

FACULDADE LABORO
CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE DA FAMÍLIA

CÉLIA REGINA MORAES FERREIRA FRANÇA
SUEANNE CARNEIRO LINHARES RODRIGUES

VISITA DOMICILIAR NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS: revisão de literatura

São Luís
2015

**CÉLIA REGINA MORAES FERREIRA FRANÇA
SUEANNE CARNEIRO LINHARES RODRIGUES**

VISITA DOMICILIAR NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS: revisão de literatura

Trabalho apresentado ao curso de Especialização em Saúde Pública e Saúde da Família da Faculdade LABORO / Universidade Estácio de Sá, como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Dra.Mônica Elinor Alves Gama

São Luís
2015

CÉLIA REGINA MORAES FERREIRA FRANÇA
SUEANNE CARNEIRO LINHARES RODRIGUES

VISITA DOMICILIAR NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS: revisão de literatura

Trabalho apresentado ao curso de Especialização em Saúde Pública e Saúde da Família da Faculdade LABORO / Universidade Estácio de Sá, como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família.

Data: ___/___/___

Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Mônica Elinor Alves Gama (**Orientadora**)
Doutora em Medicina
Universidade São Paulo - USP

1º Examinador

RESUMO

A visita domiciliar (VD) se constitui em uma atividade de assistência à saúde exercida junto ao indivíduo, à família e à comunidade com vistas a prestação de cuidados no domicílio, orientação e educação, supervisão dos cuidados, coleta de informações sobre as condições sócio sanitárias da família, observação do grau de autocuidado da família, identificação de comportamento ou condutas destrutivas e presença dos fatores de risco e adoecimento. Diante do exposto, questionamos: será que os usuários atendidos pelas equipes de ESF conseguem compreender as nuances da visita domiciliar? Qual a sua percepção dessa estratégia? Uma vez que, a relevância desta pesquisa consiste em aprofundar as discussões e reflexões a respeito da saúde da família sob a ótica dos usuários e poderá contribuir para o (re)direcionamento da prática e da organização do processo de trabalho da equipe de saúde. Já que a visita domiciliar é uma grande possibilidade assistência familiar, por favorecer a avaliação das demandas desses clientes, bem como do ambiente em que vivem e o momento de promoção da saúde, surge como uma oportunidade de estabelecimento de um plano assistencial voltado à recuperação e ao autocuidado. Assim o objetivo desse estudo foi verificar a visita domiciliar na perspectiva dos usuários, a partir da literatura especializada. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo revisão de literatura narrativa. Utilizou-se como fonte bibliográfica artigos publicados no período de 2005 a 2015. A realização deste estudo possibilitou analisar as visitas domiciliares a partir da percepção dos usuários, oportunizando a aproximação de uma realidade ainda pouco discutida e que merece ser dada visibilidade pela importância para atendimento das necessidades da população. Já que a efetividade de uma assistência é necessária a participação de todos envolvidos e, esta participação é concretizada quando os usuários têm a compreensão do que está sendo implementado a exemplo das visitas.

Palavras-chave: Saúde da Família. Visita Domiciliar. Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

The home visit (VD) constitutes a health-care activity performed by the individual, the family and the community in order to provide home care, guidance and education, supervision of care, collection of information on the socio sanitary conditions family, observing the degree of family self-care, behavioral identification or destructive behaviors and presence of risk factors and illness. Given the above, we question: will users served by the ESF teams can understand the nuances of the home visit? What is your perception of this strategy? Since the relevance of this research is to deepen the discussions and reflections on family health from the perspective of users and can contribute to the (re) targeting the practice and organization of the health care team work process. As the home visit is a great chance family assistance, to favor the evaluation of the demands of these customers, as well as the environment in which they live and the time of health promotion arises as an establishment opportunity of an assistance plan aimed at recovery and self-care. So the aim of this study was to evaluate the home visiting from the perspective of users, from the literature. This is a descriptive study, the type of narrative literature review. It was used as a bibliographic source articles published from 2005 to 2015. This study made it possible to analyze the home visits from the perception of users, providing opportunities to approach a reality still little discussed and it deserves to be given visibility for the importance for service the population's needs. Since the effectiveness of assistance the participation of all involved is needed, and this participation is achieved when users have an understanding of what is being implemented along the lines of visits.

Keywords: Family Health. Home Visit. Patient Care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	METODOLOGIA.....	10
3	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	11
4	VISITA DOMICILIAR	14
5	PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS	19
6	CONCLUSÃO.....	23
	REFERÊNCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

Historicamente o médico atendia seus pacientes no domicílio, compartilhando segredos e convivendo com todos os momentos significativos da vida familiar, assim a visita domiciliar (VD) é realizada desde o século XVII, quando São Francisco Sales fundou a ordem de Virgem Maria com objetivo de visitar diariamente a casa de doentes para desenvolver atividades de higiene, auxílio, alimentação e vestuário. Enquanto, no século XVIII criam-se os primeiros hospitais, dessa maneira enfatizando as atividades hospitalocêntricas em detrimento das práticas assistenciais domiciliares que muitos médicos vinham desenvolvendo (ALBUQUERQUE, 2006; RODRIGUES; ROCHA; PEDROSA, 2011). Contudo, sobre essa questão:

As visitas domiciliares não são práticas recentes no campo da saúde. Na verdade, têm-se construído uma característica da medicina por centenas de anos, especialmente antes do aparecimento dos grandes hospitais e ambulatórios, como os conhecemos modernamente, no final do século XVIII na Europa (BRASIL, 1944).

Um dos conceitos mais aceitos para VD é que se constitui em uma atividade de assistência à saúde exercida junto ao indivíduo, à família e à comunidade com vistas a prestação de cuidados no domicílio, orientação e educação, supervisão dos cuidados, coleta de informações sobre as condições sócio sanitárias da família, observação do grau de autocuidado da família, identificação de comportamento ou condutas destrutivas e presença dos fatores de risco e adoecimento (SANTOS; MORAIS, 2011).

A VD surgiu como discussão sobre o modelo assistencial prestado pelos profissionais de saúde, que se tratava de modelo hegemônico centrado na doença, dessa forma poder construir um pensar e um fazer sustentado na produção social do processo saúde-doença. Nesse contexto, no Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, implantado pelo Ministério da Saúde (MS), foi criado embasado em ideais de promover a reordenação do modelo assistencial centrado na doença, considerado desgastado devido à insatisfação da população, à ineficiência do setor e à incapacidade de atender os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (MERHY; ONOCKO, 2007; LACERDA et al., 2006).

Esse programa proporcionou uma nova dinâmica nos serviços de saúde, pela relação de vínculo com a comunidade, humanização das práticas direcionadas

à vigilância na saúde, na perspectiva da intersetorialidade, com ideais no fortalecimento dos princípios da universalidade, da acessibilidade, da integralidade e da equidade do SUS, por isso, não se trata de um programa, mas sim de uma estratégia, assim sendo denominado atualmente como Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006a).

Nesse contexto, a assistência domiciliar trata-se de uma atividade básica a ser realizada em Atenção Primária à Saúde para responder às necessidades de assistência de pessoas que, de forma temporária ou permanente, estão incapacitadas para deslocarem-se aos serviços de saúde, por conseguinte estando a resolutividade relacionada com a sua composição (RODRIGUES; ROCHA; PEDROSA, 2011).

Essa metodologia de assistência apresenta vantagens, dentre as quais: o profissional leva *in loco* os conhecimentos; possibilita o vínculo do profissional de saúde com o grupo familiar e proporciona maior liberdade para expor os mais variados problemas. Em relação às desvantagens, são citadas: o custo pelo gasto maior de tempo e o pequeno rendimento em relação a outros métodos (KAWAMOTO; SANTOS; MATTOS, 1995; FEUEWERKER; MERHY, 2008).

Os profissionais habilitados a realização da VD são de diversas áreas, como médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, que atuam conjuntamente, formando uma equipe multidisciplinar, compartilhando a assistência e as responsabilidades em saúde. Neste momento, os profissionais devem desprender-se de seus preconceitos, analisarem criticamente suas concepções, valores e atitudes, para a compreensão do outro. É essencial que respeitem o ritmo de cada família, sua diversidade cultural e prioridades surgidas em seu cotidiano (RODRIGUES, 2010). Pois, a ESF evidencia-se pela redefinição do conceito de saúde e da prática profissional pela reorganização dos processos de trabalho, ampliação de conhecimentos e habilidades e reformulação das relações interprofissionais (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009).

Atenta-se ao que fato que na rotina de trabalho da ESF as visitas domiciliares estão sendo realizadas de forma não sistemática, o que pode estar contribuindo, provavelmente, para o desperdício das possibilidades que guarda essa atividade, fazendo com que sejam, na maioria das vezes, mero espelho das consultas realizadas pelos profissionais na unidade de saúde. Outro ponto de reflexão está na realização das visitas geralmente sem a presença de toda a equipe,

de modo que não há uma discussão dos casos e elaboração de planos de ações pertinentes ao cuidado (MENDES; OLIVEIRA, 2007).

Essa situação reflete na percepção e compreensão do usuário sobre a VD, sendo que esta proporciona uma visão mais ampla das reais condições de vida da família e possibilita uma interação em ambiente tanto familiar, quanto social, através do conhecimento de seu cotidiano, de sua cultura, de seus costumes, de suas crenças, tornando essa vivência enriquecedora para profissionais e usuários (SAVASSI; et al., 2006).

A percepção do usuário, centro das nossas ações e cuidado, é de fundamental importância para compreensão de como a produção de conhecimentos reforça a identidade dos grupos e ainda como influi em suas práticas e como estas reconstituem seu pensamento e sua forma de se posicionar no mundo, pois trata-se de membro efetivo da equipe de saúde da família (OLIVEIRA, 2004). Nesse sentido, o diálogo entre a equipe de saúde e usuários é essencial para a busca de novos e promissores modos de cuidar da saúde, sendo os serviços de saúde espaços importantes de interação e corresponsabilidade pelo planejamento e acompanhamento das ações de saúde (NERY et al., 2011).

O conhecimento das percepções dos usuários torna-se uma ferramenta de extrema importância para a aproximação e adequação de estratégias que visam à garantia da oferta satisfatória de serviços e produtos individual e coletivamente (STRASSBURGER, 2007). Destarte, na saúde pública a interpretação de forma adequada das ações em saúde por parte dos usuários no ESF colabora diretamente para melhor eficácia das atividades desenvolvidas nas visitas domiciliares, seja na promoção e educação em saúde ou na prevenção de doenças e agravos (CRUZ; BOURGET, 2010).

Diante do exposto, questionamos: será que os usuários atendidos pelas equipes de ESF conseguem compreender as nuances da visita domiciliar? Qual a sua percepção dessa estratégia? Uma vez que, a relevância desta pesquisa consiste em aprofundar as discussões e reflexões a respeito da saúde da família sob a ótica dos usuários e poderá contribuir para o (re)direcionamento da prática e da organização do processo de trabalho da equipe de saúde. Já que a visita domiciliar é uma grande possibilidade assistência familiar, por favorecer a avaliação das demandas desses clientes, bem como do ambiente em que vivem e o momento de promoção da saúde, surge como uma oportunidade de estabelecimento de um plano

assistencial voltado à recuperação e ao autocuidado. Assim o objetivo desse estudo foi verificar a visita domiciliar na perspectiva dos usuários.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo revisão de literatura narrativa, com intuito de permitir uma compreensão adequada do tema em questão. Quanto aos meios foi utilizada a pesquisa bibliográfica, onde foram consultados estudos desenvolvidos sobre o referido assunto.

Utilizou-se como fonte bibliográfica artigos publicados no período de 2005 a 2015 escritos em língua portuguesa, nas bases de dados eletrônica da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), consultados através do site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) e SciELO (Scientific Eletronic Library Online). Para tanto, foram utilizadas como descritores: Saúde da Família, Visita Domiciliar e Assistência ao Paciente. Considerou-se o recorte temporal amplo e pertinente para captação de artigos atualizados.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: estudos nacionais completos, publicados com resumos disponíveis em português, dos últimos 10 anos, apresentando a temática de cirurgias seguras como objeto de estudo. Foram excluídos os estudos coincidentes e textos que não abordavam as questões investigativas deste estudo.

Títulos e resumos de todos os artigos foram identificados pela pesquisa estratégica e avaliados pelos pesquisadores. Todos os resumos que não forneceram informações suficientes sobre a metodologia do estudo foram selecionados para leitura e avaliação do texto completo.

Feito isto, foram selecionados os artigos que estavam de acordo para iniciar uma leitura analítica. A finalidade dessa etapa foi ordenar e sumarizar os dados contidos nas fontes. Assim foi possível fazer uma leitura interpretativa do material.

3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia Saúde da Família (ESF), anteriormente denominada Programa Saúde da Família (PSF) surgiu como uma tentativa de reorganizar a atenção básica em saúde em substituição à prática assistencial hospitalocêntrica que era voltada para a cura de doenças, além da busca de redução de custos e minimização de conflitos sociais, já que o acesso aos serviços de saúde continuava precário ainda em 1993 e cerca de 1.000 municípios brasileiros não tinham nenhum profissional médico nessa época. Diante disso, o Ministério da Saúde assumiu, em 1994, o desafio de incorporar em seus planos de ações e metas prioritárias a ESF (CRUZ; BOURGET, 2010; BRASIL, 2010; 2015). A partir, da Norma Operacional Básica (NOA) de 1996, este passou a ser considerado estratégia reestruturante de todo o sistema de saúde, expandindo-se no país (MANDÚ et al., 2008).

Essa estratégia caracteriza-se possibilidade de integração e promoção da organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados (CRUZ; BOURGET, 2010). Enquanto, o modelo precedente não contemplava os princípios do SUS, ou seja, a assistência era individualizada, baseada na cura e na medicalização com baixa resolutividade e baixo impacto social (CAMPOS; WENDHAUSEN, 2007).

Nesse processo evidencia-se pelo fato de essa dispor de condições propícias a mudanças, confrontando o modelo hegemônico, centrado na doença, no qual predomina uma postura profissional de indiferença e de pouca interação com os usuários. A superação desse modelo requer dos profissionais de saúde a construção de um pensar e um fazer sustentados na produção social do processo saúde-doença (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

Atualmente, a ESF vem desempenhando papel estratégico para a consolidação do SUS, favorecendo a equidade e universalidade da assistência por meio de ações inovadoras no setor. Entretanto, não se pode admitir, tomando como base apenas a expansão, que dimensões de qualidade, tais como: Integralidade das ações humanização e satisfação das demandas dos usuários encontram-se plenamente contempladas na referida estratégia (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009). Uma vez que, o serviço de saúde deve prestar assistência resolutiva e de boa qualidade a população, tanto na unidade de saúde, como no domicílio, tendo como

núcleo básico de abordagem do atendimento a saúde a família em seu contexto social (BRASIL, 2006a).

A ESF incorpora e reafirma as diretrizes e os princípios básicos do SUS (universalidade, equidade, integralidade, regionalização, participação social e descentralização) e se alicerça sobre três grandes pilares: a família, o território e a responsabilização, além de ser respaldado pelo trabalho em equipe (CRUZ; BOURGET, 2010).

Nesse contexto, a família passa a ser objeto de atuação e é entendida a partir do espaço em que vive, chamado de espaço/domicílio, pautada no trabalho em equipe, com apoio financeiro e ênfase na formação e capacitação dos profissionais para um atendimento na perspectiva da integralidade. Pois, deve ser entendida de forma integral e em seu espaço social, abordando seu contexto socioeconômico e cultural, considerando que é nela que ocorrem interações e conflitos que influenciam diretamente a saúde das pessoas. Dessa maneira, a ESF tem como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de coresponsabilidade entre os profissionais e a população. Nessa estratégia, a família passa a ser objeto precípuo de atenção, a partir do ambiente em que vive (MARIN et al 2011; CRUZ; BOURGET, 2010; MENDONÇA, 2008).

As diretrizes assistenciais da ESF propõem a escolha e delimitação de território como lócus do programa, com população que varia de 600 a 1000 famílias, sendo previstas no máximo 4000 pessoas, porém o recomendado pela Política Nacional de Atenção Básica é uma média de 3000 habitantes (BRASIL, 2006b). Contudo, essas diretrizes não se adequam a atual realidade, já não é possível um médico para 600 a 1000 famílias, em razão que a ESF precisa garantir qualidade e humanização de suas equipes (BRASIL, 2010).

Os elementos necessários para o estabelecimento de uma atenção integral, conforme o SUS são a adscrição do território, a eleição da família como núcleo central das ações de saúde, o trabalho em equipe, a intersetorialidade, entre outros (BRASIL, 2010; NERY et al., 2011).

A equipe de saúde da ESF deve atuar na promoção, prevenção, recuperação e na manutenção da saúde da população adstrita, com ações que buscam uma atenção integral à saúde, estabelecendo vínculo com a comunidade (OGATA; MACHADO; CATOIA, 2009). Por conseguinte, é composta de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e em média seis ACS, com possibilidade

de atuarem até 12 desses agentes. Em 2000 foi ampliada a composição das equipes de ESF, com a inclusão de profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental. Cada equipe de saúde bucal pode se integrar a uma ou no máximo duas equipes de ESF. Mas, há alguns municípios que o assistente social e um segundo auxiliar de enfermagem também integram a equipe (Brasil, 2006b).

Mesmo com todo planejamento voltado para essa estratégia, há desafios que precisam ser superados como a ampliação do acesso às ações de saúde de forma concreta a uma interpretação ampla de saúde e às ideias de integralidade da atenção, promoção da saúde, enfoque familiar, desenvolvimento de responsabilidades, humanização da assistência, e formação de vínculo entre profissionais e população territorializada (MANDÚ et al., 2008). Além da desconstrução de práticas de saúde ainda influenciadas pelo modelo flexneriano¹, que conceitua saúde como a ausência de doença, centrando o cuidado na cura, e na transformação de um modelo sanitário centrado em procedimentos para um modelo de saúde coletiva centrado na produção de cuidados (COSTA et al., 2009).

Ainda sim, a ESF tem impulsionado a produção do cuidado mediante estabelecimento de vínculo entre família e equipe de saúde, por meio da escuta e participação do usuário no planejamento e intervenções das ações realizadas, apropriando-se do uso de tecnologias em saúde que contribuam para a autonomia do usuário e substitua o ato mecânico e frio do cuidado. Isso é responsabilidade de todas as áreas profissionais da saúde e requer a consideração aos múltiplos sentidos atribuídos às suas práticas concretas pelos diferentes atores nelas envolvidos e, em especial, os usuários (NERY et al., 2011; MANDÚ et al., 2008).

¹ Do ponto de vista conceitual, reiteradamente identificam-se, no modelo flexneriano, diversos elementos (ou defeitos): perspectiva exclusivamente biologicista de doença, com negação da determinação social da saúde; formação laboratorial no Ciclo Básico; formação clínica em hospitais; estímulo à disciplinaridade, numa abordagem reducionista do conhecimento. Do ponto de vista pedagógico, o modelo de ensino preconizado por Flexner é considerado massificador, passivo, hospitalocêntrico, individualista e tendente à superespecialização, com efeitos nocivos (e até perversos) sobre a formação profissional em saúde (ALMEIDA FILHO, 2010).

4 VISITA DOMICILIAR

Primeiramente, deve-se entender que o domicílio é o espaço-âncora, em que são construídas as relações intra e extrafamiliares, bem como a luta pela sobrevivência, pela reprodução e pela melhoria das condições de vida, que comporta também fatos relativos ao processo saúde-doença, como conflitos, renda, saneamento e instalações físicas (MENDONÇA, 2008).

Isto posto, a visita domiciliar (VD) se constitui pelo conjunto de ações sistematizadas para viabilizar o cuidado a pessoas com algum nível de alteração no estado de saúde (dependência física ou emocional) ou para realizar atividades vinculadas aos programas de saúde. Nessa perspectiva, os grupos familiares ou comunidades terão melhores condições de se tornarem mais independentes na sua própria produção de saúde (OLIVEIRA; MENDONÇA, 2013).

Para Santos e Morais (2011) entende-se por um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento tanto educativo como assistencial, constituindo como uma atividade que possibilita uma interação mais efetiva entre os membros da equipe de saúde, na medida em que possibilita o convívio desta com a realidade vivenciada pelo usuário-família.

Deve ser exercida junto ao indivíduo, à família e à comunidade com vistas a prestação de cuidados no domicílio quando forem convenientes para o paciente, família e serviço de saúde, por meio de orientação e educação a um ou mais membros da família para prestação de cuidados no domicílio, supervisão dos cuidados delegados à família, orientações à família em assuntos de higiene em geral, quando o ambiente do serviço de saúde não for o mais indicado, coleta de informações sobre as condições sócio sanitárias da família, por meio de entrevista e observação, observação do grau de autocuidado da família, determinação do estresse sobre a família, identificação de comportamento ou condutas destrutivas como resposta ao estresse e presença dos fatores de risco e adoecimento (ALBUQUERQUE, 2006; DRULLA et al., 2009).

No Brasil, a visita domiciliar sempre esteve presente, assumindo características diferentes de acordo com os diferentes cenários sociais, políticos e ideológicos pelos quais decorreram, voltando-se para o cuidado do doente e aos fatores relacionados com a sua doença, sem preocupação com a família enquanto

grupo social, sendo que atualmente apresenta finalidades mais amplas e complexas, tendo as famílias como unidade central de atenção (CRUZ; BOURGET, 2010).

De acordo com Lopes, Saupe e Massaroli (2008):

A visita domiciliar (VD) é uma prática antiga na área da saúde e atualmente está sendo resgatada em função das novas políticas públicas, que incentivam maior mobilidade do profissional, constituindo instrumento importante para a prática da enfermagem na saúde coletiva, especialmente na ESF.

A ESF pressupõe a visita domiciliar como tecnologia de interação no cuidado à saúde, como um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006; RODRIGUES, ROCHA, PEDROSA, 2011; KEBIAN et al., (2012).

A visita também tem por finalidade “monitorar a situação de saúde das famílias, principalmente daqueles que enfrentam qualquer situação de risco bem como atender às pessoas doentes que estão acamadas ou tem qualquer ordem de dificuldade para se locomover até a unidade de saúde” (ALBUQUERQUE, 2006). Pois, contribui para a melhoria das ações no tratamento e atenção aos que estão envolvidos no processo saúde/doença, é através da visita domiciliar que se realiza atividades humanas e acolhedoras criando laços de confiança ao usuário no seu ambiente familiar seja ela realizada por Agentes Comunitário de Saúde (ACS), enfermeiros, médicos (BEZERRA et al., 2013).

Sossai e Pinto (2010) destacam que a visita possibilita entender melhor o modo de vida dos usuários, conhecer o ambiente em que vivem e as relações familiares, abordar questões que vão além da doença física e contemplem os problemas sociais e emocionais, proporcionando orientações voltadas para as reais necessidades de saúde do usuário e buscando singularidades na forma de cuidar.

Como a VD ocorre dentro da ESF, cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento das famílias de uma determinada área, e estas passam a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde. E foi inserida nas atividades programáticas do Ministério da Saúde antes mesmo da implantação da ESF, conforme nos mostra a Portaria nº. 304, de 2 de julho de 1992, que determina visita Domiciliar por

profissional de nível médio ou superior (BRASIL, 2013 apud CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013):

“Atividades Comunitárias”, especialmente na área de referência do serviço de saúde. Recursos humanos das atividades acima mencionadas, as seguintes poderão ser executadas por profissionais de nível médio, com supervisão de profissional especializado de nível superior. (CENTRO..., 2006).

O Ministério acrescenta capítulo e artigo à lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que (BRASIL, 2013 apud CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013):

Dispõem 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.

São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.

Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

A visita domiciliar atua como intervenção capaz de promover ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação dos indivíduos no seu contexto familiar já que esta prática permite uma maior aproximação dos profissionais com a realidade dos indivíduos. Cabendo ao profissional da ESF a realização de um diagnóstico situacional das condições da família, para que possa escolher a modalidade de atenção que será utilizada (promoção, prevenção ou reabilitação) (ALBUQUERQUE, 2006).

Para Feuwerker e Merhy (2008) as principais vantagens da visita são a desospitalização de internações desnecessárias geradas pela fragilização das redes de apoio, o oferecimento de cuidados paliativos e atenção voltada para uma boa morte e cuidados voltados à diminuição das complicações advindas das internações prolongadas. Além de contribuir para as mudanças de estilo de vida dos indivíduos, favorecer o conhecimento da população, propiciar o aprendizado das pessoas, ampliar as oportunidades e resgatar o bem-estar físico e emocional dos indivíduos (MARTINS et al., 2007).

Entretanto, França, Pessoto e Gomes (2006) afirmam que a visita passa a ser uma prática centrada na atenção à doença e no indivíduo como objeto de ação, e não como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade. Concluem que

a visita reitera a prática fragmentada, centrada no biológico, e a falta de uniformidade sobre o conceito de visita pode interferir na proposta de mudança de modelo de atenção à saúde, mudança esse que enfatiza a integralidade da assistência.

O agendamento das visitas devem ocorrer a partir de uma programação semanal da unidade, priorizando situações e grupos de riscos e as solicitações dos ACS. Posteriormente, a família deve ser avisada com antecedência da ida dos profissionais e assim, este poderá realizar procedimentos necessários, nesta prática de intervenção, preconizados pelo ESF. Entretanto, essas visitas programadas devem ser realizadas segundo critérios epidemiológicos e quando solicitadas (ALBUQUERQUE, 2006).

A visita domiciliar não inclui consultas no domicílio, isso só acontece quando é estritamente necessário, sendo realizada pelo médico ou pelo enfermeiro, de acordo com a situação do doente. Contudo, deve ser realizada cotidianamente pelo agente comunitário de saúde (ACS) que garante o vínculo e o acesso ao contexto familiar e social. O resultado de cada visita é repassado à equipe, fazendo com que o encaminhamento de cada caso seja coerente com essa realidade (ALBUQUERQUE, 2006).

Quando realizadas, constam mensalmente do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o que possibilita perceber por meio de indicadores quantitativos as intervenções produzidas periodicamente pelos profissionais, mas não permite o monitoramento e acompanhamento da operacionalização das VDs. Porém, fazem-se necessárias análises qualitativas das práticas de saúde e dos processos de trabalho cotidianos na ESF (ALBUQUERQUE, 2006).

Com relação aos profissionais, no estudo de Sakata et al. (2007) estes consideram as visitas como espaço que promovem acompanhamentos, fiscalização e vistoria. Além de ser uma ferramenta de aproximação entre profissionais e usuários, de criação de vínculo, de melhor compreensão do modo de vida e de conhecimento do ambiente, das relações intrafamiliares e do contexto social, aspectos estes que vão além da doença física.

Mesmo assim, a assistência domiciliar, apesar das dificuldades tanto na organização e operacionalização, quanto na destinação de recursos humanos e materiais, tem sido reforçada pela busca por um cuidado mais humanizado,

mantendo a pessoa sempre que possível em seu contexto familiar habitual (OLIVEIRA; MENDOÇA, 2013).

Portanto, a visita domiciliar tem potencial para mudar o enfoque estritamente biomédico, pois além das ações curativas, o médico, o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem e o odontólogo poderia ampliar seu campo de ações, incluindo ações preventivas, de promoção à saúde e educativas. Nesse âmbito, o domicílio seria o espaço da promoção, com a face da educação em saúde, tendo a unidade de saúde o profissional médico como figura central da cura e reabilitação (MENDOÇA, 2008).

5 PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS

A percepção dos usuários sobre a prática da visita domiciliar é de suma importância, devido a atenção às famílias e à comunidade serem entendidas como entidades influenciadoras no processo de adoecer dos indivíduos, os quais são regidos pelas relações que estabelecem nos contextos em que estão inseridos (SAKATA et al., 2007). Dessa maneira, é fundamental que os usuários de saúde conheçam o mecanismo de funcionamento e organização do SUS e da ESF, assim como seus objetivos no cuidado à saúde, para que a participação social seja realizada de forma consciente e responsável, possibilitando a construção de políticas de saúde que promovam a melhoria da qualidade da atenção à saúde (OGATA; MACHADO; CATOIA, 2009). A abertura para a avaliação do sistema de saúde pelos usuários favorece a humanização do serviço, exercita a aceitação da visão e percepção do outro (FALLER et al., 2009).

Esse processo de percepção inicia-se no momento do encontro entre usuário e profissional, cabendo ao profissional captar as necessidades singulares de saúde do usuário, tornando-se imprescindível uma abertura à escuta qualificada, que implica em acolher o outro, propiciar espaço para o diálogo, o estabelecimento de vínculo e de laços de confiança (NERY et al., 2011).

Não obstante, a acessibilidade dos usuários ao contato direto ou indireto com os serviços de saúde em geral relaciona-se com a capacidade do sistema em corresponder às suas expectativas e necessidades, assegurar o direito à saúde no âmbito das políticas públicas, além do respeito às múltiplas singularidades que compõem a complexa demanda da população usuária (AZEVEDO; COSTA, 2010).

Os usuários possuem uma visão de visita domiciliar ainda muito associado ao conceito de que é uma obrigação ou favor do médico, assim como associam essas visitas à figura do médico e não como um instrumento que todos os profissionais devem realizar e que tem como objetivo promover a saúde, dando continuidade a uma assistência; direito assistido pelos que não possuem condições de irem ao serviço de saúde (BEZERRA et al., 2013).

A importância da visita domiciliar segundo os usuários do estudo de Mandú et al. (2008), atrela-se à facilitação do acesso e a características que se coadunam com problemas vividos e/ou valorizados e com a aceitação de tecnologias assistenciais disponíveis. Em outras palavras, advém da vivência de

uma situação interpretada como doença e do reconhecimento da visita como um meio que facilita o acesso, no próprio domicílio, a cuidados individualizados e a uma dada tecnologia assistencial valorizada (prescrição de remédio) (CRUZ; BOURGET, 2010). Dessa maneira nos estudo de Albuquerque e Bosi (2009) e Albuquerque (2006) as falas traduzem sentimentos favoráveis à natureza da ação, tais como: felicidade, esperança, costume.

A visita domiciliar traz consigo um significado simbólico muito forte: ela é um espaço concedido pelo usuário em seu domicílio, diversamente do serviço de saúde, que é um espaço bem mais protegido para o profissional. Para o paciente e seus familiares em geral, a visita representa um cuidado especial, simbolizando um compromisso da equipe. Ela fortalece o vínculo entre o profissional, equipe e o usuário (BORGES; OLIVEIRA, 2011).

Quando relacionado a equidade da atenção, os usuários criticam o fato de algumas famílias não a receberem ou manifestam o desejo de que sua família seja visitada mais frequentemente, afirmando-se que alguns grupos e/ou situações merecem prioridade. Por isso, almejam que sejam realizadas com maior frequência ou sistematicamente, especialmente pelo médico(a), valorizando-se inclusive especialidades. Nesse sentido, encontra-se a afirmação de que a visita atende apenas parcialmente às necessidades enfrentadas (MANDÚ et al., 2008).

As atividades realizadas em seus domicílios pelos profissionais vinculam à identificação de problemas de saúde na família (valorizando-se o controle do uso de medicamentos, da prática de imunização, realização de exames preventivos etc.) e, também, à oferta de informações e ações educativas e estratégicas (de acompanhamento do desenvolvimento infantil e da gestação; de prevenção do câncer genital; de controle da imunização, hipertensão e *diabetes*; dentre outras) (MANDÚ et al., 2008).

Como enfatizado no estudo de Mendonça (2008) os usuários afirmam que as visitas promovem maior integração com a UBS, pois relatam que nelas os agentes oferecem informações, fazem perguntas relativas à saúde, verificam os cartões de vacinação e de pacientes hipertensos, fazem acompanhamento de problemas de saúde e, em algumas unidades, marcam consultas para os usuários que não têm condições de se locomover.

Na caracterização das visitas destacam-se as práticas dos profissionais centradas na doença, evidenciando-se a adoção de um modelo curativista em

contraposição ao modelo adotado pela ESF, que visa ultrapassar o cuidado individualizado, focado na doença, ao buscar construir ações de saúde a partir das necessidades e do contexto familiar (CRUZ; BOURGET, 2010).

Para os usuários, a ida dos profissionais ao domicílio é algo muito esporádico e com duração muito reduzida. Contudo, os profissionais são impossibilitados de demorar nos domicílios devido a vários motivos, dentre eles, a grande demanda de usuários que necessitam da visita, demonstrando uma dimensão de operacionalização ainda problemática (ALBUQUERQUE; BISO, 2009). Fato abordado pelos usuários, que embora satisfeito com as visitas domiciliares, destacando, principalmente, a redução de gastos, a facilidade em tratar sua doença com a vinda do médico, ressaltam a falta de medicação e o número limitado de visitas como pontos de fragilidades nesse processo (BEZERRA et al., 2013).

Dentre os aspectos valorizados na visita encontram-se a atenção, a conversa e o comprometimento profissional. Com esse perfil, visualiza-se que a visita gera a produção de autoestima, de esperança e bem-estar (inclusive para o próprio profissional), mas ressalta-se que as relações afetivas estreitas ocorrem com os ACSs (MANDÚ et al., 2008). Para alguns usuários, evidencia-se claramente a necessidade de “estar acostumado” com o profissional para que essa relação aconteça (ALBUQUERQUE; BISO, 2009).

Em contrapartida, para outros, a dificuldade de diálogo e a falta de comunicação são tão evidentes que se constrói uma espécie de “abismo” entre usuário e profissional. Nesses casos, manter um simples diálogo, dizer o que sente, parece ser algo tão difícil que, em certos casos, chega a causar uma paralisia na comunicação. Atribuímos essa paralisia à questão da relação profissional-usuário mostrar-se distanciada e sem vinculação (ALBUQUERQUE; BISO, 2009).

O respeito à vida privada e o comportamento ético são apresentados como essenciais à abertura do domicílio às ações profissionais. Outra forma de resistência manifesta-se na afirmação de que a visita desconsidera conhecimentos e posições próprias frente ao cuidado em saúde (num confronto ao processo de medicalização da vida) (MANDÚ et al., 2008).

Diante disso, a compreensão do contexto de vida dos usuários dos serviços de saúde e suas relações familiares deve visar ao impacto nas formas de atuação dos profissionais, permitindo novas demarcações conceituais e,

consequentemente, o planejamento das ações considerando o modo de vida e os recursos de que as famílias dispõem (SAKATA, 2007).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo possibilitou analisar as visitas domiciliares a partir da percepção dos usuários, oportunizando a aproximação de uma realidade ainda pouco discutida e que merece ser dada visibilidade pela importância para atendimento das necessidades da população. Já que a efetividade de uma assistência é necessária a participação de todos envolvidos e, esta participação é concretizada quando os usuários têm a compreensão do que está sendo implementado a exemplo das visitas.

Assim, ficou claro, que as percepções ainda estão impregnadas pela obrigação profissional e não pelo direito assistido e, por sua vez, pela necessidade de saúde. Fato que revela o desconhecimento do que seria o real conceito dessa atividade, que deve ir além da continuidade de um tratamento, destacando assim, um grande papel de engrandecer o elo de proximidade, confiança, praticidade entre a equipe e a família.

A ocorrência disso deve-se a falha na comunicação entre usuários e profissionais, embora já se evidenciem depoimentos dissonantes, demonstra dificuldades de os usuários serem integralmente reconhecidos, bem como terem suas demandas escutadas e atendidas nesse espaço.

Apesar de ser uma atividade programada e inserida no cronograma de atividades, a visita domiciliar é ainda percebida, pelos usuários, como algo esporádico, quando realizada. Contudo, alguns profissionais apesar de exercerem essa atividade em tempos reduzidos, contemplam, em muitas ocasiões, sentimentos de inquietude dos usuários, favorecendo uma vinculação mais efetiva profissional-usuário do que aquela que ocorre nas unidades de saúde.

Contudo, é necessário que os profissionais de saúde inseridos na ESF reconheçam que a visita domiciliar é um espaço que vai além da simples entrega de medicações ou focado no problema já existente, considerando, contudo, que é um espaço privilegiado para implementação das ações de promoção da saúde, que com certeza, uma vez efetivadas, irão propiciar melhoria na qualidade de vida da população.

Ademais, merece destacar o quanto as visitas acabam sendo um espaço significativo de viabilização, proximidade, estreitando os laços entre os profissionais e o usuário, uma vez que a partir do contato estabelecido, o vínculo é construído e,

por sua vez, a interação necessária para continuidade da assistência é efetivada com sucesso.

Por conseguinte, é imprescindível que o cidadão tenha a garantia do direito de acessibilidade ordenada e organizada ao sistema de saúde; tratamento adequado e efetivo para seu problema de saúde; atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação, respeitando a sua pessoa, seus valores e seus direitos.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A. B. B. de. **Visita domiciliária como componente do PSF: compreendendo as percepções dos usuários dos serviços no município de Fortaleza (CE)**. Dissertação. (Mestrado de Saúde Pública). Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2006.
- 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. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 1103-1112, 2009.
- ALMEIDA FILHO, N. de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, 2010.
- ARAÚJO, M. F. S.; OLIVEIRA, F. M. C. A atuação do enfermeiro na equipe de saúde da família e a satisfação profissional. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, Juiz de Fora, v. 14, n. especial, p. 3-14, 2009.
- AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na estratégia de saúde da família. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 14, p. 797-810, 2010.
- BEZERRA, I. M. P. et al. Visita domiciliar e atenção à saúde: uma análise na perspectiva dos usuários da estratégia de saúde da família. In: **Anais II Congresso Online - Gestão, Educação e Promoção da Saúde**. 2013. Disponível em: http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/71/2013_71_7509.pdf. Acesso em 12 ago 2015.
- BORGES. R.; OLIVEIRA, A. F. P. L. A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC*. **Comunicação Saúde Educação**, v.15, n.37, p.461-72, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde Divisão de Organização Hospitalar. **História e evolução dos hospitais**. Rio de Janeiro, 1944.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, DF, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **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 União. 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura da saúde da família**. 2015. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/>. Acesso em 15 ago 2015.

CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família. **Texto contexto-enferm.**, v. 16, n. 2, p. 271-9, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Regulação dos serviços de saúde mental no Brasil**. Brasília: CFP, 2013.

COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev Bras Enferm.**, v. 62, n. 1, p. 113-8, 2009.

CRUZ, M. M.; BOURGET, M. M. M. A Visita Domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. **Saúde Soc.**, v.19, n.3, p.605-613, 2010.

DRULLA, A. G. et al., A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. **Cogitare Enferm**, v.14, n.4, p.667-74, 2009.

FALLER, L. de A. et al. Visitas Domiciliares: visão dos usuários das Estratégias de Saúde da Família referente à assistência prestada. In: **X Salão de Iniciação Científica – PUCRS**, 2009.

FEUERWERKER, L. C. M; MERHY E.E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica**, v.24, n.3, p.180-188, 2008.

FRANÇA, S. P. de; PESSOTO, U. C.; GOMES, J. de O. Capacitação do Programa de Saúde da Família: divergências sobre o conceito de visita domiciliar nas equipes de Presidente Epitácio, São Paulo. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 4, n. 1, p. 93-108, 2006.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto & Contexto Enferm**, v. 4, p. 645-53, 2006.

KAWAMOTO, E. E; SANTOS, M. C. H; MATOS, T. M. **Enfermagem Comunitária: visita domiciliária**. São Paulo : EPU, 1995.

KEBIAN. L. V. A. et al., As práticas de saúde de enfermeiros na visita domiciliar e a promoção da saúde. **Rev APS.**, v.15, n.1, p. 92-100, 2012.

LACERDA, R. M. et al., Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, v.15, n.2, p.88-95, 2006.

LOPES, W. O; SAUPE, R; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, ensino e a pesquisa. **Cienc Cuid Saúde**, v.7,n.2,p.241-247, 2008.

MANDÚ, E. N. T. et al. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 131-40, 2008.

MARTINS, J. J. et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 254-62, 2007.

MENDES, A. O; OLIVEIRA, F. A. O. Visitas domiciliares pela equipe de Saúde da Família: reflexões para um olhar ampliado do profissional. **Rev Bras Med Fam e Com**, v.2, n.8, p.253-260, 2007.

MENDONÇA, M. K. **Licença, posso entrar?** As visitas domiciliares nos programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família e a integralidade. Tese. Doutorado em Ciências. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

MERHY, E. E; ONOCKO R, (Org.). **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2007.

NERY, A. A. et al. Saúde da família: visão dos usuários. **Rev. enferm. UERJ**, v. 19, n. 3, p. 397-402, 2011.

OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T.; CATOIA, E. A. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 4, p. 820-9, 2009.

OLIVEIRA, E. B. de.; MENDONÇA, J. L. S. Visão de familiares de usuários de um hospital psiquiátrico sobre a visita domiciliar. **R. pesq.: cuid. fundam. online**, v. 5, n. 1, p. 3531-38, 2013.

OLIVEIRA, M. S. B. S. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 19, n. 55, p. 22-29, 2004.

RODRIGUES, T. M. M. **A visita domiciliar como instrumento do cuidado na estratégia saúde da família.** Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Piauí. Teresina, 2010.

RODRIGUES, T. M. M.; ROCHA, S. S. da; PEDROSA, J. I. dos S. Visita domiciliar como objeto de reflexão. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, v.4, n.3, p.44-47, 2011.

SAKATA, K. N. et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Rev Bras Enferm.**, v. 60, n. 6, p. 659-64, 2007.

SANTOS, E. M.; MORAIS, S. H. G. A visita domiciliar na estratégia saúde da família: percepção de enfermeiros. **Cogitare Enferm.**, v.16, n.3, p. 492-497, 2011.

SAVASSI, L. C. M; et al. **Relatório do GESF:** Módulo visita domiciliar. Grupo de Estudos em Saúde da Família. Belo Horizonte: AMMFC, 2006.

SOSSAI, L.C.F.; PINTO, I.C.A. Visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades x potencialidades. **Cienc Cuid Saude.**, v.9, n. 3, p.569-576, 2010.

STRASSBURGER, M. J. As representações sociais como método de acompanhamento das práticas sociais. **Revista Contexto e Saúde**, v. 6, n. 12, p. 35-40, 2007.