



REVISTA DA UFG - Tema FAMÍLIA

Órgão de divulgação da Universidade Federal de Goiás - Ano VI, No. Especial, dezembro de 2004

MARASQUIN, H. G.; DUARTE, R. V. C.; PEREIRA, R. B. L.; MONEGO, E. T. - Visita domiciliar: o olhar da comunidade da quadra 603 Norte. Palmas (TO). *Revista da UFG*, Vol. 6, No. Especial, dez 2004 on line (www.proec.ufg.br)

Sumário

VISITA DOMICILIAR: O OLHAR DA COMUNIDADE DA QUADRA 603 NORTE. PALMAS (TO)

Índice

Heike Graser Marasquin¹, Rosa Virgínia Carneiro Duarte¹, Ruth Bernardes de Lima Pereira¹, Estelamaris Tronco Monego²

Resumo: Estudo qualitativo descritivo, desenvolvido na Quadra 603 Norte de Palmas -TO, no período de abril a julho de 2003. Teve por objetivo verificar qual o significado para os moradores, da visita domiciliar realizada pelos integrantes da equipe do Programa Saúde da Família (PSF). A coleta de dados foi realizada nos domicílios, através de entrevista semi-estruturada. A análise dos dados revela o desconhecimento dos moradores quanto ao papel do Programa Saúde da Família, confundido-o com ações de campanhas de prevenção vinculadas à mídia. A visita domiciliar, por sua vez, é estratégia que, apesar de não ter clara sua função para os moradores, é bem recebida e considerada importante para a promoção da saúde. Concluiu-se que, para uma maior eficácia das ações a serem desenvolvidas e mesmo do papel do PSF junto a uma comunidade, é preciso estabelecer estratégias capazes de fortalecer o vínculo com a comunidade beneficiada.

Palavras-chave: Visita domiciliar, Programa Saúde da Família, promoção da saúde.

Acerca do tema

Em uma breve incursão histórica, verificamos que as reformas do Sistema de Saúde no Brasil nos anos 80, circunscrevem-se em um movimento amplo de redemocratização do país e resgate de cidadania, denominado Reforma Sanitária. Como marco teórico deste momento ressalte-se a Constituição Federal (1988) e os princípios e diretrizes da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O PSF (Programa de Saúde da Família) teve seu início em 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), tendo, posteriormente, em 1994, sido modificado em sua estrutura e ações, porém mantendo a filosofia da concepção original. No PSF, cada equipe, formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde respondem por uma área adscrita, sendo responsável por 600 a 1.000 famílias, variação que leva em conta as diversidades regionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; SENNA, 2002).

A estratégia prioritária de trabalho é a visita domiciliar às famílias. Para Kawamoto et al. (1995: 35) "*Visita Domiciliar é um conjunto de ações de Saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo como assistencial*". A visita, como é realizada no âmbito domiciliar, proporciona uma dinâmica aos programas de atenção à saúde. "*A visita domiciliar constitui uma atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo de saúde-doença de indivíduos ou no planejamento de ações visando a promoção da saúde da coletividade*" (TAKAHASHI, 2001:43).

Para o sucesso de uma visita domiciliar é necessário planejamento, execução, registro de dados e avaliação. De acordo com Kawamoto et al (1995), as prioridades para a visita

domiciliar incluem os recém-nascidos, crianças com patologias graves ou faltosas aos agendamentos das vacinas, portadores e comunicantes de doenças transmissíveis, gestantes de alto risco ou com VDRL positivo e/ou faltosas.

Ainda segundo estas autoras, a visita domiciliar é uma estratégia que apresenta algumas vantagens e desvantagens. Dentre as vantagens, pode-se citar: a presença do profissional de saúde *in loco* para levar informações de saúde ao grupo familiar, permitindo, com isto, uma visualização de condições peculiares de habitação, higiene e hábitos de vida; um planejamento das ações mais factível, já que busca atender as condições observadas no domicílio; o melhor relacionamento do grupo familiar com o profissional de saúde por ser sigiloso e menos formal, além da liberdade para se expor os mais variados problemas, já que o tempo disponível é maior do que quando o atendimento é realizado nas dependências dos serviços de saúde. Já como desvantagens evidenciamos as dificuldades de acesso; a limitação dos encontros devido ao horário de trabalho e os afazeres domésticos, que podem impossibilitar ou dificultar a sua realização; um tempo maior para o atendimento, seja pela locomoção ou pela execução da visita; o que o torna um método dispendioso e de pouco alcance a uma parcela numericamente maior da população.

É preconizado que o agente comunitário de saúde (ACS) realize, no mínimo, uma visita por família da área de abrangência ao mês, sendo que, quando necessário, estas podem ser repetidas de acordo com as situações determinantes de cada realidade. Cabe aos demais profissionais da ESF planejar suas visitas domiciliares procurando atender as demandas identificadas pelos ACS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Este estudo foi realizado em Palmas, capital do Tocantins. Fundada há 14 anos, abrigando aproximadamente 172.000 habitantes, oferece pavimentação e saneamento básico a 70% e água tratada a 90% das quadras habitadas (IBGE, 2003). O PSF de Palmas foi implantado em 1997, com uma equipe piloto, e cuja expansão indica hoje uma cobertura de 62% da população, aqui incluindo a Quadra 603 Norte, cuja implantação do PSF ocorreu em 1998. A quadra 603 Norte, local deste estudo, conta com uma população de 2.360 habitantes, cujo perfil sócio-econômico é baixo, porém com uma boa infra-estrutura de pavimentação e saneamento básico. O objetivo deste trabalho foi identificar o significado da visita domiciliar do PSF para a comunidade da Quadra 605 Norte de Palmas.

Definindo um método e conhecendo os resultados

Esta é uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratória, enfocando aspectos do universo cultural da população estudada. As informações foram coletadas por meio de entrevista semi-estruturada, em que as próprias pesquisadoras foram as entrevistadoras. Foram feitas na Quadra 603 Norte da cidade de Palmas, no mês de abril de 2003, definindo-se como população-alvo do estudo as famílias moradoras na área, escolhidas de forma aleatória. Foram estabelecidos como critérios de inclusão, o fato de ser morador da Quadra, ter mais de 18 anos e aceitar fazer parte da pesquisa.

As questões utilizadas no estudo incluíam o seguinte: “Você ou alguém da sua família já foi visitado por algum membro da equipe do Programa Saúde da Família?”; “Quem da ESF já visitou sua família ou você?”; “Como você se sente ao receber uma visita da ESF?” e “Você considera importante a visita domiciliar? Se sim, diga por que”.

A análise dos dados foi obtida pela categorização das respostas dos sujeitos, visando buscar elementos que permitissem inferir um juízo sobre o olhar da comunidade na visita domiciliar realizada pela ESF.

A população deste estudo foi constituída de 100 moradores da Quadra, dos quais 79 eram do sexo feminino, com predomínio de idade na faixa de 18 a 49 anos, caracterizando uma

população de estudo formada por adultos jovens. Dos entrevistados, 97 apresentaram algum grau de escolaridade, destacando-se 54 com ensino fundamental incompleto. Todavia, o que chama a atenção é o fato de que a pouca escolaridade, ou sua ausência, são predominantemente presentes nos adultos com mais idade. Destes, muitos poderiam ser considerados, de acordo com os critérios da UNESCO, analfabetos funcionais, isto é, pessoas com menos de quatro anos de estudo (IBGE, 2002).

Segundo registros do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2003), a população entrevistada encontra-se empregada em atividades elementares, na sua maioria do mercado informal: 19 empregadas domésticas e 19 serventes ou pedreiros, além de 30 pessoas que relatam desempenhar unicamente atividades do lar, o que justifica o maior número de mulheres que participaram da pesquisa. Os demais entrevistados estão distribuídos em atividades como aposentados, marceneiros, cabeleireira, mecânicos e uma assistente social. Não foi evidenciado o desemprego entre os entrevistados.

Constatamos que 84 entrevistados residem na quadra há mais de um ano, sendo que destes, muitos referiram permanência superior a cinco anos, caracterizando uma população pouco flutuante. Uma população com estas características pode proporcionar uma maior integração da comunidade com a ESF, uma vez que as ações planejadas poderão ser acompanhadas e os resultados avaliados.

Ao analisarmos as respostas obtidas na questão “*you sabe o que é o Programa Saúde da Família?*”, 59 declararam não conhecê-lo. Este número é bastante significativo, uma vez que o PSF está implantado na Quadra desde 1998. Outras respostas com menor representatividade identificaram o PSF como cuidador da doença, benefício social e assistência domiciliar. Sendo a visita domiciliar um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelos integrantes da ESF, poucos entrevistados associaram a assistência domiciliar ao programa, apesar de 98 dos 100 entrevistados já terem sido visitados por algum membro da ESF. Outras categorias de respostas relacionam o PSF ao agente comunitário de saúde ou ao posto de saúde.

Considerando que o PSF está implantado na Quadra há cinco anos, e, conceitualmente, ser este um modelo de reorganização da atenção básica, observamos que os moradores ainda não têm, em sua grande maioria, o entendimento sobre este modelo. Quando opinam referindo seu conhecimento, têm uma idéia vaga e/ou distorcida, o que pode fragilizar o sucesso desta estratégia.

Quadro 1 – Distribuição da população estudada, segundo o sentimento ao receber a visita do PSF . Palmas, 2003	
Categorias	n
Categoria I: Usou expressões positivas de sentimentos em relação à visita	54
Categoria II: Expressões positivas destacando as ações educativas	29
Categoria III: Não sabe dizer, não respondeu e nunca recebeu visita	08
Categoria IV: Usou expressões positivas em relação ao profissional	07
Categoria V: Não sente nada	04

A categoria I agrupa expressões e sentimentos que nos levam a identificar que a população entrevistada tem dificuldade em exteriorizar os sentimentos, pois as respostas foram monossilábicas e pouco descritivas, do tipo “*sinto bem*”, “*bem*”, “*bom*”, “*feliz*”, “*aliviada*”, “*legal*”,

“importante”, “normal”, sendo que oito entrevistados não souberam responder (categoria III).

Para 29 entrevistados a visita é positiva, associando-a a ações educativas como controle das endemias (dengue e calazar), vacinas, controle de peso das crianças, conforme a categoria II. Em relação às ações educativas, observamos que estas estão verticalizadas no controle de endemias, podendo, desta forma, não atender as necessidades específicas de cada família.

A categoria III é emblemática, na medida que nos reportamos ao fato de que esta Quadra tem uma das mais antigas ESF do Estado, e mais ainda, que os entrevistados, na sua maioria, são pessoas que residem na quadra há mais de 1 ano.

No que se refere à categoria IV, as respostas apontaram características positivas do profissional como “é muito boa”, “gentil”, “educada”, “é legal”, que podem representar algum vínculo com a ESF como também uma resposta formal e monossilábica, da mesma maneira que o já analisado na categoria I.

Quadro 2 – Distribuição da população estudada, a partir de questionamento sobre a importância da visita do PSF. Palmas, 2003

Categorias	n
Categoria I: Acha a visita domiciliar importante, refere ações educativas e orientações recebidas	65
Categoria II: Acha a visita domiciliar importante e refere a algum tipo de assistência recebida	26
Categoria III: Acha a visita domiciliar importante, porém acha o trabalho dos ACS limitado, restrito	14
Categoria IV: Não contribui em nada	04
Categoria V: Não recebeu visita	02

A categoria I evidencia a visita domiciliar como uma atividade importante, destacando as ações educativas e orientações recebidas pela ESF. O trabalho educativo é um importante componente da atenção à saúde, porém não é fácil de ser dimensionado e avaliado, devido à dificuldade de mensuração dos seus resultados sobre uma perspectiva imediatista. No entanto, possui um potencial revolucionário, sendo capaz de, quando bem realizado, traduzir-se em resultados incomensuráveis para a promoção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Para 23 entrevistados, a visita domiciliar representa um benefício por algum tipo de assistência ou ainda por facilitar o acesso à unidade de saúde (distribuição de soro oral e hipoclorito, marcação prévia de consultas médicas, odontológicas ou de exames). Isto revela que o modelo proposto pelo PSF ainda é um modelo em construção, onde o foco das ações deverá ser a promoção da saúde, porém sem desconsiderar a necessidade das ações curativas existentes na comunidade.

Na categoria III evidencia-se uma expectativa não atingida por parte das famílias, onde a assistência do tipo curativa representa um papel-chave. Isto talvez se deva ao fato de que, não só as informações são transmitidas de forma padronizada, como também a interação entre ESF e famílias não vêm sendo construído de forma coletiva. KAWAMOTO et al. (1995) refere que, através da visita domiciliar fazemos um levantamento e avaliação das condições sócio-econômicas em que vive o indivíduo e seus familiares, o que deve encaminhar a uma assistência específica a cada caso.

Provavelmente a falta de especificidade da visita domiciliar, já discutida anteriormente, tenha

sido o motivo alegado na Categoria IV.

Considerações Finais

A proposição de um modelo de assistência à saúde centrado na prevenção das doenças e no *locus* familiar têm sido o grande desafio para os profissionais que militam na estratégia denominada saúde da família.

Para Teixeira (1998), as práticas de saúde devem ser entendidas como *respostas sociais aos problemas e necessidades de saúde* das pessoas, seja individualmente, nos grupos populacionais ou até mesmo na totalidade das populações inteiras. Se o olhar voltar-se ao individual, a perspectiva de análise é a clínica e os chamados fatores de risco que determinam não só a busca de tratamento e cura das doenças, como também a modificação de comportamentos. Já do ponto de vista do coletivo, essa perspectiva *promocional e preventiva* é a que predomina, buscando-se identificar os determinantes econômicos, sociais e culturais das condições de vida e saúde dos diversos grupos da população, como ponto de partida para a realização de intervenções ambientais, sócio-econômicas e culturais que propiciem a melhoria dos níveis de saúde e a redução das doenças e mortes.

Nesta perspectiva, identificam-se duas abordagens principais de atenção à saúde: o modelo médico-assistencial hospitalocêntrico, curativo e individual e o modelo sanitário, das práticas de saúde voltadas ao coletivo, ao meio ambiente e ao controle de fatores de risco. O salto qualitativo desta abordagem se dá no modelo de atenção integral à saúde, cuja ação se apóia não apenas nas ações individuais, de diagnóstico e tratamento de doenças, como nas ações de caráter coletivo, voltadas para a prevenção e o controle de riscos e, principalmente, para as ações promocionais, que implicam na melhoria da qualidade de vida e no alcance de níveis mais elevados de saúde e bem-estar.

O pressuposto deste modelo está no entendimento da saúde como resultado da qualidade de vida, sendo, portanto, diretamente dependente de acesso a bens concretos como a educação, a habitação, o saneamento, a renda, o transporte, a alimentação e o lazer, estreitamente ligados a bens abstratos, em que afetividade, sociabilidade, sexualidade, liberdade e paz são partes integradas de um todo.

O desenvolvimento deste estudo possibilitou-nos uma percepção acerca da visita domiciliar, estratégia deste modelo, feita pelos profissionais de uma ESF. Consideramos que os objetivos foram atingidos, uma vez que foi possível identificar o significado da visita para a população deste estudo, evidenciando a boa aceitação e a importância desta para obtenção de informações em prol da saúde individual e coletiva. Apesar disto, a população desconhece qual é, efetivamente, o papel a ser cumprido pela ESF.

Refletir sobre a visita domiciliar e todos os fatores nela envolvidos é, sem dúvida, um desafio. Acreditamos que se faz necessário criar espaços para discussão e esclarecimento com a comunidade sobre este novo modelo de atenção à saúde e suas diretrizes. Embora a visita domiciliar seja uma prática normativa de todos os profissionais do PSF, é necessário que mecanismos de superação sejam criados, no sentido de resgatar a autonomia, a independência e a liberdade dos atores sociais, contemplando assim, as especificidades de cada família. Para que esta ação seja bem sucedida é preciso que o profissional desprenda-se de seus estereótipos, analise criticamente suas concepções, valores e atitudes, buscando a compreensão do outro. Isto é construir um processo que requer caminhar no ritmo de cada família, respeitando sua diversidade cultural, prioridades e especialmente a complexa relação sócio-econômica com os aspectos biológicos que determinam seu cotidiano.

Por fim, reportando-nos à formação destes profissionais, evidenciamos que o ensino em saúde tem se caracterizado por uma conotação conservadora, abstrata e desarticulada da realidade. Há um distanciamento entre o universo da prática utilizada como campo de formação, e a

realidade institucional e epidemiológica do país. Superar esta dicotomia, ao mesmo tempo em que se busca uma aproximação com a proposta de modelo de atenção vigente, é, sem dúvida, o maior desafio.

Autores

¹ Curso de Especialização em Saúde da Família (Convênio MS-REFORSUS/SESAU-TO/UFG)

² Professora orientadora. Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Goiás (emonego@fanut.ufg.br)

Referências Bibliográficas

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **A implantação da unidade de Saúde de Família** In Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família, Brasília: Ministério da Saúde, v.1, n.1, 2000

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de Indicadores Sociais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002

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

SENNA, M.C.M. Equidade e Política de Saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. (2002), **Cad. Saúde Pública** (RJ), v.18, n.173

TAKAHASHI, R.F. & OLIVEIRA, M.A.C. **A visita domiciliária no contexto da saúde da família** In BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001

TEIXEIRA, C.F; PAIM, J.S. & VILASBOAS, A.L. **SUS, Modelos assistenciais e vigilância da Saúde**. Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, v.VII, n.2, p. 7-28, abril/jun 1998

