

Visita domiciliar como objeto de reflexão

Home visit as an object of reflection

Visita a los domicilios como objeto de reflexión

Tânia Maria Melo Rodrigues

Mestre em Enfermagem pela UFPI. Enfermeira da ESF e da Maternidade Dona Evangelina Rosa em Teresina(PI). tmelorodrigues@hotmail.com.

Silvana Santiago da Rocha

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro/EEAN. Docente da graduação da UFPI e do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da UFPI.

José Ivo dos Santos Pedrosa

Doutor pela Universidade Estadual de Campinas/ UNICAMP. Docente do Mestrado em Enfermagem da UFPI.

RESUMO

A visita domiciliar (VD) é uma ferramenta importante para a prática dos profissionais de saúde, especialmente, na Estratégia Saúde da Família (ESF). É utilizada objetivando atender o indivíduo na sua integralidade. O estudo objetiva fazer uma reflexão da visita domiciliar como possibilidades para o cuidar em domicílio embasado na literatura e nas experiências dos autores. Os resultados apontam a VD como uma forma de proporcionar uma visão mais ampla das reais condições de vida da família, com possibilidade de interação em ambiente tanto familiar, quanto social. Portanto, consideramos importante ressignificar a VD e valorizá-la como estratégia fundamental na consolidação e operacionalização da prática profissional na ESF, indo ao encontro do modelo de atenção proposto pelo SUS.

Descritores: Visita domiciliar. Saúde da família. Enfermagem.

ABSTRACT

Home visits (HV) are an important tool for the practice of health professionals, especially within Family Health Care Strategy (FHCS). It is used aiming at fully assisting the patient. This study envisages a reflection of home visits as a possibility to provide care at homes based on the literature and experiences of the authors. The results indicate HV as a possibility to provide a broader view of the real conditions of the life of target families, with the possibility of interaction in both social and family environments. Therefore, it important to bring a new meaning to HV and value it as a key strategy in the consolidation and operation of professional practice in FHCS, consistent with the model of health care proposed by SUS - Health Unified System

Descriptors: Home visits. Family health. Nursing.

RESUMÉN

La visita a domicilios (VD) es un instrumento importante para la práctica de los profesionales de la salud, especialmente en la Estrategia Salud de la Familia (FHS). Es utilizada con el objetivo de cuidar de los pacientes enfermos de modo integral. El estudio pretende reflejar acerca de las visitas a los hogares como oportunidades para asistencias basado en la literatura y las experiencias de los autores. Los resultados indican la VD como una posibilidad para ofrecer una visión más amplia de las condiciones reales de vida de la familia, con la posibilidad de interacción en el entorno familiar y social. Por lo tanto, es importante dar nuevo significado y valor a la VD y como una estrategia clave en la consolidación y el funcionamiento de la práctica profesional en el FSE, para adaptarse a la modelo de atención propuesto por el SUS.

Descritores: Las visitas a domicilios. Salud de la familiar. Enfermería.

1 INTRODUÇÃO

O atendimento domiciliar confunde-se com a história do desenvolvimento dos cuidados à saúde. O médico inicialmente atendia seus pacientes a domicílio, compartilhando seus segredos e convivendo com todos os momentos significativos da vida familiar. Isto teve especial importância no final do séc. XIX e início do séc. XX, em que os recursos terapêuticos eram limitados.

No entanto, este cenário de atuação modificou-se com a urbanização e acentuou-se a partir dos anos 1930-40, com o desenvolvimento tecnológico, a fragmentação do cuidado em especialidades, a taylorização do processo de trabalho na área da saúde, e a concentração do cuidado às pessoas no ambiente hospitalar (BRASIL, 2003).

Esse modelo de atenção à saúde, ainda hegemônico na nossa sociedade, prioriza a prática da atenção médica, procurando oferecer à população a maior quantidade possível de serviços de saúde reduzida a serviços médicos ofertados individualmente e destinados a tratar as enfermidades ou reabilitar os usuários portadores de sequelas, por meio da clínica e com a intermediação crescente de tecnologias (MENDES, 1996).

A discussão sobre o modelo assistencial requer dos profissionais de saúde a superação do modelo hegemônico centrado na doença, para construir um pensar e um fazer sustentado na produção social do processo saúde-doença.

Assim, a formulação de políticas e estratégias de mudança nos modelos de atenção deve tomar como ponto de partida a identificação e a análise dos problemas e necessidades de saúde contemporâneas da população e deve ser centrada no usuário e no cuidado (TEIXEIRA, 2002).

Nesse sentido, surge o Programa de Saúde da Família, implantado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, trazendo em seus ideais a intenção 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). O modelo assistencial pode ser definido como os modos que se produzem saúde, ou seja, como a sociedade e o Estado lançam mão e desenvolvem as tecnologias para produzir e distribuir ações de saúde (MERHY; ONOCKO, 2007).

O Programa trouxe, portanto, uma nova dinâmica nos serviços de saúde, estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando uma prática direcionada 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, denominando-se não mais programa e sim Estratégia Saúde da Família – ESF (BRASIL, 2006).

Para a operacionalização da ESF, é necessária a criação de equipe multiprofissional que atue numa área delimitada, e as ações básicas a serem executadas por estes profissionais estão descritas nas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS).

No entanto, com o advento da ESF a assistência domiciliar constitui 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. A intervenção deste atendimento faz-se de forma diferenciada por todos os componentes da equipe de saúde, estando a resolutividade relacionada com a sua composição.

Sendo assim, a Organização Mundial de Saúde define Assistência Domiciliar como a provisão de serviços de saúde, com objetivo de promo-

ver, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna (BRASIL, 2003).

Acredita-se que as mudanças e potencialização da Atenção Primária à Saúde no Brasil a partir da implantação da Estratégia Saúde da Família têm repercutido na assistência domiciliar, que passou de uma assistência pontual, a um processo de atenção continuado, integral e multidisciplinar no qual se realizam funções e tarefas sanitárias, assistenciais e sociais, dentro da lógica da vigilância à saúde.

Entendemos a visita domiciliar (VD) como uma grande possibilidade de atendimento domiciliário junto às famílias, que favorece a avaliação das demandas desses clientes, bem como do ambiente em que vivem. Momento de promoção da saúde, surge como uma oportunidade de estabelecimento de um plano assistencial voltado à recuperação e ao autocuidado.

Essas visitas são realizadas por vários profissionais de diversas áreas, como médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, que atuam conjuntamente, formando uma equipe interdisciplinar, compartilhando a assistência e as responsabilidades em saúde (GRAGARANO, 2004).

Portanto, a visita domiciliar no contexto da atenção em saúde é um instrumento de assistência importante na Estratégia Saúde da Família, por contribuir para a mudança de padrões de comportamento e, consequentemente, na promoção da qualidade de vida através de promoção da integralidade em saúde.

Desse modo, a VD como estratégia de trabalho das equipes requer cuidados em sua realização, que deve ocorrer mediante processo racional, com objetivos definidos pautados nos princípios de eficiência. Kawamoto; Santos e Matos (1995), define este instrumento como “um conjunto das ações de saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo como assistencial”, o qual oportuniza a família a buscar capacidade para o cuidar em saúde.

Na literatura, notadamente na da enfermagem, encontramos vários teóricos que discutem o cuidar. O cuidar em saúde pode ser entendido na compreensão de Leonardo Boff (1999), como um ato, uma atitude, um momento de atenção, de zelo e de desvelo, de preocupação e de envolvimento afetivo com o outro. Acrescenta que o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para o outro, provocando preocupação, inquietação e sentido de responsabilidade.

O processo de cuidar é o desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos com base em conhecimentos científicos, experiência, intuição e pensamento crítico, realizado para e com o sujeito cuidado no sentido de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade e totalidade humana (WALDOW, 2004).

Nesse sentido, o objetivo deste estudo é fazer uma reflexão da visita domiciliar (VD) como possibilidade para o cuidar em domicílio, embasado na literatura e nas experiências dos autores.

A visita domiciliar como instrumento de cuidar da enfermagem

A visita domiciliar é um instrumento de trabalho em enfermagem, e o enfermeiro da Estratégia Saúde da Família assume papel importante nessa assistência domiciliar, por estar inserido no contexto familiar, em que a constante avaliação, visão crítica, planejamento e readaptação são necessários diante das diversas dinâmicas familiares existentes, para então estabelecer um cuidado compreensível e adequado ao indivíduo em comunidade (BOFF, 1999).

Concordamos com Gargarano (2004), quando afirma que no momento da visita domiciliar, 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.

No entanto, temos percebido na rotina de trabalho da Estratégia Saúde da Família que 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.

A organização das visitas domiciliares permitiria otimizar o tempo das equipes e definiria parâmetros para o acompanhamento da evolução dos casos e considerações sistemáticas dos aspectos culturais e comunitários envolvidos (MENDES; OLIVEIRA, 2007).

Ao refletir sobre a temática, entendemos ainda que nesse momento de aprimoramento da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), vários fatores têm contribuído para o desenvolvimento da saúde do país, com propostas de ampliação das ESF e, conseqüentemente, da atenção domiciliar, na intenção de permitir uma mudança de direção dos cuidados aos casos agudos, para o cuidado aos pacientes crônicos com base no sistema primário de cuidado à saúde, devendo ficar na responsabilidade dos hospitais apenas os pacientes com necessidades de cuidados mais complexos. Essa mudança proporcionaria uma visão racionalizada do trabalho, amparada por uma melhor capacidade de resolver problemas e que busca antecipar-se à doença, tanto pela educação quanto pela promoção da saúde, tornando-a, portanto, mais econômica e efetiva.

Este modelo de atenção implica nas práticas de saúde centradas na família e na comunidade, valorizando seus vínculos como membros de grupos que inclui indivíduos, famílias, grupos e organizações da sociedade. Para tanto, não se permite que os profissionais que atuam na atenção básica possam se situar de forma individualizada, em seu próprio saber, e sim, como uma equipe interdisciplinar solidária e disposta ao intercâmbio de conteúdos e tarefas.

Assim, considerando a assistência domiciliar como uma prática que possibilita ampliar a dimensão do cuidar em saúde, que tem na VD um instrumento para operacionalização dessa proposta de cuidar de forma humanizada, resgatando sua cidadania como processo de emancipação e de autocuidado, mostra-se relevante a possibilidade de refletirmos sobre como os profissionais da ESF têm utilizado a VD para realizar a assistência domiciliar às famílias.

Portanto, no sentido de entender esse processo, é possível um olhar crítico sobre a VD por estes profissionais da Estratégia e, a partir daí, poderão ser pensadas novas formas de atuação neste âmbito, caso sejam necessárias.

Entretanto, é importante observar e respeitar as diferenças locais, uma vez que o número de profissionais que compõe a equipe e o número de famílias sob sua responsabilidade pode ser determinante do tipo e da qualidade da atenção prestada. Outro fator importante para a assistência domiciliar dirigido à família é conhecer o seu modo de vida, podendo ser facilitado por meio de uma visita, que pode ser considerada como um dos instrumentos de compreensão do viver em família (SAVASSI; et al. 2008).

A visita domiciliar 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 ambos. Partindo desse pressuposto, entendemos que os profissionais de saúde que atuam nessa área necessitam apoiar-se em um conceito antropológico de cultura (SAVASSI; et al., 2008).

Para que o homem se mantenha vivo independente do sistema cultural ao qual pertença, terá que satisfazer um determinado número de funções vitais, tais como: alimentação, sono, respiração, atividade sexual etc., no entanto, ressalta ainda que, embora estas funções sejam comuns a toda a humanidade, a maneira de satisfazê-las varia de uma cultura para outra. É esta grande variedade na operação de um número tão pequeno de funções que faz com que o homem seja considerado um ser predominantemente cultural (LARAIA, 2005). E desta forma, os seus comportamentos não são biologicamente determinados. Sua herança genética não guarda relação com suas ações e pensamentos, pois seus atos dependem inteiramente de um processo de aprendizagem.

Nessa linha de raciocínio, entendemos como fundamental a compreensão de uma abordagem integral por ocasião desta visita e, para tal, há necessidade de considerarem-se diversos fatores no processo saúde-doença da família, em que a assistência no domicílio deve conceber esta família em seu espaço social, abordando de modo integral e individualizado o paciente em seu contexto sócio-econômico e cultural.

Assim, a saúde não pode ser entendida como um produto nem um estado, e sim como um processo multidimensional no qual interagem permanentemente os sistemas biológicos, psicológicos, sociais, culturais, familiares e ambientais. Portanto, o profissional da saúde deve ter uma avaliação da dinâmica da vida familiar, com atitude de respeito e valorização das características peculiares a cada uma delas.

Outra pauta para reflexão diz respeito ao fato de que, para impactar sobre os múltiplos fatores que interferem no processo saúde-doença, é importante que a assistência domiciliar esteja fundamentada no trabalho de equipe em saúde e no entendimento de que todas as informações são importantes e intercomplementares. Portanto, para que haja uma resolução efetiva do cuidado é necessária a troca de informações sobre o paciente, como também o conhecimento das competências de todas as disciplinas envolvidas e o estabelecimento de respeito profissional entre os integrantes no trabalho em equipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendemos como necessária uma proposta de intervenção educativa junto aos profissionais quanto à importância da visita como dispositivo de interação e educação em saúde coletiva e reavaliação das práticas cotidianas da visita. A prática da visita domiciliar no cotidiano dos profissionais não deve se constituir numa tarefa meramente técnica e social, sem um olhar voltado aos valores, às crenças e aos costumes dos usuários assistidos, pois favoreceria o desconhecimento das reais necessidades individuais e coletivas, dificultando as intervenções com alcance de melhores resultados.

E, para finalizar, apontamos para a necessidade de que a temática se faça presente na docência, para que já em sua formação inicial o aluno tenha conhecimento e a vivência para a operacionalização da visita domiciliar na prática da assistência domiciliar em saúde, de forma ampla e contextualizada, dirimindo suas dificuldades relacionadas ao não entendimento do instrumento como possibilidade de entrar no convívio da família e conhecer uma realidade que demanda muito um cuidado especial dos profissionais de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção-Básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**. Porto Alegre, 2003.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.
- GARGARANO F. et al. Internação domiciliar: uma experiência no sul do Brasil. **Rev. AMRIGS**, [s./], v. 48, n. 2, p. 90-94, 2004.
- KAWAMOTO, E. E; SANTOS, M. C. H; MATOS, T. M. **Enfermagem Comunitária: visita domiciliar**. São Paulo : EPU, 1995.
- LARAIA, R. B. **Cultura um conceito antropológico**. 18. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- 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**, Rio de Janeiro, v.2, n.8, p.253-260, 2007.
- MENDES, E. V. **Uma agenda para saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MERHY, E. E; ONOCKO R, (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007.
- SAVASSI, L. C. M; et al. **Relatório do GESF: Módulo visita domiciliar**. Grupo de Estudos em Saúde da Família. Belo Horizonte: AMMFC, 2006. Disponível em: <<http://www.smmfc.org.br/gesf/relatoriavd>> (Relatório, 20p) > Acesso em: 10 de set. de 2008.
- TEIXEIRA, C. F. Modelos de atenção para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias em saúde. In: TEIXEIRA, C. F; PAIM, J. S; VILABOAS, A. L. **Promoção e vigilância da saúde**. Salvador: Instituto de saúde coletiva, [s./], p. 79-99, 2002.
- WALDOW, V. R. **Cuidado humano na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis : Vozes, 2004.