

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE A FAMÍLIA

**GUIA DE ORIENTAÇÕES PARA VISITA DOMICILIAR REALIZADA
PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

ROSSANA MÖLLENDORFF

TEÓFILO OTONI-MINAS GERAIS

2012

ROSSANA MÖLLENDORFF

**GUIA DE ORIENTAÇÕES PARA VISITA DOMICILIAR REALIZADA
PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profª Eulita Maria Barcelos

TEÓFILO OTONI-MINAS GERAIS

2012

ROSSANA MÖLLENDORFF

**GUIA DE ORIENTAÇÕES PARA VISITA DOMICILIAR REALIZADA
PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^ª Eulita Maria Barcelos

Banca Examinadora

Prof^ª Eulita Maria Barcelos (orientadora)

Prof^ª Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovada em Belo Horizonte ____/____/____

RESUMO

A elaboração de um Guia de Orientações para visita domiciliar realizada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) pautou-se na necessidade de sistematizar as informações levantadas pelo ACS, bem como uniformizar as orientações dadas pelos mesmos aos usuários em diversas situações vivenciadas. O objetivo proposto foi realizar uma revisão de literatura para subsidiar a elaboração de um Guia de orientações para a visita domiciliar a ser realizada pelos ACSs. A base de dados utilizada foi o Scientific Electronic Library on Line (SciELO) na busca das publicações e também nos manuais do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde, de Minas Gerais. A revisão demonstrou que o trabalho desenvolvido pelos ACS durante as visitas domiciliares é de primordial importância, pois as informações colhidas ajudam e direcionam todo o trabalho de uma equipe e alimenta o sistema de informação, o que se torna determinante para o sucesso ou o fracasso de toda a construção de um trabalho em conjunto. O ACS deve estar preparado para acompanhar e orientar famílias e também a comunidade. É considerado um elo entre a comunidade e equipe e também um elo cultural, que dá mais força ao trabalho educativo, ao unir dois universos culturais distintos: o do saber científico e do saber popular. A perspectiva é que com a utilização dessas orientações a equipe tenha mais informações sobre as famílias e possa traçar uma assistência mais centrada no usuário, pois os dados levantados pelos ACSs trazem uma realidade contextualizada possibilitando o cumprimento de um importante papel na consolidação da Estratégia da Saúde da Família.

Palavras Chave: Visita domiciliar. Agente comunitário. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The elaboration of Guidelines for home visits conducted by Community Health Agents(ACS) is being guided by the need of systematize the information obtained by the ACS, as well as to standardize the orientation they give to the users in the various kinds of situations experienced. The objective of this paper was to conduct a literature review to support the elaboration of these guidelines for the home visit to be carried out by community health workers. The databases used were: Lilacs (Literature Latin American and Caribbean Health Sciences), SciELO (Scientific Electronic Library Online), publications and manuals of the Ministry of Health and the State Department of Health of Minas Gerais. The review showed that the work done by ACS during the home visits is very important, because the information harvested helps and directs the actions of the health team and feeds the information system, which becomes crucial for the success or failure of the entire working team. The ACS must be prepared to monitor and guide the families as well as the community. He is considered a link between the Community and the health team and also a cultural liaison, which strengthens the educational work, by joining two distinct cultural worlds: the scientific knowledge and popular knowledge. The prospect with the use of these guidelines is that the team will obtain appropriate information on the families and this will help to outline a more user-centered care, since the data collected by the ACS brings a contextualized reality, allowing the fulfillment of an important role in the consolidation of Family Health Strategy.

Key words: Home visits. Community Health Agents. Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVO	15
3 METODOLOGIA.....	16
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
4.1 A estratégia da saúde da família, o agente comunitário e suas funções.....	20
4.2 Conceito de visita domiciliar.....	22
4.2.1 Planejamento da visita domiciliar.....	24
5 PROPOSTA DE UM GUIA DE ORIENTAÇÕES PARA O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE SOBRE VISITA DOMICILIAR.....	24
5.1 A estrutura da família.....	24
5.1.1 O aspecto funcional da família.....	25
5.1.2 Hábitos familiares.....	25
5.1.3 Condições da casa e hábitos de higiene.....	26
5.1.4 Intervenções do agente comunitário de saúde nas famílias que estão expostas à fatores de risco.....	26
6 RELATÓRIO DA VISITA DOMICILIAR.....	38
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	41

1 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) consolidou-se como política oficial do Ministério da Saúde em 1994, com o objetivo de reordenar o modelo de atenção à saúde existente, utilizando como base a experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), iniciado em 1991 (BRASIL, 1997). Este programa foi inspirado nas experiências desenvolvidas na área da saúde pública em países como Cuba, Inglaterra, Canadá e outros, que iniciaram os seus primeiros passos, no início da década de 80 como pioneiros das mudanças nos serviços primários de saúde de reconhecida resolutividade e impacto mundial. A estratégia prioritária de trabalho é a visita domiciliar às famílias. Para Kawamoto Santos e Matos (1995. p. 35), “Visita Domiciliar é um conjunto de ações de Saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo como assistencial”. A visita, como é realizada no âmbito domiciliar, proporciona uma dinâmica aos programas de atenção à saúde.

A visita domiciliar constitui uma atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo de saúde-doença de indivíduos ou no planejamento de ações visando à promoção da saúde da coletividade (TAKAHASHI, 2001. p. 43).

A grande função do PSF juntamente com os ACS é aproximar-se dos usuários tentando unir o cliente, a família e a comunidade ao serviço de saúde o que vai gerar uma observação e coleta de informações sobre condições de vida da comunidade e, com isso, a criação de elo de confiança entre os envolvidos.

Contextualizando a minha realidade, a Unidade de Saúde da Família Cidade Alta, onde atuo como enfermeira, está localizada Rua Dr. João Dantas Milanez, nº181, no bairro Cidade Alta no município de Teófilo Otoni –MG. A ESF atende, atualmente, uma população de 3.986 habitantes. A perspectiva de abordagem do tema visita domiciliar nasceu da minha experiência cotidiana pois pude constatar que a falta de educação continuada para os agentes comunitários de saúde, incluindo fluxogramas e planejamento de ações para realização de visitas domiciliares fazem toda a diferença no aspecto qualitativo e quantitativo na realização de suas atividades. A utilização de instrumentos facilitadores que norteiam o trabalho e definem as prioridades das ações serem desenvolvidas por toda a equipe de saúde é de grande valia, pois otimiza os esforços da equipe.

A equipe de saúde da família atende um público heterogêneo e complexo, para tanto é necessário que haja fidelidade das informações colhidas para o bom direcionamento do trabalho em grupo.

Neste sentido, tenho observado que os agentes comunitários apresentam dificuldade de abordar as famílias e, muitas vezes, perdem o foco do tema que está sendo observado ou têm dificuldade de priorizar as necessidades do usuário ficando, dessa forma, muitos dados incompletos. Ressalta-se, mais uma vez, que o trabalho desenvolvido pelos ACS, durante as visitas domiciliares, é de primordial importância uma vez que as informações colhidas ajudam e direcionam todo o trabalho de uma equipe e alimenta o sistema de informação o que se torna determinante para o sucesso ou o fracasso de toda a construção de um trabalho em conjunto.

Portanto, baseada nessas considerações, é que surgiu o meu interesse em elaborar um guia de orientações para as visitas domiciliares realizadas pelo ACS, com o intuito de sistematizar, capacitar e melhor explicitar o fazer diário e rotineiro destes profissionais. Muitas vezes, eles são contratados para prestação de um serviço e desconhecem o seu papel e/ou não recebem uma devida capacitação para exercício do mesmo. Essa lacuna compromete o serviço em sua íntegra e afasta-se do propósito da ESF, uma vez que objetiva a promoção, prevenção e a qualidade de vida das pessoas/famílias em seu cotidiano. Ao implantar este formulário será realizada uma capacitação para os agentes comunitários no sentido de nivelar o conhecimento dos mesmos.

2 OBJETIVO

Realizar uma revisão de literatura para subsidiar a elaboração de um guia de orientações para a visita domiciliar a ser realizada pelos agentes comunitários de saúde.

3 METODOLOGIA

Metodologia é a trajetória a ser percorrida pelo pesquisador para realizar sua pesquisa, ou seja, direciona um trabalho científico utilizando recursos, instrumentos próprios, procedimentos e etapas para abordar a realidade, incluindo concepções teóricas de abordagem, técnicas que permitam a apreensão da realidade, além de incluir a criatividade do pesquisador como instrumento a ser utilizado (MINAYO, 2003).

Na elaboração deste trabalho, optou-se pela pesquisa bibliográfica que “é um procedimento reflexivo sistemático, controlado e crítico, que permite descobrir novos fatos ou dados, relações ou leis, em qualquer campo de conhecimento” (LAKATOS e MARCONI, 2001. p.43). Optou-se, ainda pela modalidade de revisão de literatura-narrativa uma vez que ela possibilita acessar artigos publicados a respeito do tema proposto, de forma flexível.

No desenvolvimento deste estudo foi utilizada a base de dados: Scientific Electronic Library on Line (SciELO) e também foi realizada pesquisa nos manuais do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde, de Minas Gerais.

Considerou-se como critérios de inclusão os artigos escritos no idioma português e inglês publicados entre os anos de 2000 e 2011. Foram considerados todos os delineamentos metodológicos utilizados pelos autores.

Foram utilizados os seguintes descritores: visita domiciliar e agente comunitário. A partir dessas pesquisas, foi elaborado um guia de orientações para visita domiciliar a ser realizada pelo agente comunitário de saúde. Os artigos foram analisados, selecionados e as principais informações foram utilizadas para a elaboração da revisão da literatura. Os resultados foram apresentados em forma descritiva conforme a revisão de literatura.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Na revisão de literatura foram abordados o conceito básico de visita domiciliar e seus variados tipos, desenvolvimento de ações intra-domiciliar e responsabilidades do agente comunitário de saúde, com vistas à melhoria da qualidade da prestação do serviço dos mesmos e também da vida da comunidade.

4.1 A Estratégia da Saúde da Família, o Agente Comunitário e suas funções

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem uma concepção diferente dos outros programas já concebidos pelo Ministério da Saúde (MS), não sendo uma prática verticalizada. A estratégia utilizada vem possibilitar a integração e promoção, a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados. (BRASIL, 1997).

Os objetivos da ESF são: identificar a família como núcleo de atendimento, atendê-la de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, reorientar o modelo assistencial conforme os princípios do SUS, por meio da prestação de assistência integral, contínua e com resolutividade; intervir nos fatores de risco que a população está exposta; humanizar as práticas de saúde, democratizar o processo saúde-doença e o reconhecimento da saúde como direito de todos (BRASIL, 1997).

Os elementos centrais da ESF são o trabalho com adscrição da clientela; visita domiciliar; integralidade das práticas; equipe interdisciplinar. Representa o primeiro contato da população com os serviços de saúde, assegurando referência e contra-referência, caracterizando-se como porta de entrada do sistema local de saúde (BRASIL, 1997).

O ACS é um trabalhador que faz parte da equipe de saúde de onde mora. Deve estar preparado para acompanhar e orientar famílias sobre o autocuidado e também com a saúde da comunidade. É uma pessoa que atua em dois importantes programas do Ministério da Saúde: o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (BRASIL, 2001).

O agente comunitário de saúde, possui uma situação singular, exercendo a função de elo de ligação entre a equipe e a comunidade, o que faz com que viva o dia a dia da comunidade com maior intensidade do que os outros membros da equipe de saúde (FORTES e SPINETTI, 2004, p.11).

Por vivenciarem os problemas e morarem na comunidade em que desempenham as suas práticas de trabalho, o ACS figura como importante elo de interlocução entre a equipe e o usuário, na produção do cuidado. É também um elo cultural, que potencializa o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular. (BEZERRA *et al.*, 2005).

Trapé e Soares, (2007) enfatizam que o agente comunitário é considerado um trabalhador que desempenha atividades de relevância pública, desempenha papel muito importante no contexto de mudanças das práticas de saúde devido a sua atuação no âmbito da mobilização social e integração entre a população e as equipes de saúde além de sua singularidade profissional (trabalhador da saúde com interface na assistência social, educação e meio ambiente).

O ACS resultou da criação do PACS, em 1991, como parte do processo de construção do Sistema Único de Saúde estabelecido por norma Constitucional em 1988. Nos municípios onde há somente o PACS, este pode ser considerado um programa de transição para a Saúde da Família, sendo que estes profissionais são direcionados e coordenados pelo enfermeiro.

A regulamentação da profissão de ACS ocorreu em 2002, através da Lei 10.507, caracterizando-se pelo exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS (LEVY *et al.*, 2004).

Segundo Lima e Moura (2005), na seleção dos ACSs, exige-se que sejam alfabetizados, que sejam maiores de idade e morem na comunidade há pelo menos dois anos. Sua profissão caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local (BRASIL, 2002).

Outras características requeridas para o ACS são: ser confiável e ter liderança. Esses critérios tornam o agente um trabalhador especial cujo capital social, conhecimento da comunidade e da realidade local, liderança e solidariedade se constituem uma prioridade das qualificações técnicas, adquiridas num segundo momento com o treinamento continuado das equipes (LIMA; MOURA, 2005).

Resumindo, o agente comunitário de saúde mora na comunidade e está vinculado à USF que atende a comunidade. Está em contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe. É também um elo cultural, que dá mais força ao trabalho educativo, ao unir dois universos culturais distintos: o do saber científico e do saber popular. O seu trabalho é feito nos domicílios de sua área de abrangência (LEVY *et al.*, 2004).

As atribuições específicas do ACS definidas são as seguintes:

- I. Realizar mapeamento de sua área;
- II. Cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro;
- III. Identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;
- IV. Identificar área de risco;
- V. Orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário;
- VI. Realizar ações e atividades, no nível de suas competências, na áreas prioritárias da Atenção Básicas;
- VII. Realizar, por meio da visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;
- VIII. Estar sempre bem informado, e informar aos demais membros da equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco;
- IX. Desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças;
- X. Promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras (BRASIL, 1997).
- XI. Traduzir para a equipe de saúde da família a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites;

XII. Identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possa ser potencializados pela equipe.

Portanto, para que esta função seja desenvolvida com êxito, necessita-se de uma assistência sistematizada e de ações que se voltem ao bem-estar completo do indivíduo em seu contexto familiar e intradomiciliar, baseado em ações que deverão ser desenvolvidas pelo ACS.

4.2 Conceito de Visita Domiciliar

A visita domiciliar é um dos instrumentos utilizados pelas equipes de saúde da família no seu cotidiano de trabalho.

A Visita Domiciliar (VD) deve estar direcionada para a educação, saúde e à conscientização dos indivíduos com relação aos aspectos de saúde no seu próprio contexto, portanto, esses conceitos deverão ser lembrados, uma vez que o resultado desejado referente à VD deverá ser a mudança de comportamentos realizada a partir de novas convicções que forem sendo adquiridas pelas famílias e comunidade (SOUZA; LOPES; BARBOSA, 2004).

A VD é um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento, seja ele assistencial ou educativo. Segundo os autores, Ceccim e Machado (s/d, p.1):

A visita domiciliar é uma forma de atenção em Saúde Coletiva voltada para o atendimento ao indivíduo, à família ou à coletividade que é prestada nos domicílios ou junto aos diversos recursos sociais locais, visando à maior equidade da assistência em saúde.

As VDs constituem um instrumento facilitador na abordagem dos usuários e sua família. Por meio desse recurso podemos entender a dinâmica familiar, com o objetivo de verificar as possibilidades de envolvimento da família no tratamento oferecido ao usuário (REINALDO; ROCHA, 2000).

De todas as atribuições do ACS, a principal função é realizar visitas domiciliares, sendo esta a característica do Programa Saúde da Família, pois, é na visita que se iniciam muitas ações desempenhadas pela equipe de saúde da família. É por meio da visita que se inicia o elo de ligação entre a equipe e as famílias. Este contato permanente com as famílias, facilita o trabalho de vigilância,

prevenção e promoção da saúde, realizado por toda a equipe. É o elo cultural do ACS com a família que potencializa o trabalho educativo (FABRI; WAIDMAN, 2002).

Portanto, a visita domiciliar é considerada, no contexto de educação em saúde, como contribuinte para a mudança de padrões de comportamento e melhora da qualidade de vida de toda comunidade, por meio da prevenção de doenças e promoção da saúde, com garantia de um atendimento holístico por parte dos profissionais da saúde.

Ceccim e Machado (sd) classificam as visitas domiciliares em:

- Visita Chamada → é um atendimento realizado na casa do indivíduo ou família, por este ou esta possuir algum tipo de limitação, por exemplo, doença aguda ou agudização de um problema crônico ou por outro tipo de limitação (sequelados de AVE, amputação, cirurgias recentes e outros).
- Visita Periódica → são feitas para indivíduos ou famílias que necessitam de acompanhamento periódico, por exemplo, pacientes crônicos, acamados, idosos, doentes mentais, egressos de internações hospitalares. Esta por sua vez, pode ser realizada pelo ACS uma vez por semana e/ou apenas mensal, sendo repassadas informações do quadro clínico do paciente.
- Busca Ativa → é a busca de indivíduos ou famílias faltosas (tratamentos, vacinas, gestantes), a vigilância em saúde também é considerada uma busca ativa.

Nas visitas ser identificam quem e quantos são os componentes familiares; as morbidades existentes; as condições de moradia, socioeconômicas, sanitárias e ambientais das áreas onde essas famílias vivem (BRASIL, 1997).

Teixeira (1998) citado por Corbo e Morosini (2005) aborda que esse processo de conhecer os fatores intervenientes da saúde e do adoecimento permite a equipe da saúde da família ter a compreensão dos problemas de saúde em seu contexto territorial e planejar mais adequadamente as intervenções necessárias, desde a definição de prioridades ao estabelecimento das ações mais adequadas.

As equipes têm como atribuições conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis; identificar os problemas de saúde e situações de risco que a população está exposta; elaborar um

plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença; prestar assistência integral respondendo à demanda; resolver os principais problemas detectados; desenvolver processos educativos objetivando a melhoria do auto-cuidado dos indivíduos e promover ações intersetoriais para enfrentar os problemas levantados (BRASIL, 1997).

4.2.1 Planejamento da Visita Domiciliar

É fundamental ressaltar que a VD deve ser planejada, devendo-se, assim, antes de realizá-la:

- Ter claro o(s) objetivo(s) da visita (assistencial, educativa, de avaliação, entre outros);
- Conferir se o paciente a ser visitado está cadastrado na Unidade de Saúde;
- Anotar e confirmar o endereço antes da visita;
- Reunir todos os dados sobre o paciente ou a família que irá visitar;
- Avaliar se há condições de manejar e/ou conduzir a visita domiciliar dentro do ambiente em questão;
- Avaliar qual o profissional da equipe é indicado para avaliar a situação trazida, e se há necessidade de mobilizar outros recursos da equipe ou externos;
- Levar e preencher o formulário para registro do atendimento e atualização dos dados se necessário, no ambiente domiciliar (BRASIL, 2003)

Para sucesso da visita domiciliar é necessário planejamento, execução, registro de dados e avaliação. É importante, também, dar à equipe e aos colegas que atendem o paciente retorno sobre as visitas domiciliares que requerem maior atenção de toda a equipe de saúde (BRASIL, 2003).

De acordo com Kawamoto, Santos e Matos (1995), as prioridades para a visita domiciliar incluem os recém-nascidos, crianças com patologias graves ou faltosas aos agendamentos das vacinas, portadores e comunicantes de doenças transmissíveis, gestantes de alto risco ou com VDRL positivo e/ou faltosos.

É preconizado que o agente comunitário de saúde (ACS) realize, no mínimo, uma visita por família da área de abrangência ao mês, sendo que, quando necessário, estas podem ser repetidas de acordo com as situações determinantes de cada realidade. Cabe aos demais profissionais da equipe de

saúde da família planejar suas visitas domiciliares procurando atender as demandas identificadas pelos ACS (BRASIL, 1998).

Para garantir a qualificação do ACS durante a visita domiciliar, inicialmente ele deve ser capacitado e discutidas todas as dúvidas e, posteriormente, ter-se mecanismos para facilitar a realização da visita, como por exemplo, criar diretrizes norteadoras de ações como fluxogramas que assegurem o direcionamento do processo de trabalho de forma padronizada.

Este processo será monitorado transversalmente por avaliações das metas pactuadas, via indicadores de saúde em casa, mapas de acompanhamento de visitas domiciliares, como os impressos preenchidos diariamente, semanalmente e mensalmente; reuniões semanais para discutir e priorizar as visitas a serem realizadas pelo enfermeiro e médico da equipe. Os ACS devem ser inseridos nos processos de educação permanente em saúde, focando no direcionamento de fluxogramas a serem seguidos, com a finalidade de criar capacidades para desencadear e dinamizar os cuidados integrados à saúde por linhas de cuidado na atenção e/ou situações de vulnerabilidade, dentro do âmbito familiar.

Cabe ao enfermeiro monitorar as ações desenvolvidas pelos ACS dentro do contexto familiar, através de implementação de metodologias de planejamento, programação e avaliação sistemática e permanente das ações direcionadas durante as visitas domiciliares.

Como resultado do trabalho ter-se-á um profissional que realizará atividades dinâmicas de acordo com a necessidade do público a ser assistido, seguindo fluxogramas pré-estipulados pelo sistema de atenção primária e prioridades de atendimento preconizadas pela equipe de saúde e também pelo Sistema Único de Saúde.

Neste sentido, o ACS irá contribuir para a reorganização da Atenção Primária à Saúde, a partir da expansão e qualificação da equipe de saúde da família visando à qualificação dos recursos humanos (agentes comunitários de saúde), durante visita domiciliar.

5 PROPOSTA DE UM GUIA DE ORIENTAÇÕES PARA O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE SOBRE VISITA DOMICILIAR

A assistência domiciliar demanda uma logística de atenção que envolve múltiplas atividades profissionais, dentro a qual quero ressaltar a prática da visita domiciliar pelo agente comunitário de saúde. Para tanto, o guia de orientações vai direcionar o trabalho de visita do ACS por meio do desenvolvimento de ações que visem à melhoria da prestação de serviço, refletindo conseqüentemente na sua qualidade.

5.1 A estrutura da família

A estrutura familiar é um aspecto muito importante que deve ser levantado e analisado pela equipe. Todas as observações que devem ser realizadas pelo ACS, durante as visitas periódicas e/ou de cadastramento dizem respeito aos aspectos que devem ser levantados:

- Quantitativo de pessoas que compõem a família.
- Faixa etária dos componentes da família
- Se houve alterações na composição da família: (óbitos, mudanças, nascimentos, etc.).
- Que implicações isso trouxe para a estrutura familiar?
- Houve alterações no trabalho/renda familiar? (desemprego, empregos novos, mudanças de horário que impliquem em alterações da dinâmica familiar ou outros.).
- Houve alterações na situação dos membros da família que estudam? (evasão escolar, ingresso em escolas, creches ou outros).
- Alguém da família está vivendo em alguma instituição? (asilos, hospital psiquiátrico, abrigos para crianças e adolescentes, clínicas de recuperação, cárcere ou outros.).
- Como é o relacionamento da família com a comunidade (igreja, escola, vizinhos, serviços de saúde, comissão local ou outros). Houve alterações nesta situação? (novos relacionamentos, brigas, outros).

5.1.1 O aspecto funcional da família

- Quem realiza as tarefas diárias: cozinha, lava, leva filho para escola, cuidam da(s) criança (a), idosos dependentes, acamados (doentes ou não)?
- A família conversa sobre os problemas vividos (doença, situação empregatícia, desenvolvimento escolar e outros.)?
- Quando algo é dito claramente, como o outro reage?
- Como a família reage quando alguém adoece?
- Qual é a maior dificuldade para a família em relação à doença?

5.1.2 Hábitos familiares

- Hábitos alimentares: o que a família gosta de comer, o que normalmente come ou pode comprar, crenças ou costumes, se consome alimentos industrializados, conservas, enlatados, sal, pimenta, óleo, gordura, açúcar, laticínios, carnes, verduras, legumes e frutas.
- Se possui filtro e as condições de higiene do mesmo. Se a água consumida é tratada?
- Atividade física: (caminhada, ginástica, algum tipo de esporte, tempo e frequência durante a semana).
- Atividade cultural ou lazer: o que gosta de fazer, o que faz e onde.
- Prática religiosa: qual a frequência, local.
- Outros hábitos (ingestão de álcool, tabagismo, uso de drogas ilícitas).
- Prática de atividade na comunidade: Comissão Local de Saúde, comitês ou projetos, associações de bairro, de mulheres e outros, bailes para 3ª idade, qual e o que acha sobre esta atividade. Identificar possíveis parceiros na comunidade, tais como grupos religiosos, associação de moradores, sindicatos e outros que poderão atuar auxiliando a unidade de saúde na orientação e apoio aos usuários.
- Papel de cada membro da família: quem cuida ou é cuidado, dependente, quem trabalha, o que faz, o que ganha ajuda na família ou é a única fonte de renda.
- Presença de algum parente do interior em tratamento ou não.
- A família faz avaliação médica periódica.

5.1.3 Condições da casa e hábitos de higiene

Os hábitos de higiene são fatores que interferem no processo saúde doença; portanto, é muito importante detalhar a seguir estas condições que são:

- Condições de paredes, teto, forro ou telhado e assoalho, móveis e outros;
- Presença, ou não, de banheiro, vaso sanitário (com ou sem descarga), lavados e pias, espelhos, bem como sua localização, presença ou não de materiais ou instrumentos de limpeza e aparência. Observação da limpeza e higiene. Frequência com que as pessoas tomam banho;
- Presença e estado de conservação de utensílios de higiene pessoal (sabonetes, buchas de banho, pentes, escovas de cabelo, escovas de dente, creme dental);
- Condições da cozinha (quando houver), visão como um todo e condições de limpeza de panelas, pratos, copos e talheres (quando estiverem à mostra). Observar se as pessoas lavam a mão para manusear alimentos. Observar o local e conservação de alimentos;
- Presença de insetos e roedores;
- Verificar como é o reservatório de água potável;
- Observar a luminosidade e ventilação;
- Condições de piso, escorregadio, desnivelado, limpo/ sujo;
- Presença de animais transitando dentro de casa.

5.1.4 Intervenções do Agente Comunitário de Saúde nas famílias que estão expostas à fatores de risco

No momento das visitas domiciliares, o agente comunitário pode presenciar situações de risco e deve fazer sua intervenção. Para que isso aconteça ele deve ser capacitado e o seu trabalho deve ser monitorado pelo enfermeiro.

As famílias enfrentam situações que podem representar riscos específicos à saúde de seus componentes. Neste caso, cabe ao ACS orientar as mesmas a procurarem a UBS e comunicar imediatamente à equipe para tomar as providências cabíveis de acordo com a especificidade do caso.

Serão apresentadas a seguir algumas destas situações em relação às áreas de atuação e faixas etárias:

- **Saúde bucal**

Em relação à saúde bucal, os usuários devem reconhecer a Unidade de Saúde, como o local de acolhimento para as situações relacionadas à saúde bucal.

Nas situações de dor, rosto edemaciado, hemorragias, lesões dos lábios, língua e mucosas, cáries visíveis, fraturas dos dentes e hábitos ou situações que comprometem a saúde do usuário por exemplo: crianças que chupam constantemente o dedo ou que estão sempre com um "bico/chupeta" na boca, podendo estar se contaminando e/ou causando desvios dos dentes e modificações na arcada dentária provocando problemas de oclusão e problemas respiratórios graves. O papel do agente comunitário de saúde é informá-los sobre o atendimento do serviço odontológico na Unidade ou no Centro de Especialidades Odontológicas - CEO.

Em outras situações, quando se tratar de pessoas acamadas ou com dificuldades motoras que impossibilitem ou dificultem a higiene oral, usuários com problemas de deficiência motora e com dificuldade de realizar a higiene bucal, idosos que necessitam fazer uso de prótese dentária, deve-se comunicar e discutir com a equipe e agendar uma visita domiciliar com a presença do dentista ou orientar a família a procurar o dentista da Unidade ou acompanhar o usuário à Unidade Odontológica de referência de sua área.

- **Saúde mental**

Destacam-se abaixo, situações que devem ser pesquisadas, de forma cuidadosa e atenta, sinalizadas como situações de risco no âmbito da Saúde Mental.

São consideradas situações de risco para o portador de sofrimento mental e ou família: cárcere Privado (quando existe na casa pessoa mantida trancada em quarto, ou seja, privada de sua liberdade. Cada situação deve ser discutida com a equipe e a decisão deve ser em conjunto. Em

alguns casos, é o próprio portador de sofrimento mental que se isola, devido à própria patologia mesmo quando divide o espaço com outras pessoas da família. É importante tentar descobrir se naquele grupo ou família, tem alguém que consegue estabelecer algum tipo de "contato" com este usuário na tentativa de tirá-lo do isolamento, agressividade física e tentativa de autoextermínio.

Podem ocorrer outras situações em que o paciente e família necessitam de um acompanhamento mais próximo da equipe de saúde, tal como, paciente egresso de hospital; portador de sofrimento mental morando nas ruas de sua área de abrangência; portador de sofrimento mental vivendo em condições precárias; uso abusivo de álcool e outras drogas; violação de direitos civis, sinais de violência física; primeira crise ou primeiro surto. Mudanças bruscas e acentuadas de comportamento, tipo: retraimento, isolamento, deixar de dormir, comer, fazer a própria higiene, alteração brusca de humor - podem ser sinais de desencadeamento de uma crise ou surto. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Em qualquer destas situações, o ACS deve comunicar à equipe de saúde da família a que está vinculado, para fazer uma avaliação do paciente e junto com a equipe de saúde mental, traçar estratégias de abordagem e inclusão no tratamento. O médico e enfermeiro devem discutir abertamente com a família sobre o paciente, e as possíveis estratégias de tratamento.

As situações que dizem respeito à violação dos direitos (cárcere, abandono, sinais de violência física e violação de direitos civis), irão exigir a articulação da equipe de saúde da família com as instituições de assistência social e de direitos humanos.

- **Atenção à criança**

Outro aspecto que merece uma atenção cuidadosa da equipe de saúde da família é a atenção ao crescimento e desenvolvimento das crianças, monitoramento da alimentação e esquema vacinal. Neste sentido, na visita domiciliar é uma oportunidade para o ACS verificar aspectos referentes à saúde da criança, identificar problemas e orientar os responsáveis sobre os cuidados básicos com a saúde.

Foram destacadas abaixo algumas questões que devem ser verificadas em toda visita domiciliar:

- **Alimentação da criança:** verificar se está adequada para a idade, incentivar o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, se existir problemas relativos à amamentação, encaminhar a consulta com o enfermeiro ou pediatra. Incentivar uma alimentação saudável, com variedade e qualidade dos alimentos.
- **Cartão da Criança:** verificar se a criança tem o cartão de vacinação e se está atualizado, se no cartão há registro sistemático do peso, vacinas e dos marcos de desenvolvimento. Caso não esteja preenchido, encaminhar a Unidade de Saúde. Verificar se o peso está adequado para a idade da criança, observar sinais de desnutrição ou obesidade e se a criança está sendo acompanhada pela equipe de saúde e também pela família.
- **Alterações no desenvolvimento e no comportamento da criança:** observar se o bebê firma a cabeça (aos 4 meses), se rola na cama (aos 6 meses), se assenta sem apoio (aos 8 meses) e se engatinha (aos 11 meses). Orientar os responsáveis sobre a necessidade de estimular a criança através do toque, do conversar e brincar para o desenvolvimento psicossocial. Agitação, apatia, timidez excessiva, agressividade e outros. Se observar qualquer alteração no desenvolvimento (desnutrição) e comportamento da criança, encaminhar para avaliação da equipe de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).
- **Orientações que devem ser dadas aos pais quanto à escola e higiene pessoal e ambiente:**
 - Verificar se a criança está freqüentando escola ou creche, se tem dificuldade de aprendizagem. Se a criança esta em acompanhamento e se na família existe adultos analfabetos ou fora da escola.
 - Verificar e orientar sobre a importância da higiene para a saúde (higiene pessoal, escovação dos dentes), conservação dos alimentos, limpeza dos brinquedos, mamadeiras, vasilhames.
 - Observar se dentro da casa: há animais, mofo, se o ambiente está iluminado e ventilado.

- **Risco de acidentes domésticos e risco na família:**

- Verificar se existem fios e tomadas ao alcance das crianças, brinquedos inadequados à idade (muito pequenos com risco de engolir), produtos de limpeza, medicamentos, objetos cortantes, ferro de passar roupa, fogão ou fogareiro e saco plástico (não devem ficar ao alcance das crianças).
- Orientar os responsáveis sobre o risco de acidentes domésticos, manter a criança em observação constante.
- Relatar e/ ou observar se existe violência intra-familiar (violência física, psicológica, sexual, abandono e/ou negligência), abuso de bebidas alcoólicas, tabagismo, drogas ilícitas, situação de trabalho infantil.

O agente comunitário deve promover a "escuta" dos problemas levantados e encaminhar para avaliação da equipe de saúde.

- **Existência de problemas de saúde:**

- Verificar se a criança está com algum problema de saúde: se não consegue se alimentar ou ingerir líquidos, presença de vômitos, febre, se está desanimada, se tem tosse, cansaço, dificuldade de respirar, choro fácil, diarreia, se está urinando pouco. Orientar e avaliar a necessidade de encaminhar à equipe de saúde.

- **Presença de doença crônica e/ou com problemas respiratórios sem acompanhamento:**

- Verificar se tem alguma doença crônica, se é portador de deficiência e se está em acompanhamento.
- Verificar se a criança tem as patologias (bronquite ou asma) e se está em acompanhamento; se não, encaminhar para avaliação da equipe de saúde. Se a criança faz uso de "bombinha", verificar a higienização do espaçador (aparelho utilizado para administrar o medicamento).

A adolescência é uma fase da vida de transição para o adolescente, tem suas características peculiares do próprio desenvolvimento físico, psicológico e social. Nesse sentido, os pais necessitam ser orientados e também os adolescentes no sentido de esclarecer as dúvidas que vão surgindo.

Uso e abuso de álcool, cigarros e drogas ilícitas; violência doméstica, abuso sexual, obesidade, evasão escolar, problemas escolares graves, repetência, gravidez na adolescência, DST/AIDS são situações que podem surgir e merecem ser abordadas, cabe ao agente comunitário de saúde orientar e informar o adolescente sobre o acesso ao serviço de saúde e a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na puberdade e adolescência (acolhimento da equipe, orientações sobre sexualidade, vacinas, contracepção, prevenção de DST/AIDS, saúde bucal, saúde mental e outros). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

O ACS deve incentivar a participação dos adolescentes em atividades, esportivas, culturais de lazer e profissionalização.

- **Atenção à mulher:**

A visita domiciliar é uma boa oportunidade para se estimular práticas de promoção de saúde e prevenção de doenças para mulheres e também para identificar riscos. Situações especiais são levantadas no decorrer das visitas como:

Mulheres sem acompanhamento em Planejamento Familiar: verificar se as mulheres que desejam contracepção (evitar filhos), estão sendo acompanhadas pelo enfermeiro individual ou em grupo no programa de Planejamento Familiar (palestra educativas, distribuição de métodos anticoncepcionais).

Mulheres que não fizeram e/ou fizeram coleta de exame preventivo de câncer do colo uterino: verificar quando foi colhido pela última vez o material para prevenção do câncer do colo uterino (citologia), para as mulheres que têm ou tiveram relação sexual este exame é feito a cada três anos, desde que já tenha 2 exames normais. É importante explicar para as mulheres que o exame (citológico) é feito a cada três anos nos casos de 2 exames anuais normais, mas lembrar que a consulta ginecológica é anual. As mulheres que relataram ter exame preventivo de câncer do colo uterino alterado: averiguar se estão sendo acompanhadas e por qual serviço de saúde e comunicar na reunião semanal de equipe.

Mulheres com doença ginecológica diagnosticada sem acompanhamento: verificar a existência de mulheres que já tenham diagnóstico de alguma doença ginecológica, como esta se dando o controle dessa doença e onde ela está sendo acompanhada. Algumas doenças ginecológicas, principalmente as malignas (câncer) exigem controle periódico em intervalos mais curtos e medicamentos especializados.

Mulheres com 40 anos ou mais com sinais de climatério complicado: verificar tristeza excessiva, nervosismo, variações frequentes no humor, dificuldade em cuidar de si mesma, abandono de atividades que gostava de fazer antes podem sugerir quadros depressivos, que aparecem com mais frequência neste grupo.

Nos casos citados acima o agente comunitário deve orientar as pacientes a procurarem o serviço de saúde e levar essas questões para serem discutidas na equipe e dar um retorno para as usuárias.

Em relação às gestantes e puérperas:

Gestantes sem acompanhamento do pré-natal: verificar se as gestantes estão fazendo o controle do pré-natal regularmente. As gestantes de baixo risco, ou seja, aquelas sem doenças associadas à gestação devem ser acompanhadas na Unidade de Saúde (PSF ou PACS). Algumas gestantes podem estar sendo acompanhadas nos serviços de referência para alto-risco. Deve-se, então, identificar em que serviço a gestante está sendo acompanhada. Deve ser verificado no cartão de pré-natal:

- Se a gestante está frequentando regularmente as consultas.
- Se o cartão está preenchido incluindo os resultados dos exames e vacinação antitetânica. Se está anotado no cartão a maternidade de referência.
- Se está anotado no cartão o número do SIS Pré-Natal.

Gestantes em uso de medicação: devem ser anotados os nomes dos medicamentos que a gestante está fazendo uso devem ser anotados. A automedicação na gravidez pode, em algumas situações, prejudicar a mãe e o feto. Toda medicação tomada deve ser avaliada pelo médico e ou enfermeiro da equipe de saúde. Atenção especial deve ser dada a gestantes de alto risco.

Gestantes sem participação em grupos educativos: verificar se a gestante está participando de grupos de práticas educativas. Nestes grupos são desenvolvidas ações de orientação sobre cuidados com a gravidez, estímulo ao parto normal, à amamentação, cuidados com o recém nascido e o planejamento familiar. É importante que as gestantes que estão sendo acompanhadas nos serviços de referência de alto risco também possam participar destes grupos. Estimular a participação do casal grávido nesses grupos.

Mulheres sem consulta no puerpério: comunicar com o enfermeiro do retorno da paciente da maternidade e agendar a primeira consulta do enfermeiro, neste momento o enfermeiro vai esclarecer a mãe sobre o autocuidado e os cuidados com o recém-nascido e orientá-la também a importância de marcar uma consulta com o médico ginecologista.

- A consulta puerperal no 5º dia pós-parto é muito importante para a mãe e para o recém nascido. Nesta consulta, além dos cuidados com o recém-nascido (teste do pezinho, vacinas, avaliação geral), deve ser feita avaliação da mãe (sangramentos, febre, dores, aleitamento, vacinas e outros).
- A consulta de revisão puerperal deve ser feita entre 30 e 40 dias após o parto. Nesta consulta será feito exame ginecológico completo, avaliação do aleitamento e orientações sobre métodos contraceptivos.

Puérperas que apresentam sinais sugestivos de pós-parto complicado e sinais de depressão pós-parto: febre, sangramento exagerado, dor ou infecções nos pontos ou nas mamas. Observar sinais que possam sugerir depressão pós-parto, tais como tristeza excessiva, dificuldades para cuidar do bebê ou de si mesma. Realizar agendamento de consulta o mais rápido na unidade de saúde e/ou contra referenciar à maternidade.

Mulheres com 40 anos ou mais, importância da realização de mamografia anual: verificar no grupo de mulheres com 40 anos ou mais, quando foi feita a última mamografia. É o exame que busca o diagnóstico precoce do câncer de mama, permitindo um tratamento mais seguro e adequado. A partir dos 40 anos todas as mulheres devem fazer mamografia anual, mesmo que o exame anterior foi normal. Salvo algumas exceções, há mulheres que por fator hereditário realizam o exame antes dos 40 anos.

Intervenções do ACS:

- Orientar às mulheres para a importância do controle ginecológico periódico, estimulando-as à procurar a Unidade de Saúde para marcação de consultas e participação nos grupos de práticas educativas;
- Orientar às mulheres sobre a importância do Planejamento Familiar. Toda mulher que não deseja engravidar deve ter acesso facilitado à contracepção, bem como participar dos grupos de práticas educativas.
- Orientar às mulheres que uma gravidez saudável começa com cuidados especiais antes mesmo de engravidar. Estimular as mulheres a procurarem consulta ginecológica quando estiverem desejando engravidar.
- Estimular as gestantes a iniciarem precocemente o pré-natal e comparecer regularmente às consultas.
- Nos casos onde forem identificadas dificuldades de acesso ao atendimento o Agente Comunitário deve comunicar à equipe de saúde para, juntos, buscarem soluções para o acesso.
- Todas as situações de risco citadas acima devem ser apresentadas à equipe, sendo que nos casos onde fica evidente um risco maior (por exemplo, puérperas com febre e/ou sangramento exagerado) o encaminhamento à Unidade de Saúde deve ser imediato.

- **Atenção ao adulto:**

Alterações do aspecto físico: observar sinais de emagrecimento, obesidade, presença de pessoas acamadas, com dificuldade para andar, com expressão de tristeza, abandono, de dor ou sofrimento, sonolência, apatia, condições precárias das roupas e higiene.

Vacinas em atraso: verificar se o cartão de vacina está em dia. Caso estejam em atraso, orientar para que a pessoa procure à Unidade de Saúde para atualizar sua imunização.

Impedimento para se locomover e/ou presa: pessoa trancada em quarto ou fora das dependências da casa, amarrada em cadeira, acorrentada. Comunicar à equipe de saúde.

Uso abusivo de álcool e outras drogas lícitas e ilícitas: verificar se existem pessoas na família que fumam, onde fuma, se é em ambiente fechado ou fora da casa, próximo a outras pessoas (especialmente os portadores de doenças respiratórias). Podem ser observadas através de hálito alcoólico e alteração de comportamento. Se for possível, verificar o tipo de bebida, quantidade e frequência no dia ou durante a semana. Verificar, se for relato espontâneo, o tipo de droga e frequência de uso, comunicar à equipe de saúde.

Sinais de violência física tipo espancamentos e lesões na pele: observar olho com hematoma, hematomas no corpo, fratura e escoriações. Verificar quando ocorrem as agressões. Observar a integridade cutânea e comunicar a equipe as alterações, aspectos e localização.

Existência de casos na família de hipertensão, diabetes, "problemas" no coração, desmaios, convulsão, tratamento neurológico ou de saúde mental, pessoas com deficiência física ou mental. Comportamento de risco para doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e AIDS: verificar situações de vulnerabilidade (múltiplos parceiros, sexo sem proteção, uso de drogas injetáveis). Orientar sobre o sexo seguro e outras medidas de prevenção de DSTs. Comunicar à equipe de saúde se identificar situações de risco ou de vulnerabilidade. Orientar a participação em grupos que abordem aspectos de sexo seguro e fortalecimento individual.

Uso e armazenamento de medicamentos: observar se os usuários estão tomando os medicamentos conforme prescrito pelo profissional de saúde. Uso de medicamentos sem prescrição pode agravar doenças ou trazer sérias complicações para a pessoa. Medicamentos armazenados incorretamente podem ter suas propriedades alteradas, provocando efeitos indesejáveis. Além disso, se estiverem ao alcance de crianças ou idosos que não sejam capazes de lidar com medicamentos, poderão ser causa de acidente doméstico grave. Deve-se portanto, observar como os medicamentos são armazenados :

- Comprimidos: devem ficar armazenados em local fresco, seco e ao abrigo da luz.
- Insulina: os frascos devem ser armazenados em geladeira (na porta ou parte mais baixa) mas, nunca no congelador, porque a insulina não pode ser congelada. Se isto ocorrer a insulina deve ser desprezada porque, após o descongelamento, seu efeito torna-se irregular e imprevisível. É viável que a insulina seja colocada em uma caixa térmica pequena de isopor. A insulina deve ser aplicada regularmente nos horários corretos e seguir a dieta recomendada pela equipe de saúde. Para misturar a insulina, o frasco deve ser rolado entre as mãos e não agité-lo.

Tosse com expectoração há 3 semanas ou mais em crianças, adolescentes, adultos e idosos: esses sintomas fazem suspeitar de tuberculose pulmonar. Comunicar à equipe para avaliação. Orientar aos comunicantes dos casos confirmados de tuberculose pulmonar para comparecerem à Unidade de Saúde para avaliação, conforme orientações da equipe, assim como aos comunicantes de Hanseníase.

Paciente em tratamento supervisionado (portadores de Tuberculose): o ACS deve supervisionar a tomada dos medicamentos, de acordo com a orientação da equipe de saúde.

Homens e mulheres HIV positivo sem orientação sobre planejamento familiar e/ou com dificuldade de acesso a medicamentos e a outras informações: comunicar a equipe para fornecer as orientações necessárias e estimular a participação em grupos de planejamento familiar.

Risco social para pessoa idosa que mora só, que mora em domicílio com mais de 3 gerações da família e que não sabe ler: a pessoa idosa que mora só, corre maior risco de isolamento social. O idoso deve ser orientado a deixar acessíveis nomes e telefones de pessoas que poderiam ser contatadas em caso de doença e deve-se propor sua inserção em grupos operativos e de convivência. Verificar se os idosos são carentes e reside em condições de vida precária, comunicar à equipe de saúde e ao serviço social se é possível assegurar benefícios. Orientar a família para armazenar os medicamentos dos idosos de forma clara e simples. Se possível identificar através de cores e separar os medicamentos por potes (manhã, tarde e noite).

Paciente idosa com desnutrição: A desnutrição é fator de risco para o idoso, verificar se a pessoa idosa não consegue adquirir alimentos, não consegue prepará-los ou não consegue levá-los a boca. Cada situação deve ser considerada e as soluções incluem: apoio comunitário, comunicação ao serviço social, envolvimento intersetorial através das equipes de multiprofissionais.

Violência: A violência contra o idoso deve ser verificada quando as versões do cuidado e idoso não coincidem (o cuidador conta uma e o idoso conta outra versão), quando há intimidação na presença do cuidador, quando há traumas repetidos, quando a higiene é precária e há mal uso de medicamentos. Toda delicadeza é necessária na condução do caso, pois os familiares, o idoso e a equipe de saúde continuarão a se encontrar e não deve haver constrangimentos.

Pessoa idosa com dificuldades no autocuidado, higiene e alimentação: idosos que precisam de ajuda para se alimentar são considerados frágeis, o descuido com a higiene é indício indireto de idoso mal tratado. Comunicar a equipe de saúde e procurar identificar possíveis parceiros na comunidade para auxiliar o idoso.

Pessoa idosa sem vacinas em dia: anualmente são realizadas campanhas de vacinação para idosos: gripe, tétano, pneumonia 23, influenza e outras se necessário. Orientar para que o idoso e/ou familiares destes procurem a unidade de saúde para imunizar ou informar a equipe se o idoso estiver acamado.

Pessoa idosa com sinais de depressão: idoso com sinais de tristeza excessiva, variações frequentes no humor, dificuldade de cuidar de si mesmo, abandono de atividades que gostava de fazer antes, podem sugerir quadros depressivos, que aparecem com mais frequência neste grupo. Comunicar a equipe de saúde sugerindo a inserção em grupos operativos e/ou encaminhamento para o serviço especializado.

O agente comunitário pode ajudar o Controle de Zoonoses e Vetores, comunicando ao setor: locais onde existem águas acumuladas que possam ser focos para proliferação do mosquito da dengue os imóveis desabitados ou lotes vagos com entulho e matagal. Madeiras, tijolos encostados por muito tempo, ralos abertos, caixa de esgoto aberta, restos de alimentos, representam riscos para a proliferação de roedores, acidentes com escorpiões e outros animais peçonhentos.

O ACS pode auxiliar no controle da raiva animal orientando a população sobre a realização de campanhas de vacinação animal (cão e gato).

6 RELATÓRIO DA VISITA DOMICILIAR

Após a realização da visita domiciliar, o agente deverá elaborar um relatório escrito contendo observações sobre o relacionamento estabelecido com a família e as necessidades identificadas ou relatadas pelo usuário ou por seus familiares, observações feitas e intervenções realizadas para análise das informações colhidas.

Este relatório deverá ser apresentado e discutido com a equipe de saúde, anotando-se os encaminhamentos definidos para aquela família, que deverão ser seguidos pelo agente comunitário responsável. Deverá ser feita a avaliação da visita. Após estes procedimentos, o relatório deverá ser arquivado para consultas posteriores pelo agente comunitário e equipe de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de um guia de orientações para direcionar as visitas domiciliares realizadas pelo agente comunitário tem o objetivo de facilitar o que ele deve observar e quais as intervenções que deverão ser feitas. A literatura mostra que a prestação da assistência domiciliar visa orientar, educar, direcionar a família e seus membros além de melhorar a prestação do serviço destes profissionais envolvidos no âmbito da saúde, que é centrado na prevenção das doenças e no *locus* familiar que têm sido o grande desafio para todos os profissionais que militam na estratégia saúde da família.

Refletir sobre a importância do direcionamento da visita domiciliar e de todos os fatores nele envolvido é, sem dúvida, um desafio. Acredito que se faz necessário criar espaços para discussão e esclarecimento do ACS sobre suas atribuições no modelo de atenção à saúde e suas diretrizes. Embora a prestação deste serviço seja uma prática normativa de quase todos os profissionais do PSF, é necessário que mecanismos de superação sejam criados, no sentido de melhorar a prestação deste serviço pelos seus principais atores que o preconizam, contemplando assim, as especificidades de cada família. Para que esta ação seja bem sucedida é preciso que o profissional desprenda-se de seus estereótipos, analise criticamente suas concepções, valores e atitudes, buscando a compreensão do outro. Isto é construir um processo que requer caminhar no ritmo de cada família, respeitando sua diversidade cultural, prioridades e especialmente a complexa relação socioeconômica com os aspectos biológicos que determinam seu cotidiano.

Por fim, de forma articulada, reporto-me à formação destes profissionais, evidenciando que o ensino em saúde tem que ser caracterizado por uma conotação contínua. Há um distanciamento entre o universo da prática utilizada como campo de formação teórico e a realidade prática vivenciada pelos ACS. Superar esta dicotomia é, sem dúvida, o maior desafio, porém este precisa ser conquistado com êxito.

A perspectiva é que com a utilização dessas orientações a equipe tenha mais informações sobre as famílias e possa traçar uma assistência mais centrada no usuário, pois os dados levantados pelo ACS traz uma realidade contextualizada possibilitando que se cumpra um importante papel na

consolidação da estratégia da Saúde da Família e no desenvolvimento de um Sistema Único de Saúde, universal e com maior grau de equidade.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, A.F.B.; ESPÍRITO SANTO, A.C.G.; BATISTA, M.F. Concepções e práticas do agente comunitário na saúde do idoso. **Saúde Pública**. São Paulo, v: 39, n 5, p. 809-15, out. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, Ministério da Saúde, 1997 - Disponível em. <http://www.ms.gov.br/> Acesso realizado no dia 10 de novembro de 2011.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Grupo Hospitalar Conceição Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**. 2003. p.12.

CECCIM, R.B.; MACHADO, N.M. **Contato Domiciliar em Saúde Coletiva**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, s/d. 7 p.

CORBO, Anamaria; MOROSINI, Márcia Valéria. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. In: **Rev.Trabalho, educação e saúde**, v.5 n.2, p.261-280, 2005. Disponível em: www.revista.epsvj.fiocruz.br. Acesso em 20 de outubro de 2011.

FABRI, C. A.; WAIDMAN, M. A. P. Visita domiciliar: A atividade do agente comunitário de saúde no programa saúde da família. *Família Saúde Desenvolvimento*, v.4, n.2, p.106-118, jul./dez. 2002. Disponível em: Acesso em 09 nov. 2011.

FORTES, P. A.C; SPINETTI, S.R. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2004, p. 1328- 1333.

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

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 4.ed.rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 2001.

LOPES, W.O. Visita Domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Ciência Cuidado Saúde**, v. 7, n. 2, p. 241-247, 2008.

LEVY, F.M; MATOS, P. E. S; TOMITA, N.E. Programa de Agentes Comunitários: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Caderno Saúde Pública**. V. 20, n.1. Rio de Janeiro, 2004

LIMA, J. C; MOURA, M. C. Trabalho atípico e Capital Social: **Os Agentes de saúde na Paraíba. Sociedade e Estado**, v. 20, n. 1, 103-133, 2005.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4 ed. São Paulo: HUCITEC, 2001/2003. 269p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família**, Secretária de assistência à saúde. Brasília, 2000.

REINALDO, A. M. S.; ROCHA, R. M. Visita domiciliar de Enfermagem em Saúde Mental: idéias para hoje e amanhã. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 4, n. 2, p. 36 - 41, 2002.

SOUZA, C. R.; LOPES, S. C. F.; BARBOSA, M. A. A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. **Revista da UFG**, v. 6, dez, 2004.

TAKASHASHI, R. F; OLIVEIRA, M. A. C. A visita domiciliária no contexto da saúde da Família. In: **Ministério da Saúde. Manual de enfermagem- programa de saúde da família**. São Paulo: 2001, p. 43- 6.

TRAPÉ, C. A; SOARES, C. B. A prática educativa dos Agentes Comunitários de Saúde a luz da categoria da práxis. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 142-149, 2007.