

A PRÁTICA DA VISITA DOMICILIÁRIA PELOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Maria Aparecida Munhoz Gaíva*
Valeria de Carvalho Araújo Siqueira**

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) possui como uma de suas principais diretrizes a atenção à família, a qual pode ser efetivada por meio da visita domiciliária (VD). O objetivo do estudo foi analisar a prática da visita pelos profissionais das equipes de Saúde da Família. O estudo do tipo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa foi realizado em cinco unidades de Saúde da Família da cidade de Várzea Grande, no Estado de Mato Grosso, contemplando catorze equipes. Os sujeitos do estudo foram médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde. A coleta de dados foi efetivada por meio da técnica de grupo focal e os dados foram analisados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo temática. Os resultados demonstraram que a prática da visita ainda tem sido realizada de forma fragmentada, sem a presença de toda a equipe, e focada no indivíduo doente. Observou-se que para a visita ser uma forma de atenção integral ao indivíduo e a família, conforme propõe a ESF, são necessárias mudanças na organização do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família.

Palavras-chave: Saúde da Família. Família. Visita Domiciliar.

INTRODUÇÃO

A atenção à família, como uma das diretrizes da Estratégia Saúde da Família (ESF), preconiza que a assistência seja centrada no núcleo familiar, entendido e percebido a partir de seu ambiente físico e social, pois isto possibilita às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas⁽¹⁾. A família deve ser vista como uma unidade de cuidado singular diante das peculiaridades presentes em sua dinâmica, pois constituiu um núcleo essencial na manutenção da saúde e da vida de seus membros.

A ESF propõe inovações na organização e dinâmica da atenção mediante o uso de tecnologias que permitam aos profissionais aproximarem-se das pessoas, famílias e comunidades, tendo por objetivo a prestação de assistência segundo as reais necessidades da população. Entre as formas utilizadas no trabalho das equipes de saúde da família encontra-se a prática sistemática das visitas domiciliárias⁽²⁾.

A Visita Domiciliária (VD) deve ser exercida junto ao indivíduo, à família e à comunidade.

Ela se constitui em um conjunto de ações de saúde voltadas ao atendimento tanto educativo quanto assistencial, além de ser uma atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou no planejamento de ações visando à promoção da saúde da coletividade⁽³⁾.

Segundo a proposta da ESF, a VD deve se articular aos desafios que se colocam para esta estratégia, tendo as famílias, em seu contexto sociocultural de vida, como unidade central de atenção, abarcando suas diversas necessidades, com vista não só à prevenção da saúde e à recuperação e reabilitação de doenças, mas também à promoção da saúde⁽²⁾.

Essa perspectiva assistencial requer um novo pensar e um novo fazer da equipe profissional, uma vez que o espaço domiciliar é uma dimensão de alta complexidade, e que para nele atuar são necessárias, além de competências teórico-metodológicas, habilidades relacionais, instrumentos essenciais para a reorientação do modelo assistencial proposto pela ESF⁽⁴⁾.

Em contraposição às diretrizes da ESF, alguns estudos vêm mostrando que os profissionais de saúde, especialmente as equipes de Saúde da Família, não conseguem tomar a família como unidade de cuidado⁽⁵⁻⁷⁾. Esses

* Enfermeira. Doutora. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. E-mail: mamgaiva@yahoo.com.br

** Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Centro Universitário de Várzea Grande, Mato Grosso. E-mail: valeriakael@hotmail.com

estudos apontam que as dificuldades estão associadas à falta de conhecimentos e de habilidades no que tange aos instrumentos e estratégias para se trabalhar com famílias, bem como à organização do processo de trabalho, seja no interior da equipe seja na gestão do serviço, que não cria condições para que se desenvolva esse tipo de atividade.

No que se refere aos instrumentos de abordagem e intervenção na família, apesar de alguns serem são adotados no cotidiano de trabalho da ESF, entre estes a VD, a prática mostra que estes ainda não são utilizados por todos os profissionais das equipes de Saúde da Família.

Diante desse panorama, o presente estudo objetivou analisar como os integrantes das equipes de Saúde da Família percebem a prática da VD em seu cotidiano de trabalho.

METODOLOGIA

O artigo apresentado é um recorte de uma dissertação de mestrado que teve como objetivo compreender como os profissionais das equipes de Saúde da Família percebem seu preparo para o trabalho com a família.

O presente estudo é de caráter exploratório-descritivo e de abordagem qualitativa e foi realizado em Várzea Grande, uma cidade de médio porte do Estado de Mato Grosso que faz divisa com a capital do Estado e possui uma população aproximada de 281.000 habitantes. Esse município contava no momento da coleta de dados com oito unidades de Saúde da Família (USF), perfazendo um total de 20 equipes. Destas unidades, somente cinco estavam registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como USF, totalizando catorze equipes. Foram selecionadas como locais de estudo as cinco unidades inscritas no CNES em julho de 2009^(8,9).

Participaram do estudo médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) das catorze equipes de Saúde da Família das cinco unidades selecionadas, sendo que cada equipe possuía, em média, dez profissionais: um médico, um enfermeiro, dois técnicos em enfermagem e seis ACS.

Foram incluídos na pesquisa os profissionais que estavam trabalhando na equipe há mais de

doze meses e atuando no momento da coleta de dados. O número total de participantes também foi determinado pela saturação dos dados, método qualitativo de amostragem que delimita a quantidade de sujeitos a partir da necessidade de informações, ou seja, até o ponto em que nenhuma informação nova é obtida e a redundância é atingida⁽¹⁰⁾. Assim, participaram deste estudo 62 profissionais que atuavam nas unidades selecionadas.

Para a realização da coleta de dados, previamente fez-se contato com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), através da Superintendência Técnica de Saúde, para obter autorização para a entrada em campo, bem como para conhecer as características da rede de serviços de saúde do município, especialmente as USF e suas equipes.

Após esse primeiro contato e autorização da SMS, foram realizadas visitas de aproximação com as unidades de Saúde Família e as respectivas equipes. Esse contato inicial visou a conhecer o ambiente onde seria realizado o estudo bem como criar vínculos de empatia e confiança com os profissionais. Assim, após a autorização do gerente da USF, fez-se contato com os profissionais para agendamento da coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada no período de julho a outubro de 2009, e efetivada através da técnica de grupo focal. O grupo focal é tipo de entrevista realizada em pequenos grupos, devendo ser aplicada mediante um roteiro e sob a coordenação de um moderador⁽¹¹⁾. Essa técnica foi escolhida por ser considerada uma ferramenta capaz de criar condições para que o encontro com os profissionais possibilitasse uma discussão aprofundada sobre a temática de estudo e para que cada participante expusesse de forma espontânea suas ideias e posições sobre as questões levantadas pelo pesquisador.

A média de participantes nos grupos focais foi de oito pessoas por encontro, sendo que todos os integrantes da equipe de Saúde da Família incluídos neste estudo (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS) participaram das reuniões. Os encontros tiveram duração média de duas horas cada um e ocorreram na própria USF onde atuavam os profissionais. As sessões foram gravadas com a autorização escrita dos sujeitos pesquisados e posteriormente

os discursos foram transcritos na íntegra. Foi realizado um grupo focal com cada uma das equipes selecionadas para o estudo, totalizando oito encontros.

As sessões do grupo focal foram direcionadas por um roteiro norteador com questões que contemplavam o objetivo da pesquisa, abordando aspectos referentes à prática da VD pelos profissionais das equipes de Saúde da Família.

Os dados coletados nas entrevistas do grupo focal foram tratados através da técnica de análise de conteúdo⁽¹¹⁾. Ao final do processo de análise da pesquisa emergiram quatro categorias temáticas, mas neste estudo foi feito o recorte somente de uma delas: “A prática da visita domiciliária na estratégia saúde da família”, construída a partir da descrição feita pelos entrevistados.

As falas dos profissionais foram identificadas por “Entrevistado grupo focal 1 a Entrevistado grupo focal 8”, incluindo os sujeitos das oito equipes que participaram do estudo. Essa numeração não reproduz a sequência das entrevistas nem a identificação das equipes de saúde da família do município estudado.

Esta investigação seguiu rigorosamente os princípios éticos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa. Para tal, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller, da Universidade Federal de Mato Grosso, e aprovado pelo Parecer n.º 682/2009. Os sujeitos entrevistados participaram voluntariamente da pesquisa e registraram seu aceite mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A prática da visita domiciliária pela equipe de Saúde da Família

No município estudado, o planejamento das VD a serem realizadas pelas equipes de saúde está estritamente relacionado ao trabalho do ACS, por ser este quem está diariamente junto às famílias em seu contexto social.

É agendado pela demanda do agente. Quando tem médico, o médico é uma vez por semana. Daí vai ele, uma agente de saúde, uma técnica de enfermagem ou eu. Como agora não tem médico,

é pela demanda do agente de saúde. Eu não tenho dia fixo, precisou eu vou na área com elas e a gente faz a visita; Senão, elas agendam e a gente vai junto também, porque no momento não tá agendando porque não tem médico (Entrevistado Grupo focal 7).

É a partir da visita do ACS ao domicílio que são traçados o plano e as estratégias de ação a serem desenvolvidos pela equipe junto à família. O ACS, como membro da comunidade, é portador de um saber próprio sobre a realidade local, o que lhe possibilita um olhar diferenciado, em relação aos demais profissionais da equipe sobre os problemas e necessidades da população⁽¹²⁾; no entanto, a VD organizada a partir de um planejamento coletivo com os demais membros da equipe proporciona uma articulação de saberes e propostas de ações interdisciplinares para cada família.

Atualmente o trabalho com famílias nos domicílios é realizado quase exclusivamente pelos ACS, como podemos ver nos relatos dos profissionais e nas informações da Secretaria Municipal de Saúde. Segundo informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 94% das VD no município estudado são realizadas pelos ACS⁽⁸⁾.

Nas USF estudadas, na maioria das vezes a visita é realizada somente pelos ACS, de forma que a presença de outros profissionais na visita é pontual e não houve relatos da realização desta atividade com a participação de toda a equipe multiprofissional. Os profissionais vão separadamente e em geral pelo menos dois membros da equipe estão presentes na visita.

[...] Quando eu vou fazer visita (a enfermeira), é com o agente de saúde, é muito raro levar a técnica de enfermagem, porque tem a função delas (das técnicas) dentro da unidade também, às vezes quando é alguma coisa, por exemplo, um curativo muito extenso, eu levo elas e mostro como deve ser feito. Agora o médico faz visita com o agente de saúde e o técnico junto. Normalmente há um preparo prévio para a visita do médico, em que o enfermeiro faz a visita antes e passa o caso para o médico (Entrevistado Grupo focal 4).

Os discursos dos entrevistados mostram que a presença de todos os outros membros da equipe no domicílio, via de regra, só acontece em situações pontuais, em que é previamente identificada a necessidade de outros

profissionais na assistência àquele indivíduo/família.

A VD promove o cuidado no local onde estão inseridos o indivíduo e a família. Para tanto, é essencial que todos os membros da equipe atuem articulados nesse contexto, visando ao trabalho em equipe e à integralidade das ações.

O trabalho em equipe não pressupõe abolir as especificidades dos trabalhos, pois as diferenças técnicas expressam a possibilidade de contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços prestados, à medida que a especialidade permite aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação, bem como maior produção⁽¹³⁾.

Os profissionais do estudo direcionam a visita aos grupos prioritários de atenção à saúde, e quando estes relatam isso, não incluem as famílias desses indivíduos.

[...] geralmente é acamado, idoso, paciente com crise [...], que não consegue caminhar muito longe, quem realmente precisa, porque também não tem como a gente estar saindo da unidade consultar quem está bom, né, quem pode vir até aqui (Entrevistado Grupo focal 2).

É também pela realização da VD que são identificadas as necessidades de saúde do indivíduo, da família e da comunidade, e que se faz o direcionamento adequado para os programas verticais do Ministério da Saúde, os chamados grupos prioritários, como a criança, a gestante e os portadores de doenças crônico-degenerativas, como diabetes e hipertensão⁽¹²⁾.

Apesar de os discursos dos ACS evidenciarem que o objeto principal das VD são os indivíduos pertencentes aos grupos prioritários de atenção à saúde, há uma preocupação em visitar rotineiramente as famílias que possuem essas condições, desde que se respeite o número de visitas mensais.

[...] visita é conforme a gente faz uma seleção das pessoas que precisam mais, que é o grupo de risco, gestante, hipertenso, diabético, drogas, hanseníase; então esses são os primeiros. Daí quando atende eles, sem extrapolar a quantidade de famílias, a gente vai nas famílias que faltam até fechar a área (Entrevistado Grupo focal 8).

Os depoimentos também deixam claro que a visita não é realizada para indivíduos que estejam saudáveis segundo o olhar da equipe, ou

seja, que não se enquadrem no chamado grupo prioritário. Além do mais a visita é vista como momento de consulta para atender o indivíduo doente.

As famílias dos indivíduos que se encontram em situação de maior vulnerabilidade devem ser apoiadas, e mesmo que as condições de saúde específicas requeiram maior atenção a um membro, não se pode anular a totalidade do núcleo familiar. A ideia de monitoramento da saúde-doença nos grupos prioritários não deve se consolidar como uma prática de controle sobre a vida e os comportamentos em saúde de membros da família isoladamente, pois isto bloquearia a ação direcionada às necessidades mais abrangentes e à produção de autonomia das famílias como um todo⁽²⁾.

O domicílio é considerado o espaço privilegiado para as ações de promoção de saúde e prevenção das doenças, visto que constitui o cenário onde ocorrem as relações sociais geradoras de risco à saúde e de adoecimento dos indivíduos. As ações de assistência domiciliar, mais especificamente as visitas, em que a ida ao domicílio é realizada pelos profissionais da ESF, possuem objetivos e ações específicas para cada membro da equipe⁽¹²⁾.

Os depoimentos dos participantes da pesquisa também evidenciam qual é a participação dos membros da equipe na VD. Assim, as VD realizadas pelas enfermeiras, apesar de serem pontuais, ou seja, voltadas para indivíduos que vivenciam determinados momentos do ciclo vital (puérperas, recém-nascidos, idosos), são direcionadas para a promoção e prevenção da saúde, uma vez que focam o cuidado e oferecem orientações essenciais para a família lidar com essas situações:

A visita da enfermeira, na maioria das vezes, são mais pontuais; outras vezes é mais preventivo, por exemplo, puérpera, a gente vai mais para esse lado, fazer curativo no coto umbilical, orientar pra amamentar; mas a maioria das vezes é mais curativa (Entrevistado Grupo focal 1).

A realização dessas atividades domiciliares pelas enfermeiras está coerente com o que prevê a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) quando define as atribuições específicas do enfermeiro em sua atuação nas equipes de saúde da família⁽¹⁴⁾.

Ao enfermeiro cabe a ida ao domicílio com o objetivo de educar, centrando sua ação na prestação de cuidados mais direcionados, sejam estes educativos - com orientação preventiva baseada no levantamento epidemiológico da área de abrangência da unidade de saúde da família - ou assistencial/curativo⁽¹²⁾.

Os discursos mostram ainda que a VD realizada pelo médico é focada na doença e direcionada ao indivíduo doente, não abordando a família.

É mais curativa {visita médica}, é centrada, mais curativa. Geralmente é para acamado, hipertenso, diabético que está descompensado, aí acaba chegando até eles, porque não pode vir e o médico chega até eles (Entrevistado Grupo focal 5).

De acordo com a PNAB, os médicos devem realizar a visita domiciliária para a assistência integral ao indivíduo nos diversos momentos de vida, portanto não devem ter como foco apenas o aspecto curativo⁽¹⁴⁾.

A visita domiciliária é um recurso importante para a prestação de assistência ao usuário/família, principalmente quanto às ações educativas em saúde voltadas para doenças crônico-degenerativas, como a hipertensão arterial, que acomete um contingente considerável da população brasileira. Nesse sentido, a VD é fundamental ao considerar as peculiaridades individuais e contextuais na relação usuário/profissional/família⁽¹⁵⁾.

Assim, a visita deve ter por finalidade transformar o perfil de saúde-doença da população, e não apenas atender queixas e situações pontuais através de intervenções específicas⁽¹⁶⁾. Nessa perspectiva, essa prática deve se sintonizar com a perspectiva de promoção da saúde, favorecendo inovações importantes no processo de enfrentamento da saúde-doença com a participação das famílias⁽²⁾.

Os depoimentos destacaram a valorização do trabalho do ACS no domicílio através da VD, que eles consideram uma ferramenta essencial para o conhecimento das condições de vida das famílias.

[...] porque eu acho assim, a visita é algo muito importante do agente de saúde, não só para ele estar vendo uma coisa, mas é uma série de coisas, desde higiene, desde os cuidados com o quintal, com a casa, com a água. Então acho que é um momento muito específico deles, e que se eles não

conseguirem visualizar a importância deles, eles não conseguem desenvolver o trabalho na comunidade (Entrevistado Grupo focal 3).

A VD realizada pelo ACS pauta-se prioritariamente em ações educativas de promoção da saúde, articuladas a outras atividades com este propósito geradas nos demais segmentos da comunidade. Dessa forma, reforça-se a ideia de que a VD é um instrumento importante a ser utilizado no processo de educação em saúde, através de saberes e práticas destinados à prevenção de doenças e à promoção da saúde⁽¹⁷⁾.

No contexto da ESF a VD é considerada uma prática fundamental para uma atenção de qualidade, pois os trabalhadores da equipe de Saúde da Família têm no espaço domiciliar uma possibilidade privilegiada para o desenvolvimento do diálogo e produção de saberes. Além disto, o eixo estruturante dos serviços da atenção básica, especificamente na ESF, são as ações educativas em saúde, as quais podem ser desenvolvidas por meio do conhecimento construído na relação entre os profissionais e os usuários dos serviços de saúde⁽¹⁸⁾.

Sobre a abordagem familiar durante as VD, os entrevistados ressaltaram que cada família é vista de uma forma, a depender de suas características e necessidades. Referiram que o modo de abordar varia de acordo com as condições de saúde dos indivíduos dessa família, ou seja, há maior dedicação àquelas famílias que tenham membros doentes.

Cada família você tem um tipo de abordagem. Você tem um tipo de explicação, de orientação de forma diferente. Uma família que não tem doente, que não tem hipertenso, que é uma família de classe média razoável, você vai abordar por menos tempo, porque você não vai ficar uma hora lá dando orientação para essa família, sendo que ela tem, né, todo tipo de orientação. Agora tem família que você fica duas horas, tem família que você chega lá e às vezes você não consegue orientar porque eles querem desabafar, aí eles começam a falar. Cada família é abordada de uma forma, ninguém é abordado da mesma forma (Entrevistado Grupo focal 1).

Um estudo⁽¹⁹⁾ realizado com o objetivo de conhecer a concepção da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares identificou que, mesmo o ACS realizando visitas quase

diárias, nem sempre é possível visitar todas as famílias cadastradas na área de abrangência durante o mês. As visitas mais demoradas são aquelas feitas para famílias que apresentam “problema em casa” ou aquelas realizadas para “pessoas de idade que ficam sozinhas”, as quais utilizam o espaço da visita como um momento para conversar.

No discurso, os entrevistados destacaram que veem a família como um todo, porém, ao descreverem as atividades que são desenvolvidas no domicílio, mostram que direcionam as ações de saúde ao membro doente ou vulnerável. A atenção à família é entendida como fonte de recursos para um indivíduo doente, pois é a família que dispensará cuidados a esta pessoa.

[...] geralmente quando é com acamado a gente consegue abordar a família, né, porque geralmente tem alguém da família junto; a gente consegue abordar, orientar a família como um todo. Quando vai na casa para fazer a visita, na verdade a gente consegue abordar a família como um todo, orienta, por exemplo, é hipertenso, está com problema para tomar o medicamento, chama alguém da família e orienta a tomar. As meninas vão lá todos os dias, faz, treina a pessoa a tomar o medicamento. Consegue ver a família como um todo (Entrevistado Grupo focal 1).

O excerto a seguir mostra que todos os membros da família merecem atenção durante a VD, mas em certos momentos alguns necessitam de maiores cuidados e mais atenção dos profissionais.

Com todos os integrantes da família. [...] às vezes o assunto é uma pessoa, porque aquela pessoa está merecendo mais atenção naquele momento. Não que você esteja tirando os outros familiares (Entrevistado Grupo focal 5).

Quando se fala da família como foco do cuidado se entende que ela seja abordada com todos os seus membros e a sua dinâmica familiar; mas quando um de seus integrantes possui uma necessidade de saúde, seja ela temporária ou permanente, é comum que a atenção voltada a este membro seja maior. De qualquer forma, a família não deve ser excluída desse processo, uma vez que será primordial o seu envolvimento nessa condição de saúde, pois se não for dada a devida atenção a esta situação, outras necessidades poderão ser geradas dentro da família.

Para os entrevistados, a forma como a família é abordada pela equipe no domicílio é o diferencial para se construir um espaço de confiança na relação com os usuários; assim, a escuta, o acolhimento e a criação de vínculo são meios (tecnologias leves) muito utilizados neste contexto.

Uma pesquisa que analisou a VD na perspectiva dos usuários da ESF evidenciou essa prática como um meio de acolhimento e vínculo, revelando como aspectos valorizados pelos usuários a atenção, a conversa e o comprometimento profissional⁽²⁾.

Nessa perspectiva, a visita pode ser considerada também como uma estratégia de criação de vínculo, que é representado pelos profissionais como um estado de “respeito” e de “confiança” conquistado por eles na relação com os usuários e construído por meio da “convivência” e do “contato” constante⁽¹⁹⁾.

A VD possibilita uma nova dinâmica para as ações de saúde no processo de trabalho das equipes de saúde da família, bem como na relação dos profissionais com a comunidade, valorizando o respeito ao indivíduo e sua família, o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e corresponsabilidade entre aqueles⁽²⁰⁾.

Os registros das visitas domiciliares pelos profissionais são feitos unicamente de forma quantitativa, ou seja, ao final do mês as VD realizadas por cada profissional são contabilizadas e informadas nos relatórios para posterior alimentação dos sistemas de informação em saúde. Destarte, não há o registro dessas informações nos prontuários dos pacientes, o que limita a continuidade da assistência a ele prestada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A VD foi evidenciada neste estudo como um recurso extremamente importante no contexto da assistência à saúde da família; porém as equipes devem planejá-la e inseri-la em um projeto de ações assistenciais de caráter interdisciplinar e voltadas à saúde da família. Para tal, as equipes necessitam ser capacitadas para a visita, com um preparo teórico, metodológico e técnico para o cuidado às famílias.

Observou-se ainda, pelas falas dos sujeitos, que a prática da VD é centrada no indivíduo, e não nos membros da família, por isso não possibilita a aproximação com a dinâmica familiar. Além disto, geralmente as visitas têm sido realizadas pelos profissionais das equipes de forma isolada, não integralizando o cuidado, o que diverge da proposta da ESF.

O desafio de conhecer e aprender a lidar com as necessidades psicológicas, socioeconômicas e de saúde das famílias é uma tarefa que exige dos profissionais competência e sensibilidade. Para tanto, faz-se necessária uma contínua discussão teórico-prática dentro do conjunto da equipe.

Assim, é essencial que os profissionais tenham um sólido domínio das questões que compõem e fundamentam o mundo familiar e suas interações.

A VD propicia uma otimização do cuidado, uma vez que as tecnologias leves são exploradas de forma significativa, possibilitando assim maior resolutividade das necessidades de saúde, visto que os profissionais vivenciam as condições de vida do indivíduo e da família e o contexto social em que estes estão inseridos, o que lhes possibilita planejar as ações de saúde numa perspectiva ampliada do conceito de saúde.

HOME VISIT BY PROFESSIONALS FROM THE FAMILY HEALTH ESTRATEGY PROGRAM

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) has as one of its focus the attention to the family and it must be accomplished through Home Visit (HV). The objective of the study was to analyze the practice of home visit from the professionals of the family health team. The study was of exploratory and descriptive type with qualitative approach, carried out in five units of family health, contemplating 14 teams, in Varzea Grande - MT. The subjects of the study were doctors, nurses, nurse technicians and community health agents. Data was collected by means of focal group technique and analyzed using the technique of thematic content analysis. The results showed that the home visit has been carried out in a fragmented way, without the presence of the whole team and focused in the sick individual. It was observed that for the visit to be a form of integral attention to the individual and in agreement with family the proposal of the FHS program, it is necessary changes in the organization of the working process of the family health teams.

Keywords: Family Health. Family. Home Visit.

LA PRÁCTICA DE LA VISITA DOMICILIARIA DE PROFESIONALES DE LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIAR

RESUMEN

La Estrategia Salud de la Familia (ESF) posee como una de sus principales directrices la atención a la familia, la cual puede ser efectivizada por medio de la visita domiciliaria (VD). El objetivo del estudio fue analizar la práctica de la visita por los profesionales de los equipos de Salud de la Familia. El estudio - del tipo exploratorio-descriptivo de abordaje cualitativo - fue realizado en cinco unidades de Salud de la Familia de la ciudad de Várzea Grande, en el Estado de Mato Grosso, contemplando catorce equipos. Los sujetos del estudio fueron médicos, enfermeros, técnicos en enfermería y agentes comunitarios de salud. La recolección de datos fue hecha por medio de la técnica de grupo focal e los datos fueron analizados utilizándose la técnica de análisis de contenido temático. Los resultados demostraron que la práctica de la visita aun ha sido realizada de forma fragmentada, sin la presencia de todo el equipo, y enfocada en el individuo enfermo. Se observó que para que la visita sea una forma de atención integral al individuo y a la familia, conforme propone la ESF, son necesarios cambios en la organización del proceso de trabajo de los equipos de Salud de la Familia.

Palabras-clave: Salud de la Familia. Familia. Visita Domiciliaria.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília(DF); 1997.
2. Mandú ENT, Gaíva MAM, Silva M da A, Silva AMN da. A visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. Texto & contexto enferm. 2008; 17(1):131-40.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Rev bras saude matern. infant. 2003; 3(1):113-25.
4. Ciampone MH, Peduzzi M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa saúde da família. Rev bras enferm. 2000; 53(especial):143-7.
5. Oliveira RG, Marcon SS. Trabalhar com famílias no programa de saúde da família: a prática do enfermeiro em Maringá-PR. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(1):65-72.

6. Manfrini GC, Boehs AE. Entrevista com a família: uma estratégia para conhecer e para cuidar. *Fam saude desenvolv.* 2004; 6(1):49-56.
7. Ribeiro EM. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). *Rev latino-am enfermagem.* 2004; 12(4):644-58.
8. Várzea Grande. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de gestão 2008. Várzea Grande; 2009.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde. Brasília. [Internet]. 2009. [acesso 2009 mar. 11]. Disponível em: <<http://www.cnes.datasus.gov.br>>.
10. Polit DS, Beck CT, Hungler, BT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2006.
12. Abrahão AL, Lagrange V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: Morosini MVGC, Corbo ADA. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV: Fiocruz; 2007. p. 151-72.
13. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. saúde publica.* 2001; 35(1):103-9.
14. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF; 2006.
15. Mantovani MF, Mottin, JV, Rodrigues, J. Visita domiciliar de enfermagem com atividades no tratamento da pressão arterial. *Online Brazilian Journal of Nursing.* 2007; 6(1).
16. Egry EY, Fonseca RMGS. A família, a visita domiciliar e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. *Rev Esc Enferm USP.* 2000; 34(3):233-9.
17. Sossai LCF, Pinto IC. A visita domiciliar do enfermeiro: fragilidades X potencialidades. *Cienc cuid saude.* 2010; 9(3):569-76.
18. Peres EM, Poz MRD, Grande NR. Visita domiciliar: espaço privilegiado para diálogo e produção de saberes. *Rev enferm UERJ.* 2006; 14(2):208-13.
19. Sakata KN, Almeida MCP de, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. *Rev bras enferm.* 2007; 60(6):659-64.
20. Souza MF. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. *Rev bras enferm.* 2000; 53(especial):25-30.

Endereço para correspondência: Maria Aparecida Munhoz Gaiva. Rua General Valle, nº 431, apto nº 1304, Bandeirantes, CEP: 78010-000, Cuiabá, Mato Grosso.

Data de recebimento: 06/09/2011

Data de aprovação: 15/11/2011