

A visita domiciliar na Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos profissionais de saúde de uma UAPS de Betim

Home visiting in Primary Health Care at the perspective of health care professionals

Gabriela N. Chimbida¹; Valéria Alvarenga Medeiros²

Departamento de Enfermagem, Pontifícia Universidade Católica, Campus Betim, Rua do Rosário, 1081, bairro Angola, CEP 32604-115, Betim, Minas Gerais, Brasil, ¹ gabriela@chimbida.com.br, ² iram.lav@gmail.com.

ABSTRACT: This study aimed to investigate strategies for the viability of home visits in a Primary Health Care Unit (PHCU). It has been performed as a descriptive, exploratory study with a qualitative approach. Ten health care professionals were interviewed in a PHCU located in Betim, metropolitan region of Belo Horizonte, Minas Gerais. The collected data were subjected to content analysis that generated two categories: (i) technical criteria of organization for the home visits at the local level and (ii) perception of the primary health care professionals about practicing home visits. Home visiting give the opportunity for implementation of policies in health care and the identification of the population's needs. This study made possible to know the local regulations in a perspective of health care professionals in Primary Health Care regarding this activity.

Key words: home visiting; primary health care; health care workers

RESUMO: Este estudo objetivou pesquisar as estratégias de viabilização da visita domiciliar em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS). Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. Foram entrevistados dez profissionais de saúde que atuam em uma UAPS do município de Betim, na região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. Os dados coletados foram submetidos a análise de conteúdo temático que gerou duas categorias: (i) critérios técnicos de organização da visita domiciliar no nível local e (ii) percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde acerca da prática da visita domiciliar. A visita domiciliar oportuniza a operacionalização das políticas em assistência à saúde e a identificação das necessidades da população. O estudo possibilitou averiguar as normativas locais e as perspectivas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde a respeito desta atividade.

Palavras-chave: visita domiciliar; atenção primária à saúde; profissionais de saúde.

INTRODUÇÃO

As políticas de assistência em saúde vêm sendo implementadas no Brasil de acordo com as transições epidemiológicas da população e com as realidades sociopolíticas e econômicas do país, que objetivam a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, processos relevantes, como as alterações demográficas e epidemiológicas, quais sejam, o envelhecimento da população - devido ao aumento da expectativa de vida - e a mudança do perfil de morbimortalidade, ocasionada pela expansão das doenças crônico-degenerativas vem justificando estas mudanças. (BRASIL, 2012, p.9).

Para a consolidação das estratégias a política nacional de Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da Estratégia da Saúde da Família (ESF), surge com o objetivo primordial de reorganizar a assistência e romper com o modelo biomédico hegemônico, através de ações em saúde centradas na família e na promoção e na qualidade de vida. Uma das principais atribuições dos seus profissionais é: “conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características socioeconômicas, psicoculturais, demográficas e epidemiológicas.” (BRASIL, 2000, p.15).

Neste contexto, a visita domiciliar (VD) tem sido considerada um importante instrumento na operacionalização das políticas de assistência à saúde, presente na sociedade acompanhando os diversos momentos históricos. (CUNHA; GAMA, 2012). Atualmente possibilita a concretização dos princípios básicos da APS, de integralidade, acessibilidade, coordenação e longitudinalidade. (BRASIL, 2011b).

Esta ferramenta envolve o trabalho multiprofissional no atendimento domiciliar e assume fundamental importância na abordagem da família, sobre os múltiplos fatores que interferem no processo saúde-doença, permitindo assim a busca de soluções conjuntas que articulam os conhecimentos e as práticas profissionais para propor planos de ações terapêuticos e propedêuticos nos contextos em que estão inseridos (BRASIL, 2012, p.24). O cuidado exercido no domicílio, realizado através da interação, dos diálogos entre profissionais, sujeito e sua família, possibilita reverter o modelo hegemônico e efetivar uma atenção integral, equânime e qualidade de vida a população. (OLIVEIRA; SOUZA, 2013).

A VD é constituída por um conjunto de ações sistematizadas para viabilizar o cuidado de saúde à comunidade, família e indivíduo, bem como para realizar atividades vinculadas aos programas de saúde. (DIAS; SAVASSI, 2006; LOPES, 2003). O levantamento das necessidades

de saúde pelos trabalhadores, nos domicílios, possibilita planejar planos de ações integrados, dinâmicos, flexíveis e adaptáveis as dinâmicas familiares. (BRASIL, 2012).

Diante do exposto, o papel designado pelo profissional de saúde no ato de visitação é fundamental para uma assistência eficiente e de acordo com as diretrizes do SUS. Face ao cenário que vivenciamos na APS de crescente demanda, da rotina de trabalho da ESF e dos reflexos da transição epidemiológica, a motivação emerge em investigar a perspectiva dos profissionais de saúde de uma Unidade de Atendimento Primário à Saúde (UAPS) de Betim acerca da VD. Este estudo é resultado de conclusão da residência multiprofissional em Saúde da Família e tem como objetivo geral pesquisar as estratégias de viabilização da visita domiciliar na APS.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa permite trabalhar com um nível de realidade que não pode ser quantificado, proporciona compreender os processos, as relações e os fenômenos em um espaço mais profundo do que o observado (MYNAYO, 2010).

O estudo foi realizado em uma UAPS, na rede básica de saúde do município de Betim, Minas Gerais, um dos campos de prática do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Betim, caracterizado como ensino em serviço.

O município de Betim fica localizado na região metropolitana de Belo Horizonte, a 31 km da capital mineira e apresenta uma estimativa de aproximadamente 417 mil habitantes. (IBGE, 2015). A UAPS, cenário de pesquisa, comporta três equipes de ESF, uma de Programa de Agente Comunitário à Saúde (PACS), uma de Núcleo de Apoio à Saúde (NASF) e uma equipe de Saúde Mental.

Os sujeitos da pesquisa foram dez trabalhadores da saúde da UAPS estudada. A seleção desses sujeitos foi intencional para as categorias profissionais a serem pesquisadas na APS. Dentro das categorias profissionais a escolha foi aleatória, tendo como critérios de inclusão os sujeitos que realizam periodicamente visitas e procedimentos domiciliares e a participação voluntária na pesquisa.

A coleta de dados foi realizada através dos instrumentos da observação simples da rotina das visitas domiciliares - por meio de um diário de campo - e da entrevista semiestruturada. O diário de campo foi utilizado para registro de fatos importantes referente ao estudo, sendo uma tecnologia da pesquisa qualitativa que tem como finalidade contribuir na compreensão do objeto de estudo (ARAÚJO et al., 2013). A entrevista apresentou perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tinha a possibilidade de refletir livremente sobre o tema investigado (MINAYO, 2010).

No processo de organização e interpretação dos dados foi utilizada a análise de conteúdo do tipo temática de Minayo (2010), que busca compreender os núcleos de sentidos, assim como a presença e frequência de elementos significativos nas entrevistas dos participantes para o objeto estudado. O resultado desta análise gerou duas categorias: Critérios técnicos de organização da visita domiciliar no nível local e percepção dos profissionais da APS acerca da prática da visita domiciliar.

O trabalho foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e da Prefeitura Municipal de Betim, protocolo CAEE: 50175515.6.0000.5137. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento. Para preservar a identidade dos participantes os depoimentos foram identificados pela letra E, seguidos pelos números cardinais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Dos dez entrevistados, 60% são do sexo masculino e 40% feminino. As idades dos profissionais que compuseram o estudo variam de 25 a 53 anos (Quadro 1). Do total dos entrevistados, oito possuem curso superior e, destes, dois possuem pós-graduação Lato sensu e um Lato strito, sendo que apenas dois com foco em Saúde Pública.

O tempo de exercício profissional é diversificado, variando de oito meses a 21 anos. Com relação ao tempo de atuação na APS, os profissionais apresentam uma média de seis anos de trabalho, caracterizando vínculo expressivo com o processo de trabalho.

Quadro 1 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Caracterização dos sujeitos da pesquisa					
Sexo	Idade	Profissão	Formação Posterior	Tempo de Profissão	Tempo de trabalho na APS
M	31	Nutricionista	Pós Graduação <i>Lato sensu</i> – Saúde Pública, Gestão da Clínica e Saúde da Família	10 anos	6 anos
F	36	Enfermeira	---	9 anos	9 anos
M	53	Fisioterapeuta	Pós Graduação <i>Lato sensu</i> – Acupuntura e Administração Hospitalar	21 anos	5 anos
M	27	Médico	---	1 ano	1 ano
F	39	Aux. Enfermagem	Bacharel em Enfermagem	6 anos	8 anos
M	43	Assistente Social	---	5 anos	4 anos
M	39	Enfermeiro	Mestrado em Promoção, Prevenção e Controle de Agravos à Saúde	2 anos	2 anos
F	37	Agente Comunitário	---	15 anos	15 anos
M	25	Médico	---	8 meses	8 meses
F	49	Agente Comunitário	---	10 anos	10 anos

Critérios técnicos de organização da visita domiciliar no nível local

A VD é um importante instrumento de trabalho da APS, que viabiliza a organização da ESF, através da inserção dos trabalhadores de saúde nos espaços familiares e na comunidade (OLIVEIRA; SOUZA, 2013). De acordo com a Portaria MS/GM nº 2.488, de 21/10/2009 - que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização desse nível de atenção - é atribuição dos profissionais da equipe da saúde da família realizarem assistência em saúde da população adscrita, tanto na unidade de saúde, quanto no domicílio e nos demais espaços comunitários.

O município de Betim possui dois cadernos sobre Atenção Domiciliar, em que constam, no âmbito desta modalidade, diretrizes organizacionais para Atenção Primária e toda rede de saúde municipal (BETIM, 2006a; BETIM 2006b). Aos profissionais da APS atribui rotinas referentes ao processo de cuidado da sua população de abrangência, dentre elas o acompanhamento desta através das VD. (BETIM, 2006b).

As diretrizes locais acerca da Atenção Domiciliar são um passo para a sistematização da VD, articuladas em uma rede de assistência integral e humanizada. Todavia essa atividade e o cuidado domiciliar são instrumentos de aproximação dos contextos familiares, além do

atendimento aos usuários com dificuldades de acesso às unidades de saúde. Para Dias e Savassi (2006) “depara-se com uma série de regulamentações e normatizações não voltadas especificamente para a Equipe de Saúde da Família que, independente disto, precisa definir prioridades, indicações e possibilidades de utilização desta importante ferramenta”.

A falta de ciência dos protocolos de VD foi citada pelos participantes na pesquisa, sendo que nenhum deles possui reconhecimento das diretrizes locais quanto à atividade, fato que dificulta a padronização dessa prática no município. Segundo um dos entrevistados: “Não conheço os protocolos, principalmente do município, algo que até já solicitei, pois acho importante.” (E2).¹ No entanto, alguns entrevistados conhecem os materiais do Ministério da Saúde (MS), os quais possuem atribuição profissional referente à VD na APS, como: “Já li os manuais do Agente Comunitário, do MS. Sei que a visita é para acompanhar e cadastrar as famílias.” (E10).²

Os profissionais que atuam na APS devem ser capazes de organizar, planejar e avaliar atividades que correspondam as necessidades de sua população (BRASIL, 2011b). Para a efetivação da VD é necessário definir em equipe o eixo e seus objetivos, planejá-la em conformidade com um roteiro sistematizado e focado na qualidade de vida dos sujeitos e suas famílias (NASCIMENTO et al. 2013).

Operacionalmente, a VD tem sido útil para retratar realidades sob o ponto de vista epidemiológico/situação de doença, mas pouco voltada a atender o desenvolvimento de projetos político-sanitários, de desenvolvimento institucional e da comunidade. Há necessidade que as práticas atuais sejam sistematizadas para validar sua ação no contexto das políticas públicas. (ARAÚJO, SILVA; LEITE, 2008).

Para Franco e Mehry (2003) as VD não devem ser realizadas pelos profissionais de saúde quando os mesmos não saibam seus objetivos claros, com exceção dos que têm a função de vigilância à saúde, como os agentes comunitários de saúde (ACS), que percorrem o território continuamente. A importância, desta forma, do trabalho em equipe na discussão e construção dos planos de cuidado em saúde, direcionados a independência dos sujeitos e famílias, sendo avaliados antes, durante e depois das visitas, de acordo com a necessidade de cada caso. Nesta perspectiva o relato a seguir ressalta sobre o planejamento das VD:

¹ Dados da entrevista. Pesquisa de campo realizada em uma UAPS de Betim em 18/02/2016.

² Dados da entrevista. Pesquisa de campo realizada em uma UAPS de Betim em 25/02/2016.

Há um plano de acordo com as necessidades dos pacientes da nossa equipe. As visitas são agendadas com a enfermeira ou médico de três em três meses, se não houver necessidade de urgência. Acho importante sempre avisar um familiar da visita, planejamento mínimo, evita constrangimentos com aviso prévio. (E2).³

Nessa linha de raciocínio, pela análise das entrevistas, evidencia-se um planejamento inconcluso das visitas, em que faltam instrumentos eficientes de monitoramento e continuidade do cuidado. Esses capazes de avaliar informações importantes de qualidade do atendimento, resolubilidade da assistência e satisfação do usuário. (BRASIL, 2012).

Os critérios para priorizar as visitas fazem parte do processo de sistematização da mesma, a fim de organizar as demandas e agendas das equipes de saúde a partir dos riscos e vulnerabilidades das famílias. Para os entrevistados, os critérios utilizados para a seleção das VD evidenciam uma prevalência da hegemonia biologicista, no que refere às patologias e ao saber médico. “A frequência das visitas é decidida em reunião de equipe pelo médico, pois ele retém o conhecimento clínico, devido às condições clínicas dos casos. A regularidade é o médico quem decide, devido ao quadro clínico dos pacientes.” (E7).⁴

Na organização das visitas, bem como, não há um instrumento como a Escala de Risco Familiar (COELHO; SAVASSI, 2004), um escore de priorização da atividade que classifica as famílias de acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Segundo os autores, essa escala é um recurso simples e eficiente de análise do risco familiar, não necessitando a criação de nenhuma nova ficha ou escala burocrática.

Para que os trabalhadores da saúde possam intervir de forma eficaz e com ações planejadas, deve-se levar em conta o ambiente e as dinâmicas familiares nas VD. A partir das falas dos profissionais, destaca-se um predomínio do quadro clínico dos usuários como critério de prioridade das visitas, sendo pouco explorado o contexto socioeconômico e cultural das famílias. Essa análise pode ser confirmada por outro estudo:

Para entender a ESF, precisa-se compreender, em primeiro lugar, a família como promotora de saúde, como eixo estruturante da vida e unidade de cuidados das pessoas, ou ainda como uma entidade inserida numa realidade socioeconômica. Para os profissionais da ESF há a dificuldade de ampliação do atendimento para toda a família, pois ainda o foco é no indivíduo doente. (LACERDA et al, 2010).

A VD desenvolvida pelos profissionais da APS se caracteriza por uma tecnologia leve, permitindo o cuidado à saúde de forma mais humanizada, ampliando o acesso da população às

³ Dados da entrevista. Pesquisa de campo realiza em uma UAPS de Betim em 18/02/2016.

⁴ Dados da entrevista. Pesquisa de campo realiza em uma UAPS de Betim em 24/02/2016.

ações de saúde para os domicílios e famílias. (ANDRADE et al, 2014). Algumas atividades assistenciais passam a ser expandidas da UAPS para os domicílios, oferecidas especialmente aos usuários com dificuldades de locomoção, garantindo assim a equidade e continuidade do cuidado. As atividades de maior frequência realizadas nas visitas, segundo os profissionais, são: anamnese, avaliação física, avaliação do ambiente e prescrição de condutas.

Percebe-se, na pesquisa, que há uma dificuldade em executar atividades de promoção em saúde nos domicílios, o que pode ser reflexo da falta de planejamento e mesmo da falta de preparo dos trabalhadores de saúde. A educação em saúde é essencial para promover a autonomia dos usuários e suas famílias, uma estratégia de empoderamento do sujeito, que passa a fazer suas próprias escolhas. (NASCIMENTO et al. 2013).

É, portanto, significativo, que os profissionais de saúde atuem de acordo com as normatizações vigentes da VD na APS, para a efetivação de uma política de saúde destinada a ações de promoção, prevenção e recuperação em saúde. Além da política, é fundamental que as práticas estejam alinhadas e amplamente discutidas a partir de diretrizes formais do próprio serviço, garantindo a integralidade das ações na perspectiva universal do atendimento.

Percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde acerca da prática da visita domiciliar

A VD é considerada uma tecnologia de interação no cuidado à saúde na APS, sendo de fundamental importância quando adotada pela equipe de saúde no conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade, permite além disso, a sua inserção e conhecimento das populações, bem como o estabelecimento de vínculo com a mesma. (CUNHA; GAMA, 2012). Para Sossai e Pinto (2010) é uma atividade desenvolvida pela equipe de saúde junto ao sujeito em sua dinâmica familiar, com ações interligadas, articuladas e sistematizadas, com o objetivo de promover e reestabelecer a saúde.

A concepção de alguns profissionais de saúde reduz a VD a um atendimento destinado a usuários que apresentam dificuldade de acesso e com demandas clínicas. O relato destaca, “É visitar o paciente impossibilitado de vir à unidade, que possui uma demanda, uma impossibilidade física.” (E4)⁵. Entretanto a proposta da APS são ações voltadas para promoção e prevenção em saúde, levando em consideração o ambiente no qual as famílias estão inseridas.

⁵ Dados da entrevista. Pesquisa de campo realizada em uma UAPS de Betim em 18/02/2016.

Corroborando com esta impressão, uma VD centrada na promoção em saúde, e não na doença, faz-se necessário que os profissionais de saúde planejem a atividade na situação problema de cada família e sujeito. (NASCIMENTO et al. 2013). No entanto foi possível identificar percepções mais estruturadas como o que se propõem:

A visita é a interação com o usuário no ambiente que influencia na sua saúde, que permite conhecê-lo como um todo. Não somente a saúde-doença, mas também a família, interação familiar, comunidade, domicílio, tudo aquilo que interferem na sua saúde. (E6).⁶

As famílias e comunidade são consideradas unidades influenciadoras no processo de saúde dos indivíduos (SAKATA et al. 2007). A família é uma entidade social, formada por um grupo de pessoas que compartilham vivências e intimidades em comum. O domicílio é cenário onde ocorrem as relações geradoras de risco de saúde e adoecimento, assim como o *locus* privilegiado de intervenção para o profissional de saúde, sendo um espaço adequado para estratégias de promoção e prevenção em saúde. (GARCIA; TEIXEIRA, 2009).

Não há uma clareza das demandas para VD pelas equipes [...] os pacientes acamados são sempre priorizados, as vezes sem demandas claras, sendo que vir a unidade pode fazer parte de uma terapêutica. Os pacientes não acamados também necessitam de visitas para avaliarem seus contextos. (E1).⁷

Em análise, as principais demandas para a VD são reflexos da transição demográfica e epidemiológica do país, que resultam no envelhecimento da população e pela elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. (BRASIL, 2012; MARTINS et al. 2008). Nesta contextura, de acordo com os entrevistados:

As demandas são de idosos, acamados, transtornos mentais, pacientes com dificuldades de locomoção, que moram distantes da unidade e não possuem recursos para chegar aqui. Os recém-nascidos e suas visitas programadas. As demandas surgem através dos relatos das ACS e de dos familiares. (E7).⁸

Via de regra da interpretação habitual, conforme constatada na descrição, o cuidado domiciliar tem sido uma alternativa de assistência para as necessidades de idosos e incapacitados, permitindo ampliar a acessibilidade e integralidade da saúde, assim como

⁶ Dados da entrevista. Pesquisa de campo realiza em uma UAPS de Betim em 23/02/2016.

⁷ Dados da entrevista. Pesquisa de campo realiza em uma UAPS de Betim em 18/02/2016.

⁸ Dados da entrevista. Pesquisa de campo realiza em uma UAPS de Betim em 24/02/2016.

minimizar gastos do setor público com internações hospitalares. Para Martins et al (2008), “[...] essas mesmas necessidades precisam ser adequadamente identificadas e incorporadas em novas práticas de saúde, para além do modelo biomédico essencialmente curativo e centrado no profissional e não no cliente”.

Na APS a visita é uma atividade de todos profissionais de saúde, se tratando de uma metodologia de trabalho que permite ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde da população. O ACS é identificado como o profissional que efetua a VD de forma compulsória, sendo sua atribuição específica acompanhar todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, ao menos uma visita ao mês. (BRASIL, 2011b).

O ACS é o elo entre o serviço de saúde e a população, sua atuação profissional é fundamental para o processo de trabalho da ESF, sua aproximação com os usuários por pertencer a própria comunidade, favorece informações essenciais para os planos de cuidados das famílias. De acordo com os entrevistados, esse trabalhador torna-se indispensável na prática de visitação; quando questionado quais profissionais acompanham as VD: “ Realizo vistas com as ACS, nunca sem elas. Quando necessário, com outro profissional da equipe [...] ” (E1).

A VD é acompanhada pelo ACS, assistente social, psicólogo, médico as vezes. É difícil a equipe de Saúde da Família ir completa [...] eu mesmo tenho muita dificuldade de acompanhar as visitas da minha equipe, há sobrecarga das atividades da unidade e das atividades administrativas e burocráticas. (E2).⁹

Nesta perspectiva, os entrevistados relatam a dificuldade e disponibilidade para realizar as visitas em equipe. A imersão nas obrigações e demandas da unidade de saúde contribuem para tal fato. Os profissionais da enfermagem, assobrecados em suas agendas, lamentam a falta de tempo para executar tal atividade. Entretanto, o trabalho na APS requer a articulação de diferentes profissões, o que não difere do atendimento domiciliar. A VD na perspectiva multiprofissional contribui para uma assistência em saúde integral e humanizada. Desta forma, os profissionais destacam os aspectos do trabalho em equipe que devem ser considerados na VD:

Há trabalho em equipe, mas deixa a desejar. O trabalho ainda é desorganizado. Alguns profissionais se empenham mais, outros sinto que falta boa vontade [...] temos muitas dificuldades, porém há visitas que são próximas da Unidade de Saúde e poderiam ser feitas sem o carro. (E5).¹⁰

⁹ Dados da entrevista. Pesquisa de campo realiza em uma UAPS de Betim em 24/02/2016.

¹⁰ Dados da entrevista. Pesquisa de campo realiza em uma UAPS de Betim em 19/02/2016.

Os profissionais avaliam o trabalho em equipe como um aliado na VD, em que o usuário conquista mais recursos e integralidade na assistência. Contudo alguns processos de trabalho ainda precisam ser aperfeiçoados para atingir eficiência no serviço. Uma das observações durante o estudo é a dificuldade dos profissionais integrantes das equipes da ESF, NASF e equipe de Saúde Mental, se articularem em prol do mesmo objetivo, principalmente durante as reuniões de matriciamento, um fato talvez por manterem saberes fragmentos por equipes.

É um bom trabalho em equipe, não é ruim! Porém as vezes há certos contratempos nesse trabalho, há muita angústia de alguns profissionais em solucionar as demandas, tenho meus limites de atuação. Pois há demandas que são para outros profissionais e as vezes existe muita burocracia para compartilhar os casos em matriciamento. (E7).¹¹

As VD devem ser caracterizadas pela intervenção de uma equipe multiprofissional com métodos interdisciplinares. De acordo com Brasil (2011a, p.13) o “matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica”. A interdisciplinaridade possibilita, além do campo de interação tradicional, a prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, adaptando ambas no contexto em que estão inseridos. (BRASIL, 2012).

É possível observar com o estudo que, na perspectiva prática da VD, os profissionais da APS ainda têm o desafio da mudança de modelo mental, no que se refere ao entendimento desta proposta, da consideração das dinâmicas familiares, da interação multi, inter e transdisciplinar, bem como, da sistematização desta ferramenta. Uma vez que ainda, frequentemente, se colocam para esta atividade apenas como uma tarefa de agenda.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista as entrevistas e a pesquisa de campo do estudo, observou-se que a organização dos processos de trabalho e a insuficiente clareza do papel da visita domiciliar na APS são fatores que dificultam a padronização da atividade, no que condiz com os princípios do

¹¹ Dados da entrevista. Pesquisa de campo realiza em uma UAPS de Betim em 18/02/2016.

SUS. Assim, embora se perceba que há muito que fazer, é necessário considerar os cenários de prática e as atuais dificuldades de consolidações da política de implementação da APS.

Nesta pesquisa, verificou-se alguns pontos dificultadores e facilitadores relevantes para a efetivação da VD. O tempo dedicado para realização das visitas é identificado como insatisfatório pelos entrevistados, sendo que é utilizado para o cumprimento de outras rotinas de trabalho na unidade de saúde. O transporte para locomover até os domicílios é outro ponto dificultante para efetivação das visitas, uma vez que o território de abrangência das equipes é extenso.

Os pontos facilitadores da VD no estudo são destacados pela presença do ACS e seu elo com a comunidade, que contribui para o levantamento das reais demandas em saúde da população. O espaço domiciliar permite a convivência dos trabalhadores com os usuários, as relações se estreitam criando um vínculo concreto. E com isso proporcionam maior segurança à clientela do serviço.

Diante dos desafios dos profissionais da saúde inseridos na APS, conhecer suas percepções a respeito da VD permite um espaço para rediscutir a prática e definir uma estratégia de trabalho com a participação dos diferentes atores envolvidos. Para Franco e Mehry (2003) as estratégias em saúde apostam na mudança centrada nas estruturas e nos serviços operantes, e não nos profissionais envolvidos, o que dificulta as mudanças no cenário da saúde.

REFERÊNCIAS

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**, Brasília, v.23, n.1, p.165-175, jan./mar. 2014.

ARAÚJO, L. F. S. de et al. Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v.15, n.3, p.53-61, jul./set. 2013.

ARAÚJO, M. F. M; SILVA, M. J.; LEITE, B. M.B. Experiência de prática sistematizada em visita domiciliária no contexto da saúde da família. **Revista RENE**, Fortaleza, v.9, n.1, p.137-145, jan./mar. 2008.

BETIM. Secretaria Municipal de Saúde. **Normatização de Procedimentos Técnicos na Atenção Domiciliar do Município de Betim**. Betim, 2006a. p.30.

BETIM. Secretaria Municipal de Saúde. **Serviço de Atenção Domiciliar do Município de Betim**. Betim, 2006b. p.30.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. p.235

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p.106.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. **Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p.160.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A implantação da unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p.44.

BRASIL. Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2011b. (Legislação).

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação da escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Brasil, v. 1, n. 2, p.19-26, 2004.

CUNHA, C. L. F.; GAMA, M. E. A. A. Visita Domiciliar no âmbito da Atenção Primária em Saúde. In: MALAGUTTI, W. et al (Org.). **Assistência Domiciliar – Atualidades da Assistência de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. p.37-48.

DIAS, M. F; SAVASSI, L. C. M. **Visita Domiciliar**. Grupo de Estudos em Saúde da Família. AMMFC: Belo Horizonte, 2006.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo tecnoassistencial; In: MERHY, E. E. et al (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo, HUCITEC, 2003, cap. 3, p.55-124.

- GARCIA, I. S; TEIXEIRA, C. P. Visita domiciliar: um instrumento de intervenção. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v.15, n.1, p.165-178, jan./jun. 2009.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Minas Gerais: Betim**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=310670>. Acesso em: 20 abr. 2016.
- LACERDA, M. R. et al. Estratégias para avanços na prática do cuidado domiciliar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.15, n.4, p.609-615, out./dez. 2010.
- LOPES, J. M. C. et al. **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003. p.48.
- MARTINS, J. J. et al. Idosos com necessidades de cuidado domiciliar. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.319-325, jul./set. 2008.
- MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p.407.
- NASCIMENTO, J. S. et al. Visitas domiciliares como estratégias de promoção em saúde pela enfermagem. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.26, n.4, p.513-522, out./dez. 2013.
- OLIVEIRA, N. L.; SOUZA E. C. F. de. A visita domiciliar: lócus privilegiado das ações de educação em saúde com vistas ao cuidado integral. In: Anais do II Congresso Virtual Brasileiro - Gestão, Educação e Promoção da Saúde, 2013. Convibra Saúde, 2013. v.2, p.1-15. Disponível em: http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/58/2013_58_6407.pdf. Acesso em: 29 ago. 2015.
- SAKATA K. N. et al. Concepções da equipe saúde da família sobre a visita domiciliares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.6, p.659-64, nov./dez. 2007.
- SOSSAI, L. C. F; PINTO, I. C. A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades x potencialidades. **Ciências, Cuidado e Saúde**, v.3, n.9, p. 569-576. jul./set. 2010.