

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), também denominada Atenção Básica, conforme definido pela Portaria nº. 648/GM de 28 de março de 2006 refere-se ao conjunto de ações de saúde, tanto no nível individual como no coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006). Envolve práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (CONASS, 2004)

A APS caracteriza-se pelo emprego de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Deve corresponder ao contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, ou seja, ser a porta de entrada e orienta-se pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (CONASS, 2004). A APS é a principal proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS) como modelo assistencial, visando a melhoria dos indicadores de saúde. No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF), anteriormente denominada Programa Saúde da Família (PSF), implantada em 1994, busca a reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica. Foi concebida pelo governo federal a partir de algumas experiências municipais e estaduais exitosas (BRASIL, 2008). O Ministério da Saúde incentiva a implantação de equipes da Estratégia Saúde da Família em todo o território nacional por meio de uma política de financiamento que entrou em vigor em 1998, criando incentivos fundamentais para o processo de implantação em um número significativo de municípios (CONASS, 2004).

No trabalho da ESF, a família e a comunidade são vistas como o foco prioritário para o planejamento das intervenções. Pressupõe o trabalho em equipe, busca o estabelecimento de vínculo com a comunidade e a co-responsabilidade pelos problemas de saúde da população adscrita (população sob a responsabilidade de uma equipe de saúde da família).

O município de Curvelo encontra-se situado na mesoregião central de Minas Gerais, na microrregião de Curvelo, com uma área de 3.296 Km², distante 160 km da capital

mineira e com uma população de 74.409 habitantes (IBGE, estimativa 2008). Está inserido na Gerência Regional de Saúde de Sete Lagoas e na Macro Centro (CURVELO, 2009).

A primeira equipe da Estratégia Saúde da Família do município foi implantada em 1998. Em 2009, Curvelo contou com treze equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), uma equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), um Posto de Assistência Médica e dois Centros de Saúde. As equipes ESFs juntamente com a equipe EACS cobrem 71,09% da população (BRASIL, 2009).

Iniciei minhas atividades como enfermeira da Estratégia Saúde da Família do município de Curvelo em fevereiro de 2004. Permaneci por três anos na equipe ESF Bom Jesus e em seguida passei a exercer as atividades de Coordenadora de ESFs, onde permaneço até hoje.

Desde o período acadêmico, sempre me interessei pela Saúde Pública e pela Estratégia de Saúde da Família. O curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), projeto especial do Programa Ágora, desenvolvido pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais e apoiado pelo Ministério da Saúde, Ministério da Educação e pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), veio ao encontro de minha necessidade de aprofundar conhecimentos na área, mediante a educação em serviço, permitindo discutir e repensar o processo de trabalho executado. Dessa forma, fiz parte da primeira turma do CEABSF, iniciada no primeiro semestre de 2008.

Para o desenvolvimento das atividades que requeriam relação direta com uma equipe, selecionei a ESF Esperança, uma vez que, no momento, estou desempenhando a função de coordenadora de todas as equipes de Curvelo.

Ao realizar o diagnóstico situacional da equipe Saúde da Família Esperança, durante o desenvolvimento do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) foram levantados os principais problemas da área de abrangência da equipe. Após a análise dos problemas levantados, identificou-se como prioritário a “Difusão deficiente da informação em saúde, através da visita domiciliar realizada pelo ACS” e, a partir do desenvolvimento das demais etapas do Planejamento Estratégico, foi possível desenvolver um Plano de Ação para reduzir ou solucionar o problema. O referido plano de intervenção contém entre outras atividades o desenvolvimento de uma capacitação dos ACSs. Dessa forma, a análise do portfólio construído ao longo do curso determinou a

escolha do assunto “Visita domiciliar realizada pelo Agente Comunitário de Saúde” para estudo no presente trabalho.

Esse estudo, então, fundamenta-se na idéia de que para o estabelecimento da prevenção e promoção da saúde é necessário que a informação flua de modo satisfatório a partir de visitas domiciliares em número adequado e com qualidade. Logo a importância de se utilizar a visita domiciliar como meio para a difusão eficiente da informação em saúde justifica a pertinência desse estudo que tem como propósito melhorar a abordagem educativa realizada pelo Agente Comunitário de Saúde em suas visitas domiciliares, uma vez que este profissional constitui o elo entre a equipe de Saúde da Família e a comunidade.

2. OBJETIVO GERAL

O objetivo deste trabalho é elaborar uma proposta de educação continuada que qualifique a abordagem educativa dos Agentes Comunitários de Saúde da Equipe Esperança nas visitas domiciliares.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.1. Realizar revisão bibliográfica sobre o tema visita domiciliar.
- 3.2. Obter um diagnóstico acerca da visita domiciliar realizada pelos ACSs da ESF Esperança, identificando características, objetivos, forma de desenvolvimento, pontos positivos e dificuldades.
- 3.3. Elaborar uma proposta de capacitação para os ACSs da ESF Esperança.

4. METODOLOGIA

Para o objetivo específico 1, inicialmente, foi realizada uma revisão de literatura utilizando trabalhos científicos acessíveis na Internet (SCIELO, BDEF, LILACS) a partir dos seguintes descritores: visita domiciliar; visita domiciliária; ação educativa; agentes comunitários de saúde.

Para o objetivo específico 2, realizou-se um diagnóstico da visita domiciliar realizada pelos ACSs da ESF Esperança para definição das linhas gerais para a capacitação a partir de uma observação do cotidiano de trabalho dos mesmos.

Em seguida, se obteve uma definição preliminar do conteúdo que será detalhado a partir do diagnóstico, realizando-se então uma proposta de capacitação dos ACS para a abordagem e educação continuada das mulheres da área de abrangência durante as visitas domiciliares.

5. DESENVOLVIMENTO

5.1. REVISÃO DA LITERATURA

5.1.1 – Atenção Primária à Saúde

A atenção primária à saúde (APS), também denominada cuidados primários de saúde (em Portugal) e atenção básica (governo do Brasil), foi definida pela Organização Mundial da Saúde como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde” (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Em setembro de 2008, a Declaração de Alma Ata – documento que definiu internacionalmente as diretrizes da atenção primária à saúde, conclamando todos os governos a formular estratégias que garantissem o acesso a cuidados básicos de saúde como primeiro elemento de um processo continuado de atenção - completou 30 (trinta) anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Esta declaração resultou da Conferência de Alma Ata, ocorrida no Cazaquistão (então membro da União Soviética), em 1978, quando se estabeleceu como meta a ser alcançada a “Saúde para Todos no Ano 2000” (AGUIAR; OLIVEIRA, 2003, p.1).

Conforme Abath citado por Silva (2003) a palavra primária possui duas conotações: uma se refere à condição de primária no tempo e a outra, à condição de principal em importância.

Segundo Starfield (1992) as principais características da atenção primária à saúde, são:

- Constituir a porta de entrada do serviço, ou seja, constituir o primeiro contato da população com o Sistema de Saúde. Implica que a APS seja mais acessível à população, em todos os sentidos, e que com isso seja o primeiro recurso a ser buscado.

- Continuidade do cuidado, também denominada longitudinalidade, significa que a pessoa atendida manterá seu vínculo com o serviço ao longo do tempo. Exige o aporte regular de cuidados pela equipe.
- Integralidade, sendo o nível primário responsável por todos os problemas de saúde da população adscrita. Ainda que parte deles seja encaminhado a equipes de nível secundário ou terciário, o serviço de Atenção Primária continua co-responsável. Além do vínculo com outros serviços de saúde, os serviços do nível primário podem lançar mão de visitas domiciliares, reuniões com a comunidade e ações intersetoriais. Há necessidade de reconhecer os fatores biológicos, psicológicos e sociais que determinam as doenças.
- Coordenação do cuidado realizada pelos profissionais da APS. Mesmo quando parte substancial do cuidado à saúde de uma pessoa for realizado em outros níveis de atendimento, o nível primário tem a incumbência de organizar esses cuidados. Requer o reconhecimento dos problemas que exigem seguimento constante para garantir a continuidade da atenção prestada pela equipe de saúde.

A orientação dos sistemas nacionais de saúde pelos princípios da atenção primária está associada a melhores resultados. Em 2005 a Organização Pan-Americana de Saúde (com a participação de ministros de todos os países membros), reafirmou que basear os sistemas de saúde na APS é a melhor abordagem para produzir melhoras sustentáveis e equitativas na saúde das populações das Américas.

Uma vez que baseia-se na família e na comunidade (foco primário do planejamento e da intervenção), um sistema de saúde pautado na APS não confia exclusivamente em uma perspectiva individual ou clínica. Emprega uma lente de saúde pública utilizando informações da comunidade e da família para avaliar riscos e priorizar intervenções.

A atenção primária à saúde constitui o centro de comunicação da rede integrada de atenção, significando que nos sistemas integrados, à exceção dos casos de urgência e emergência, os fluxos (referência e contra-referência) dos clientes/pacientes são organizados pela unidade de atenção básica. Existe uma integração tanto horizontal quanto vertical (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2005).

5.1.2 – A Estratégia de Saúde da Família

No Brasil, o Ministério da Saúde - MS fundou em 1994 a Estratégia Saúde da Família (ESF), concebida a partir de experiências municipais e estaduais exitosas, tem sido adotada nas três esferas do SUS, como a principal estratégia de reorganização da Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Inicialmente denominado Programa Saúde da Família – PSF, contribuíram para sua formulação o avanço do processo de municipalização, o aumento da visibilidade dos secretários municipais de saúde na arena decisória, a influência de modelos anteriores de assistência à família (no Canadá, em Cuba, na Suécia e na Inglaterra) e o sucesso da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), primeiro instituído em 1987 pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, em diversas regiões do país (GARBOIS; VARGAS; CUNHA, 2008; MENDES apud SILVA, 2002).

Nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, ocorreu uma reunião convocada por uma demanda de secretários municipais de saúde, motivados para efetuar mudanças na atenção básica de saúde, incluindo a expansão do Programa de agentes de saúde para incorporar outros profissionais em que participaram Ministro da Saúde, técnicos do Ministério da Saúde, de secretarias municipais e estaduais de saúde, secretários estaduais e municipais de saúde (representando o CONASS e o CONASEMS), consultores internacionais e especialistas em atenção primária. Nesse encontro apresentaram-se e discutiram-se as experiências do Grupo Hospitalar Conceição de Medicina Comunitária, além das de Niterói, com o Programa Médico de Família e da experiência cearense, desenvolvida no município de Quixadá, onde foi realizado em 1993 um trabalho pioneiro em saúde da família, com equipe multiprofissional. Como resultado dessa reunião, emergiu a proposta do Programa Saúde da Família e foi criada a Coordenação de Saúde da Comunidade (VIANA E DAL POZ, 1998).

O PSF seria realizado por equipes, compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um número variável de agentes comunitários (em média seis). A área de abrangência por equipe deveria conter entre 800 e 1000 famílias, e as tarefas básicas da equipe em relação à atenção em cada área deveria abranger o diagnóstico de saúde da comunidade, as visitas domiciliares, internação domiciliar, participação em grupos comunitários, atendimento nas unidades e estabelecimento de referência e contra-referência. O PSF foi operacionalizado inicialmente como um programa, estando

subordinado a um departamento da Fundação Nacional de Saúde. Em 1995, quando foi transferido para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), vinculada diretamente ao Ministério da Saúde, passou a ser considerado uma estratégia reorganizadora da assistência à saúde (AGUIAR; OLIVEIRA, 2003, p.5). A partir do ano 2000, foram incluídas as equipes de saúde bucal.

Santana et al citado por Campos, Santana e Cherchiglia (2003, p.16) afirmam que

um elemento de orientação no processo de trabalho da equipe Saúde da Família é que a organização do cuidado em saúde se faz em torno do conceito de problemas e de suas implicações práticas. Nesse sentido, o trabalho da equipe desenvolve-se como um processo que visa identificar “problemas de saúde” em sua área de responsabilidade, fazer um levantamento das tecnologias disponíveis e apropriadas e, por meio de planejamento conjunto, estabelecer um plano de intervenção e acompanhamento das ações implementadas. A organização do cuidado pela equipe a partir de problemas apresenta, portanto, as seguintes características: é uma iniciativa conduzida pela equipe; tem o problema caracterizado pela percepção de todos (não apenas do médico); leva em consideração a realidade local; está limitada pela disponibilidade de recursos locais; envolve ações e responsabilidade de toda a equipe; requer acompanhamento e avaliação contínuas. Ainda segundo os autores, esse processo, implica reconhecer que as normas, os desafios e o amplo espectro de criatividade e possibilidades para a intervenção sobre problemas de saúde em determinada área de abrangência não existem a priori; e o caminho para a realização de um trabalho em equipe – visando qualidade na prestação e recebimento do cuidado – passa, necessariamente, por um caminho de intermediação e construção coletiva.

5.1.3 – A visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde

O Agente Comunitário de Saúde faz parte de duas equipes de saúde do Ministério da Saúde: o PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o PSF – Programa Saúde da Família e geralmente residem na comunidade com a qual desenvolverão seus trabalhos.

A Portaria GM 648, do Ministério da Saúde publicada em 2006, “aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)”, traz as atribuições do Agente Comunitário de Saúde, relatando no capítulo VII “acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe”. É preconizado que o ACS realize no mínimo uma visita por família da área de abrangência ao mês, sendo que, quando necessário, estas podem ser repetidas conforme a necessidade das

famílias ou indivíduos. Cabe aos demais profissionais da ESF planejar suas visitas domiciliares conforme demanda identificada pelos ACSs (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

A visita domiciliar constitui instrumento fundamental de intervenção utilizado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família como meio de conhecimento e inserção na realidade vivenciada pela população, como tecnologia de interação no cuidado à saúde, favorecendo a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares e criando vínculos com a mesma. O objeto central da visita domiciliar é a atenção à comunidade e às famílias, sendo entendidas como entidades influenciadoras no processo saúde-doença dos indivíduos (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

A visita domiciliar é parte de um processo de atenção continuada e multidisciplinar, prática antiga na área da saúde, e atualmente está sendo resgatada em função das novas políticas públicas, podendo-se citar a implantação da Estratégia Saúde da Família no Brasil em 1994, como forma de reorganização da Atenção Primária. Constitui a ferramenta principal do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), sendo vital para a educação em saúde, uma vez que fornece as bases para o planejamento individualizado dos processos educativos a cada indivíduo ou grupo familiar. Está voltada para o atendimento tanto educativo como assistencial (LOPES ET AL, 2008).

De acordo com Faria *et al.* (2009, p.49), a visita domiciliar se insere na Atenção Primária à Saúde bem estruturada com

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.

Os mesmos autores dizem, ainda, que a visita domiciliar “coloca o profissional, necessariamente, no mundo do usuário e, portanto, pode ser um potente indutor da transposição do modelo biomédico para um modelo biopsicossocial” (FARIA ET AL., 2009, p. 50).

Uma vez que para realização da visita domiciliar, o Agente Comunitário de Saúde desloca-se até o domicílio da família, possibilita ao profissional de saúde interagir com o indivíduo, conhecendo a realidade em que está inserido e no contexto da família em que está inserido. Dessa forma, Roese e Lopes (2004) afirmam concordância com Tylmann e Perez quando declaram que a visita domiciliar “é vital para a educação em saúde”, fornecendo os pilares para o planejamento de processos educativos a cada coletividade e

logo impactando o processo de trabalho das equipes Saúde da Família com as quais trabalhamos.

Neste momento torna-se interessante conceituarmos a família, entidade alvo da visita domiciliar. Segundo Bourget *et al.* (2005, p. 105)

Família é uma palavra que desperta diferentes imagens. Dependendo da área (Sociologia, Biologia, Direito, por exemplo) e das variáveis selecionadas (ambiental, cultural, social ou religiosa, entre outras) podem-se focalizar aspectos específicos da família, o que resulta em uma gama muito ampla de definições possíveis. No entanto para fins operacionais do processo de trabalho e de comunicação, é fundamental que uma definição seja adotada pela equipe. Assim, pode-se considerar a família como um sistema ou uma unidade, cujos membros podem ou não estar relacionados ou viver juntos, pode conter ou não crianças sendo elas de um único pai ou não. Nela existe um compromisso e um vínculo entre seus membros e as funções de cuidado da unidade consistem em proteção, alimentação e socialização.

Os Agentes Comunitários de Saúde participam das oficinas do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde, implantado em Curvelo em julho de 2009, onde se conceituou família de forma ampliada como um “grupo de pessoas que convivem sob o mesmo teto, quer possuam entre elas uma relação de parentesco, primordialmente pai e/ou mãe e filhos consangüíneos ou não, assim como as demais pessoas significativas que convivem na mesma residência, qualquer que seja ou não o grau de parentesco (ESPMG, 2009, p.85). Já o Ministério da Saúde (2001), citado pela ESPMG (2009) inclui empregado(a) doméstico (a) que reside no domicílio, pensionista e agregados.

Em nosso estudo adotaremos estes conceitos para fins de treinamento do Agente Comunitário de Saúde para o cadastramento da família, o qual é realizado na primeira visita a um domicílio, utilizando-se a ficha A (ver anexo 1).

Segundo ESPMG (2009, p.86) “a centralização na família requer mudança na prática das equipes de saúde, através da abordagem familiar. A equipe de saúde realiza várias intervenções personalizadas ao longo do tempo, a partir da compreensão da estrutura familiar”. Mas quando o Agente Comunitário de Saúde empregará a abordagem familiar? Podemos citar como exemplo o momento da realização do cadastro das famílias, quando da mudança de fase do ciclo de vida das famílias e do surgimento de doenças crônicas ou agudas de maior impacto. Nestas situações o ACS realizará a visita domiciliar e são em situações como estas que se estabelece o vínculo com o usuário e a família, sendo necessário o respeito à realidade e crenças da família, por parte deste profissional da saúde.

No módulo 2 do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, estudamos a determinação social da saúde e da doença e esclareceu-se que no momento da visita domiciliar torna-se possível identificar os determinantes ou condicionantes do processo saúde-doença. Ceccim e Machado citados por Roese e Lopes (2004, p.99) “situam a visita domiciliar como promotora da ampliação do nível de informações e conhecimentos (autocuidado, recursos sociais, ações políticas) afirmando que a mesma pode complementar as ações de vigilância em saúde”.

Lopes *et al.* (2008) afirmam que a visita domiciliar pressupõe mobilidade profissional, ou seja, que o profissional deixe de ficar esperando as pessoas adoecerem e procurarem o serviço de saúde, e atuar em seu entorno, detectando necessidades, realizando a promoção da saúde e a prevenção da doença.

5.1.4 – Ação educativa no trabalho da enfermagem e do Agente Comunitário de Saúde

No Brasil com a criação da Escola Profissional de Enfermeiros na cidade do Rio de Janeiro por volta de 1980, as elites da época entenderam que a única maneira de melhorar as condições de saúde da população seria intervir de forma significativa nas condições de saúde da população (LOPES *ET AL.*, 2008). Os autores complementam dizendo que nesta perspectiva, em 1918, o diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, Carlos Chagas, incentivou a criação da Escola de Enfermeiras Visitadoras, fundada em 1923.

Em 1920, a escola de enfermagem da Cruz Vermelha, implantou o curso de visitadoras sanitárias, sendo no mesmo ano criado o serviço de “visitadoras como parte do serviço de profilaxia da tuberculose” (LOPES *ET AL.*, 2008, p.242). E assim marcou-se definitivamente a inclusão da visita domiciliar como atividade de saúde pública no Brasil na década de 20.

Observa-se, então que nos primórdios da visita domiciliar no Brasil e no mundo, o objetivo da mesma era evitar doenças e atuar de forma paliativa em relação a dor dos doentes do que propriamente realizar promoção em saúde, valorizar o contexto social e buscar a qualidade de vida (SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008). Mais recentemente no Brasil, a VD passa a ser “estratégia de cuidado, que mobiliza a participação da família e gera avanço do conhecimento”. (LOPES *ET AL.*, 2008, p. 242).

Por outro lado, a visita domiciliar foi também entendida como atividade fiscalizadora e de vistoria, podendo, às vezes, significar intromissão na vida das pessoas e

da família, limitando a privacidade, a liberdade e autonomia e distanciar os profissionais visitantes dos usuários do serviço de saúde (SAKATA *ET AL.*, 2007).

Mas foi especialmente na década de 90 com implementação da Estratégia Saúde da Família – ESF, inicialmente denominada Programa Saúde da Família – PSF, que a visita domiciliária segundo Santos e Kirschbaum (2008), ganhou espaço no cenário atual, reflexo da reorganização do modelo assistencial em saúde.

A visita domiciliar pode ser classificada em quatro diferentes tipos, conforme relatou Oliveira e Berger, citados por Lopes *et al.* (2004). São elas: 1. Visita chamada: quando realizado na casa do indivíduo em virtude do mesmo apresentar alguma limitação; 2. Visita periódica: feita para indivíduos que demandam acompanhamento periódico; 3. Internações domiciliares: pacientes que escolheram realizar o tratamento em casa, geralmente pacientes terminais; 4. Busca Ativa: o visitador busca indivíduos ou famílias faltosas (vacinas, gestantes, vigilância em saúde e tratamento).

Marasquim *et al.* (2004), apontaram vantagens e desvantagens para a visita domiciliar. Dentre as vantagens, ressaltadas também por Kawamoto *et al.* (1995): a presença de profissionais de saúde *in loco* para levar informações de saúde para a família, permitindo a identificação de condições de higiene/saneamento básico e habitação, hábitos de vida, possibilitando o planejamento das ações e um melhor relacionamento do grupo familiar com o visitador por ser a visita um método sigiloso e menos formal, além de permitir liberdade para o usuário do serviço expor os mais variados problemas, considerando o tempo disponível maior que quando o atendimento se dá na Unidade de Saúde. Já como desvantagens, os autores evidenciaram as dificuldades de acesso dos ACS aos domicílios, a limitação dos encontros devido afazeres domésticos e horário de trabalho dos indivíduos da família e o fato da visita requerer um tempo maior por parte do profissional de saúde para realizar o atendimento, seja pela locomoção ou pela execução da VD, tornando o método dispendioso e de pouco alcance a uma parcela significativa da população. Estas vantagens e limitações (ou desvantagens) foram citadas por Lopes *et al.* (2004).

Conforme já mencionado a VD tem um importante papel na busca ativa, visando, segundo Lopes *et al.* (2004), a prestação de um atendimento mais qualificado. Para tanto, é necessário que os serviços de saúde tenham um bom sistema de registros que possibilite a realização da vigilância em saúde, fornecendo subsídios para a identificação de riscos e a intensificação do vínculo das famílias com a Unidade Básica de Saúde.

Kawamoto *et al.* (1995) citado por Marasquin *et al.* (2004, p. 4) referem que “*através da visita domiciliar fazemos um levantamento e avaliação das condições sócio-econômicas em que vive o indivíduo e seus familiares, o que deve encaminhar a uma assistência específica a cada caso*”. As visitas domiciliares constituem um instrumento facilitador na abordagem das famílias e de cada usuário de saúde. Por meio dela, é possível compreender a dinâmica de organização familiar, verificando possibilidades de envolvimento dessas, no processo assistencial, na participação ativa do tratamento (SANTOS E KIRSCHBAUM, 2008).

Os mesmos autores ressaltam que o eixo estruturante do PSF são as ações educativas em saúde, se constituindo em um instrumento essencial, utilizado pelos integrantes das equipes, especialmente pelo agente comunitário de saúde, realizando promoção de saúde, prevenção de doenças, acompanhamento do tratamento prescrito pelo médico e enfermeiros, por meio das consultas clínicas e de enfermagem. Albuquerque e Bosi (2009) consideram “*a relevância da visita domiciliar, concebida como tecnologia de interação potencialmente capaz de contribuir, no âmbito de PSF, para uma nova proposta de atendimento integral e humanizado*”.

Lopes *et al.* (2008) afirmaram que a visita domiciliar pode ser considerada como um método, uma tecnologia e um instrumento. Como tecnologia leve-dura requer competência (saberes, atitudes e habilidades). Exige plena concordância do usuário, disponibilidade do profissional e usuário e estabelecimento de relação fundamentalmente alicerçada pela ética. Segundo os autores a visita domiciliar reúne pelo menos três tecnologias leves a serem aprendidas e desenvolvidas: 1. A observação; 2. Entrevista; 3. Relato oral ou história. A tecnologia leve-dura decorre do fato de conter um saber que as pessoas adquirem e que está inscrito na forma de pensar as situações de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre elas (leve) e na medida que é um saber bem estruturado e protocolado (duro).

“*À medida que a visita vai desenrolando, seu conteúdo vai ganhando detalhamento e profundidade, vínculos vão se estreitando, as falas vão surgindo e o registro é necessário*” (LOPES ET AL., 2008, p.245).

Figueiredo e Tonini (2007, p.176) enfatizam “*a visita domiciliar é uma ação que necessita de instrumento de registro para informação, avaliação e pesquisa de como o indivíduo e/ou família se encontra, como são suas relações e, no caso de já estar com desvios de saúde, como está a evolução destes e que fatores estão interferindo quando não há melhora*”.

O município de Curvelo utiliza um instrumento para registro da visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde bastante simplificado, que permite anotar as observações realizadas durante visita a uma família durante o ano (ver anexo 2). Os ACSs possuem também uma folha com tópicos das informações importantes que deverão atentar em cada ciclo de vida ou na presença de algumas patologias crônicas como hipertensão e diabetes e condições de saúde como gestantes (ver anexo 3). Nem sempre esse instrumento é seguido fielmente. Falta a existência de educação continuada e de forma sistematizada para os ACSs. E a enfermeira, profissional responsável pelo monitoramento e acompanhamento do trabalho do ACS, em virtude do excesso de atribuições na equipe, não consegue ler os relatórios de visita mensalmente para identificação de pontos importantes e utilização dos dados como subsídio para o planejamento das atividades da equipe. O profissional médico pouco se envolve, geralmente com o processo de educação continuada do ACS, podendo inclusive afirmar que a educação em serviço não acontece. A implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde e do Canal Minas Saúde tem contribuído para repensar nossa prática profissional e a necessidade de rever a falta da educação continuada. Mudanças positivas têm sido observadas, porém há muito que avançar.

Trad *et al.* (2002, p.586) em seu estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia, apontam que “*a visita domiciliar é a atividade mais destacada pelos usuários*”. Relatam ainda que a visita domiciliar oferece aos profissionais de saúde novas portas de entrada na vida cotidiana das pessoas e um maior poder de influência quanto às medidas e aos comportamentos de saúde dos indivíduos.

Em um estudo intitulado “Visita Domiciliar: espaço privilegiado para diálogo e produção de saberes” em 2006, Peres *et al.* informou que diante dos resultados alcançados sobre a abrangência da visita domiciliar na agenda dos profissionais e usuários da Estratégia Saúde da Família foi possível afirmar que o caráter estratégico da mesma contribui para consolidar o Sistema Único de Saúde e superar desigualdades sociais. Neste mesmo artigo, os autores citaram Santos e Morin que enfatizaram “a visita domiciliar como espaço privilegiado para diálogo e produção de saberes, com vista à transformação da realidade sanitária”. Podemos ressaltar ainda conforme colocações de Peres *et al.* (2006, p.212)

Diante do caráter relacional e intimista que a visita domiciliar proporciona aos profissionais e usuários, do expressivo número de dias atribuídos a visitas domiciliares realizados pelos médicos e enfermeiros, bem como a centralidade

que a visita ocupa no Programa Saúde da Família, é possível considerá-la como uma ação de natureza estruturante.

Em relação ao trabalho do Agente Comunitário de Saúde a visita domiciliar é realizada constantemente apesar de outras atividades que estes profissionais desempenham dentro da Unidade de Saúde, como atualização do Sistema de Informação da Atenção Básica, planejamento de atividades conjuntamente com o enfermeiro, dentre outros. Dessa forma, há necessidade de investir em educação continuada para que a qualidade da VD exista, pois não basta apenas produzir dados e alimentar numericamente a produção com realização de muitas visitas ao mês na micro área de abrangência.

Silva e Dalmaso (2002) relatam que em estudo desenvolvido sobre o ACS, no município de São Paulo, Silva (2001) identificou que esses profissionais não dispõem de instrumentos, de tecnologia, incluindo os saberes necessários para as diferentes dimensões esperadas do seu trabalho.

Documento do Ministério da Saúde de 1999, segundo Silva e Damasceno (2002) enfatiza que há necessidade de se adotar formas mais abrangentes e organizadas de aprendizagem, implicando que os programas de capacitação dos ACSs adotem uma ação educativa crítica capaz de referenciar-se na realidade das práticas e nas transformações políticas, tecnológicas e científicas relacionadas à saúde.

5.1.5 – Alternativas pedagógicas para capacitação

No módulo 4 do Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família, abordamos as práticas pedagógicas: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Segundo a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) em seu artigo 1º, *“a educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais”*. No módulo citado, para fins de discussão, adotou-se a educação como sendo a apropriação do conhecimento pelo indivíduo, possibilitando escolhas livres e seguras, em um dado momento ou cenário histórico, implicando responsabilidades social, ecológica e política (VASCONCELOS ET AL.,2009, p.7).

Conforme as mesmas autoras é através da educação que se dão a transmissão e a assimilação da cultura produzida ao longo do tempo, permitindo o conhecimento do

estágio do desenvolvimento humano para que possamos superá-lo, caso necessário. Porém somente uma educação que vá além da função de transmissão dos conhecimentos e aquisições culturais do ser humano, poderá contribuir para a formação de pessoas com capacidade de apropriação do saber produzido historicamente e construir sua própria humanidade histórico-social, principalmente o desenvolvimento do indivíduo para além dos limites impostos pela divisão social do trabalho.

Em particular na área de saúde, torna-se fundamental cada vez mais, para a mudança do modelo de atenção, a valorização e promoção da educação no âmbito familiar, da convivência humana, do trabalho, dos movimentos sociais, das organizações da sociedade civil e das manifestações culturais. Isso decorre da premissa de que para mudar o modelo de atenção a saúde requer muito esforço para a modificação de hábitos e costumes, principalmente o hábito de não reivindicar direitos (VASCONCELOS *ET AL.*,2009).

Segundo Motta *et al.*(2001) desde as origens do Sistema Único de Saúde no Brasil eram percebidas as dificuldades de construção de um novo modelo de atenção à saúde, dentre elas as questões de recursos humanos, e em particular, o seu componente de desenvolvimento com demandas claras de qualificação da força de trabalho. Dessa forma, para o trabalhador inserido nessa nova conjuntura são necessários requisitos como a capacidade de ler e interpretar a lógica funcional, capacidade de abstração, dedução estatística e expressão oral, escrita e visual; e de natureza comportamental, destacando-se a capacidade de realizar trabalho em equipe.

Deseja-se que o educador em saúde deixe de ser apenas um conferencista e que estimule a pesquisa e o esforço, ao invés de se contentar com a transmissão de soluções prontas (DUARTE, 1998).

Vasconcelos et al.(2009, p.16)) ressaltam que alguns aspectos interferem na prática educativa dos profissionais de saúde:

- O adulto já tem um “alicerce”, tem conhecimentos construídos a partir de suas experiências e condições de vida: socioeconômica e cultural;
- Mudança de comportamento é processo e, portanto, o resultado pode ocorrer em longo prazo;
- Falta de experiência e de conhecimento sobre técnicas de negociação por parte do profissional;
- Relações de poder entre profissional-usuário: arrogância X humildade; saber-poder-intimidação;
- Relações de poder na família – é preciso identificar quem tem o poder de decisão na família;
- Diferença de linguagem, cultura e valores dos usuários e dos profissionais;
- Dificuldade de reconhecer qual é a real necessidade do usuário;

- Falta de confiança do usuário no profissional;
- Dificuldade de analisar a situação para definir a melhor estratégia;
- Dificuldade do profissional para respeitar a autonomia do outro, entender e saber trabalhar as diferenças.

As autoras afirmam que o exercício da prática pedagógica voltada para a solução das necessidades de saúde da população está diretamente relacionado ao conhecimento do território como processo e das pessoas que nele habitam.

Segundo Bourget (2005), a comunicação não depende somente da palavra falada, mas das expressões faciais, gestos, impressões causadas no outro (andar, entonação de voz, linguagem e aparência) que causam no receptor a imagem do que se transmite/comunica. A comunicação não é simplesmente um questão de enviar mensagens, sendo necessário previamente saber e considerar as opiniões do receptor, sua crença, seus hábitos de vida, nível de instrução e informação, atitudes, conhecimento acerca do problema abordado na comunicação, visão de mundo e consciência crítica da realidade.

5.2. Diagnóstico

A partir da observação ativa do processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde da ESF Esperança foi possível constatar que a VD trata-se realmente da principal atribuição destes profissionais e são poucos os que tiveram oportunidade de realizar um treinamento introdutório quando passaram a fazer parte da equipe.

A maioria das pessoas visitadas desconhece a medicação que fazem uso, não têm idéia de efeitos colaterais e nem das contra-indicações e, em casos mais alarmantes, o usuário desconhece até mesmo o nome do medicamento e finalidade do uso. Quanto aos usuários de psicotrópicos é assustador o crescimento do emprego de tais medicações sem buscar outras soluções para os problemas de Saúde Mental (grupos, terapias, etc.).

Os problemas de saúde que mais predominam são a hipertensão arterial, o diabetes, doenças articulares, cardiológicas e neurológicas. Apesar do trabalho da ESF, ainda existem crianças com vacinas atrasadas, gestantes que iniciam o pré-natal tardiamente e não comparecem à consulta de puerpério.

Cuidar em Saúde Coletiva exige preocupações e vigilância mais abrangentes do que simplesmente se preocupar com as pessoas e suas doenças. Essas experiências práticas de cuidar do coletivo envolvem cuidar do ambiente (micro e macro da família), da segurança (em casa e na rua) e cuidar da atenção à saúde (BOURGET, 2005). Intervir em saúde

significa, na atualidade, assumir responsabilidades dadas pelo monitoramento e acompanhamento das condições de saúde da totalidade da população de determinado sistema local de saúde.

Muitas vezes, a VD do ACS resume-se a perguntar como está a família e se existem indivíduos doentes no momento. Ir a uma residência não pode ser entendido como uma visita domiciliar, pois é preciso que um conjunto de ações seja definido, visto que são elas que criam a possibilidade do primeiro contato com as pessoas que moram na casa. Dessa forma, torna-se necessário repensar como deve ser conduzido a visita domiciliar, que temas abordar na educação em saúde e desenvolver aptidões para o estabelecimento de vínculo com a família e relações humanas pautadas pela ética, compromisso e sigilo profissional.

Quanto às dificuldades apresentadas pelos ACSs da ESF Esperança para o desenvolvimento das visitas destacam-se as limitações relativas ao processo de comunicação/interação, dificuldade de gerar confiança por parte do usuário num primeiro contato, dificuldade de planejamento da VD e ausência de instrumentos práticos para registro da VD.

Na área de abrangência da ESF Esperança constatou-se então a necessidade de intervir na forma de assistir e abordar a gestante no período concepcional e pós-parto. Dessa forma, desenvolveremos uma proposta de capacitação para os ACSs atuarem no ciclo de vida gravídico-puerperal, promovendo a educação em saúde.

5.3. ELABORAÇÃO DA PROPOSTA DE CAPACITAÇÃO

A partir do diagnóstico estabelecido anteriormente desenvolveu-se a seguinte proposta de capacitação dos ACS:

A capacitação será realizada em dois dias na própria sede da ESF Esperança e destinada aos seis ACSs da equipe.

Primeiro dia:

1. Apresentação dos participantes

Serão estimulados a dizer o nome, expectativas para a capacitação, três coisas que gostam de fazer e três que não gostam.

2. Adaptação da “Dinâmica da Mímica” (técnica do domínio público)

Inicialmente realizaremos a dinâmica da mímica (técnica do domínio público) descrita por Bourget (2005) e que tem por objetivo identificar as diferentes percepções dos participantes e analisar os fatores que as determinam, interpretar conjuntamente, situações observadas nas famílias, durante as visitas domiciliares, fomentar discussão sobre aspectos éticos nas relações profissionais, construir e ou reconstruir coletivamente os conceitos existentes (ver anexo 4).

3. Leitura de um texto contendo as orientações gerais sobre a visita domiciliar.

Orientações gerais sobre a visita domiciliar

Segundo Bourget, (2005) falando da visita domiciliar, é importante observar:

- Quando for pela primeira vez à casa de uma família, antes de qualquer coisa é importante apresentar-se: mostrar o crachá, dizer qual é o seu nome, qual é o seu trabalho e a importância do mesmo, o motivo da sua visita e se pode ser recebido naquele momento;
- Saber o nome da família visitada com demonstração de interesse e respeito;
- Escolher um bom horário e estabelecer a duração da visita. Torna-se importante o desenvolvimento de sensibilidade para saber se a pessoa quer ou não conversar por mais tempo;
- Para conquistar a confiança e o respeito das pessoas, é preciso valorizar seus costumes, crenças, modo de ser, seus problemas e sentimentos.
- A visita domiciliar deve ser objetiva – pedir apenas informações que tenham sentido – Explicar o porquê das perguntas e para que elas vão servir.
- A VD é uma oportunidade para ensinar e aprender: levar as pessoas a pensar de novas maneiras.
- Não perder de vista as normas de boas maneiras ao chegar para a visita e ao deixar a residência.

Após as VDs devem ser realizadas anotações no relatório de visitas, que servirão de documentação, acompanhamento do caso e como instrumento de avaliação do trabalho ao longo do tempo.

4. Atividade em grupo de 02 pessoas, com descrição com pincel e papel Kraft sobre como realizam uma VD a uma gestante e a uma puérpera.

5. Discussão em plenária dos pontos levantados em papel Kraft e construção coletiva de um roteiro.

Segundo dia:

1. Adaptação da dinâmica “O Melhor Chocolate” (técnica do domínio público)
Também descrita em Bourget (2005) tem por objetivos desenvolver a afetividade entre os participantes, discutir os sentimentos que favorecem ou dificultam as relações interpessoais e discutir os valores e ética nas relações pessoais (ver anexo 5).
2. Leitura do texto sobre VD (ver anexo 6), contendo os seguintes tópicos:
 - a. Entrevista – definição
 - b. Componentes da Entrevista
Comunicação
Importância da Entrevista
Sigilo
Etapas da Entrevista
3. Estudo dinâmico e orientado dos aspectos a serem abordados na visita domiciliar às usuárias da ESF, dando oportunidade aos ACSs de exporem suas opiniões.

Assistência à mulher quanto às DSTs/HIV

Gestantes ou não, sempre devem ser rastreadas quanto às Doenças Sexualmente Transmissíveis, em especial quanto ao HIV. A investigação deve ter como foco a detecção de sinais e sintomas sugestivos de herpes genital, cancro mole, sífilis, condiloma acuminado, tricomoníase, gonorréia, candidíase vaginal e vaginose bacterianas. Para cada uma das situações existem intervenções e ações de enfermagem e de acompanhamento médico diferentes, que devem ser conhecidas pelos ACSs para orientação das pacientes quanto ao tratamento e prevenção.

Assistência à gestante

As preocupações do visitador deverão ser quanto ao comparecimento da gestante às consultas de pré-natal, realização dos exames solicitados pelo médico ou enfermeiro, participação do grupo operativo das gestantes, uso correto de medicação (como Ácido Fólico e Sulfato Ferroso), comparecimento para receber vacinas (antitetânica), identificação de sinais de risco gestacional (sangramentos, perda de peso considerável, edema de membros inferiores, alteração urinária, dor, febre , vômitos constantes, dentre outros).

Pós-natal: assistência à mãe e ao recém nascido (RN)

As preocupações relativas a esse aspecto são especificadas em ações que envolvem o puerpério imediato e o puerpério tardio. Nesse período, realiza-se um levantamento de fatores de risco como sinais de regurgitamento mamário, dificuldades e abandono do aleitamento materno exclusivo, condições de cicatrização da ferida no caso de parto cirúrgico, cuidados com o RN (banho, cuidado com o coto umbilical, prevenção de assaduras, aleitamento, vacinas e outros), envolvendo ações de intervenções e educação para a saúde.

4. Exposição dialogada sobre VD – Atenção à Mulher

ATENÇÃO À MULHER

A visita domiciliar é uma boa oportunidade para se estimular práticas de promoção e prevenção para mulheres e para se identificar situações de risco.

Situações Especiais:

Mulheres sem controle ginecológico anual: Toda mulher deve fazer consulta ginecológica anual, independente da idade, que avaliará as condições da saúde como um todo, a prevenção de gravidez, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Mulheres sem acompanhamento em Planejamento Familiar: verificar se as mulheres que desejam contracepção (evitar Filhos) estão sendo acompanhadas pelo Planejamento Familiar.

Mulheres que não fizeram coleta de exame preventivo de câncer do colo uterino: Verificar quando foi colhido pela última vez o material para prevenção do câncer do colo uterino (citologia), para as mulheres que têm ou tiveram relação sexual este exame

é feito a cada três anos, desde que já tenha 2 exames normais. É importante explicar para as mulheres que o exame (citologia) é feito a cada três anos nos casos de 2 exames anuais normais, mas lembrar que a consulta ginecológica é anual.

Mulheres que relatam ter exame preventivo de câncer do colo uterino alterado: Verificar se estão sendo acompanhadas e por qual serviço de saúde.

Gestantes sem acompanhamento do pré-natal: Verificar se as gestantes estão fazendo o controle do pré-natal regularmente. As gestantes de baixo risco, ou seja, aquelas sem doenças associadas à gestação devem ser acompanhadas na Unidade de Saúde. Algumas gestantes podem estar sendo acompanhadas nos serviços de referência para alto-risco. Deve-se, então, identificar em que serviço a gestante está sendo acompanhada. Deve ser verificado no cartão de pré-natal:

- Se a gestante esta freqüentando regularmente as consultas,
- Se o cartão esta preenchido incluindo os resultados dos exames e vacinação antitetânica. Se está anotado no cartão a maternidade de referência,
- Se esta anotado no cartão o número do SISPRENATAL.

Gestantes em uso de medicação: Deve ser anotado se a gestante está fazendo uso de alguma medicação. A automedicação na gravidez pode, em algumas situações, prejudicar a mãe e ao feto. Toda medicação tomada deve ser avaliada pelo médico(a) e ou enfermeiro(a) da equipe de saúde. Atenção especial deve ser dada às gestantes de alto risco no que se refere ao acesso e uso de medicação prescrita.

Gestantes sem participação em grupos educativos: verificar se a gestante está participando de grupos de práticas educativas. Nestes grupos são desenvolvidas ações de orientação sobre cuidados com a gravidez, estímulo ao parto normal, à amamentação, cuidados com o recém-nascido e o planejamento familiar. É importante que as gestantes que estão sendo acompanhadas nos serviços de referência de alto risco também possam participar destes grupos.

Mulheres sem consulta no puerpério: Verificar se as mulheres que tiveram partos recentemente (puérperas) retornaram à Unidade de Saúde após o parto:

- A consulta puerperal no 5º dia pós-parto é muito importante para a mãe e para o recém nascido. Nesta consulta, além dos cuidados com o recém nascido (teste do pezinho, vacinas, avaliação geral), deve ser feita avaliação da mãe (sangramentos, febre, dores, aleitamento, vacinas, etc.).
- A consulta de revisão puerperal deve ser feita entre 30 e 40 dias após

o parto. Nesta consulta será feito exame ginecológico completo, avaliação do aleitamento e orientações sobre métodos contraceptivos.

Puérperas que apresentam sinais sugestivos de pós-parto complicado: Febre, sangramento exagerado, dor ou infecções nos pontos ou nas mamas.

Puérperas com sinais de depressão pós-parto: Observar sinais que possam sugerir depressão pós-parto, tristeza excessiva, dificuldades para cuidar do bebê ou de si mesma.

Mulheres com 50 anos ou mais sem realização de mamografia anual: Verificar no grupo de mulheres com 50 anos ou mais, quando foi feita a última mamografia. É o exame que busca o diagnóstico precoce do câncer de mama, permitindo um tratamento mais seguro e adequado. A partir dos 50 anos todas as mulheres devem fazer mamografia anual, mesmo que o exame anterior foi normal.

Mulheres com 50 anos ou mais com sinais de climatério complicado: Verificar tristeza excessiva, nervosismo, variações freqüentes no humor, dificuldade em cuidar de si mesma, abandono de atividades que gostava de fazer antes podem sugerir quadros depressivos, que aparecem com mais freqüência neste grupo.

Mulheres com dificuldade para andar e fazer as atividades habituais do dia-a-dia.

Mulheres com história de sangramentos irregulares, principalmente após a menopausa.

Violência doméstica: Observar a existência de situações que favorecem o risco de violência doméstica, alcoolismo, uso de drogas, desemprego ou relações conjugais instáveis em qualquer membro da família.

Mulheres com doença ginecológica diagnosticada sem acompanhamento: verificar a existência de mulheres que já tenham diagnóstico de alguma doença ginecológica, como está se dando o controle dessa doença e onde ela está sendo acompanhada. Algumas doenças ginecológicas, principalmente as malignas (câncer) exigem controle periódico em intervalos mais curtos e medicamentos especializados.

Intervenções do ACS:

- Orientar às mulheres para a importância do controle ginecológico periódico, estimulando-as a procurar a Unidade de Saúde para marcação de consultas e participação nos grupos de práticas educativas;
- Orientar às mulheres sobre a importância do Planejamento Familiar.

Toda mulher que não deseja engravidar deve ter acesso facilitado à contracepção, bem como participar dos grupos de práticas educativas.

- Orientar às mulheres que uma gravidez saudável começa com cuidados especiais antes mesmo de engravidar. Estimular as mulheres a procurarem consulta ginecológica quando estiverem desejando engravidar.

- Estimular as gestantes a iniciarem precocemente o pré-natal e comparecer regularmente às consultas.

- Nos casos onde forem identificadas dificuldades de acesso ao atendimento, o Agente Comunitário deve comunicar à equipe de saúde para, juntos, buscarem soluções para o acesso.

- Todas as situações de risco citadas acima devem ser apresentadas à equipe, sendo que nos casos onde fica evidente um risco maior (por exemplo, puérperas com febre e/ou sangramento exagerado) o encaminhamento à Unidade de Saúde deve ser imediato.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A visita domiciliar tem forte potencial enquanto instrumento de assistência à saúde, para que as ações de prevenção de doenças e/ou agravos, promoção de saúde e educação em saúde se efetivem, e, que possa ser vislumbrada como uma ação propulsora da integralidade da assistência. (Omizzolo , 2006)

Enquanto modalidade de intervenção, a VD no Brasil teve seu apogeu em meados de 1920, com as enfermeiras visitadoras e atualmente destaca-se como ação sistemática das equipes da Estratégia Saúde da Família, cujo propósito corresponde à reordenação do modelo de atenção à saúde, através da APS, superando o modelo biomédico. Os Agentes Comunitários de Saúde são aqueles profissionais que realizam visitas com maior frequência, proporcionando o acompanhamento das famílias e dos usuários, o controle das situações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (SAKATA *ET AL*, 2007).

A visita domiciliar configura-se como um instrumento de aproximação entre usuário e equipe/profissional de saúde. Compartilhando com Santos e Kirschbaum (2008) as críticas e reflexões que emergem de sua compreensão sobre a VD do ACS, ressalta-se que o processo de adentrar o domicílio dos usuários requer preparo, habilidades de comunicação, ética profissional, instrumentos de registro e conhecimento dos mecanismos para prover à família uma assistência de cunho educativo, trazendo conseqüências importantes para a implementação das práticas de saúde coletiva no país.

Capacitar exige a adoção de uma metodologia educacional que deverá estar baseada nos princípios de uma pedagogia crítica, problematizadora e abrangente, que considere os profissionais da saúde e a comunidade como participantes ativos do processo de aprendizagem, presentes desde o planejamento e desenvolvimento do plano.

Conclui-se, destacando-se, que a VD possui um caráter estratégico contribuindo para a consolidação do Sistema Único de Saúde e para a superação das desigualdades sociais (PERES *ET AL*, 2006). Iniciativas como esta, de elaborar propostas de capacitação para ACSs tornam-se necessárias com o objetivo de qualificação dessa força de trabalho e obtenção de atores sociais dinâmicos e estruturados para a realidade do processo de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, R.A.T. de, OLIVEIRA, V.B. de. As reformas na área da saúde: a emergência do sistema único de saúde e as propostas de mudanças do modelo assistencial. In: ALVES, C. R. L., VIANA, M. R. de A. **Saúde da família: cuidando de crianças e adolescentes**. Belo Horizonte: Cooperativa Editora e de Cultura Médica Ltda, 2003. Cap.1, p.1-6.

ALBUQUERQUE, A.B.B. de; BOSI, M.L.M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.25, n.5, p.1103-1112, 2009. Disponível em URL <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/17.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2009.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p.39-52, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2010.

BOURGET, Ir.M..M.M. **Programa Saúde da Família Manual para o Curso Introductório**. São Paulo: Martinari, 2005, p.144.

BOURGET, Ir.M..M.M. **Dinâmicas Pedagógicas uma Experiência do Núcleo de Capacitação do PSF/CSSM**. São Paulo: Martinari, 2005, p.102.

BOURGET, Ir.M..M.M. **Programa Saúde da Família Guia para o Planejamento Local**. São Paulo: Martinari, 2005, p.144.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 648/GM de 28 de março de 2006**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Análise dos Indicadores da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Atenção Básica**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica, 2009. www.saude.gov.br/dab.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários. **Atenção Primária**, seminário para a estruturação de consensos. Série CONASS documenta, caderno de informação técnica e memória de Progestores. Brasília, n.2, 2004.

CORRÊA, E. J. et al. **Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, COOPMED, 2009, 96p.

CURVELO, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Relatório de Gestão 2009**.

FARIA, H. P. de et al. **Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2008. 81p.

FERRAZ L.; AERTS D.R.G.C. de; O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. saúde coletiva**, v.10, n.2, p.347-355, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200012> Acesso em: 15 jan. 2010.

FIGUEIREDO, N.M.A. de; **SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva**. 1.ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009,312p.

GADOTTI, M. et al. Perspectivas atuais da educação. São Paulo em Perspectiva, v.14, n.2, p.3-11, 2000. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/spp/v14n2/9782.pdf>>. Acesso em 23 jan. 2010.

GARBOIS, J.A.;VARGAS,L.A.; CUNHA, F.T.S. O direito à saúde na Estratégia Saúde da Família: uma reflexão necessária. **Rev. de Saúde Coletiva**, v.18, n.1, Jan.2008. Disponível em:<www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312008000100003&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 15 dez. 2009.

GIACOMOZZI, C.M.; LACERDA, M.R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto contexto - enferm.** v.15, n.4, p.645-653, 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a13.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2010.

IMPLANTAÇÃO do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Redes de Atenção à Saúde/Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais – Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

LOPES O.W. et al. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Rev. Ciênc Cuid Saúde**, v.7, n.2, p.241-247, 2008. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=googlebase=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=527010&indexSearch=ID>>. Acesso em 23 jan. 2010.

MARASQUIN, H.G. et al. Visita domiciliar: o olhar da comunidade da quadra 603 Norte. Palmas (TO). **Revista da UFG**, v. 6, No. Especial, 2004. Disponível em <http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/familia/H_visita.html>. Acesso em: 20 dez. 2009.

MOTTA, J.I.J. et al. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. **Olho Mágico**, v.8, n.3, 2001. Disponível em:<www.ccs.uel.br/olhomagico/v8n3/entrevista.htm>. Acesso em 23 jan. 2010.

OMIZZOLO, J.A.E. O princípio da integralidade na visita domiciliar. Um desafio do Programa Saúde da Família. Dissertação (mestrado)-Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; 2006. Disponível em <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFRO518.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2009.

PERES, E.M.; DAL POZ, M.R.; GRANDE, N.R. Visita Domiciliar: Espaço Privilegiado para Diálogo e Produção de Saberes. **Rev Enferm. UERJ**, v.14, n.2, p.208-213, 2006. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a20.htm>>. Acesso em: 15 jan. 2010.

ROESE A.; LOPES M.J.M. A visita domiciliar como instrumento de coleta de dados de pesquisa e vigilância em saúde: relato de experiência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.25, n.1, p.98-111, 2004. Disponível em < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=12357&indexSearch=ID>>. Acesso em: 15 jan. 2009.

SAKATA, K.N. et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.60, n.6, p.659-664, 2007. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672007000600008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 out. 2009.

SANTOS, E.M.; KIRSCHBAUM D.R. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n.1, p. 220-227, 2008. Disponível em < <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a20.htm>>. Acesso em: 15 dez. 2009.

SERPA, C.V.; SERPA, M.L.de B.; Resenha do Livro de Paulo Freire (1996). *Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 165 p. Disponível em <<http://www.smec.salvador.ba.gov.br/site/documentos/espaco-virtual/espaco-leituras/WEBRESENHAS/pedagogia%20da%20autonomia.pdf>>. Acesso em 23 jan. 2010.

SILVA, A. M. C. e. **O impacto do programa de saúde da família no Município de Sobral - Ceará**: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002. 2003. 139f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Departamento de Pediatria, São Paulo.

SILVA, J.A.; DALMASO A.S. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface-comunic, Saúde, Educ** Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=303709&indexSearch=ID>>. Acesso em: 17 jan. 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária –Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 1992. 725p.

TRAD, L.A.B. et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p.581-589, 2002. Disponível em < www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13034.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2010.

ANEXOS

ANEXO 1

FICHA A

ANEXO 2

RELATÓRIO DE VD

ANEXO 3

ORIENTAÇÕES VD CICLO
DE VIDA

ANEXO 4

DINÂMICA DA MÍMICA

ANEXO 5

**DINÂMICA “O MELHOR
CHOCOLATE”**

ANEXO 6

TEXTO SOBRE VD