

A Visita Domiciliar como uma Estratégia da Assistência no Domicílio

*Ana Lúcia Abrahão
Valéria Lagrange*

Introdução

Entrar na casa das pessoas, observar seus hábitos, suas relações intrafamiliares, sua rotina cotidiana pode ser extremamente rico e importante para o planejamento e execução das ações sanitárias. Uma atividade complexa e adotada pelos principais modelos de atenção à saúde que, se não for efetuada, respeitando a individualidade da família e em acordo com objetivos estabelecidos pelo projeto terapêutico, com limites claros e bem definidos, pode se transformar em poderoso instrumento de controle e vigilância da população.

A assistência domiciliar é trazida mais uma vez para a arena das discussões sobre os modos de proporcionar atendimento para a população. Desta vez pelo Programa de Saúde da Família (PSF), que concentra grande parte destas ações sobre o agente comunitário de saúde (ACS), profissional membro da Equipe de Saúde da Família (ESF). É a partir da visita deste ator no domicílio que é traçado o plano e as estratégias de ação a serem desenvolvidas pela equipe junto à família. Uma atividade que se constrói fora do espaço hospitalar e dos ambulatorios de especialidades, com características desenhadas e voltadas para a prevenção de doenças e de promoção da saúde.

Tem sido crescente nas últimas décadas do século XX a busca por estratégias que visem a reduzir os custos com ações sociais, reflexo da política neoliberal de redução dos gastos estatais que inclui as ações de saúde.

Os estudos que tomam os gastos públicos com saúde como objeto revelam que existe uma diferença entre os gastos com a alta complexidade, concentrada nos hospitais, a média complexidade e a atenção básica, em que o primeiro é sempre mais elevado que os demais. Dentre os gastos hospitalares, aqueles que possuem maior impacto econômico estão relacio-

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

nados ao uso corrente de tecnologia vinculada ao uso de equipamentos, uma prática que se respalda na hegemonia do modelo hospitalocêntrico e possui baixo impacto nos indicadores de qualidade de vida das populações.

Segundo Mendes (1999: 151), “é necessário ir construindo, na prática social, os papéis do novo hospital, que tendem a limitar-se aos cuidados agudos e intensivos e à atenção ambulatorial de maior densidade tecnológica”. Neste contexto de busca por diferentes formas de prestação de serviços de saúde que amplie a qualidade de vida das populações, emergem processos de trabalho que figuram como modos novos e antigos de atenção fora do espaço hospitalar, na tentativa de mudança do modelo de atenção que incluem: internações domiciliares, hospital-dia, cuidados domiciliares e visita domiciliar (VD). Em contrapartida, a formulação de políticas e estratégias que visem à mudança dos espaços e do modelo de atenção à saúde deve tomar como princípio as necessidades de saúde da população.¹

O Programa de Saúde da Família, implementado em 1994, o Programa de Internação Domiciliar, criado pela portaria 10.424/2002 do Ministério da Saúde (Brasil, 2002a), e espaços de cuidado paliativos em ambulatórios e no domicílio, instituídos para o cuidado de usuários com dores crônicas e em tratamento de câncer e patologias crônicas, podem ser considerados estratégias de reversão do atual modelo de atenção, ao mesmo tempo uma alternativa, a princípio, de redução dos custos hospitalares.

A prática de saúde no domicílio é tão antiga quanto a própria vida em sociedade e volta a ser vista como uma alternativa, mais humanizada e, ao mesmo tempo, com a possibilidade de um cuidado singular em um outro espaço que não seja o hospital. Neste novo contexto, o cuidado domiciliar, em suas diferentes modalidades, é também percebido com base em seu potencial renovador, uma estratégia de reorganização do modelo de atenção em saúde tendo em vista a atenção básica e reforçando os princípios de integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, no entanto, se faz necessário um olhar e um fazer crítico, que considerem em sua análise o potencial controlador desta prática, pois, no desenvolvimento de tal atividade, a função disciplinadora das práticas sanitárias se faz pre-

¹ Sobre necessidades em saúde, ver Silva, Batistella e Gomes, texto “Problemas, necessidades e situação de saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família”, no livro *O Território e o Processo Saúde-Doença*, nesta coleção (N. E.).

A VISITA DOMICILIAR COMO UMA ESTRATÉGIA

sente, principalmente naquelas voltadas às populações com baixo poder socioeconômico.

Para entender o papel das ações no espaço domiciliar, nas quais se incluem as visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde e as perspectivas dessa prática no interior do sistema de saúde, vamos situar historicamente este tipo de assistência, apresentar suas várias modalidades, focalizando na VD, além de discutir os principais desafios para que esta prática seja de fato inovadora e reestruturante da atenção prestada à população brasileira pelo SUS.

Pequena História da Atenção no Domicílio

Os principais e maiores problemas relacionados à manutenção da saúde que os homens enfrentaram e enfrentam ao longo do tempo apresentam uma estreita ligação com o modo como organizamos a vida em sociedade e o ambiente que nos cerca. O tratamento do doente no ambiente domiciliar é uma prática comum à vida humana. Na Grécia (443 a.C), identificamos relatos históricos de médicos que percorriam os vilarejos proporcionando assistência às famílias, de casa em casa, orientando-as quanto à melhoria do ambiente em que viviam, os modos de prover água e a identificação de alimentos adequados ao consumo, bem como o auxílio à incapacidade física. Para os antigos gregos, a saúde estava relacionada a ter "pensamentos sadios",² que significa hábitos de vida saudáveis (Rosen, 1994: 31).

Em contrapartida, a mesma sociedade cultuava, entre os seus muitos deuses, o Deus Asclépio, responsável pela cura das doenças, cujo templo é considerado o primeiro hospital da história. No templo, os seguidores de Asclépio recebiam as orientações de como tratar a doença através do sonho, uma 'estratégia' usada pelo Deus para 'falar' com seus seguidores. Os templos de Asclépio podem ser considerados um grande espaço de sonoterapia, mas também um lugar sagrado, onde nascer e morrer não eram permitidos.

Assim, na antiga sociedade grega, o nascer, o morrer e as medidas de promoção da saúde, eram práticas restritas ao domicílio, sendo desenvolvidas por diferentes pessoas, desde médicos a escravos, já que estes últimos eram os responsáveis pelo cuidado do doente no domicílio.

² O termo pensamento sadio refere-se a uma expressão do autor que denota a preservação de hábitos saudáveis por parte da população.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Na Idade Média, a prática de cuidado do doente era realizada em casa, não incluída, como na Grécia antiga, medidas e incentivos a hábitos de vida saudáveis quer seja individual ou voltado para o coletivo.

Na verdade, é apenas a partir da última metade do século XVIII que podemos falar em uma medicina coletiva, social (Foucault, 1979) e de cunho educativo. Neste período, emerge nos países europeus um movimento de reorganização da economia e da sociedade que passa a incorporar a medicina como disciplina do Estado. O objetivo é disciplinar, ou seja, controlar os corpos individuais e da coletividade, fortalecendo com isso o próprio Estado nacional na sua disputa, política e econômica, com os demais Estados.

Foucault (1979) chama a atenção para o fato de que essa disciplina não era voltada, originalmente, para o trabalhador. Não tinha como objetivo, em um primeiro momento, produzir uma classe trabalhadora dócil que se submetesse ao modo de produção capitalista que começava a se organizar, e sim um modo de disciplinar o corpo social.

Inicialmente, a questão não era aumentar a produção, ou garantir a submissão do trabalhador aos padrões de produtividade da época, mas sim fortalecer a Nação, o Estado Nacional. Para isso, colocava-se a necessidade de uma população disciplinada para a constituição de um Estado forte.

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política. (Foucault, 1979: 80)

A medicina social e coletiva nasce então como estratégia não apenas para a formação de trabalhadores aptos e saudáveis, mas principalmente para regular e controlar toda a sociedade. É a partir da Alemanha do final do século XVIII que se inicia a medicina como prática social e estatal, e esta passa a ser difundida por toda a Europa e incorpora, desde o seu início, a prática de ações no domicílio. Prática de base discursiva, com a proposta de controle sobre os hábitos e ações da população, como a quarentena.³

³O termo quarentena caracteriza uma técnica do século XVIII, empregada pela medicina de estado alemão, com o objetivo de controlar as epidemias freqüentes naquela época. Um artifício utilizado até hoje em alguns casos de algumas doenças transmissíveis. A técnica consiste em evitar que a pessoa infectada circule pelos espaços coletivos e transmita a doença para os demais. Dessa forma, o indivíduo doente restringe-se ao domicílio por um prazo de quarenta dias, mas este prazo pode ser reduzido ou elevado de acordo com o tempo de incubação e transmissão da doença.

A VISITA DOMICILIAR COMO UMA ESTRATÉGIA

Na Inglaterra, por exemplo, no início do século XIX, foi desenvolvido um plano para treinar mulheres de áreas pobres de Londres de maneira a capacitá-las a cuidar dos doentes na sua própria comunidade. “Sendo essa mulher da mesma classe social do usuário, ela seria, em tese, capaz de realizar um trabalho melhor” (Rosen, 1994: 288). Apesar desta iniciativa em particular não ter tido continuidade, outras propostas surgiram, sempre tendo como combinação o trabalho social, educativo e a assistência em saúde, realizados em visitas sanitárias voltadas para as populações menos favorecidas.

Como podemos perceber, essas práticas sanitárias constituídas, historicamente, estão voltadas preferencialmente para as comunidades periféricas, onde habita a população mais pobre. É desta época a figura da ‘polícia sanitária’ e a percepção de que as práticas individuais de higiene e saúde podem ser uma ameaça a toda coletividade. Daí a necessidade de repressão e controle do corpo individual e coletivo e a constituição da medicina social como “estratégia bio-política” apresentada por Foucault (1979).

Dá-se início a uma prática em que se torna “necessário difundir o conhecimento e estimular a ação, a fim de, em última análise, promover mudanças no comportamento de indivíduos e grupos” (Rosen, 1994: 272).

No Brasil,⁴ temos o começo dessas práticas sanitárias no início do século XX, trazidas da Europa por Oswaldo Cruz, Emilio Ribas, Carlos Chagas, entre outros. Ao assumir a direção da Diretoria Geral de Saúde Pública, em 1903, Oswaldo Cruz priorizou o combate à febre amarela, doença endêmica, à época, na cidade do Rio de Janeiro (Costa, 1986). Uma parte importante na estratégia de combate às doenças transmissíveis eram as visitas domiciliares realizadas por inspetores sanitários. A partir dessas visitas, as residências podiam ser até interditadas, se fosse verificado que estavam em más condições de higiene.

Nas casas visitadas o inspetor sanitário deixava um documento denominado Boletim de Visita Domiciliar, no qual indicava as condições higiênicas que foram encontradas e recomendações, por escrito, das medidas para melhoria sanitária. Essas visitas visavam principalmente às casas de cômodo e habitações coletivas ocupadas pelos pobres da cidade. (Costa, 1986: 57)

⁴ Sobre as práticas sanitárias no Brasil, ver Baptista, texto “História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde”, no livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

A VD, que, em um primeiro momento, pode ser considerada ação de prevenção e de precaução, em um segundo momento pode ser caracterizada como de extremo controle e vigilância do comportamento e dos hábitos individuais. Um controle sutil sobre o corpo representado pelo discurso higiênico, que no Rio de Janeiro marca um fato histórico que ficou conhecido como a Revolta da Vacina.⁵ Tal prática sanitária somada a outras de controle como revisão sistemática e rigorosa dos elementos considerados causadores de más condições sanitárias implicavam multas, expedições de intimidação da população, vistoria das casas, portos, navios etc.

Destaca-se que

As práticas desenvolvidas a partir de Oswaldo Cruz assinalaram, portanto, a criação de um padrão de serviço que ocupará um espaço próprio na estrutura estatal voltada para o problema da saúde. Através das ações de saúde pública, o Estado passou a viabilizar condições sanitárias adequadas às novas relações sociais e ao desenvolvimento da capacidade de produção do país. (Costa, 1986: 72)

Assim, um conjunto de medidas calcadas no discurso e na prática higienista passam a figurar no cenário das ações de Saúde Pública, com objetivos claros de possibilitar o desenvolvimento produtivo do país. Medidas estas que alcançaram êxito em sua contribuição para o fortalecimento do Estado brasileiro.

Na década de 1970, mantendo a orientação de garantir medidas de prevenção de doenças, é implantado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), e na década seguinte, em 1980, foi elaborado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde). Este último não implantado. Inicialmente, o Piass foi desenvolvido no Nordeste e, em um segundo momento, nas regiões Norte, Centro-Oeste e Sudeste. O seu objetivo era ampliar a cobertura da assistência em saúde atingindo as populações até então marginalizadas pelas políticas sanitárias. Uma das estratégias utilizadas era a mobilização de profissionais de nível elementar para atuarem nas atividades de cunho preventivo e educativo. Esses trabalhadores eram recrutados nas próprias comunidades e, entre outras atividades, realizavam as visitas domiciliares.

⁵ A Revolta da Vacina constituiu um movimento popular contra a vacina obrigatória da varíola, que teve início em 10 de novembro de 1904. Foi o resultado das medidas sanitárias implementadas por Oswaldo Cruz.

A VISITA DOMICILIAR COMO UMA ESTRATÉGIA

Neste mesmo contexto de ampliação da cobertura das ações de saúde, pode-se considerar, de certa forma, que essas políticas tiveram alguma continuidade em diversas iniciativas de âmbito regional ou local, e que se traduziram em programas, utilizando a mesma estratégia de recrutamento de trabalhadores residentes no próprio grupo social, como o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS),⁶ implementado em 1991 pelo Ministério da Saúde (Jatene et al., 2000).

É importante destacar que as diretrizes que o Ministério da Saúde apontava para o Pias se aproximam muito das propostas colocadas pelo PNACS e hoje pelo PSF, quais sejam: a ênfase nos serviços básicos de saúde, a participação da comunidade, a regionalização e a integralização de ações de saúde, além do desenvolvimento de recursos humanos e de tecnologia simplificada (Sartori, 2004).

Entretanto, a denominação 'tecnologia simplificada' pode ser considerada inadequada para traduzir as atividades desenvolvidas pelos profissionais que atuam com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), principalmente quando as ações implementadas é o resultado de uma complexa teia de relações tecnológicas⁷ empregada no ato do cuidado, pois o processo de trabalho em saúde requer a interação dos diferentes saberes presentes no setor saúde, além da intensa articulação com outros setores da sociedade.

No PSF a atenção no domicílio propiciada pela equipe de saúde insere o profissional no seio familiar; identificando demandas e potencialidades da família. Para isso, concorrem fatores no ato da atenção, como a humanização do cuidado, a ausência de risco iatrogênicos vinculados ao espaço hospitalar e o principal: o resgate das formas de cuidar alicerçada nas práticas tradicionalmente utilizadas pela população.

As Diferentes Modalidades de Atenção Domiciliar

Podemos definir as ações de saúde domiciliares como aquelas realizadas na residência do sujeito ou do grupo familiar, alvo do cuidado sanitário. No

⁶ Posteriormente, o PNACS passa a ser denominado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs).

⁷ Por relações tecnológicas entendem-se os diversos saberes que são empregados durante o processo de trabalho em saúde, pelos diferentes profissionais da área.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

entanto, essas ações podem ser de várias naturezas. Por isso, encontramos diferentes denominações para as ações de cuidado no domicílio, como assistência domiciliar, cuidados domiciliares, internação domiciliar e VD.

Em janeiro de 2006, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) editou uma Resolução n. 11/2006 para regulamentar o funcionamento dos serviços de atenção domiciliar, nas modalidades de assistência e internação domiciliar. Essa resolução dá parâmetros para o funcionamento de serviços de atenção domiciliar que são os responsáveis pelo gerenciamento e operacionalização da assistência e/ou internação domiciliar. Esses serviços podem ser públicos ou privados.

Nesta Resolução (Anvisa, 2006), a 'atenção domiciliar' é definida como o termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, todas desenvolvidas em domicílio. Assistência domiciliar é definida como o conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio. E internação domiciliar é o conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao usuário com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

A resolução ainda define outros termos relativos à atenção domiciliar, como:

- **Assistência domiciliar:** conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.
- **Cuidador:** pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.
- **Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (Emad):** profissionais que compõem a equipe técnica da atenção domiciliar, com a função de prestar assistência clínico-terapêutica e psicossocial ao paciente em seu domicílio.
- **Plano de Atenção Domiciliar (PAD):** documento que contempla um conjunto de medidas que orienta a atuação de todos os profissionais envolvidos de maneira direta e ou indireta na assistência a cada paciente em seu domicílio desde sua admissão até a alta. Detalhado mais adiante no texto.
- **Serviço de Atenção Domiciliar (SAD):** instituição pública ou privada responsável pelo gerenciamento e operacionalização de assistência e/ou internação domiciliar.

A VISITA DOMICILIAR COMO UMA ESTRATÉGIA

Oferecida por instituições públicas e privadas, a internação domiciliar diz respeito à reprodução, na casa do usuário, do ambiente hospitalar, com os respectivos equipamentos e profissionais necessários. É um conceito que emerge com muita força no início da década de 1980, influenciado pelo alto custo do tratamento de doenças que implicam uma longa permanência hospitalar.

Essa opção apresenta como aspecto positivo a possibilidade de o usuário manter-se em um ambiente familiar, participando, ainda que de forma limitada, da vida cotidiana da família. Em contrapartida, no entanto, pode trazer à família uma responsabilidade para a qual ela não está preparada e acabar sendo um fator de *stress* e desgaste das relações familiares.

Na assistência domiciliar, podemos identificar a VD inserida nesta modalidade de atenção no domicílio. Uma prática de saúde pública historicamente construída e que podemos definir como o conjunto de ações que abrange principalmente o aspecto educacional em saúde, priorizando as orientações para o autocuidado. Sendo a ação domiciliar que mais se destaca entre as estratégias de ação do PSF.

A VD diz respeito à manutenção ou monitoramento na residência de situações específicas, temporárias ou não, de saúde, bem como o acompanhamento das demais situações presentes no contexto familiar, buscando ações de promoção da saúde. Outras visitas também fazem parte do plano de atenção do ACS no domicílio, como: as gestantes, usuários convalescendo de cirurgias e crianças menores de um ano. Nos acompanhamentos, também é monitorado o consumo de medicamentos controlados ou de uso contínuo, como os utilizados pelos hipertensos, diabéticos e nos casos de transtornos mentais, e ainda fármacos que são empregados no controle das doenças transmissíveis, como a tuberculose.

Vale destacar que em relação ao custo de tais modalidades de atendimento no domicílio ainda não dispomos de estudos capazes de nos apontar de forma fiel os gastos reais com essas atividades, que incluam o emprego das diferentes tecnologias no cuidado ao usuário.

Assistência no Domicílio no Contexto da Saúde da Família: a visita domiciliar

O PSF, estratégia do Ministério da Saúde, implementada em 1994 como consolidação do SUS, propõe a organização das práticas de saúde voltadas

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

para a atenção à família, elegendo o espaço social ocupado pela mesma como foco das ações desenvolvidas pela equipe de saúde (Brasil, 1996). Desta forma, o domicílio é considerado o espaço privilegiado para as ações de promoção de saúde e prevenção das doenças, ao mesmo tempo em que constitui o cenário em que ocorrem as relações sociais geradoras de risco à saúde e de adoecimento dos indivíduos.

Apesar de o documento fundador do PSF (Brasil, 1996) identificar e incluir a internação domiciliar como ação a ser desenvolvida pelas equipes de Saúde da Família no domicílio, o Ministério da Saúde (MS) editou o Programa de Internação Domiciliar (PID), portaria 10.424/2002, organizado no nível municipal com apoio do MS. Uma proposta que se articula na rede de serviços de saúde do município, com base em uma solicitação que pode emergir das unidades de atenção básica, unidades de urgência, ou pelas equipes de assistência hospitalar, sendo que a inclusão do usuário a ser acompanhado pelo PID cabe à equipe de internação domiciliar. Uma modalidade assistencial inserida nos sistemas locais que conta com uma equipe própria para acompanhamento dos casos de internação domiciliar (Mendonça & Santos, 2005). Assim, as equipes de Saúde da Família, nesta nova engrenagem, atuam como co-responsáveis desta modalidade assistencial, exercendo o papel de articulação entre a equipe do PID e a família, identificando casos de internação domiciliar e apoiando a família através da VD.

Desta forma, o papel das equipes de Saúde da Família fica delimitado às ações de assistência domiciliar, mais especificamente às VDs, em que a ida ao domicílio é papel desempenhado pelos profissionais pertencentes ao PSF, cujos objetivos e ações de cada profissional são distintos.

Ao enfermeiro cabe a ida ao domicílio com o objetivo educativo, centrado na prestação de cuidados mais direcionados, sejam educativos, preventivos de acordo com o levantamento epidemiológico da área de abrangência da unidade de saúde da família, ou assistencial/curativo.

Ao médico cabe, além das ações citadas anteriormente, o diagnóstico diferencial de alguma doença ou agravo.

Como principal instrumento de trabalho do ACS, cabe ao agente realizar no mínimo uma visita mensal a cada família residente na sua área de abrangência, porém este número pode variar de acordo com a necessidade da família. Durante a VD, é necessário identificar as necessidades de saúde do indivíduo, da

A VISITA DOMICILIAR COMO UMA ESTRATÉGIA

família e da comunidade, fazendo o direcionamento adequado para os programas verticais do MS e aos chamados grupos de risco – criança, gestante e aos portadores de doenças crônicas degenerativas, como diabetes e hipertensão.

A lei que cria a profissão, n. 10.507 de 2002, diz no seu artigo 2º que

a profissão de Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste. (Brasil, 2002b)

Entretanto, a situação ocupada pelo ACS no interior da equipe é singular, já que a função exige que o profissional resida obrigatoriamente na área de atuação da equipe. Situação que faz com ele compartilhe do mesmo cotidiano da população a qual presta cuidado, o que o diferencia dos demais membros da equipe, que estão mais afastados desse convívio diário com a comunidade. Ao exercer a função de elo de ligação entre a comunidade e a equipe de saúde, cabe destacar que para este profissional se faz necessário um maior discernimento entre as informações que devam ser compartilhadas com o restante da equipe e que são relevantes na construção do projeto terapêutico, gerando benefícios para a comunidade, bem como na orientação do trabalho em equipe e aquelas informações que são de outra natureza e que não agregam elementos ao processo de trabalho em saúde.

Entretanto, o ACS "(...) ao operacionalizar o trabalho da equipe de saúde da família, cabe considerar a própria privacidade do agente, ou seja, como preservar sua privacidade enquanto morador de uma determinada comunidade" (Fortes & Martins, 2000). Um dilema que merece ser considerado durante o processo de trabalho em equipe, principalmente quando o espaço privilegiado desta prática é o privado. No entanto, todos os profissionais envolvidos na assistência à família e à comunidade também realizam ações domiciliares, estando vulneráveis aos mesmos aspectos da dinâmica de 'privacidade', logo, sendo responsáveis pelas ações de saúde e o desdobramento das mesmas.

Segundo Mattos, Kawamoto e Santos (1995), é a partir da VD que se pode avaliar as condições de habitação, de saneamento, aplicar medidas de controle das doenças transmissíveis e parasitárias, promover orientações para o autocuidado das doenças crônicas não-transmissíveis e desenvolver outras ações de educação em saúde.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Na VD, as relações equipe/família são otimizadas aumentando o vínculo e a responsabilidade com as ações de saúde. O objetivo é que tais ações gerem efeito positivo na qualidade de vida do grupo familiar, mas também podemos perceber que estas ações podem se transformar em um instrumento de controle sobre as atividades familiares. Um risco que devemos evitar, já que o profissional leva *in loco* os conhecimentos e o saber que caracterizam um poder hegemonicamente referido ao discurso científico.⁸

A VD tem vantagens trazidas pela aproximação com o meio ambiente do grupo familiar, tornando mais fácil o planejamento das ações de saúde; estreita o relacionamento com a equipe de saúde, devido à ação ser menos formal; possibilita maior liberdade para conversar sobre problemas. Mas traz algumas questões importantes que devem ser tratadas com muita delicadeza pelo profissional de saúde, como a interrupção de tarefas domésticas, a necessidade de reconhecimento do limite entre ação meramente de sociabilidade e as ações de saúde, ressaltando que a entrada no domicílio deve considerar algumas regras básicas no sentido de delimitar o limite tênue entre o controle excessivo e a liberdade exacerbada. Neste sentido, a VD não é uma atividade social. Ela tem objetivos específicos, sendo uma ação desenvolvida por profissionais de saúde que pode ser alterada de acordo com a avaliação feita durante a atividade.

A VD realizada pelo ACS pauta-se prioritariamente em ações educativas de promoção da saúde, articuladas às atividades com este propósito, geradas nos demais segmentos da comunidade. Nesta perspectiva, a VD é uma das principais ferramentas utilizadas pelo agente, que é guiada também pelos programas de saúde. Tem como foco a população de risco, ou seja, as gestantes, crianças e idosos. Entretanto, com a transição epidemiológica e de acordo com a localidade e região, outros grupos, como os índios, estarão inseridos entre os grupos de maior vulnerabilidade, revelados com base no diagnóstico epidemiológico, demográfico, ambiental realizado pela equipe. Contudo, a VD desenvolvida pelo ACS é uma mediação para o desenvolvimento dos diferentes processos vinculados ao cuidado que abarca a atenção básica.

Como membro da comunidade, o agente porta um saber próprio sobre a localidade, o que lhe confere um olhar diferenciado do restante da equipe acerca dos problemas e necessidades da população. Um saber que se pode consti-

⁸ Sobre educação e práticas de controle sanitárias, ver Stotz, David e Bornstein, no texto "Educação popular em saúde", no livro *Educação e Saúde*, nesta coleção (N. E.).

A VISITA DOMICILIAR COMO UMA ESTRATÉGIA

tuir de elemento capaz de potencializar o projeto terapêutico, ao mesmo tempo em que pode concentrar fatores geradores de conflitos entre a equipe e o ACS, entre a equipe e a família e entre o ACS e a família. Assim, ter clareza dos objetivos, planejar as ações, ter uma metodologia de abordagem podem configurar medidas de proteção e de amenização destes e de outros riscos. A VD, organizada a partir de um planejamento coletivo com a equipe, opera com o caráter de sigilo de regras claras que visam à proteção, respeito e privacidade do usuário e do próprio ACS, ou outro membro da equipe.

Mesmo sendo da mesma localidade e compartilhando dos mesmos problemas da comunidade, o agente, ao entrar na casa de uma família, adentra em um espaço privado, como um profissional de saúde, possuidor de um saber sanitário que lhe confere determinado poder. No entanto, como membro da comunidade, é convidado a partilhar de sua própria privacidade. Em um movimento paradoxal, o agente, é ao mesmo tempo, membro da comunidade, aquele que partilha a sua intimidade e privacidade com os demais, e agente sanitário detentor de um saber único e de um poder que lhe confere *status* diferenciado no interior de uma dada comunidade.

A VD traz implícito o partilhar de hábitos, de rotinas que são privativas do espaço domiciliar. Nestas ações são identificados aspectos da vida das pessoas, que, de outra forma, não teríamos acesso. Elementos delicados que os profissionais de saúde, em especial o ACS, acabam por serem depositários de assuntos íntimos e particulares das famílias. Um conjunto de informações que, se utilizadas fora dos objetivos e do foco da atenção e do cuidado em saúde, pode constituir ferramenta de controle dos hábitos da população.

Somado a estes aspectos, os profissionais de saúde entram nas casas com aval do Estado, ou seja, como representantes de um poder sanitário constituído, um discurso científico aceito e recomendado pelo modelo de atenção. Um saber que possibilita julgar hábitos, de apontar falhas nos costumes e no modo de vida das pessoas. Entretanto, a criação de vínculo, elemento primordial no cuidado, é algo a ser perseguido pelos ACS e por cada membro da equipe de saúde. O limite é tênue e, por vezes, na prática não fica claro qual o caminho que deve ser trilhado. Porém, vale destacar que o vínculo concentra a base para um maior impacto no processo de trabalho e nas ações terapêuticas desenvolvidas pelas equipes, principalmente nas que objetivam mudanças de hábitos, como o caso das medidas de prevenção de agravos e doenças crônicas não-

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

transmissíveis. O vínculo está alicerçado em relações de confiança, de um espaço protegido em que a responsabilidade pelo cuidado é construída de forma compartilhada com o usuário e a equipe de saúde: “criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal” (Merhy, 1994: 138).

As diferentes formas de produção de vínculo não estabelecem ou privilegiam espaços, mas podemos considerar a VD como um momento singular na construção do mesmo, já que é durante a atividade desenvolvida no domicílio que há a real possibilidade de estabelecer responsabilidades pelo problema de saúde do usuário. Responsabilidade que passa pelo aumento da capacidade de escuta, que é feita pela aproximação maior com os problemas de saúde, em estar em um ambiente diferente dos serviços de saúde que torna possível uma reflexão mais ampla sobre o processo de nascer e morrer da comunidade.

Por fim, a constituição de vínculo deve permear todo o sistema de saúde e não ficar apenas restrita às ações da atenção básica, em especial à ESF, e muito menos ser uma função do ACS. Segundo Campos (1997), a produção de vínculo permite o estreitamento das relações com a população, monitoramento das ações de saúde, bem como incentiva a autonomia do usuário no cuidado à saúde.

Organizando a Visita Domiciliar

No sentido de construir viabilidade na ação da VD, alguns itens devem ser observados, como identificação de prioridade para fazer a visita, além de traçar as formas de planejar, executar, registrar e avaliar a ação.

Os critérios de prioridade para a VD partem dos indicadores de saúde da população brasileira, que ainda mantém as crianças recém-nascidas, crianças com risco para desnutrição e o mapeamento da imunização como foco da visita. Ainda podemos identificar como ações prioritárias para a VD:

- Adultos com problemas de saúde que necessitam de assistência no domicílio, como curativo de úlceras varicosas;
- A busca ativa de faltosos, no sentido de identificar as reais causas da ausência;

A VISITA DOMICILIAR COMO UMA ESTRATÉGIA

- Portadores e comunicantes de doenças transmissíveis;
- Gestantes faltosas, em especial as com VDRL ou HIV positivo;
- Gestantes com gravidez de risco;
- Notificação de exame de risco, como preventivo;
- Portadores de transtornos mentais graves;
- Acompanhamento das ações de saúde bucal.

Estes são critérios gerais que, de acordo com o perfil da população atendida, podem ser modificados, como o caso da região Norte do país, que concentra casos de malária e de febre amarela. Logo, estes casos devem ser prioritários para a VD e vão variar de acordo com a região do país, bem como outras situações que podem sugerir risco social e para a saúde da família, como o alcoolismo, entre outros riscos presentes na sociedade moderna.

O planejamento deve seguir uma seqüência elaborada dos passos, em que deve ser considerado: seleção das visitas, qual (is) os dados que necessitam ser identificado(s), o plano, o material a ser empregado na ação e na avaliação.

A seleção das visitas – as ações de visita são intensas no cotidiano das equipes, logo se deve considerar durante o planejamento:

- O tempo disponível para dispensar as visitas;
- O horário preferencial das famílias para que as visitas não sejam infrutíferas;
- O itinerário para que facilite a locomoção;
- A prioridade identificada com base nos critérios estabelecidos pelo plano terapêutico da equipe.

Quanto aos dados, estes se dividem em informações sobre a família, que precisam ser checadas antes da VD, com o objetivo de subsidiar o profissional durante a visita, e que podem ser levantadas na ficha de cadastro, no prontuário e durante as reuniões da equipe. E os dados que precisam ser levantados junto à família que constitui o rol de informações necessárias para serem agregadas ao projeto terapêutico da família e que faz parte do plano de visita.

O plano de visita deve conter a identificação da família, com endereço completo, inclusive com ponto de referência, pois no momento da ida ao domicílio é extremamente importante a identificação do local a ser visitado, evitando, assim, transtornos no percurso e perda de tempo. Outro dado importante a ser

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

considerado no planejamento da VD é o desenho dos objetivos a serem alcançados durante a atividade. Dentre os objetivos delineados tendo em vista o diagnóstico da família realizado pela equipe, podemos elencar alguns de ordem geral, como:

- Levantar as necessidades de saúde do indivíduo e familiares;
- Avaliar as implicações dos fatores psicossociais na problemática levantada;
- Orientar a família sobre os problemas detectados;
- Prestar assistência (curativo etc.) quando necessário;
- Rever a execução das orientações dadas na unidade de saúde;
- Coletar informações para outros profissionais de saúde como subsídios para o diagnóstico;
- Promover o ensino do 'autocuidado';
- Servir de elemento de ligação entre a unidade de saúde, comunidade e os recursos de saúde.

O material utilizado na visita deverá ser de acordo com os objetivos traçados. Entretanto, independente do foco da visita, devemos considerar o material educativo como elemento básico nas ações no domicílio, como cartilhas informativas, *folders* ilustrativos etc.

Durante a execução da VD, alguns objetivos traçados podem ser alterados de acordo com a realidade encontrada, mas, de um modo geral, alguns itens devem ser considerados:

- Buscar alcançar o máximo dos objetivos que foram traçados durante o planejamento;
- Implementar ações educativas, esclarecendo dúvidas e orientando com relação a medidas de promoção da saúde;
- Conhecer a metodologia a ser utilizada – entrevista;
- Conhecer a magnitude do problema abordado para a definição de prioridades;
- Elaborar um diagnóstico provável da situação;
- Levantar os recursos materiais e humanos da família;
- Determinar soluções possíveis – racionalizar;
- Promover encaminhamentos – referências/contra referências;
- Prever visitas posteriores – seguimento do caso;

A VISITA DOMICILIAR COMO UMA ESTRATÉGIA

- Utilizar uma linguagem clara durante a abordagem com a família;
- Proporcionar ambiente que possibilite a exposição dos problemas de saúde vividos pela família;
- Observar o meio ambiente que cerca a família, identificando possíveis riscos à saúde;
- Observar as reações das pessoas frente aos problemas e necessidades de saúde;
- Buscar fazer interferências mínimas no espaço doméstico;
- Anotar de forma clara como se deu a visita, anotando os aspectos positivos e negativos da mesma.

As anotações que são geradas durante e após a VD constituem elementos essenciais para posterior modificação dos objetivos a serem alcançados pela equipe junto à família e ao indivíduo. É através dos dados, legíveis, anotados na ficha ou prontuário, que poderão ser gerados projetos de continuidade do trabalho, levando à melhoria da qualidade de vida, no que diz respeito à saúde.

Como metodologia básica para VD, é empregada a entrevista semi-estruturada, uma técnica comum utilizada na pesquisa qualitativa, mas que passa a fazer parte do processo de trabalho em saúde. Entretanto, a entrevista pode ser confundida com uma simples conversa, em que alguns dados são suscitados, mas que não há direcionalidade para o alcance de objetivos que estejam de acordo com o planejamento das ações voltadas à família.

Nas entrevistas empregadas na VD, ainda que se deseje incorporar o problema tendo em vista a perspectiva do usuário, a tarefa que se coloca é a de, ao identificá-lo, possa-se articulá-lo a supostos riscos e danos à saúde da família, indivíduo e comunidade. Descobrimo, assim, os sentidos agregados às necessidades de saúde, evitando o máximo possível impor as suposições do profissional de saúde sobre a questão tratada com o indivíduo.

As boas perguntas para as entrevistas devem ser abertas, sensíveis e claras para os usuários. Podemos identificar alguns eixos que podem ser úteis na composição das questões.

- Eixo baseado na experiência da família/indivíduo sobre determinado agravo ou risco à saúde;
- Eixo da opinião ou do valor conferido à questão trabalhada pela equipe de saúde;

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

- Eixo do sentimento relacionado ao foco da ação de saúde;
- Eixo do conhecimento que a família/indivíduo têm acumulado a respeito das ações de saúde que estão sendo desenvolvidas.

Geralmente, é melhor iniciar por questões que o usuário possa responder com facilidade e depois passar para aquelas em que há um grau maior de dificuldade ou que concentram uma dose a mais de intimidade.

É vital que os usuários, durante a entrevista, confirmem que entenderam o significado das perguntas e que os profissionais tenham o mesmo movimento em relação às respostas, em vez de se basear em suas próprias suposições. Isso é particularmente importante para que se evite mal-entendidos, principalmente quando há o emprego de terminologia técnica durante a entrevista.

No entanto, durante o diálogo, corre-se o risco de algumas armadilhas prejudicarem o bom êxito da entrevista, como:

- Interrupções externas (telefone, vizinhos etc.);
- Distrações simultâneas (filhos etc);
- Perguntas embaraçosas ou estranhas para o usuário;
- O profissional apresentar a sua própria perspectiva, assim potencialmente trazendo a sua percepção da questão para a entrevista;
- Pular abruptamente de um assunto para outro;
- Resumir demais as perguntas, implicando respostas pouco claras.

Quanto ao sistema de avaliação da VD, este deverá partir do plano de visita traçado, das observações, das ações educativas realizadas e dos objetivos que foram traçados e se estes foram alcançados. Avaliando conjuntamente estes elementos, agregam-se também os pontos positivos e negativos, além das soluções e das prioridades alcançadas durante a atividade, constituindo, assim, um balanço do impacto da VD na família.

Checklist para a Visita Domiciliar

A VD impõe a capacidade de autodisciplina para a observação, a habilidade técnica para a entrevista e o imperativo ético para a escuta da história ou relato oral:

- Não vá iniciar uma VD com um 'modelo de realidade' pré-concebido. Devemos estar abertos a captar 'a verdade daquela realidade' única a ser visitada, e não a verdade que acreditamos ou queremos ver.

A VISITA DOMICILIAR COMO UMA ESTRATÉGIA

- Não vá pensando que 'esta família é igual' da Dona Fulana, que eu conheço e tem tais problemas.
- Nem tudo é 'o que você vê', nem tampouco 'como você vê'. A realidade é bem maior do que o nosso olhar ou percepção podem captar. Devemos conscientemente 'deixar de lado preconceitos e mitos' pessoais e olhar a realidade com 'curiosidade respeitosa e espírito investigativo'.
- Devemos 'reconhecer nossos limites' e não nos apressarmos em fazer interpretações sobre uma realidade que mal começamos a conhecer.
- A aparição de situações ou fatores inesperados durante a visita deve ser considerada como bem-vinda.
- Devemos estar prontos para 'surpresas'. Como em uma viagem, explore o inesperado e o diferente. Não espere encontrar somente o 'seu mundo'.
- A realidade que nos surpreende ou choca tende a ser vista como um desvio ou perversão. Na verdade, pode apenas ser um padrão de realidade diferente daquele a que estamos habituados. 'Não devemos tentar encaixar a realidade alheia em nossa própria realidade'.
- Lembre-se de que o que há para ver, que possa ser de grande interesse para nosso trabalho, pode se 'ocultar' na primeira visita.
- Uma visita não é a busca de uma 'coisa específica' ou uma prova que atesta algo premeditado. A visita apenas pede olhar nos olhos e 'dialogar'. Nosso papel é de 'educador' e não de moralizador. Fazemos perguntas e reflexões, nunca comentários proibitivos e advertências punitivas.
- O roteiro de entrevista, contendo questões-guia é como um mapa de localização de nossos 'objetivos' (ancoragem teórica). Ele deve ser usado com espontaneidade, jamais deve ser 'lido' ou 'recitado'.
- A visita é precedida por 'agendamento', informando dia, horário e quem são os visitantes. Devemos respeitar o tempo alheio e fazer bom uso dele. A 'duração da visita' deve ser compatível com o alcance dos objetivos; não estamos realizando 'uma visitinha rápida'.
- O encontro da realidade 'do outro' e 'da nossa' própria realidade redefine nossa percepção de doença, morte, saúde e vida.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Considerações Finais

Como vimos, a VD não é uma novidade na assistência em saúde. É uma estratégia já utilizada em vários momentos da história das práticas sanitárias. O desafio que se coloca é, justamente, fazer com que essa estratégia, tão cara ao PSF, seja realizada de maneira crítica, dentro de objetivos e limites bem definidos pela equipe e pelo PSF, sob pena de se transformar em um instrumento de controle das populações-alvo dessa assistência.

Também devemos estar atentos para o risco da riqueza de uma VD e suas potencialidades, como prática inovadora, serem perdidas pela pressão que se coloca nos ACS pelo levantamento de dados sanitários para alimentar os sistemas de informação. Essa é uma tarefa fundamental para o planejamento das ações de saúde que, no entanto, pode ser realizada de maneira burocrática sobrecarregando o ACS.

Enxergar a VD como trabalho e responsabilidade de toda equipe, mesmo que realizada de forma mais intensa por apenas um de seus membros, é a garantia de que os dados colhidos se transformem efetivamente em informações relevantes para os profissionais e para a comunidade junto a qual eles trabalham.

A assistência domiciliar é uma modalidade assistencial que se coloca cada vez mais presente na nossa realidade. A VD potencializa e expande o alcance desta prática, permitindo uma maior integração entre as ações que acontecem no domicílio e as que ocorrem no interior dos serviços de saúde. É uma estratégia fundamental para a construção de um sistema de saúde realmente único, integral e equânime.

Referências

ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n. 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2006.

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

BRASIL. Lei n. 10.424, de 15 de abril de 2002a. Acrescenta capítulo e artigo à

A VISITA DOMICILIAR COMO UMA ESTRATÉGIA

Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002b. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. The Family Health Program: broadening coverage to consolidate the change in the Primary Care model. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, jan.-mar., 3(1): 113-125, 2003.

CAMPOS, G. W. Subjetividade e Administração de Pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.) *Agir em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.

COSTA, N. R. *Lutas Urbanas e Controle Sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

FORTES, P. A. de C. & MARTINS, C. de L. A ética, a humanização e a saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53: 31-33, dez., 2000.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

JATENE, A. D. et al. Primeiro Relatório Técnico-Científico: novos modelos de Assistência à Saúde – Avaliação do Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo. São Paulo: Fapesp, 2000.

MATTOS, T. M. de; KAWAMOTO, E. E. & SANTOS, M. C. H. dos. *Enfermagem Comunitária*. São Paulo: EPU, 1995.

MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDONÇA, P. E. X. & SANTOS, W. K. A internação domiciliar no contexto da reforma do sistema de atenção hospitalar no Brasil. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005. (Mimeo.)

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.) *Inventando a Mudança em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: Hucitec, 1994.

SARTORI, L. C. *Rastreamento do Câncer Bucal: aplicações no Programa Saúde da Família*, 2004. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.