

CAPACITAÇÃO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DIVERGÊNCIAS SOBRE O CONCEITO DE VISITA DOMICILIAR NAS EQUIPES DE PRESIDENTE EPITÁCIO, SÃO PAULO

TRAINING IN THE FAMILY HEALTH PROGRAM: DIFFERENT INTERPRETATIONS OF HOME VISITS IN THE GROUP OF PRESIDENTE PRUDENTE, IN THE STATE OF SÃO PAULO

Sônia Pimenta de França¹

Umberto Catarino Pessoto²

Jaime de Oliveira Gomes³

Resumo O Programa de Saúde da Família (PSF) tem por intenção – e mérito – mudar o foco da atenção à saúde centrada no médico e na cura das doenças, para uma atenção centrada na promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de uma equipe multidisciplinar. Para atingir esse objetivo, tem na prática de trabalho da visita domiciliar um dos instrumentos fundamentais para o entendimento da totalidade dos condicionantes que afetam a vida do cidadão. Neste artigo, discutem-se os conceitos de visita domiciliar com que operam as três principais categorias de trabalhadores do PSF – médicos, enfermeiros e agentes comunitários –, assim como sua relação com a formação no curso básico. A metodologia se baseia na técnica do discurso do sujeito coletivo a partir das entrevistas aplicadas. Concluímos que a falta de uniformidade sobre o conceito de visita domiciliar pode interferir na proposta de mudança do modelo de atenção à saúde. O artigo tece ainda considerações sobre as distintas concepções de visita domiciliar e sua relação com a organização do trabalho no interior das equipes. **Palavras-chave** equipe de saúde; visita domiciliar; Programa de Saúde da Família; capacitação; discurso do sujeito coletivo.

Abstract The Family Health Program aims at – and is responsible for – changing the current doctor-centered/disease-healing notion of health care to a health-promoting/disease-preventing notion that is carried out by a multidisciplinary team. Home visits are the main tools for understanding the totality of determinants affecting people's lives. The article discusses the notions of “home visits” as understood by the three major categories of Family Health Program workers – that is, doctors, nurses and community workers – and the interrelation between these notions and training received in basic courses. The “Discourse of the Collective Subject” methodology was applied during interviews. The authors concluded that disparities in the understanding of what home visits would be may hinder the changes proposed to the current health care model. The article also comments these different understandings and their influence on how teams organize work.

Key words health team; home visits; Family Health Program; training; discourse of the collective subject.

Introdução

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988, um dos mais candentes problemas apresentados é o da organização do modelo de atenção básica. É nesse âmbito que se insere a estratégia dos Programas de Saúde da Família (PSF) como alternativa ao modelo centrado na figura do profissional médico, bem como no equipamento hospitalar. Segundo Franco e Merhy (2001, p. 1), o PSF seria muito similar à “Medicina Comunitária e as [sic] Ações Primárias de Saúde” de Alma Ata, “que se organizam a partir de um ideal racionalizador e operam através do núcleo teórico da epidemiologia e vigilância à saúde”.

A proposta de organização territorial da atenção nesses termos seria um dos traços distintivos do PSF em relação às Unidades Básicas de Saúde, que se tornaram o pilar da atenção básica desde o anúncio da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 da cúpula de Alma Ata (a indicação técnica de uma unidade básica para cada 20 mil habitantes, propugnada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), foi por muito tempo um objetivo a ser alcançado, desde a definição do Sistema Único de Saúde e sua generosa política de universalização e integralidade da atenção). Porém, segundo os autores citados, essa proposta de organização seria derivada de uma

“(…) matriz teórica circunscrita prioritariamente ao campo da vigilância à saúde (...). Não dá muito valor ao conjunto da prática clínica, nem toma como desafio a necessidade de sua ampliação na abordagem individual nela inscrita, no que se refere a sua atenção singular, necessária para os casos em que os processos morbidos já se instalaram (...) age como linha auxiliar do Modelo Médico Hegemônico. É como se o PSF estivesse delimitando os terrenos de competência entre ele e a corporação médica: ‘da saúde coletiva, cuidamos nós o PSF; da saúde individual cuidam vocês, a corporação médica’” (Franco e Merhy, 2001, p. 2).

Em que pese esse tipo crítica ao modelo que o Ministério da Saúde procura apresentar ao conjunto dos municípios inseridos no SUS – incentivado pelos recursos do Piso da Atenção Básica variável –, ainda a figura do médico parece continuar a ocupar papel central nas práticas cotidianas da equipe, ensejando outro tipo de consideração. Como bem notou Salum (1999):

“(…) ao líder da equipe que é médico de formação, maior poder e maior salário – em torno de R\$ 4.500,00 –, ao enfermeiro, salários intermediários – em torno de R\$ 2.500,00 – e o trabalho intelectual de comando dos trabalhadores manuais, os Agentes Comunitários de Saúde – ACS; a estes ACS, salários de miséria – de R\$ 250,00 a 500,00 a depender do poder regional e a tarefa de realizar, através de tarefas simplificadas e manuais, a ‘ponte’ com as famílias” (Salum, 1999, p. 7-8).

Em verdade, as contradições expostas pelos autores acima nos levam a pleitear que, para além da discussão do modelo, há outras vertentes que precisam ser levadas em conta quando da discussão e apresentação do 'problema Programa de Saúde da Família' como estratégia de organização dos serviços. Afinal de contas, em 2004, estimava-se que o programa estivesse presente em 4.565 municípios, com um total de equipes em torno de 20 mil, atingindo quase 60 milhões de pessoas (Machado, 2004, p. 10). Com tal magnitude, o programa certamente reflete a diversidade da organização social brasileira, tanto no âmbito municipal quanto no regional.

Nos objetivos específicos do PSF, fica evidente o uso da visita domiciliar desde a fase de cadastramento das famílias, de elaboração do diagnóstico social, de acompanhamento, controle e monitoramento dos agravos à saúde, além da coleta de dados para 'realimentar' a prática profissional (MS, 2001).

Na operacionalização do PSF, ressalta-se a importância de se acompanhar a família, inclusive através da visita domiciliar, realizada por todos os profissionais do programa. Porém, a legislação e as normas operacionais vigentes não esclarecem a respeito do conceito deste importante instrumento técnico operativo – visita domiciliar (MS, 1996 e 1997; São Paulo, 1997).

Portanto, na perspectiva da avaliação do programa em sua própria lógica, independentemente da relação com outras formas de organização da atenção à saúde, este artigo procura analisar o instrumento visita domiciliar como um dos elementos estruturantes da atividade.

Problema, material e métodos

Reconhecendo-se que a ação em foco – visita domiciliar – é uma das colunas do processo de trabalho do suposto modelo modificador do sistema tradicional de assistência à saúde, torna-se importante investigar se existe uma convergência entre os profissionais em relação ao conceito de visita domiciliar e se as divergências interferem na prática profissional no âmbito do programa.

Para a realização da pesquisa, foi escolhido o município de Presidente Epitácio, localizado no extremo oeste do Estado de São Paulo, na região nomeada de Pontal do Paranapanema. O município possui cinco equipes do PSF. Foram entrevistados um médico, um enfermeiro e um agente comunitário de cada uma delas. O critério para a seleção das entrevistas foi o da inclusão de distintos profissionais envolvidos na atividade visita domiciliar. O contato com os profissionais selecionados foi pessoal e direto. A escolha dos agentes comunitários ocorreu em função de sua presença e disponibilidade no momento da chegada do pesquisador.

Houve preenchimento, por cada entrevistado, do termo de consentimento, com esclarecimento dos objetivos da pesquisa. Não houve nenhuma recusa para participação no estudo. As entrevistas foram gravadas, com autorização dos entrevistados. O período de coleta de dados foi de 14 a 28 de outubro de 2004.

As entrevistas, baseadas em roteiro preestabelecido, foram sintetizadas pela metodologia do discurso do sujeito coletivo (DSC),

“(…) um método que torna mais claras as representações sociais sobre determinado tema. Parte-se de discursos individuais, que depois de decompostos através das idéias centrais, são reunidos e condensados em um ou mais discursos do sujeito coletivo. O discurso de um sujeito pode ter mais de uma idéia central ou vários indivíduos podem apresentar a mesma idéia central” (Trindade, 2003 p. 28).

Ou ainda, de acordo com Simioni *et al.* (1996):

“O discurso do sujeito coletivo consiste na reunião em um só discurso síntese, de vários discursos individuais emitidos como resposta a uma mesma questão de pesquisa por sujeitos sociais e institucionalmente equivalentes ou que fazem parte de uma mesma cultura organizacional e de um grupo social homogêneo; na medida em que os indivíduos que fazem parte deste grupo ocupam a mesma ou posições vizinhas em um dado campo social. O DSC é então uma forma de expressar diretamente a representação social de um dado sujeito social” (Simioni et al., 1996, p. 11).

Para este trabalho, entende-se que o elemento que agrupa os vários sujeitos emissores de discurso, permitindo a coletivização dos discursos, é o fato de os sujeitos da pesquisa pertencerem a equipes multiprofissionais do PSF de um mesmo município e terem a visita domiciliar como atribuição comum .

Foram apresentadas duas questões neste estudo: 1) Qual o conceito de visita domiciliar; 2) O que você faz na visita domiciliar.

Resultados

A partir de uma primeira leitura dos discursos, foram extraídas as expressões-chave dos integrantes das distintas categorias profissionais. Posteriormente, categorizaram-se e classificaram-se as expressões-chave segundo as idéias centrais e, por fim, construiu-se o discurso do sujeito coletivo conforme a diretiva do método. Para a construção dos discursos, realizaram-se as operações retóricas de temporalização, inserção de conectivos, signos

de pontuação e outros (Lefèvre e Lefèvre, 2003a e 2003b). Os quadros das idéias centrais e dos discursos construídos foram inspirados na forma de condensação apresentada por Trindade (2003), conforme os Quadros 4 a 7.

Quadro 1

Síntese das idéias centrais dos profissionais médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde do PSF, Presidente Epitácio (2004)

Categorias profissionais	P1 – Qual o conceito de visita domiciliar?	P2 – O que você faz na visita domiciliar?
Médicos	IC 1 – fazer consulta médica e uma assistência melhor no domicílio IC 2 – anamnese social inicial	IC – consulta médica
Enfermeiros	IC – avaliação de paciente na sua casa e aproximação do profissional de saúde com o paciente e a família	IC – controle de grupos prioritários de pacientes (hipertensos, diabéticos, gestantes, acamados)
Agentes comunitários	IC 1 – atender a dificuldade do paciente de saúde em controlar as doenças IC 2 – elo de ligação da comunidade com o médico e o enfermeiro	IC – controle do uso da medicação e orientação sobre doenças

Apresentamos, a seguir, os quadros com os DSC correspondentes a cada idéia central, segundo os respectivos profissionais.

Quadro 2

Discurso do sujeito coletivo (DSC) e idéias centrais dos médicos entrevistados em relação ao conceito de visita domiciliar, Presidente Epitácio (2004)

DSC	Idéias centrais
<p>É prestar uma assistência um pouco melhor à população. As pessoas não têm condições de vir até o posto... a gente acaba indo lá para fazer uma assistência melhor e acaba fazendo uma consulta em casa mesmo, né. Em algumas situações acaba fazendo a medicação em casa, instala soroterapia. O agente faz a triagem dos pacientes, traz até o enfermeiro que comunica o médico que vai até lá para ajudar no que for possível. É quando a equipe multidisciplinar de saúde se desloca do Posto de Saúde até a residência do paciente, para avaliar as condições de saúde: física, psíquica, fazer um diagnóstico social sobre aquela família e ver o paciente com a família e a comunidade. É um tipo de método de acompanhamento, de tratamento em si deste programa. Você está acompanhando o paciente o tempo todo, mas na sua casa, sob o ponto de vista de tratamento e acompanhamento, de doenças de base... tanto acamados como os normais, é um método de ficar supervisionando. É importante, facilita a relação médico e paciente, uma maior confiança do paciente com o médico e toda a família.</p>	<p>IC 1 – fazer uma consulta médica e assistência melhor no domicílio.</p>
<p>É uma abordagem primária dos pacientes. Quando você chega e vai identificar não o problema de saúde daquela família, mas o problema social. Na minha opinião, acho que depois que você já bateu uma vez, duas vezes, que você já conheceu aquela família, ela [a visita domiciliar] já se torna obsoleta, depois disso a não ser que você tenha que ir lá pegar um acamado, uma criança que está passando mal, mas para fazer uma avaliação... Uma avaliação bem feita no seu primeiro ano, aí já dispensa desta parte [realizar visita]. (M1, M2, M3, M4, M5)</p>	<p>IC 2 – é a anamnese social inicial, o que torna as visitas posteriores dispensáveis</p>

Quadro 3

Discurso do sujeito coletivo (DSC) e idéias centrais dos enfermeiros entrevistados em relação ao conceito de visita domiciliar, Presidente Epitácio (2004)

DSC	Idéias centrais
<p>É avaliar o paciente no ambiente onde ele mora. Olhar as condições da casa, se tem higiene, se tem alimentação boa. É o modo da gente conhecer a população que a gente trabalha e como ela se comporta, como está se desenvolvendo, como está o pessoal, como está o nosso trabalho. A partir destas visitas ter o propósito de ver como está funcionando o PSF e colher os dados da casa para o diagnóstico da área. É a visita na casa do paciente, sempre para saber o que o paciente precisa, qual é a necessidade dele, conhecer ele socialmente, como ele convive com a família, às vezes o problema do paciente não é uma doença é um problema psicológico, um problema cultural, naquele problema de falta de alimento, "problema de falta de tudo", de condições sócio-econômicas... é a busca do doente em si, que não vai em busca do atendimento médico. É a aproximação do profissional da saúde com a família e com todos os integrantes. É a possibilidade de estar interagindo, conhecendo a família e levando informação para que tenha mudança de comportamento e aquisição de novos conhecimentos, é uma relação muito próxima do profissional com a família.. Eu tenho bastante amizade com as pessoas daqui, não só amizade, eles tentam se abrir o máximo com a gente e é muito bom para gente, eles depositam confiança na gente. A gente vai na casa do paciente, ver o que o paciente está sentindo, tento orientar o máximo. Você vê a estrutura que ele está tendo, é fazer o máximo por ele. Toda vez que ele vem aqui, a gente vai lá! Coloca soro na casa, tenta evitar que ele vá par Santa Casa, tem paciente que gosta que a gente vai na casa.</p> <p>(ENF1, ENF2, ENF3, ENF4, ENF5)</p>	<p>IC – avaliação do paciente na sua casa o que leva a uma aproximação do profissional de saúde com o paciente e família</p>

Quadro 4

Discurso do sujeito coletivo (DSC) e idéias centrais dos agentes comunitários de saúde entrevistados em relação ao conceito de visita domiciliar, Presidente Epitácio (2004)

DSC	Idéias centrais
<p>É ir na casa do paciente e orientá-lo. Para mim, a visita domiciliar é orientação e observação que você vai fazer na casa do paciente. O que foi passado no treinamento, é a gente ir na casa do paciente para ver qual é a dificuldade do paciente, para gente tentar resolver ou para agendar consulta. É ajudar o paciente que toma medicação para pressão arterial e organizar o método certo de tomar a medicação, é buscar adolescentes grávidas que não fazem o pré-natal, visitar os idosos que são sozinhos e a gente tem que ajudar, para eles se sentirem importantes, a gente fica como uma família para eles... eles adoram a gente.</p>	<p>IC 1 - atender a dificuldade do paciente em controlar doenças</p>
<p>É através da visita que é feito o elo de ligação com o médico, com a enfermeira e através dela que toda a equipe vai poder trabalhar, com os dados que a gente colhe através das visitas... Se a gente não conhecer a comunidade não vai dar para fazer medicina preventiva. É o instrumento para identificar os problemas, que o agente utiliza e passa os problemas para enfermeira e o médico, e também dá uma solução e encaminha se for o caso. No início as pessoas não confiam no agente comunitário, com o tempo passam a confiar, a contar os problemas, são carinhosos, principalmente idosos e se for tomar todos os cafés que eles oferecem... (AC1, AC2, AC3, AC4, AC5)</p>	<p>IC 2 – Elo de ligação da comunidade com o médico e enfermeiro</p>

Quadro 5

Discurso do sujeito coletivo (DSC) e idéias centrais dos médicos entrevistados em relação às ações desenvolvidas na visita domiciliar, Presidente Epitácio (2004)

DSC	Idéias centrais
<p>Vou acompanhado pelo auxiliar de enfermagem e pelo agente comunitário que abrange a área. É feito o atendimento médico, a entrevista e exame físico, é verificada a pressão e feito o pedido de exames quando precisa e quando é necessário a receita médica; às vezes precisa de uma internação domiciliar, às vezes de internação hospitalar. A gente aborda todo mundo, se está todo mundo com a vacina em dia, se está com medicação em dia, se estão vindo na reunião, já leve o cadastrinho, para ver, se faltou vai levar um puxão de orelha, se o diabético está com o remédio contadinho, se está tomando certinho, a gente aproveita e passa uma geral em todo mundo.</p> <p>A prioridade é dada para os acamados e aos que não podem vir até nós, aos diabéticos, aos recém-nascidos, às gestantes. A difícil locomoção até a fazenda, então vamos lá todo mês, é mais fácil a gente ir, do que o paciente vir até aqui. É uma consulta, mas acaba sendo a nossa visita, porque vamos lá todo mês, e montamos um consultório lá na fazenda. A gente conversa com a pessoa e faz uma consulta mesmo. Reservamos um dia na semana geralmente a sexta-feira como rotina para a visita domiciliar, saímos a médica, a agente comunitária, a auxiliar de enfermagem e a enfermeira chefe. Pega-se o prontuário do paciente, o aparelho de estetoscópio, o esfigmomanometro, e vamos até lá. Chegamos lá, consultamos e o pessoal da enfermagem avalia a pressão e os sinais vitais, e geralmente o agente comunitário já tem um histórico sobre a doença do paciente, o que está tomando... então o médico avalia e vê se tem alguma medicação, se tem algum exame que precisa fazer e vê também as condições de locomoção deste paciente, se for acamado, se houver necessidade pedimos avaliação de especialistas. Então conectamos a Secretaria Municipal, para agendar se for o caso de especialista, aí a ambulância vai buscar o paciente em casa e fazer exame ou avaliação do especialista, em alguns casos a equipe de enfermagem vai até lá depois colher sangue. Tem caso que fazemos até banho no paciente no dia da consulta, curativo em criança, depende da necessidade. Se tem algum paciente que precisa de uma consulta urgente, depois do atendimento nós vamos até lá. Normalmente são os dias de rotina mesmo. (M1, M2, M3, M4, M5)</p>	I C – consulta médica

Quadro 6

Discurso do sujeito coletivo (DSC) e idéias centrais dos enfermeiros entrevistados em relação às ações desenvolvidas na visita domiciliar, Presidente Epitácio (2004)

DSC	Idéias centrais
<p>Eu visito as puerperas, os hipertensos, os acamados, os debilitados e os diabéticos, quando realizo glicemia capilar e às vezes colho sangue para glicemia em jejum, visito os deprimidos, pois eles precisam desabafar. Se estão precisando medicação faço a receita e levo a medicação, caso esteja em falta. Oriento quanto a alimentação. Eu tenho aquelas visitas de rotina que são os pacientes acamados, muito idoso, crianças debilitadas, que eu costumo visitar toda semana, e tenho aqueles que são marcadas para avaliação de curativos, que saíram do hospital e as puerperas. Caso de paciente que ao nascer teve luxação no ombro e fui todos os dias para dar banho e passar faixa, até a criança se recuperar. Depende de cada caso, às vezes todo dia, duas vezes ao dia, uma vez por mês. As visitas dos hipertensos que tem que estar avaliando, então quem vai é a auxiliar de enfermagem.</p>	I C 1 – Controle de grupos prioritários de pacientes (hipertensos, diabéticos, gestantes, acamados)
<p>Tento fazer o máximo de visita possível, e faço mutirão de visita a cada dois meses; oriento sobre a dengue e limpeza de quintal. Se for problema sócio-econômico vou atrás para ajudar e passar para frente, e se for o caso de enfermidade vou orientar a auxiliar de enfermagem para passar melhor a situação do paciente para o médico. Se for para observar o convívio familiar, tudo tem seu momento, não vou observar outras vertentes. Exemplo: caso de estupro, vou nessa visita para ver esse caso, às vezes chega um monte de outras vertentes, mas não vou atrás no momento, então tudo tem o seu momento. Visita de rotina eu fiz para fazer o diagnóstico logo que cheguei, hoje fico só com os problemas, avalio a situação e corro atrás para avisar o Conselho e passar para frente. (ENF1, ENF2, ENF3, ENF4, ENF5)</p>	I C 2 – Encaminhar problemas não médicos

Quadro 7

Discurso do sujeito coletivo (DSC) e idéias centrais dos agentes comunitários de saúde entrevistados em relação às ações desenvolvidas na visita domiciliar, Presidente Epitácio (2004)

DSC	Idéias centrais
<p>Todo dia a gente sai da unidade já previamente estabelecido onde a gente vai. Sai para fazer visita do hipertenso, do diabético, da gestante. A nossa visita é uma vez no mês, mas tem aquelas pessoas que a gente tem que ir 3, 4, 5 vezes no mês, tem que ir direto. A gente faz nove, dez visitas no dia, a que tem que tomar medicamento a gente vai mais vezes. A pessoa que é diabética tem que ir duas vezes ao dia. Quando eu vou com a auxiliar de enfermagem eu vou na casa dos hipertensos, um dia na casa dos diabéticos, fazer o teste de glicemia. E quando é um caso especial, quando nasceu uma criança, vamos naquela casa.</p> <p>A gente vai na residência, estabelece um diálogo com a pessoa, sabendo como está a vida das pessoas e dentro desta conversa, você começa a trabalhar o conceito de saúde, se ele é hipertenso, se está tomando o medicamento diariamente. Ah... deixa eu ver se está tomando a medicação tudo certinho, se o quintal está sujo, para ir trabalhando a dengue. Já tendo intimidade é mais fácil trabalhar, dialogar, mostrar o que está acontecendo: se você não fizer aquilo você vai sofrer, vai privar a sua saúde da melhora. A gente faz todas as visitas porque tem que visitar todas as famílias, mas tem as que a gente vai mais vezes, só de estar passando lá. A gente não entra, mas pergunta como está, se já tomou o remédio hoje? Ah, não tome! Então vai tomar, depois a gente volta aqui. Levamos os folhetos Quando a secretaria manda, e principalmente a base da conversa, porque o material é a gente mesmo, só material humano. Tem paciente que precisa mais tempo, os idosos, os pacientes depressivos, tem paciente que precisa de mais tempo, precisa dedicar-se, o que precisa de mais atenção é demonstrado mais carinho e interesse pela pessoa, e pela vida dele, com mais carinho e respeito pela sua pessoa, como indivíduo na sociedade e não só como doente, conversa mais e realiza o seu trabalho. A gente vai na casa do paciente e orienta sobre os vários assuntos, todo mês o enfermeiro pega um assunto e fala, e a gente orienta sobre esse assunto nas casas.</p> <p>(AC1, AC2, AC3, AC4, AC5)</p>	<p>I C – Controle da medicação e orientação sobre doenças</p>

Análise dos resultados

Os médicos conceituam, de maneira uniforme, que suas visitas domiciliares são consultas médicas realizadas no âmbito familiar, são voltadas para pacientes como idosos com dificuldades de se dirigir às unidades de saúde, hipertensos e diabéticos, evidenciando, desse modo, a substituição da consulta realizada na unidade de saúde pelo atendimento feito no domicílio. As visitas domiciliares dos médicos, em sua quase totalidade, são realizadas por solicitação do agente comunitário de saúde (Quadro 2).

Os enfermeiros abordam o tema de uma forma ampla, pois envolvem neste conceito a questão ética e social, mas, na operacionalização, se detém mais ao aspecto da doença ao monitoramento de grupos prioritários. “Vamos fazendo o controle do hipertenso, dos diabéticos, das gestantes, as puerperas...” (Quadro 6).

No discurso do sujeito coletivo dos agentes comunitários observa-se, na concepção de visita domiciliar fragmentada, a abordagem ministrada nos treinamentos: “(...) elo de ligação com o médico, com o enfermeiro e através dela toda a equipe vai trabalhar... é a gente ir na casa do paciente para ver qual é a dificuldade do paciente...” (Quadro 4).

Percebe-se que a operacionalização se sobrepõe ao conceito: “(...) é ajudar a orientar o paciente que toma medicação para pressão arterial e o método certo de tomar a medicação, é buscar adolescentes grávidas que não fazem o pré-natal”; aparece também a concepção do ‘usuário feliz’⁴,

“(...) visitar os idosos que são sozinhos e a gente tem que ajudar, para eles se sentirem importantes, a gente fica como uma família para ele... eles adoram a gente (...) com o tempo passam a confiar, a contar os problemas, são carinhosos, principalmente os idosos e se for tomar todos os cafés que eles oferecem...” (Quadro 7).

Os profissionais de saúde utilizam-se, com extrema frequência, da visita domiciliar como instrumento de controle de doenças e cobrança de verdades sanitárias, sem processo participativo e flexível que permita conhecer todas as experiências que existem nos diferentes saberes dos usuários, para que, de uma maneira consistente e coerente, ocorra a construção e incorporação de novos comportamentos. Somente desta forma é possível afastar o marco do autoritarismo existente na prática dos profissionais de saúde sobre a população alvo, mudando, então, o modelo assistencial para humanização, vínculo de compromisso e co-responsabilidade entre o serviço de saúde e a população, refutando assim o tipo de viés do discurso a seguir:

“(...) você começa trabalhar o conceito de saúde, se ele é hipertenso, se está tomando o medicamento diariamente”, “(...) se o quintal está sujo para ir trabalhando a dengue”, “(...) se você não fizer aquilo, você vai sofrer, vai privar a sua saúde da melhora”, “(...) levamos folhetos quando a Secretaria manda”, “(...) tem que visitar todas as famílias, mas tem as que a gente não entra, mas pergunta como está, se já tomou o remedinho hoje? Ah, não tomei. Então vai tomar, depois a gente volta aqui” (Quadro 7).

Na análise dos Discursos do Sujeito Coletivo, demonstra-se que há uma fragmentação do conceito de visita domiciliar. De acordo com Amaro (2003, p.64), a visita domiciliar é “uma intervenção que inclui pelo menos três ‘tecnologias leves’ a serem aprendidas e desenvolvidas: a observação, a entrevista, a história de vida ou relato real”. No entanto, de acordo com os profissionais do PSF entrevistados, o objetivo da visita passa a ser apenas a dificuldade observada no paciente.

A abrangência do PSF também fica prejudicada na realização das visitas, pois o foco do atendimento é o paciente. Ao não ter clara a distinção entre o que deve ser abordado no nível do indivíduo, da família ou de diferentes grupos comunitários, o termo ‘família’ perde a especificidade, qualquer intervenção da equipe é considerada como familiar.

A falta de clareza em relação ao conceito de visita domiciliar também faz com que qualquer procedimento realizado pelos profissionais do PSF no domicílio seja considerado como visita, o que pode ser observado no Quadro 2, quando o discurso do sujeito coletivo do médico revela:“(...) a gente acaba indo lá fazer uma assistência melhor e acaba fazendo uma consulta em casa mesmo, né”.

Ao valorizar a visita domiciliar para anamnese social inicial, os médicos consideram as condições de vida como moldura, raciocínio linear típico do modelo curativo. Entende-se a doença como um momento de saúde e não como um processo multideterminado;“(...) uma avaliação bem feita no primeiro ano, aí já dispensa desta parte [realizar visitas]” (Quadro 2).

Conclusão

Constata-se, através deste estudo, que os enfermeiros, médicos e agentes comunitários conceituam visita domiciliar de forma diferenciada. Os médicos vêem a visita domiciliar como uma consulta clínica realizada no âmbito doméstico; os enfermeiros a definem como um instrumento voltado para o atendimento e a orientação no domicílio do paciente; e os agentes comunitários consideram que visita domiciliar corresponde a monitoramento e orientação ao paciente.

Esses conceitos foram apreendidos nos processos de formação de cada profissional, pois, nos documentos oficiais pesquisados, não foram encontradas definições em relação à visita domiciliar no PSF. Os profissionais envolvidos nessa atividade, portanto, realizam a manutenção do conhecimento e das práticas exercidas em outros espaços de atividades que o PSF deveria substituir e operacionalizam a visita domiciliar com percepção e intervenção restritas.

Na ausência de um construto, elaborado no interior do programa, os demais atores ordenam suas práticas em consequência do procedimento médico, confirmando a hierarquização da assistência à saúde, o saber e poder centrado na figura do médico.

Observa-se também que a ausência do construto visita domiciliar faz com que os profissionais entrevistados utilizem-se da descrição da operacionalização da visita domiciliar como conceito dessa ação; e confirmam a caracterização, o pensamento e o julgamento da visita domiciliar como prática centrada na atenção à doença e no indivíduo como objeto de ação, e não como sujeito integrado à família, ao domicílio, à comunidade.

Conclui-se que a visita domiciliar atual diferencia-se das realizadas pelo antigo visitador sanitário somente pela mudança de foco nos tipos de doenças. As atividades dos visitadores sanitários eram direcionadas ao controle de doenças endêmicas (tuberculose, hanseníase, malária, esquistossomose, entre outras), e as dos profissionais do PSF são direcionadas ao controle de doenças que os programas de saúde priorizam.

Observa-se que as visitas domiciliares estão muito direcionadas para problemas de saúde delimitados, mas de grande impacto na diminuição de mortalidade e morbidade como forma de controle de indicadores de saúde. A visão clínica ainda é muito presente—as ações desenvolvidas por toda a equipe visam a facilitar o ato médico, as ações continuam fragmentadas, centradas no biológico, não condizente com o que propõe o PSF, que é uma ação sistêmica e integral.

A visita domiciliar, com sua operacionalização concentrada na intervenção, basicamente, nos pacientes mais vulneráveis ao adoecimento, distancia-se da perspectiva de atenção integral à família e à comunidade, reproduzindo as práticas de atenção centradas na cura e reabilitação, padecendo ainda de maior equilíbrio entre estas últimas e as ações de promoção e prevenção.

Vasconcelos (1999), a esse respeito diz:

“Nas visitas domiciliares, a atenção fica muito dirigida aos aspectos que os diversos programas priorizam. Isso ocorre porque o eixo que orienta a intervenção ‘familiar’ são os programas de saúde pública planejados e padronizados nas instâncias hierarquicamente superiores das burocracias do setor saúde, como, amamentação, o controle de hipertensão arterial, controle de diabetes, frequência no pré-natal, a vacinação, a utilização de alimentos, o cuidado preventivo com a dengue etc., o

que simplifica ou empobrece o alcance das visitas domiciliares, por não considerar a complexidade das manifestações e diferenciação entre as várias situações de risco vividas pelas famílias ou entre os diversos contextos familiares em que se situam os problemas de saúde, não se trabalha com essa complexidade e não se distingue as diferentes metodologias e abordagem necessárias para a operacionalização da visita domiciliar”. (Vasconcelos, 1999, p. 174).

As diferentes conotações que o termo visita domiciliar adquire determina a falta de uniformidade da operacionalização dessa atividade e limita sua finalidade estruturante da atividade do PSF; desta forma, contribui pouco para a tão almejada mudança de modelo que o programa como um todo se propõe: de uma assistência à saúde com ênfase na medicina curativa para um modelo com ênfase na integralidade da assistência. Grosso modo, do modelo curativo, com ênfase na díade cura e reabilitação, *versus* modelo de atenção à saúde, com ênfase na promoção e prevenção.

A visita domiciliar com uma conotação mais ampliada, e por ser uma das ações principais e distintivas do processo de trabalho no PSF, adquiriria fundamental importância, no conjunto das outras práticas e dos outros procedimentos do programa, na mudança da estratégia de assistência à saúde. Deve ser considerada uma ação transformadora pela sua peculiar amplitude de abrangência, envolvendo, ainda que não as esgotando, desde atividades curativas, até as de promoção à saúde, de educação em saúde e de vigilância epidemiológica, e aproximando-se, assim, mais da perspectiva de atenção integral a toda a população. Os profissionais envolvidos na operacionalização da visita domiciliar estão diretamente ligados no processo político e avanço do PSF e necessitam serem melhor instrumentalizados. Por esse motivo, a Secretaria Estadual de Saúde, por intermédio dos Pólos de Capacitação, as direções regionais de saúde e secretarias municipais que possuem PSF, deveria introduzir, no processo de educação continuada, a visita domiciliar como foco. Esta atividade deve ser entendida como evento estruturante do programa e necessita ser mais e melhor discutida e compreendida pelos profissionais, possibilitando assim novas formas de pensar e agir.

Notas

¹ Médica clínica do Programa de Saúde da Família do município de Caiuá, Agrovilas 3 e 4, Zona Rural. Especialização em Programa da Saúde da Família, pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP).

² Pesquisador da Superintendência de Controle de Endemia da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Sucen/SES/SP). Mestre em Integração da América Latina pelo

Programa de Integração da América Latina da Universidade de São Paulo (Prolam/USP). <ucpessoto@terra.com.br>

³ Professor do Departamento de Planejamento, Urbanismo e Ambiente da Faculdade de Ciência e Tecnologia da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Campus de Presidente Prudente. Doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). <jaim@prudente.unesp.br>

⁴ Esta é uma expressão emprestada de Lefèvre e Siminoni (1999, p. 164), sem, contudo, o mesmo significado conceitual.

Referências

- AMARO, Sarita. 2003. *Visita domiciliar: guia para uma abordagem complexa*. Porto Alegre: AGE.
- MS (Ministério da Saúde). 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 01/96).
- _____. 1997. Portaria nº 1886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.
- _____. 2001. *Guia Prático do Programa Saúde da Família*. Brasília: Departamento de Atenção Básica.
- FRANCO Túlio; MERHY Emerson. 2001. PSF: contradições e novos desafios. Disponível em: <www.technet.com.br/~nilson/saudedafamilia11.htm>. Acesso em: 22 fev. 2005.
- LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria C. 2003a. O pensamento coletivo como soma qualitativa. Disponível em: <hygeia.fsp.usp.br/~flefevre/soma%20qualitativa%209%20de%20fevereiro%20de%202004>. Acesso em: 14 out. 2004.
- _____. 2003b. Discursos: principais conceitos. Disponível em: <hygeia.fsp.usp.br/quali-saude/discurso_sujeito_coletivo.htm>. Acesso em: 14 out. 2004.
- LEFÈVRE, Fernando; SIMIONI, Ana Maria C. 1999. Maconha, saúde, doença e liberdade: análise de um fórum na internet. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, sup. 2, p. 161-167.
- MACHADO, Kátia. 2004. 10 anos do PSF. Saúde da Família se firma como estratégia permanente do SUS. *Radis*, n. 38, p. 10-11.
- SALUM, Maria Josefina L. 1999. A responsabilidade da universidade pública no processo institucional de renovação das práticas de saúde: questões sobre o Programa de Saúde da Família. Disponível em: <www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/psfcns.htm>. Acesso em: 22 fev. 2005.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. 1997. *Refletindo sobre mudança do modelo assistencial em saúde: a estratégia do programa de saúde da família*. São Paulo: Coordenação de Planejamento em Saúde.
- SIMIONI, Ana Maria C.; LEFÈVRE, Fernando; PEREIRA, Isabel M. T. B. 1996. *Metodologia qualitativa nas pesquisas em saúde coletiva: considerações teóricas e instrumentais*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- TRINDADE, Leticia L. 2003. *Representações sociais sobre programas de saúde dos trabalhadores em gráficos no município de São Paulo*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- VASCONCELLOS, Eymard M. 1999. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: Hucitec.

Recebido em 30/11/2005

Aprovado em 13/02/2006