

CUIDADO EM SAÚDE A PARTIR DA PRÁTICA DA VISITA DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE VENÂNCIO AIRES (RS)

HEALTH CARE FROM THE PRACTICE OF THE HOME VISIT IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN THE MUNICIPALITY OF VENÂNCIO AIRES (RS)

Ediane Venturin*

Viviane Franceschetto de Menezes**

RESUMO

A Visita Domiciliar (VD) constitui uma atividade de assistência à saúde exercida junto aos usuários, que pode ser entendida como a interação entre profissionais da saúde e ambiente de cuidado. Este estudo objetivou pesquisar as contribuições da VD para o cuidado em saúde dos usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Venâncio Aires, no interior do Rio Grande do Sul, no campo de atuação da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), com ênfase em Atenção Básica. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. Foram entrevistados profissionais de saúde da equipe mínima que atuam na ESF desse município. Os dados obtidos foram organizados em categorias e subcategorias, descritos e analisados por meio da Análise de Conteúdo Temático. Os resultados indicaram que a VD facilita o fortalecimento de vínculo entre o profissional da saúde e o usuário, proporciona humanização e integralidade das ações, mudança de comportamentos nocivos e melhora na qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE

Visita domiciliar. Estratégia Saúde da Família. Profissionais de saúde. Cuidado em saúde.

ABSTRACT

The Home Visit (HV) is a health care activity carried out with the users, can be understood as the interaction between health professionals and care environment. This study aimed to investigate the contributions of the home visit to the health care of the users of the Family Health Strategy (FHS) in the municipality of Venâncio Aires in the interior of Rio Grande do Sul, field of action of the Integrated Residence in Health of the School of Public Health of the Rio Grande do Sul River (SPH/RS), with emphasis on Basic Attention. This is a descriptive, exploratory study with a qualitative approach. We interviewed health professionals of the minimum team that work in the ESF of this municipality. The obtained data were organized in categories and subcategories, described and analysed through the analysis of thematic content. The results indicated that the home visit facilitates the strengthening of the link between the health professional and the user, provides humanization and integrality of the actions, changes in harmful behaviors and improvement in the quality of life.

KEYWORDS

Home visit. Family health strategy. Health professional. Health care.

*Psicóloga. Residente da ênfase de Atenção Básica – Escola de Saúde Pública – SES/RS.

**Assistente Social. Especialista em Saúde da Família e Comunidade (Residência Multiprofissional). Especialista em Saúde – ESP/SES/RS.

Correspondência

E-mail: *ediane_venturin@hotmail.com | **vivianefran@gmail.com

INTRODUÇÃO

No Brasil, as políticas públicas de assistência à saúde são desenvolvidas de acordo com as transições epidemiológicas da população brasileira, com base nas realidades sociopolíticas e econômicas do país, visando à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012).

Em 1990, foram promulgadas as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e nº 8.142. Com a Lei nº 8.080/90 ficaram regulamentados e implantados os princípios e diretrizes do SUS, por meio da definição da universalidade, da equidade, da integralidade, como princípios doutrinários, e como diretrizes organizacionais à hierarquização e regionalização, a descentralização, o controle social e a participação complementar do setor privado (BRASIL, 2000).

Após a consolidação do SUS, no início do ano de 1991, nasceu uma proposta para melhorar a assistência de saúde aos usuários do SUS, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esses agentes tinham como função prestar assistência aos usuários por meio da visita domiciliária. O PACS foi o precursor do Programa Saúde da Família (PSF) que, posteriormente, se transformaria em Estratégia Saúde da Família (ESF) (ROSA; LABATE, 2005).

A ESF visa à mudança na relação entre os profissionais da saúde e a população, resgatando e valorizando conceitos fundamentais de vínculo, humanização, acolhimento, escuta empática, corresponsabilização e respeito às famílias, (re)pensando e (re)criando o modo de operar dos serviços de saúde (CRUZ; BOURGET, 2010).

Para que as ações desenvolvidas na Atenção Básica (AB) tenham efetividade, o processo de trabalho é organizado para ser desenvolvido por uma equipe de saúde

multiprofissional, que é responsável pela atenção à saúde de uma população adstrita (BRASIL, 2012).

Sendo assim, em 2008, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tem como objetivo ampliar a abrangência e o foco das ações da atenção básica, como forma de retaguarda especializada, trabalhando em parceria com as equipes da ESF, sendo composto por uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2012).

No contexto da ESF, a Visita Domiciliar (VD) constitui-se como uma atividade utilizada com a finalidade de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença no território e na execução de ações de reabilitação, prevenção e promoção de saúde da comunidade (BRASIL, 2013).

Samaro (2014, p.19) define a VD como:

[...] uma técnica social, de natureza qualitativa, por meio da qual o profissional se debruça sobre a realidade social com a intenção de conhecê-la, descrevê-la, compreendê-la ou explicá-la. O seu diferencial em relação a outras técnicas é que tem por lócus o meio social, especialmente o lugar social mais privativo e que diz respeito ao território social do sujeito: a sua casa ou local de domicílio.

A VD pode ser compreendida como um instrumento facilitador na abordagem dos usuários e sua família, ajudando a visualizar como os familiares estão envolvidos e comprometidos com o cuidado do sujeito adoecido (REINALDO; ROCHA, 2002).

Nesse contexto, este estudo tem como objetivo analisar as contribuições da Visita Domiciliar no cuidado em saúde com os usuários da Estratégia Saúde da Família do município de Venâncio Aires (RS) no período de 2018.

MÉTODO

O trabalho foi realizado por meio de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, desenvolvido na Estratégia de Saúde da Família de Venâncio Aires.

Participaram deste estudo dezesseis profissionais. O universo do estudo foi constituído pelos profissionais da equipe mínima das ESF de Venâncio Aires, que são: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal e agente comunitário de saúde. A amostra foi não probabilística e intencional, composta a partir do universo da pesquisa.

Os critérios de inclusão das ESF foram: indicação do coordenador municipal da AB de duas ESF com saúde bucal, e de duas ESF sem saúde bucal. Os critérios de inclusão dos participantes foram os seguintes: profissionais de saúde da equipe mínima de diferentes profissões, que têm como atribuições de sua função realizar VD com regularidade; quando houvesse mais de uma pessoa da mesma profissão, o coordenador da ESF indicaria o profissional a ser entrevistado, e participação voluntária na pesquisa. Os critérios de exclusão dos participantes foram: profissionais com menos de um ano de atuação em ESF, ESF em transição de UBS para ESF e ESF sem ACS.

Para a coleta de dados foi realizada a entrevista semiestruturada e foi aplicado um questionário de identificação. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas. Estimou-se cerca de meia-hora para a realização das entrevistas.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa CEP da ESP/RS, via plataforma Brasil, e a pesquisa teve início mediante a aprovação, conforme a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados obtidos na investigação foram analisados a partir da Análise de Conteúdo de Laville e Dionne (1999). Por meio das entrevistas realizadas buscou-se verificar os elementos que estavam implicados com a realização da prática da VD. A partir da transcrição e análise dos dados coletados, organizou-se o material em categorias para serem discutidos, quais sejam: compreensão dos profissionais sobre a prática da VD; ações e/ou procedimentos realizados na VD; potencialidade e dificuldades da prática VD; percepções dos profissionais no cuidado em saúde do usuário por meio da VD.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES

Por meio do estudo, foi possível observar a predominância do sexo feminino dos entrevistados, sendo doze mulheres e quatro homens. A predominância de profissionais da saúde do sexo feminino demonstra a crescente feminização da força de trabalho nas ações em saúde. Esse perfil, segundo alguns estudos, está relacionado com o papel de cuidadora que foi instituído para a mulher na sociedade, transferindo a responsabilidade sobre a educação, os cuidados com as crianças, com os idosos e com a família em geral (PASTORE; ROSA; HOMEM, 2008).

Quanto ao tempo de formação dos profissionais de saúde, foi constatado um período entre 2 e 25 anos de formação (10,18%). O tempo de trabalho na ESF ficou entre 1 e 12 anos (4,25%). A faixa etária dos profissionais variou significativamente entre 27 e 50 anos de idade (36,37%), apresentando profissionais jovens que iniciaram suas atividades laborais recentemente, assim como adultos jovens que estão há algum tempo inseridos no mercado de trabalho.

COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A PRÁTICA DA VISITA DOMICILIAR

A prática da VD na área da saúde pode ser compreendida como o deslocamento do profissional até o usuário, com finalidades diversas de atenção à saúde como: promoção, prevenção, orientação, investigação, vigilância, monitoramento, busca ativa, reabilitação, acompanhamento, entre outros (ARAÚJO; PAIVA; SAKAMOTO, 2011). Para E9:

“A VD ajuda a orientar, prevenir, fazer busca ativa ao público alvo: gestantes, puérperas, crianças menores de dois anos, idosos, hipertensos, diabéticos, acamados, domiciliados, deficientes físicos ou mentais.” (sic.).

Drulla et al. (2009) afirmam que a VD possibilita conhecer a realidade, trocar informações sobre os usuários, familiares e comunidade, e auxiliar no desenvolvimento de ações e/ou Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) mais próximo da realidade de cada família, além de ser uma prática que oportuniza a construção de vínculos, atendimento humanizado, ultrapassado a linearidade de transmissão de orientações ao encontro da promoção da qualidade de vida das famílias. Corroborando com essa concepção, temos a seguinte fala:

“A VD vai além da promoção e prevenção da saúde, pois é no ambiente familiar que vamos conhecer a realidade da família, criar vínculo, conseguir transmitir o conhecimento necessário para o cuidado do paciente. É uma transmissão mútua de conhecimento.” (sic.) (E16).

A VD é uma ferramenta de trabalho dos profissionais de saúde das ESF de relevante

importância, oportunizando à equipe adentrar no espaço familiar, favorecendo o conhecimento das condições de vida dos usuários e sua família, o contexto, os hábitos, costumes, crenças, cultura, higiene, as condições biopsicossociais e socioeconômicas (RODRIGUES; ROCHA; PEDROSA, 2011). Esse entendimento fica evidente nas seguintes falas do entrevistado:

(E4)¹; “[A VD] ajuda a avaliar a situação real do usuário e trabalhar com aquela realidade.” (sic.).

Entretanto, a concepção de alguns profissionais entrevistados reduz a VD a um atendimento destinado aos usuários que apresentam alguma dificuldade de acesso com demandas clínicas e/ou socioeconômicas. O relato realça que:

“[A VD serve] como forma de acesso para a pessoa que não tem condições físicas para acessar a unidade de saúde, ou para as famílias vulneráveis que não acessam a unidade de saúde por falta de conhecimento ou dificuldade econômica.” (sic.) (E5).

De acordo com o que foi explicitado acima, Nascimento et al. (2013) discorrem que a VD deve ser centrada na promoção em saúde, e não somente com foco na doença, sendo necessário que os profissionais planejem e discutam, em equipe, os objetivos e as condutas que serão adotadas durante a VD, levando em consideração a singularidade de cada família e usuário. Franco e Mehry (2003) destacam que as VD não devem ser realizadas pelos profissionais de saúde sem objetivos claros

1 Para a preservação da identidade dos entrevistados, foi utilizada, nesse trabalho, a abreviação “E” de Entrevistado, acompanhado de um número.

de intervenção para a família/usuário, com exceção dos profissionais que têm a função de vigilância à saúde, como os agentes comunitários de saúde (ACS), que desbravam o território adstrito continuamente. Um dos entrevistados destaca:

“A VD é o melhor meio de alcançar os usuários por meio da educação em saúde, e a ACS é o elo entre a população e o serviço de saúde.” (sic.) (E10).

O ACS, no seu cotidiano, assume a responsabilidade de fazer uma ponte entre a comunidade e a ESF, um elo entre a população e os demais profissionais da equipe por meio da vigilância à saúde. Por pertencer ao próprio território como profissional e usuário (CARDOSO; NASCIMENTO 2010).

Na Atenção Primária Saúde (APS), a VD é uma atribuição de todos os profissionais de saúde e uma ferramenta de trabalho que permite desenvolver ações diversificadas, conforme a realidade observada do usuário e sua família no contexto no qual está inserido. O ACS se destaca nessa função de visitador, pois tem como atribuição específica acompanhar todas as famílias sob sua responsabilidade, com número máximo de 750 pessoas por ACS, e realizar, no mínimo, uma visita/mês por família (BRASIL, 2017).

De acordo com os entrevistados, a VD realizada em equipe multiprofissional favorece a mudança de comportamentos nocivos, melhorando a adesão ao PTS, que pode ser observada nesse relato:

“A VD deveria ser realizada em conjunto com outros profissionais de saúde, em equipe multiprofissional, dividindo as orientações, um profissional complementando o outro.” (sic.) (E6).

Nesta perspectiva, os entrevistados relataram que costumam realizar as VD sempre em conjunto com outro profissional de saúde e, geralmente, os ACS são os que mais acompanham. Em raros casos, médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem ou residentes realizam as VD sem acompanhantes.

A atenção às famílias e à comunidade é o objetivo principal da VD, e essa atenção proporciona a realização de ações que visam à educação em saúde e à conscientização dos usuários em relação aos aspectos saudáveis do seu território, auxiliando no planejamento de ações, conforme o modo de vida e os recursos que cada unidade familiar dispõe (SAMARO, 2007). É, portanto, importante que os profissionais de saúde atuem de acordo com as normatizações vigentes da PNAB, para garantir a efetividade das ações de promoção, prevenção e educação em saúde, além de ajudar a proporcionar a universalidade, a integralidade e equidade dos atendimentos em saúde.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS NA VISITA DOMICILIAR

No contexto da ESF, a VD constitui-se como um meio de intervenção no processo saúde-doença na comunidade, com a execução de ações e/ou procedimentos de anamnese, avaliação física, avaliação do ambiente social, prescrição de condutas, reabilitação, prevenção, promoção e orientação de saúde no território, visando à melhora na qualidade de vida do usuário e sua família (ARAÚJO; PAIVA; SAKAMOTO, 2011).

De acordo com os entrevistados, as ações e/ou procedimentos mais realizados nas VD foram: orientações gerais de saúde (higiene oral e corporal, alimentação saudável, prá-

tica de atividades físicas, uso de medicação, escovação); procedimentos de enfermagem (verificação de sinais vitais, teste de glicemia capilar, curativos, vacinas); consultas médicas (avaliação física/psíquica, exame clínico, prescrição de medicamentos e exames, lavagem de ouvido); controle da saúde (verificação da caderneta de vacinação, acompanhamento do tratamento, escuta, agendamento de consultas, organização dos medicamentos, verificação das condições socioeconômicas e infraestrutura da casa); atividades de prevenção e promoção da saúde (orientações conforme a situação verificada na casa, convite para participar dos grupos da unidade) e busca ativa do público-alvo (gestantes, puérperas, idosos, hipertensos, diabéticos, crianças menores de dois anos).

Souza et al. (2010) destacam que tais ações estimulam e reforçam a educação em saúde, pois o domicílio favorece aos profissionais de saúde trabalharem com os recursos disponíveis do usuário, levando em consideração o contexto social, cultural, econômico, educacional, religioso, entre outros, proporcionando humanização ao atendimento.

POTENCIALIDADES DA PRÁTICA DA VISITA DOMICILIAR

No decorrer deste estudo, foram encontradas diversificadas referências a respeito das potencialidades da VD, como o clássico estudo de Nogueira e Serpa (1977), que discute sobre as vantagens e as limitações da prática da VD que se adaptam aos dias atuais. A partir desse estudo outros autores surgem, como Sossai e Pinto (2010), Souza, Lopes e Barbosa (2004), Stanhope e Lancaster (1999), com trabalhos que exploram elementos facilitadores e limitadores da VD.

Esses autores trazem em comum que a ferramenta proporciona maior conhecimento sobre a realidade dos usuários e da família, pelo deslocamento dos profissionais de saúde no território no qual estão inseridos; favorece a integralidade dos atendimentos com a identificação das relações familiares, culturais, religiosas, educacionais, sociais, econômicas, ao encontro do biopsicossocial do sujeito; facilita a elaboração e planejamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário ou familiar de acordo com os recursos disponíveis da família; propicia o fortalecimento de vínculo entre profissionais de saúde e usuário, serviço de saúde e comunidade; oportuniza a reflexão dos processos de saúde-doença, fortalecendo as ações de promoção e prevenção em saúde; facilita a comunicação entre usuário e profissional, na troca de saber popular e científico; fortalece o trabalho em equipe, por meio das discussões de caso e das interconsultas; e ajuda no atendimento ao usuário que não consegue se deslocar até a unidade.

Nessa perspectiva, algumas falas dos entrevistados ressaltam, como potencialidades da VD, o seguinte:

“A VD possibilita ver o todo da pessoa, como se relaciona com sua família e comunidade, qual o entendimento do usuário sobre suas demandas, quais os recursos sociais, culturais, educacionais e econômicos têm ao seu alcance.” (sic.) (E4).

Entre as principais potencialidades da prática da VD foram destacados os seguintes aspectos:

“Fortalece o vínculo profissional e usuário.” (sic.) (E7).

“Ajuda a desenvolver a empatia.” (sic.) (E9).

“Promove a humanização, a integralidade dos atendimentos, e a melhora da qualidade de vida dos usuários.” (sic.) (E11).

Em relação aos dados apresentados nas falas acima, em um comparativo com a literatura de Stanhope e Lancaster (1999) percebem-se muitas aproximações. Os autores evidenciam como uma das maiores potencialidades da VD o desenvolvimento de vínculos entre profissional de saúde e comunidade, além de favorecer maior liberdade para os usuários exporem os reais problemas. Nessa conjuntura, o vínculo surge como um diferencial no atendimento domiciliar, e as falas dos entrevistados se aproximam ao que Franco e Mehry (2003) compreendem como vínculo, uma relação estreita e duradoura entre sujeitos, permitindo com o passar do tempo se conheçam cada vez mais.

Outra questão que podemos relacionar com a promoção do vínculo é o fortalecimento da relação de confiança entre a equipe de saúde e a comunidade com foco na humanização do atendimento. A ida do profissional de saúde ao domicílio pode ser compreendida como propulsor do cuidado. O profissional vai trabalhar o cuidado e a saúde de acordo com a singularidade de cada usuário, levando em consideração os recursos disponíveis do contexto.

Em linhas gerais, uma das principais potencialidades da VD está voltada para a assistência ao usuário, que tem dificuldade de acessar a unidade de saúde, domiciliados acamados, pessoas com deficiência física, pessoas com questões psíquicas, entre outras (NOGUEIRA; SERPA, 1977; SOSSAI; PINTO, 2010). A VD:

“facilita o atendimento para o usuário que não consegue ir até a unidade de saúde, por ser acamado, domiciliado ou qual-

quer outra doença que o impossibilite se deslocar.” (sic.) (E15).

A partir dos elementos explicitados constatou-se que a VD apresenta diversificadas potencialidades no sentido de proporcionar aos profissionais uma visão ampliada dos recursos e demandas que os usuários e familiares disponibilizam, além de facilitar o planejamento de ações de intervenção com base na realidade do usuário, na transposição do enfoque curativo, em direção à clínica ampliada e humanizada, voltada para o biopsicossocial do usuário, família e comunidade.

DIFICULDADES DA PRÁTICA DA VISITA DOMICILIAR

Em relação às dificuldades das VD, apresentamos algumas considerações, referenciando ainda os autores Nogueira e Serpa (1977), Sossai e Pinto (2010), Souza, Lopes e Barbosa (2004), Stanhope e Lancaster (1999), com trabalhos que exploram elementos facilitadores e limitadores da VD. Esses autores destacam, como dificuldades, os seguintes fatores: falta de profissionais capacitados; utilização de transporte para o deslocamento dos profissionais até o domicílio do usuário; atividade que depreende de tempo para o planejamento, execução, deslocamento e avaliação; ausência dos usuários no domicílio para a visita; falta de instrumentos e materiais para os profissionais trabalharem; sentimento de frustração e impotência frente às demandas trazidas pelos usuários; enfrentamento de situações relacionadas ao contexto social, cultural, educacional, econômico em que vive a família; excesso de trabalho ocasionado pelo volume populacional inadequado.

Nesta perspectiva, os entrevistados relatam as seguintes dificuldades na realização da VD:

“A falta de planejamento na realização da VD. Não ter um protocolo, [e isso] faz com que a visita não atinja todos seus objetivos.” (sic.) (E3).

“A demanda aumentada de pedidos para VD, e de atendimentos na unidade de saúde se torna um dificultador.” (sic.) (E10).

“A falta de profissionais para compor a equipe, principalmente de ACS para as áreas descobertas.” (sic.) (E7).

A demanda de trabalho aumentada, associada à falta de profissionais para compor a equipe, bem como a falta de planejamento ou capacitação para realizar a VD aparecem como fortes limitadores das ações preconizadas pela APS que envolvem a promoção, a prevenção, o tratamento, a reabilitação, a vigilância em saúde, as práticas de cuidado integrado realizado por equipe multiprofissional à população adscrita no seu território (BRASIL, 2017).

Pode-se notar que a falta de profissionais de saúde para compor a equipe e a falta de planejamento das VD está refletindo na saúde psíquica dos trabalhadores, influenciando no desgaste emocional, quando expostos a situações que estão além de suas condições, já que ficam sobrecarregados com as demandas atribuídas, angustiados e temerosos de não conseguirem dar conta do que lhes é exigido. Esse aspecto pode ser percebido na fala dos entrevistados:

“Tenho dificuldade de separar as histórias de vida dos usuários com a minha. Muitas vezes vou para casa angustiada por não saber como ajudar.” (sic.) (E5).

A diversidade e a complexidade das demandas expostas, como também o grau de responsabilidade intrínseca ao contexto de

trabalho, exigem dos profissionais maior flexibilidade para lidarem com as atribuições impostas pela unidade e comunidade. A saúde mental no trabalho está diretamente ligada à organização do trabalho prescrito (*tarefa*) o que é esperado no âmbito de um processo de trabalho, com a organização do trabalho real (*atividade*) aquilo que é possível fazer para realizar a tarefa (BRITO, 2008).

Porém, quem não é autor do próprio trabalho, experiencia mais sentimento de frustração e angústia, por não conseguir visualizar autoria no que está fazendo. O trabalho realizado pelos profissionais de saúde, por desprender cuidado e atenção, pode gerar, em longo prazo, carga psíquica. Em alguns casos, o profissional sente frustração por não saber como lidar com determinada situação explicitada pelo usuário. A satisfação com o trabalho reflete a avaliação positiva ou negativa do trabalhador sobre seu trabalho ou sobre aspectos da atividade profissional (BORGES; MOURÃO, 2012).

Outro ponto tocante à dificuldade e limitação da prática da VD é a carência de atividades de capacitação, pois muitos profissionais atuam nas visitas sem nenhum preparo para desenvolver essa modalidade de atenção em saúde e apresentam dificuldade em identificar ou propor estratégias para os usuários e suas famílias que realmente necessitam de intervenção (SOSSAI; PINTO, 2010).

Também podemos observar a falta de materiais específicos para realizarem as ações e/ou procedimentos na VD, entre eles: falta de veículo para o deslocamento dos profissionais; problemas relacionados a tempo e horário de trabalho dos usuários com os dos profissionais de saúde; dificuldade de acesso até a casa dos usuários por questões ambientais ou sociais; e vulnerabilidade social que dificulta a adesão ao tratamento (SOUZA; LOPES; BARBOSA, 2004).

Diante disto, destaca-se nas falas dos entrevistados, os seguintes elementos:

“Quando não tem carro para realizar a VD, a atividade é remarcada para outro dia.” (sic.) (E14).

“A falta de material para trabalhar como: cadernos, folhas, canetas, mochilas, protetores solar, luvas, gases, esparadrapos, pomadas e outros diversos materiais dificultam os procedimentos que deveriam ser realizados na VD.” (sic.) (E16).

O contexto de incertezas e surpresas que o território proporciona envolve relações complexas entre o espaço público da comunidade e o espaço privado do domicílio, despertando diferentes sensações e percepções nos profissionais em relação à atividade desenvolvida. Borges e D’Oliveira (2011) apontam que os problemas com que os profissionais se deparam nas VD envolvem não apenas o enfrentamento da doença em si, mas situações relacionadas ao contexto social e cultural em que vive a família, como observado na seguinte fala:

“O profissional de saúde se desloca até o usuário para realizar uma consulta, prescreve medicamentos e exames. Então, tu te dá conta de que os usuários não vão realizar os exames, pois não conseguem se deslocar até os centros clínicos, e isso é um enorme dificultador para o bom andamento do tratamento.” (sic.) (E11).

Muitas vezes, as maiores dificuldades encontradas são as de ordem social, que ultrapassa os meios de intervenção disponíveis pelas equipes de saúde. Além das interferências sociais, temos as de ordem técnica, ou seja, que dependem da coor-

denação dos serviços de saúde pública, que envolvem recursos humanos e preparo dos profissionais, disponibilização de materiais específicos e tempo hábil para um bom atendimento das demandas da unidade e as advindas da VD (BORGES; D’OLIVEIRA, 2011).

Frente ao exposto, contactou-se que a VD apresenta distintas dificuldades para a execução, e é importante salientar que a realidade de cada equipe de saúde é singular, o que gera inquietações para a equipe de gestores conseguirem pensar em estratégias para capacitar e instrumentalizar os profissionais e unidades de saúde.

PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS NO CUIDADO EM SAÚDE DO USUÁRIO POR MEIO DA VISITA DOMICILIAR

Nesta categoria abordaremos as percepções que se relacionam com a subjetividade dos sujeitos, a humanização do cuidado e com a integralidade do atendimento, inerente ao processo de vivência e interação entre usuário e profissionais de saúde.

Em relação à VD, Sossai e Pinto (2010) destacam que essa é uma técnica que permite ao profissional de saúde se inserir na comunidade, compreender como a população se relaciona com os dispositivos sociais do território, além de favorecer o entendimento dos processos de saúde-doença que acometem os sujeitos da área.

A percepção de alguns profissionais de saúde referente ao entendimento do usuário sobre a VD é reduzida a um atendimento médico com enfoque curativo.

“O usuário ainda está muito focado na doença, no remédio. A VD só é produtiva quando recebem remédio ou é realizado

algum procedimento, e orientações não são percebidas como uma intervenção eficaz em saúde.” (sic.) (E8).

Com essa perspectiva da VD, os profissionais de saúde têm o desafio de mudar a concepção da população, no que se refere ao entendimento da técnica de saúde in loco. Trabalhar os objetivos da VD por meio dos grupos de educação em saúde com a população é uma forma viável de atingir os usuários e auxiliar na mudança da concepção biomédica, com foco na promoção da saúde e qualidade de vida (OMIZZOLO, 2006).

A atenção às famílias e à comunidade é o principal objetivo da VD, e esses dois sistemas são influenciadores no processo de adoecimento e restabelecimento da saúde, pois são regidos pelas relações interpessoais que estabelecem nos contextos em que estão inseridos. Compreender o meio de vida dos usuários e os dispositivos sociais disponíveis no território, conseqüentemente, ajudará no planejamento de ações em saúde considerando o modo de vida e os recursos disponíveis de cada família (ALBUQUERQUE; BOSSI, 2009).

Nas falas dos entrevistados emergem palavras que traduzem as percepções sobre o cuidado em saúde favoráveis à natureza da prática, tais como:

“Os usuários se sentem mais próximos dos profissionais, pois, se tem alguém preocupado com a saúde deles, então eles começam a se preocupar com sua saúde.” (sic.) (E11).

O excerto acima reforça que o vínculo associado à empatia é um dos elementos centrais na relação de cuidado com o outro. A VD é caracterizada como uma tecnologia leve, pois trabalha diretamente a relação usuário

e profissional, permitindo o cuidado à saúde de forma mais humanizada e integral, ampliando o acesso à população com dificuldade de acessar os serviços de saúde, seja por dificuldades físicas ou ocasionadas pela vulnerabilidade social (ANDRADE et al., 2014).

Outro ponto importante a ser destacado é a comunicação interpessoal entre profissional de saúde e usuário. A comunicação é um canal de intervenção para o cuidado sistematizado, em que as pessoas podem expressar o que estão sentindo, satisfazer suas necessidades e se relacionar com outras pessoas. Por isso, a relação interpessoal entre o profissional e usuário tem influência direta durante a VD, sendo a interação fundamental para a construção do ambiente terapêutico e a melhora da qualidade de vida e saúde (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012). Foi possível identificar a seguinte percepção ao respeito do que foi exposto:

“Os usuários gostam de receber a VD, sentem-se valorizados e acabam estabelecendo uma relação de confiança com os profissionais de saúde, refletindo positivamente na adesão ao tratamento e seguindo as orientações passadas.” (sic.) (E7).

A VD pode também ser considerada como um espaço de troca de experiências e vivências com os fenômenos vivos do território e, sob esta perspectiva, busca eliminar a percepção fiscalizadora que alguns usuários vivenciaram com a prática, por isso a importância de a VD ser planejada com antecedência e em equipe multiprofissional (RAMOS, 2013). Diante deste contexto, destacam-se a seguinte fala do entrevistado:

“Quanto menor nível cultural, mais na defensiva as pessoas ficam, pois acham que vão ser fiscalizadas.” (sic.) (E15).

É possível observar que as percepções dos profissionais referentes ao cuidado em saúde do usuário por meio da VD são favoráveis à execução da prática. A VD, assim, tem-se constituído como uma técnica primordial para a educação em saúde, possibilitando uma visão ampliada dos determinantes de saúde e doença, incluindo as condições socioeconômicas, ambientais e biopsicossociais, que contribuem para a mudança de comportamento e melhora da qualidade de vida da população, mediante ações de prevenção de doenças e a promoção da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática da visita domiciliar realizada pelos profissionais de saúde faz-se imprescindível para o entendimento da saúde da população adscrita do território de abrangência da estratégia saúde da família, uma vez que possibilita aos profissionais o conhecimento acerca do contexto em que o usuário e sua família estão inseridos, além da troca de saberes voltadas para a promoção, a prevenção e para as ações de saúde dentro do ambiente domiciliar.

Este estudo foi realizado com o intuito de analisar as contribuições da VD no cuidado em saúde com os usuários da ESF, e buscou-se compreender como os profissionais da equipe mínima da ESF percebem essa prática, quais são as potencialidades, dificuldades, ações e/ou procedimentos são observados, vivenciados e experienciados pelos profissionais de saúde que realizam a VD. Permitiu apreender questões pertinentes à prática da VD, que é uma ferramenta em potencial para que as ações de promoção e prevenção à saúde sejam efetivadas no território de abrangência da ESF.

Um ponto relevante e atual que não podemos deixar de mencionar neste estudo é

o desmonte dos serviços essenciais de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Com a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 e do Novo Regime Fiscal que impõe o congelamento dos gastos públicos por 20 anos, a diminuição dos recursos federais afetará os municípios e os estados, restringindo a oferta de ações e os serviços do SUS à população. Esse cenário vai impactar diretamente na atenção aos cuidados de saúde dos usuários no domicílio, como a falta de recursos humanos, de materiais, de equipamentos, de carros, da infraestrutura das unidades físicas, entre outros (MALTA et al., 2018).

Neste estudo, as dificuldades evidenciadas pelos participantes na realização da VD vão ao encontro da precarização de importantes avanços conquistados pelo SUS. Ressaltados pelos dados analisados, como a falta de materiais, de equipamentos, de carro para a locomoção dos profissionais, de recursos humanos (ACS) e de reconhecimento dos profissionais de saúde como peças fundamentais para o bom funcionamento dos serviços de saúde.

Verifica-se a importância de haver mais estudos em relação à prática da VD, em que o atual cenário reflète questões de uma nova ordem, oriundas do subfinanciamento do SUS e precarização dos serviços ofertados, gerando inquietações a serem investigadas e confrontadas com outros estudos neste âmbito. Entendemos que conseguimos atingir o objetivo proposto para este estudo, no qual nos propomos a compreender as contribuições da VD no cuidado em saúde com os usuários da ESF, uma vez que se verificou sua importância dentro do Sistema de Saúde e o significado que a VD tem para os usuários e suas famílias, mudando comportamento rumo aos cuidados com a saúde e tornando o vínculo entre eles e o profissional mais humanizado.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1103-1112, 2009.

ANDRADE, A. M. et al. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 1, p. 165-175, 2014.

ARAÚJO, A. F.; PAIVA, B.; SAKAMOTO, R. A visita domiciliária com ênfase na educação em saúde. **Revista Eletrônica Saúde: pesquisa e reflexões**, v. 1, n. 1, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: MS, 2000. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 19 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF, 2013. v. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017. Disponível em: <www.brasilsus.com.br/images/portarias/setembro2017/dia22/portaria2436.pdf>. Acesso em: 4 out. 2017.

BORGES, L. O.; MOURÃO, L. **O trabalho e as organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BORGES, R.; D' OLIVEIRA, A. F. P. L. A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação.**, v. 15, n. 37, p. 461-72, 2011.

BRITO, J. C. Trabalho prescrito. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, Júlio C. F.. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no programa de saúde da família: o agente comunitário de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Rev. Eletrônica Ciência e Saúde Coletiva para a sociedade**, v. 15, n. 1. p. 509-520, 2010.

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

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

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias et al. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Tradução de H. Monteiro e F. Settineri. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MALTA, D. C. et al. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1799-1809, 2018.

NASCIMENTO, J. S. et al. Visitas domiciliares como estratégias de promoção em saúde pela enfermagem. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v. 26, n. 4, p. 513-522, 2013.

NOGUEIRA, M. J. C.; SERPA, F. R. M. G. A visita domiciliária como método de assistência de enfermagem à família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 11, n. 1, p. 28-50, 1977.

OMIZZOLO, J. A. E. **O princípio da integralidade na visita domiciliar: um desafio ao enfermeiro do programa de saúde da família**. 2006. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

PASTORE, E.; ROSA, L. D.; HOMEM, I. D. Relações de gênero e poder entre trabalhadores da área da saúde. 2008. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO: CORPO, VIOLÊNCIA E PODER. Florianópolis, 2008. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST25/Pastore-Rosa-Homem_25.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2018.

RAMOS, A. Instrumentos e técnicas de trabalho do assistente social: notas para uma reflexão crítica. IN: RAMOS, A.; SILVA, L. B. (Org.). **Serviço Social, Saúde e questões contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas: Papel Social, 2013.

REINALDO, A. M. S.; ROCHA, R. M. Visita domiciliar de Enfermagem em Saúde Mental: ideias para hoje e amanhã. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 4, n. 2, p. 36-41, 2002.

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

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

SAMARO, S. **Visita Domiciliar**: uma técnica de revelação da realidade. 2007. Disponível em: <www.pucrs.br/eventos/sbpc/uergs/ficina/001.doc>. Acesso em: 21 jun. 2017.

SAMARO, S. **Visita domiciliar**: teoria e prática. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

SAVASSI, L.C. M; LAGE, J. L.; COELHO, F. L. G. Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a escala de risco familiar de Coelho-Savassi. **JMPHC**, v. 3, n. 2, p. 2007, 2012.

SOSSAI, Lilian Carla. Ferrari; PINTO, Ione Carvalho. A visita domiciliária do Enfermeiro: fragilidades x potencialidades. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 569-576, jul./set., 2010.

SOUZA, C. R.; LOPES, S. C. F.; BARBOSA, M. A. A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. **Revista da UFG**, v. 6, n. especial, 2004.

SOUZA, L. B. et al. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. **Revista de Enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 55-60, 2010.

STANHOPE, M.; LANCASTER, J. **Enfermagem Comunitária**: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. Portugal: Lusodidacta, 1999.