

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

CÍNTIA APARECIDA COSTA E SILVA

A VISITA DOMICILIARIA NA PROMOÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA
DOS MORADORES DA ZONA RURAL

LAGOA SANTA- MINAS GERAIS

2014

CÍNTIA APARECIDA COSTA E SILVA

**A VISITA DOMICILIARIA NA PROMOÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA
DOS MORADORES DA ZONA RURAL**

Trabalho de Conclusão de Curso Apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica a Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para Obtenção de Certificado de Especialização.

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete.

LAGOA SANTA- MINAS GERAIS

2014

CÍNTIA APARECIDA COSTA E SILVA

**A VISITA DOMICILIARIA NA PROMOÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA
DOS MORADORES DA ZONA RURAL**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 8 de julho de 2014.

Dedico este trabalho à minha orientadora, profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete, pelo apoio incondicional, na verdade defino melhor, dizendo que me pegou pela mão e me conduziu durante a realização deste trabalho. Sem ela, eu teria realmente desistido.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ser luz em minha vida!

Minha família, principalmente marido e filho, por não me deixarem desistir jamais e por colorir meus dias com amor e afeto.

Agradeço também a professora Maria José Morais Antunes, pois começou comigo a realização desta pesquisa.

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste com apoio e estímulo nos momentos difíceis e de desânimo.

“A menos que modifiquemos a nossa forma de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”

Albert Einstein

RESUMO

A visita domiciliar tem se consolidado como um importante instrumento na operacionalização do atendimento em saúde nas Unidades Básicas de Saúde da Estratégia Saúde da Família. Principalmente em cidades como Dom Joaquim, onde os recursos são escassos, esta aproximação entre população e unidades de saúde proporcionada pelos Agentes Comunitários de Saúde tem facilitado a comunicação e adesão da população aos diversos programas que objetivam a promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo, da família e da coletividade. Neste estudo pudemos compreender melhor o papel dos diversos atores envolvidos neste contexto e verificar a importância da visita domiciliar e o que ela representa no atual cenário da saúde das populações rurais. Dessa forma, este estudo objetivou elaborar um protocolo com vistas à organização da visita domiciliar como ação de promoção à saúde da população moradora na zona rural. Busca-se, assim, organizar o serviço e uniformizar as ações, valorizando e analisando os diferentes contextos populacionais. Primeiramente, fez-se pesquisa bibliográfica no SciELO, com os descritores : visita domiciliar, população rural e promoção da saúde. A leitura dos artigos permitiu verificar que as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde na visita domiciliar têm apresentado melhorias na vinculação, qualidade de vida, acesso à saúde e informação. Os usuários têm se sentido mais valorizados e encorajados a serem protagonistas na busca de melhorias do seu processo saúde-doença, pois aprendem a analisar os diversos fatores intrínsecos, ambientais, sociais e culturais que os cercam. A visita domiciliar é o elo de ligação entre essas partes envolvidas, sendo capaz de fornecer dados de suma importância para que se possa estabelecer um planejamento das ações e direcionar as equipes de saúde, levando a um caminho de melhores resultados para a população e o sistema de saúde.

Palavras- chave: População rural. Promoção da saúde. Visita domiciliar.

ABSTRACT

Home visits have been established as an important tool in the operation of health care in Basic Health Units of the Family Health Strategy. Especially in cities like Dom Joaquim, where resources are scarce, this rapprochement between population and health services provided by community health workers has facilitated communication and adherence of the population to the various programs that focus on the promotion, protection and recovery of health of the individual, family and community. In this study, we could better understand the role of different actors involved in this context and to verify the importance of home visits and what she represents in the current scenario the health of rural populations. Thus, this study aimed to develop a protocol for organizations of home visits as action to promote health of the population living in rural areas. The aim is thus to organize and standardize the service shares, valuing and analyzing different population contexts. First, there was literature in SciELO, with descriptors: home visits, rural population and health promotion. Reading the articles has shown that the actions taken by health professionals in home visits are showing improvements in binding, quality of life, access to health care and information. Users have felt more valued and encouraged to be protagonists in the search for improvements in its health-disease process, they learn to analyze various intrinsic, environmental, social and cultural factors that surround them. A home visit is the link between these parties, being able to provide data for a sum which would establish a schedule of actions and direct health teams, leading to a path of better outcomes for the population and the system health.

Keywords: Rural Population. Health Promotion. Home visit

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
MS	Ministério da Saúde
VD	Visita domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVOS.....	16
4 METODOLOGIA.....	17
5 BASES CONCEITUAIS.....	18
6 PROPOSTA DE PROTOCOLO.....	26
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) é referido como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação em novas bases e critérios em substituição ao modelo tradicional, centrado na doença. Busca, portanto, priorizar as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação (BRASIL, 2001).

Percebendo a expansão do Programa Saúde da Família que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, onde ficava estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica (BRASIL, 2006)

Nessa Portaria ficou estabelecido que o PSF é:

[...] a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização descentralização integralidade e participação da comunidade mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (BRASIL, 2006, p. 14) .

Fica, por conseguinte, claro, que a Atenção Básica tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (BRASIL, 2003).

Ressalta-se que no Brasil, a origem do PSF remonta à criação do Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) em 1991, como parte do processo de reforma do setor da saúde, com a intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde. Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o PSF como política nacional de atenção básica, com caráter

organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais (BRASIL, 1996).

A implementação da Estratégia Saúde da Família e o atendimento a sua finalidade proposta, leva em consideração a valorização da promoção e prevenção da saúde, tendo a família como foco de cuidado e a coletividade onde está inserida.

É nesse contexto e visão de assistência de saúde que a cidade de Dom Joaquim foi contemplada com duas Equipes de Saúde da Família. A cidade ainda possui um Hospital de pequeno porte com 26 leitos, e um Centro de Saúde. Os PSF têm uma cobertura de 100% da população, e encontram-se atualmente com equipe completa.

A cidade de Dom Joaquim está localizada no circuito Serra do Cipó e tem cerca de 4689 habitantes. Atualmente este número aumentou significativamente devido à implantação de uma mineradora na cidade e regiões, havendo migração de uma população flutuante para trabalhar nas empresas prestadoras de serviço para a mineradora, principalmente vindos do nordeste do Brasil.

A população que compõem o PSF “Vida Nova” consta de uma população quase que exclusivamente localizada na zona rural da cidade, com apenas uma pequena população localizada no bairro Belo Vista, um bairro mais distante do centro da cidade que foi incorporada a este PSF. A abrangência desta ESF é de uma população composta por 590 famílias, 2161 pessoas. A área de atuação da ESF é constituída de 20 povoados rurais, dentre eles: Córrego dos Machados, Sesmaria, Mututú, Paiol Queimado, Córrego do Capoeirão, Ribeirão, Chambá, São José da Ilha, Arataca, Condado, São João, Gororós, Serra, e outros. As principais atividades econômicas desenvolvidas são a agropecuária e agricultura, constando de pequenas propriedades rurais, que desenvolvem essas atividades para a subsistência e uma pequena parte para comercialização. Também, na região, é feito queijo, cachaça, doces, artesanatos, e outros.

A Equipe Saúde da Família “Vida Nova” é composta por uma enfermeira, um médico, um dentista, um técnico de higiene bucal, recepcionista, auxiliar de enfermagem, agente de serviços gerais e seis agentes comunitários de saúde, cada um com sua respectiva micro área. A unidade funciona no mesmo espaço físico do

PSF “Viver Bem” e do Centro de Saúde. Há, dessa forma, apoio de outros profissionais, como, nutricionista, psicólogo, psiquiatra, fisioterapeutas e ginecologista.

No que diz respeito ao processo de trabalho, são realizadas reuniões com toda equipe com periodicidade mensal, ou de acordo com a demanda. As principais atividades desenvolvidas são atendimento médico clínico, consulta de enfermagem, consulta de pré-natal, puerpério, e puericultura, além de outros serviços, como curativo, vacinas, dentre outros.

O atendimento é realizado seguindo uma demanda agendada e as demandas espontâneas passam pela triagem realizada pelas enfermeiras. A unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe.

Os encontros com a população são realizados no auditório, que foi recentemente construído. Há ainda um programa de rádio, todas as segundas-feiras, em que um profissional escolhe um tema e tem 30 minutos da programação para falar sobre determinado assunto. Contamos com apoio da Pastoral da Criança e da Organização Não Governamental (ONG) Reprolatina, que atua nas questões da saúde sexual e reprodutiva.

A visita domiciliar é uma ferramenta importante no processo de conhecimento dos principais aspectos demográficos, epidemiológicos, sociais, saneamento, entre outros, da população adscrita. A visita é um método de avaliação e que contribui na melhoria do nosso atendimento e favorece o desenvolvimento de ações pautadas nos anseios e realidade da nossa população atendida. O planejamento das ações, embasado nas demandas e levantamentos pelo ACS e por outros membros da equipe, refletindo em melhorias nos serviços e atendimento, diminuindo assim gastos desnecessários de materiais e recursos, evitando desperdício e otimizando o tempo. Nesse sentido, há reflexos de melhorias no processo de trabalho, na atuação e assistência dos profissionais da saúde, oferecendo à população um atendimento e um serviço de qualidade, organizado e bem estruturado.

Contudo, ao realizar o diagnóstico situacional como uma das atividades do Módulo de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), definiu-se como problema prioritário da Equipe de Saúde da Família “ Vida Nova” a ser trabalhado em um primeiro momento, é a melhoria da qualidade da vista domiciliar às famílias residentes em na zona rural de Dom Joaquim. Percebeu-se como nó crítico a baixa adesão desta população às ações educativas e aos grupos operativos.

2 JUSTIFICATIVA

Existem fatores que dificultam o acesso da população rural às ações coletivas de saúde, no nível básico de atenção, como deficiências no transporte público.

A visita domiciliar torna-se um importante instrumento de levantamento de dados e de observação da vivência cotidiana dessa população, possibilitando, principalmente, que ações educativas, efetivas e eficazes se concretizem apoiadas na vida e nas crenças das pessoas e da própria comunidade aí residente.

Percebeu-se o diagnóstico situacional que as visitas domiciliares realizadas estavam impactando pouco nas condições de saúde da população, sendo, portanto necessário uma reorganização da execução das mesmas.

Espera-se, então, que os profissionais de saúde possam implantar ações que visem ampliar aquelas de autocuidado e diminuir as morbimortalidades que mais impactam na vida desta população.

3 OBJETIVO

Elaborar um protocolo com vistas à organização da visita domiciliar como ação de promoção à saúde da população moradora na zona rural do município de Dom Joaquim.

4 METODOLOGIA

Foi realizado um levantamento bibliográfico relacionado ao tema visita domiciliar, em periódicos científicos, disponíveis na Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais e em outros meios como a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), com os descritores : visita domiciliar, população rural e promoção da saúde.

Registra-se, também, que foram pesquisados manuais do Ministério da Saúde que versam sobre visita domiciliar.

A pesquisa e leitura dos artigos e manuais selecionados permitiram reunir informações sobre visita domiciliar e a realização de uma proposta de protocolo.

5 BASES CONCEITUAIS

5.1 Promoção da saúde na Atenção Básica: conceitos, ações da equipe de saúde da família.

A criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), pelo Ministério da Saúde em 1991 e, posteriormente, o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, proporcionou o desenvolvimento e a estruturação de ações voltadas para a promoção da saúde (BRASIL, 2001).

Destaca-se que a princípio o PACS tinha o objetivo de reduzir, por meio de suas ações, a mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente no Norte e Nordeste do país. Depois se estendeu a todo Brasil, modificando seu foco, após ser incorporando ao PSF, sendo que os principais objetivos deste programa são: prestar assistência integral, contínua e de boa qualidade no nível primário da atenção; identificar e intervir nos fatores de risco que atingem à comunidade; humanizar as ações de saúde, criando vínculo dos profissionais com a comunidade; estabelecer parcerias por intermédio das ações intersetoriais; conscientizar a comunidade de que saúde é direito de todos e dever do Estado; incentivar a organização da comunidade; objetivar o controle social; divulgar informações em saúde, organizar e produzir ações sociais de saúde (BRASIL, 2001).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, a atenção à saúde deve ser direcionada para a família, para o seu ambiente físico e social, para suas necessidades básicas, com atendimento primário de saúde integral, contínuo e de qualidade. As ações das equipes de saúde da família devem ser preventivas e de detecção de doenças e/ou agravos em estágios iniciais, com vistas à promoção e recuperação do paciente, à reabilitação das doenças e agravos de maior ocorrência, com a manutenção saúde dessa pessoa, família ou comunidade (BRASIL, 1996).

Dessa forma, busca-se melhoria na qualidade e expectativa de vida, com redução do número de internações hospitalares e diminuição de gastos de maior custo para o Estado. Portanto, os benefícios são diversos. As Equipes de Saúde da Família são responsáveis pelo cadastramento, atendimento e acompanhamento das famílias

localizadas em uma determinada área prévia e geograficamente delimitada (BRASIL, 2001).

A visita domiciliar, como função integrante do PACS, elenca uma das ações do Programa Saúde da Família (PSF), hoje mais comumente chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF), que consiste numa estratégia de ações públicas, do âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), voltadas para condutas de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo, da família e da coletividade, permitindo uma atenção interdisciplinar e multiprofissional (BRASIL, 2001).

A visita domiciliar visa prestar uma assistência educativa e assistencial no âmbito do domicílio. É através dela que fazemos um levantamento e avaliação das condições socioeconômicas em que vive o indivíduo e seus familiares, elaborando assim uma assistência específica a cada caso (KAWAMOTO; SANTOS; MATTOS, 2009, p. 35).

Assim, a visita domiciliar é um instrumento que aproxima o profissional da família e da comunidade, criando um vínculo efetivo entre as partes envolvidas, permitindo a troca de saberes, das diversas necessidades, tanto quanto do usuário como do profissional. Com isso, consegue-se maior efetividade de ações que envolvam o cuidado ao indivíduo e família, ao meio ambiente, entre outros, além de se caracterizar pelo baixo custo e alta efetividade. Portanto, a visita domiciliar tem uma grande importância na área da saúde e, por meio dela, podemos avaliar as condições ambientais e físicas em que vive o indivíduo e sua família, prestar assistência, levantar dados sobre condições de habitação e saneamento e aplicar medidas de controle, nas doenças transmissíveis ou parasitárias, e principalmente educar (KAWAMOTO; SANTOS; MATTOS, 2009).

Conforme mencionado anteriormente, a visita domiciliar é o principal instrumento de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e o Ministério da Saúde indica que haja no mínimo uma visita mensal a cada residência da área de atuação do agente. Recomenda, ainda, que o número de visitas deve ser de acordo com o estado de saúde de seus habitantes (BRASIL, 2001).

No que diz respeito à efetividade e eficiência da visita domiciliar, Lima; Silva e Bousso (2010, p.891) cometam que:

[...] para que a visita seja bem-sucedida e atinja seu objetivo, é fundamental que ela seja devidamente planejada, para que o agente aproveite melhor seu tempo e o tempo das pessoas que vai visitar. Além disso, é importante que tanto este profissional como o indivíduo ou a família visitada compreendam a finalidade dessa atividade.

Para Santana *et al.* (2011), as visitas domiciliares planejadas e sistemáticas com vistas à localização de casos e levantamento da saúde e educação para a saúde deveriam, inicialmente, encaminhar-se para uma determinada área. Isso aponta dizer que a visita deve se adequar à realidade de vida de uma determinada população assim como atender às necessidades específicas de um programa de atendimento na área de saúde.

Ainda para Santana *et al.* (2011,p 5082),

As visitas domiciliares são momentos que devem ser aproveitados para a realização de ações que visam atendimento educativo e assistencial. Deve estar direcionada para a educação e saúde e a conscientização dos indivíduos com relação aos aspectos de saúde no seu próprio contexto.

Segundo essas autoras, a visita domiciliar é importante para identificar as condições sociais e sanitárias do cliente e do serviço bem como da sua família, no sentido de complementar as orientações do processo educativo da consulta de enfermagem, e, também, adaptar os conhecimentos e procedimentos técnicos à realidade social, econômica, cultural e ambiental do cliente-família (SANTANA *et al.* , 2011).

De acordo com Kawamoto, Santos e Mattos (2009), a visita domiciliar é, por conseguinte, um método de trabalho em enfermagem que tem como objetivo principal levar ao indivíduo, no seu domicílio, assistência e orientação sobre saúde.

Este objetivo é atingido através de:

- Supervisão de cuidados prestados pela família, ou por um de seus membros;
- Prestação de cuidados de enfermagem no domicílio, quando necessário;

- Levantar dados sobre as condições de saneamento em que vive a família, por meio de entrevistas e observações; Orientação sobre a prestação dos cuidados no domicílio, assuntos de higiene geral, dentre outros.

Kawamoto, Santos e Mattos (2009) dizem que para se obter sucesso com a visita domiciliar é necessário, em primeiro lugar, ter uma sequência de passos: planejamento, execução, registro de dados e avaliação. Com isso, consegue-se alcançar algumas de suas vantagens:

- O profissional de saúde ao levar *in loco* os conhecimentos dentro do meio ambiente do grupo familiar, na sua casa, ele conhece também as condições peculiares de habitação e higiene. Torna-se, também, mais fácil planejar as ações de enfermagem de acordo com condições observadas no domicílio;
- Um melhor relacionamento do grupo familiar com o profissional de saúde, por ser sigiloso e menos formal;
- Há uma maior liberdade para se expor os mais variados problemas, tendo se um tempo maior, do que nas dependências dos serviços de saúde.

Contudo, não se pode deixar de mencionar que há também desvantagens relativas à visita domiciliar. De acordo com Kawamoto, Santos e Mattos (2009), as três principais desvantagens ou limitações são:

- Problemas relacionados ao horário de trabalho e afazeres domésticos, o que pode impossibilitar ou dificultar a realização da visita;
- Maior gasto de tempo tanto em locomoção como na execução da visita;
- É considerado um método dispendioso, pois demanda custo de pessoal e locomoção.

5.2 Visita domiciliar na Atenção Básica: conceito, como organizar, responsabilidades de cada membro da equipe, segundo a legislação do SUS

A visita domiciliar é definida como uma forma de atenção em Saúde Coletiva voltada para o atendimento ao indivíduo e à família ou à coletividade que é prestada nos domicílios ou junto aos diversos recursos sociais locais, visando a maior equidade da assistência em saúde (CECCIM e MACHADO, 2005)

Segundo Mioto (2001), a visita domiciliar se caracteriza por ser um dos instrumentos que possibilita conhecer de perto as condições de vida dos sujeitos, no seu próprio ambiente de vida familiar e comunitária. Sendo assim, podem-se conhecer as condições tanto residenciais quanto do bairro onde vivem esses sujeitos e daí verificar e compreender os aspectos do cotidiano das suas relações, aspectos esses que comumente passam despercebidos em outros espaços de cuidado.

Assim, no contexto do PSF, a visita domiciliar constitui-se de uma atividade utilizada com a finalidade de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos, ou o planejamento de ações almejando à promoção de saúde da coletividade, se constituindo em um instrumento essencial, utilizado pelos integrantes das equipes de saúde para conhecer as condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade (TAKAHASHI e OLIVEIRA, 2001).

As visitas devem ser programadas rotineiramente pela equipe de saúde da família, devendo a seleção do indivíduo e/ou das famílias ser pautada nos critérios definidores de prioridades, por conta de especificidades individuais ou familiares (BORBA, 2007). Assim, devem-se considerar como critérios gerais:

- Situações ou problemas novos na família relacionados à saúde ou que constituem risco à saúde (morte súbita do provedor, abandono de um dos genitores, situação financeira crítica, etc...).
- Situação ou problema crônico agravado.
- Situação de urgência.

- Problemas de imobilidade e/ou incapacidade que impedem o deslocamento até a unidade de saúde.
- Problemas de acesso à unidade (condições da estrada, ausência de meios de transporte, etc...).

Entre os adultos são priorizadas visitas domiciliares quando da identificação:

- Do problema de saúde agudo que necessite de internação domiciliar.
- Das ausências no atendimento programado.
- Dos portadores de doenças transmissíveis de notificação obrigatória.
- Dos hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose e hanseníase que não estão aderindo ao tratamento.

Retornando à composição da Equipe de Saúde da Família, ela deverá ser composta, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. Outros profissionais de saúde poderão ser incorporados a estas unidades básicas, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, devendo estar identificados com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo, podendo ainda contar com cirurgião dentista, nutricionista, psicólogo e educador físico. Os profissionais das equipes de saúde serão responsáveis por sua população adscrita, devendo residir no município onde atuam, trabalhando em regime de dedicação integral. Para garantir a vinculação e identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade, os Agentes Comunitários de Saúde devem, igualmente, residir nas suas respectivas áreas de atuação (BRASIL, 1997).

De acordo com o Ministério da Saúde, cada profissional tem atribuições específicas. Neste estudo, vamos focar nas atribuições do enfermeiro, do técnico ou auxiliar de enfermagem e dos ACS (BRASIL, 1997).

São atribuições do enfermeiro:

- Executar, no nível de suas competências, ações de assistência básica de vigilância epidemiológica e sanitária nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e ao idoso;
- Desenvolver ações para capacitação dos ACS e auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções junto ao serviço de saúde;
- Oportunizar os contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde e abordar os aspectos de educação sanitária;
- Promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente torne-se mais saudável;
- Discutir de forma permanente, junto à equipe de trabalho e comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
- Participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das unidades de Saúde da Família (BRASIL, 1997, p. 16).

Dentre as atribuições do enfermeiro, destaca-se, junto à equipe de saúde, a capacitação que deve ser permanente o que implica na capacitação dos ACS para realização da visita domiciliar.

No que se refere às atribuições do auxiliar de enfermagem, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997, p.17), são elencadas as seguintes atribuições:

- Desenvolver, com os Agentes Comunitários de Saúde, atividades de identificação das famílias de risco;
- Contribuir, quando solicitado, com o trabalho dos ACS no que se refere às visitas domiciliares;
- Acompanhar as consultas de enfermagem dos indivíduos expostos às situações de risco, visando garantir uma melhor monitoria de suas condições de saúde;
- Executar, segundo sua qualificação profissional, os procedimentos de vigilância sanitária e epidemiológica nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, bem como no controle da tuberculose, hanseníase, doenças crônico-degenerativas e infectocontagiosas;
- Participar da discussão e organização do processo de trabalho da unidade de saúde.

As atribuições do Agente Comunitário de Saúde são as seguintes:

- Realizar mapeamento de sua área de atuação;
- Cadastrar e atualizar as famílias de sua área;
- Identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;
- **Realizar, através de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade** (grifo do autor);
- Coletar dados para análise da situação das famílias acompanhadas;
- Desenvolver ações básicas de saúde nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças;
- Promover educação em saúde e mobilização comunitária, visando uma melhor qualidade de vida mediante ações de saneamento e melhorias do meio ambiente;
- Incentivar a formação dos conselhos locais de saúde;
- Orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde;
- Informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades;
- Participação no processo de programação e planejamento local das ações relativas ao território de abrangência da unidade de Saúde da Família, com vistas a superação dos problemas identificados.

Confirma-se, portanto, a importância dos ACS no que se referem à visita domiciliar e o papel do enfermeiro na capacitação desses ACS para que atuem com efetividade, humanização, diálogo e ética no desempenho da visita domiciliar.

A equipe mínima da ESF deverá pautar sua assistência de acordo com a demanda da população a ser atendida, enumerando os principais nós críticos e criando estratégias e planos de ação com o objetivo de resolução dos problemas identificados com prazo pré-determinado e os atores envolvidos na resolução. As equipes deverão reunir-se de acordo com protocolo da ESF com a participação de toda a equipe, de preferência ao final de cada mês, onde serão estratificados os dados levantados pelo ACS juntamente com o enfermeiro responsável pela equipe. A partir daí programa-se as visitas com o profissional de saúde médico, enfermeiro ou outro, priorizando os problemas e pacientes acamados, debilitados, com

transtorno mental ou psicológico, e por outras necessidades. Articulam-se, então, ações.

6 PLANO DE AÇÃO: A VISITA DOMICILIAR NA PROMOÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA DOS MORADORES DA ZONA RURAL

A partir do diagnóstico situacional realizado na disciplina Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010) e respectiva seleção dos problemas mais relevantes, ficou evidenciado que a visita domiciliar para moradores da zona rural seria o foco a ser priorizado.

Sabe-se que a realização da Visita Domiciliar é um processo dinâmico, pois, a cada visita, são identificadas novas situações, que alteram e/ou complementam as outras existentes e que apontam para novas reavaliações e intervenções.

O planejamento para execução e avaliação das VD(s) deve acontecer em caráter multidisciplinar e o diálogo entre os membros da equipe deve ser constante para que trocas de informações ocorram e que soluções sejam tomadas em tempo hábil. É imprescindível o registro dos dados encontrados, a organização das intervenções provenientes das VD(s), o que resultam em maior qualidade e efetividade, caso esses passos sejam executados em equipe e com respeito às especificidades técnicas multidisciplinares.

De acordo com a Portaria GM nº 648, de 29/3/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica é atribuição comum a todos os profissionais da equipe da saúde da família realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários, quando necessário (BRASIL, 2006).

Ressalta-se, também, que a proposta aqui apresentada-se fundamentou nos conhecimentos adquiridos a partir da pesquisa bibliográfica e nos princípios que regem a visita domiciliar.

Os principais objetivos da visita domiciliar são os seguintes:

- Realizar busca ativa de indivíduos e famílias, procedendo ao cadastramento e acompanhamento dos mesmos mensalmente, ou conforme necessário;

- Conhecer o domicílio, suas características ambientais, socioeconômicas e culturais;
- Identificar fatores de risco à saúde da família e/ou coletividade;
- Instituir e prestar cuidados de enfermagem, principalmente em pacientes acamados;
- Orientar cuidados a família e/ou cuidadores;
- Investigação epidemiológica, acerca de doenças ou agravos que comprometam a saúde do indivíduo, família, ou coletividade;
- Buscar adesão do cliente ao tratamento;
- Orientar encaminhamentos a outros recursos da comunidade;
- Incentivar o envolvimento e participação em programas em favor da comunidade;
- Promover ações de promoção à saúde, incentivando a mudança de estilo de vida.
- Propiciar ao indivíduo e à família, a participação ativa no processo saúde-doença.
- Estimular a independência e a autonomia do indivíduo e de sua família, incentivando práticas para o autocuidado (BRASIL, 2001).

No que diz respeito à finalidade e à prioridade da visita domiciliar, cabe, de acordo com o Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica (BRASIL, 2001):

Estratificar a necessidade e planejar as ações de acordo com a demanda levantada:

- Atendimento de acamados;
- Hipertensos, diabéticos, alcoólatras;
- Gestantes
- Crianças menores de 5 anos;
- Desnutrição infantil ou na gestação;
- Indivíduos com transtorno mental;
- Visita no puerpério;
- Investigação epidemiológica;
- Tratamento de feridas e curativos domiciliares;
- Acompanhamento de tuberculose ou hanseníase;

- Acompanhamento familiar de rotina
- Outras demandas.

Execução do procedimento:

- Agente comunitário de saúde;
- Auxiliar de enfermagem e/ou técnico de Enfermagem
- Enfermeiro

Materiais: Insumos e recursos

- Ficha A, e outras fichas (gestante, hipertensos, diabéticos, tuberculose, hanseníase) e prontuário do paciente e/ou família;
- Lápis, caneta, borracha, clips de papel, grampeador, e outros.
- Insumos e recursos conforme a necessidade específica da VD, como: glicosímetro, estetoscópio e esfigmomanômetro, balança, termômetro, e outros.

Descrição da Técnica de Visita Domiciliar:

- Planejamento
- Execução
- Registro de dados
- Avaliação do processo

Descrição do procedimento:

- Identificar a necessidade da visita domiciliar e a especificidade do caso;
- Planejar de acordo com a necessidade identificada;
- Escolher um bom horário;
- Definir o tempo de duração da visita;
- Possibilitando a participação do maior número possível, de membros da família, no ato da VD;

- O profissional deve identificar-se e expressar de maneira informal, mas com clareza o objetivo da visita, dizendo o seu nome, qual é o seu trabalho, a importância do seu trabalho, o motivo da sua visita e, principalmente, se pode ser recebido naquele momento.
- Levar as informações sobre a família a ser visitada, de preferência, tratar pelo nome, pois reforça o vínculo e demonstra interesse.
- O relacionamento com a família deve ser cordial evitando os extremos da formalidade e da intimidade no contato com os clientes.
- Realizar a observação sistematizada da dinâmica da família.
- Sempre valorize suas crenças, seu modo de ser, seus problemas e seus sentimentos, esta é uma forma de conquistar confiança.
- A visita deve ser objetiva: Só se pede informação daquilo que foi planejado para aquela visita.
- Aproveitar a oportunidade para ensinar, pois mediante dados coletados, a educação em saúde pode ser realizada.
- Registrar a atividade e os procedimentos executados no prontuário e boletim de produção.

Caso a VD demande procedimento de enfermagem:

- Contatar antecipadamente o indivíduo/ família;
- Separar e preparar o material necessário;
- Explicar o que será realizado e os cuidados necessários antes, durante e após o procedimento.
- Registrar no prontuário detalhadamente e as intercorrências, se houver.

A revisão bibliográfica reafirma a importância da visita domiciliar no contexto da atenção básica à saúde como uma ferramenta de aproximação do serviço de saúde à população e também para identificar os problemas que afligem as famílias.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A visita domiciliar tem sido considerada, cada vez mais, um importante instrumento no processo de promoção, proteção, recuperação da saúde da população adscrita de uma determinada Unidade Básica de Saúde. E a equipe de saúde ao promover esta ação estreita os laços entre família, comunidade e a UBS estabelecendo assim, uma relação de confiança e troca entre ambas as partes envolvidas, com isso, promove maior efetividade e eficácia de suas ações.

Neste contexto, a visita domiciliar permite que a equipe conheça e entenda o processo saúde doença de uma determinada área e sua população. Permite, ainda, o conhecimento de aspectos sociais, ambientais e culturais, dentre outros. Também fornece dados epidemiológicos e subsídios para implantar novas estratégias de cuidados.

Nas visitas domiciliares são desenvolvidas ações de grande importância e relevância para a melhoria de vida da população. Até mudanças de hábitos deverão ser incentivadas, além da educação permanente em saúde, tornando a população corresponsável por sua saúde. O indivíduo informado torna-se seguro de seu autocuidado, tornando-se atuante em boas práticas e replicador das mesmas.

E para que todas as ações propostas e desenvolvidas alcancem o objetivo esperado a equipe deve estar coesa e comprometida. Uma equipe que planeja e desenvolve suas ações pautadas nos dados levantados podem colaborar com a ampliação do acesso as unidades de saúde e para a estruturação do método de trabalho, em resposta às necessidades da população.

A população rural é uma população de muitos anseios, pois o seu acesso, às vezes, é dificultado pela distância e por meios de transporte escassos, e para esses a visita domiciliar é muito valorizada. Realizar a visita para essa população é dar-lhes maior acesso e informações aos serviços de saúde, e também a garantia do direito à saúde e valorização da pessoa humana.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde.** Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção-Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Portaria nº 648, de 28 de março de 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 Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil n. 648, de 28 de março de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2006

BRASIL. **Portaria Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010** - Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso Acessado em 04 de maio de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BORBA P. C.; OLIVEIRA, R. S.; SAMPAIO, Y.P.C.C. **O PSF na prática: organizando o serviço.** Juazeiro do Norte: FMJ, 2007.

CAMPOS, F.C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde.** NESCON/UFMG- Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte, 2010.110p.

CECCIM, R.; MACHADO, N. **Contato domiciliar em saúde coletiva.** Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1995.

KAWAMOTO, E. E.; SANTOS, M.C.H.; MATTOS, T.M. **Enfermagem Comunitária**. 2.ed. São Paulo: EPU, 2009.

LIMA, A. N.de; SILVA, L.; BOUSSO, R. S. A visita domiciliária realizada pelo agente comunitário de saúde sob a ótica de adultos e idosos. **Saude soc.** [online]. v.19, n.4, p. 889-897, 2010

MIOTO, R. C.; T. Perícia social: proposta de um percurso operativo. **Serviço Social & Sociedade**, n. 67, mar. Jun. set. dez. 2001.

SANTANA, A. B.; SOUZA, Z. C. S. .N.; CALÓ, F. O.; CALDAS, M. F.; **Visita domiciliar como estratégia de promoção da saúde no puerpério**: relato de experiência na graduação em enfermagem, Congresso Brasileiro de Enfermagem e Obstetrícia e Neonatal. ABENFO/MG, 2011. Disponível em:<<http://www.aben-ce.com.br/cben/temas.html>> Acesso em 04/05/2013.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA. M. A. C. **A visita domiciliar no contexto da Saúde da família**. In: BRASIL, Ministério da Saúde (Org.). Manual de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.