

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

**A SISTEMATIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIÁRIA DO AGENTE  
COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

**FABIANE MAGELA RIBEIRO**

**FORMIGA – MG  
2010**

**FABIANE MAGELA RIBEIRO**

**A SISTEMATIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIÁRIA DO AGENTE  
COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araujo

**FORMIGA –MG  
2010**

**FABIANE MAGELA RIBEIRO**

**A SISTEMATIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIÁRIA DO AGENTE  
COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araujo

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araujo - Orientadora

Profa. Eliana Aparecida Villa – Examinadora

Aprovada em Belo Horizonte 20/11/2010

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ter me concedido, através de sua bondade infinita, o potencial de concretizar mais uma conquista em minha vida.

À minha orientadora que me impulsionou nos momentos de desânimo.

À minha mãe e ao meu noivo Junior que não deixou que eu desistisse no meio do caminho.

Dedico este trabalho aos ACS do município de Formiga que desempenham seu trabalho com louvor.

## RESUMO

A visita domiciliar constitui-se como uma importante prática de saúde coletiva, e uma ação primordial no cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Visando orientar o trabalho de visita domiciliar dos ACS, o presente trabalho tem como objetivo elaborar um instrumento de sistematização da visita domiciliar para o Agente Comunitário de Saúde, a ser implantado no município de Formiga-MG, trazendo transparência e organização para o serviço. Para realização do trabalho, foi feita revisão narrativa da literatura nacional, sem delimitação do período de busca para possibilitar a utilização de vários artigos de diferentes fontes.

## **ABSTRACT**

Home visits was established as an important practice of public health, and a main action in the everyday work of the Community Health Agent in order to guide the work of the ACS home visit, this paper aims to develop an instrument to systematize Home visit for the Community Health Agent, to be deployed in the city of Formiga, MG, bringing transparency and organization for the service. To conduct the study, a review of the literature nationally, without defining the search period to allow the use of various articles from different sources.

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução</b> -----	09
<b>2. Justificativa</b> -----	12
2.1 Estrutura de Saúde do Município de Formiga -----	14
<b>3. Objetivo</b> -----	17
<b>4. Metodologia</b> -----	18
4.1 Método -----	18
<b>5. Revisão Bibliográfica</b> -----	19
5.1 Breve histórico sobre a Visita Domiciliar no Brasil-----	19
5.2 A visita domiciliária no contexto da estratégia de Saúde da família -----	21
5.3 Atribuições da Equipe de Saúde da Família -----	22
5.3.1 Atribuições dos Agentes Comunitário de saúde -----	24
5.3.2 Proposta de Sistematização da Visita Domiciliária do Agente Comunitário de Saúde -----	25
5.3.3 Planejamento da Visita Domiciliária -----	27
5.3.4 Roteiro de Visita Domiciliária para o Agente Comunitário de Saúde -----	31
<b>6. Considerações finais</b> -----	32
<b>Referencias</b> ----	33



## 1 Introdução

Durante o meu curso de graduação em enfermagem tive a oportunidade de fazer estágios em várias Unidades Básicas de Saúde, no entanto as inquietações sobre o processo de trabalho em saúde só foi aguçada quando me inseri como profissional numa equipe de saúde da família.

Em outubro de 2005 fui nomeada Coordenadora da Atenção Primária à Saúde no município de Formiga, função que exerço até a presente data. Dentro das minhas atribuições está a de realizar supervisão e orientação às Equipes de Saúde da Família (ESF) e aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Durante esse tempo, atuando junto às equipes, pude perceber que o trabalho do ACS é muito relevante, mas precisa ser mais bem direcionado contando com estratégias de atuação e roteiro de trabalho para acompanhamento das atividades do mesmo.

Em 2008 participei do processo seletivo para o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família e fui aprovada. Deparei-me com a modalidade de ensino que ainda não havia vivenciado, ou seja, o ensino a distância. Percebi que nessa modalidade de ensino o aluno é protagonista do seu processo de aprendizagem e o tutor é um facilitador desse processo. O aluno caminha no seu ritmo, sem, contudo deixar de seguir os cronogramas pactuados em cada módulo.

No transcorrer da realização dos módulos do curso fui construindo a minha visão dos problemas que vinha enfrentando, principalmente, quando cursei o módulo de Planejamento das ações de saúde (FARIA, *et al.*, 2009) e fiz o diagnóstico situacional da população do território da área de abrangência de uma equipe de saúde da família. Naquele momento, emergiram vários problemas e para tentar solucioná-los fiz uma priorização dos mesmos e assim discuti com os colegas de trabalho a imensa diversidade dos problemas que, na realidade, já estávamos convivendo há muito tempo, sem, contudo fazer uma priorização para buscar as soluções possíveis.

Durante a realização do módulo sobre práticas educativas em atenção básica à saúde: Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade (VASCONCELOS, *et al.*, 2009), retornaram as minhas inquietações quando discutiu-se a visita domiciliária e a necessidade de ter uma ficha-roteiro para o registro das visitas. A ficha A, preenchida pelo ACS contém dados importantes para o reconhecimento do território de cada UBS, mas permanece a ausência de um instrumento para o ACS relatar a visita de forma que possa ser uma comunicação das suas observações sobre a família visitada e, ainda, das orientações feitas e das necessidades identificadas nas famílias e que precisam de intervenções por parte do serviço de saúde.

Com a sistematização das atividades durante o curso, reemergiu as minhas inquietações sobre as atividades precípuas do ACS. Esse trabalhador tem como atividade principal fazer visita domiciliária às famílias de sua microárea. O enfrentamento diário dos problemas sociais e de saúde das famílias é retratado verbalmente pelos agentes durante as reuniões que fazemos com os mesmos. Na prática, muitos dos problemas que esses trabalhadores trazem para a equipe ficam perdidos pelo fato dos mesmos não estarem documentados. Ainda não se tem um prontuário onde o ACS transcreva essas observações, fruto das suas entradas no ambiente familiar ou mesmo das suas orientações prestadas às famílias.

Por outro lado, há questionamentos de que esses trabalhadores fazem pouca orientação às famílias e são, muitas vezes, meros transmissores de informações e cobradores de condutas quanto ao uso dos medicamentos, presença às consultas agendadas, entre outros.

Considerando minha inquietação sobre o trabalho do ACS, as discussões ocorridas no desenvolvimento dos módulos do curso me fez revitalizar as questões relacionadas às visitas domiciliárias realizadas pelo mesmo.

Este trabalho surgiu, portanto a partir da priorização dada aos problemas identificados naquele momento de diagnóstico e da reflexão do cotidiano do

trabalho dos ACS, inseridos nas equipes de saúde da família do Município de Formiga- MG.

Este trabalho, portanto, se justifica pelos estudos escassos sobre a sistematização do da visita realizada pelo ACS e, ainda, pela necessidade de superar essa lacuna que vem desvalorizando o trabalho desse trabalhador junto às equipes de saúde da família.

Para contribuir na organização e na transparência da visita domiciliária realizada pelo ACS, acredito que esse instrumento de sistematização para a visita do ACS irá de fato possibilitar também uma organização no processo de trabalho desse trabalhador.

## 2 Justificativa

A história do Programa de Saúde da Família (PSF) tem início quando o Ministério da Saúde formula o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, pois foi a partir desse programa que se começou a focar a família como unidade de ação programática de saúde e, não mais, o indivíduo e se introduziu a noção de área de cobertura por família em território de abrangência de equipes de saúde.

Na verdade, o Ministério da Saúde institucionalizou, nesse momento, as experiências de práticas em saúde com agentes de saúde que já vinham se desenvolvendo de forma isolada e focalizada em diversas regiões do país, onde esse se constituiu como uma política nacional.

Pode-se afirmar, então, que o PACS é um antecessor do PSF, pois uma das variáveis importantes que o programa de agentes introduziu e que se relaciona diretamente com o programa de saúde da família é que, pela primeira vez, como já foi assinalado, há um enfoque na família e não no indivíduo, dentro das práticas de saúde. Por outro lado, o programa também introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde, de não “esperar” a demanda “chegar” para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, se constituindo, assim, em um instrumento real de reorganização da demanda. Outro elemento, ainda, diferenciador é a concepção de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica.

O Ministério da Saúde em 1997 publicou a Portaria GM/MS nº 1.886, de 18 de dezembro, que aprovava as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, (BRASIL, 1997) sendo revogada pela Portaria GM/MS nº 648 de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006), a qual aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção

Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Os ACS fazem parte das equipes do PACS e do PSF, realizando atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações individuais e coletivas nos domicílios e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, estende assim o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção da cidadania (BRASIL, 2006).

No município de Formiga-Minas Gerais, o PACS teve início em 1998, vinculado a uma Equipe de Saúde de Família (ESF) situada no Bairro do Rosário, no mesmo ano, foi implantada uma nova equipe no Bairro Água Vermelha, e conseqüentemente houve um aumento no número de Agentes no Município.

Com o passar dos anos foram implantadas novas Equipes e em 2010 o município apresenta-se com 16 ESF na Zona urbana e 01 Equipe de PACS que atende a Zona Rural. São no total 133 ACS que, juntamente, com a ESF fazem uma cobertura de 93,3% da população do município com a estratégia de saúde da família.

Mesmo apresentando uma boa cobertura com as equipes de saúde da família, nota-se que as ações de saúde precisam melhorar. Isso se deve a não sistematização e organização das visitas domiciliares, fazendo com que os ACS atuem de forma imediatista e curativa, enquanto que, durante as visitas a abordagem deveria ser mais preventiva e de promoção à saúde da família e dos indivíduos.

Justifica-se, portanto a necessidade de sistematizar essa atividade do ACS que de relevância para o bom desempenho do trabalho da equipe de saúde.

## 2.1 Estrutura de Saúde do Município de Formiga

O PSF é a base da estrutura de Saúde no Município de Formiga. As equipes multiprofissionais são formadas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS, cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal (ASB). Além desses profissionais, foram incorporados ao trabalho da equipe de Saúde da Família o fisioterapeuta, o fonoaudiólogo, o nutricionista e psicólogo, de forma a garantir atenção integral aos cidadãos formiguenses.

Formiga conta hoje com 16 (dezesesseis) Equipes de Saúde da Família distribuídas em 14 (quatorze) Unidades de Atenção Primária a Saúde, e 01 Equipe de Agente Comunitário de Saúde na Zona Rural, que cobrem 93,3%% da população formiguense, atendendo a todos integrantes de cada família, independente de sexo e idade.

Pela tabela 01 pode-se visualizar a distribuição da população pelos territórios das equipes de saúde da família e o número de ACS integrante de cada equipe.

Tabela 01- Número de Unidades de Atenção Primária a Saúde do município de Formiga, população assistida e o número de Agentes Comunitários de Saúde por equipe de saúde da família. Formiga, 2010.

Unidades	População Assistida	Nº de ACS
	Zona Urbana	
Abílio Coutinho	4.426	07
Água Vermelha	4.064	08
Alvorada	3.056	06
ASADEF	4.386	07
Bela Vista	4.184	09
Centro	3.488	08
Cidade Nova	3.093	06
Diego Souto Borges	4.607	08
Engenho de Serra	2.819	06
Nirmatele	3.084	06
Rosário I	3.094	06
Rosário II	3.612	06
Sagrado Coração de Jesus I	2.690	06
Sagrado Coração de Jesus II	3.092	07
Souza e Silva	3.555	07
Vagem Grande	4.261	09
<b>TOTAL</b>	<b>57.511</b>	<b>112</b>

Fonte: SIAB Municipal – Formiga MG

A Equipe do PACS, da Zona Rural, é composta por 18 ACS que prestam atendimento nas comunidades rurais, supervisionados por uma enfermeira. Os ACS's da Zona Rural têm como apoio a Equipe Móvel, constituída por um médico, um técnico de enfermagem, um cirurgião dentista e uma auxiliar da saúde bucal (ASB). Os atendimentos nas comunidades seguem um cronograma mensal, sendo que cada dia da semana a Equipe Móvel se desloca até uma comunidade para realização de atendimento médico, odontológico, distribuição de medicamentos, aplicação de vacinas e outros atendimentos de enfermagem.

As UAPS possuem como referência os serviços de Especialidades Médicas, instalado no Centro Municipal de Atendimento Especializado - CEMAES, com atendimento a Cardiologia, Ortopedia, Urologia, Pneumologia, Oftalmologia, Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria, Dermatologia, Cirurgia Geral. Os casos odontológicos são referenciados ao Centro de Especialidades Odontológicas – CEO, que possui atendimento em Estomatologia, Periodontia, Endodontia, Cirurgia Oral Menor e Atendimento a Pacientes Especiais. Como referencia a Saúde Mental o município possui o Centro de Atenção Psicossocial CAPS, com atendimento diário de Psicólogos, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Clínico Geral, e atendimento de Psiquiatria, aos sábados.

O Município possui um Centro de Diagnóstico que realiza exames de RX, Ultrassonografia e Mamografia, um Laboratório Municipal que realiza exames laboratoriais, e um Pronto Atendimento Municipal 24 horas para atendimento as Urgências e Emergências.

A rede de atenção à saúde do município está bem ajustada às suas necessidades e ainda atende municípios limítrofes, em especialidades básicas.



### **3 Objetivo**

Elaborar um instrumento de sistematização da visita domiciliar para o Agente Comunitário de Saúde.

#### 4 Metodologia

Neste trabalho optou-se por fazer uma revisão narrativa da literatura nacional, sem delimitação do período de busca para possibilitar a utilização de vários artigos de diferentes fontes sem, contudo, perder a concretude do trabalho.

Rother (2007) destaca que a revisão narrativa permite o uso de dados e artigos de publicação ampla, apropriados a descrever e discutir o desenvolvimento de determinado tema do ponto de vista conceitual. É, portanto, uma análise da literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas ou não para interpretação de um dado fenômeno.

Foi realizada a busca de artigos em diferentes fontes direcionada para o tema proposto.

Definiu-se, *a priori*, pesquisar nos bancos de dados a partir dos seguintes descritores: Visita domiciliária, visita domiciliar e cuidado no domicílio.

Tratando-se de um procedimento realizado pelos serviços de saúde desde o século passado, a busca de artigos não se prendeu ao ano de publicação. A priorização foi dada para publicações que tinham, na sua essência, as discussões sobre visita domiciliária.

## 5 Revisão Bibliográfica

### 5.1 Breve Histórico sobre a Visita Domiciliar no Brasil

A visita domiciliária no Brasil teve início no ano de 1919, por meio do Dr. J.P. Fontelle, com uma proposta que abordava a educação sanitária e a real necessidade de formação de enfermeiras visitadoras, sugerindo, desta forma, a criação do serviço de visita domiciliária. No ano de 1921, por intermédio de Carlos Chagas, chega ao Rio de Janeiro um grupo de enfermeiras americanas, com a finalidade de realizar um treinamento de visitadoras, que deveriam prestar assistência nos domicílios, nos aspectos de higiene, do controle de enfermidades e cuidados com a saúde. Simultaneamente a esse curso foi criado na cidade de São Paulo, o Curso de Educadora Sanitária vinculado a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, que tinha as mesmas finalidades. (SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008).

Durante um período da história, a visita domiciliária era vista como pouco resolutiva, sem fundamentação científica e inapropriada à posição social ocupada por médicos sanitaristas, tornando a enfermeira de saúde pública a principal executora desse modelo de assistência.

Neste período, a visita domiciliária era utilizada para desenvolver ações curativas e fiscalizadoras, com a finalidade de modificar o perfil epidemiológico daquela época, caracterizado por epidemias de doenças infecciosas que assolavam o país.

Na década de 40 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com instalação de Unidades Mistas de Saúde em 12 estados da federação, sendo essas principalmente os estados da região norte e nordeste e algumas em Minas Gerais o curso de visitadoras sanitárias foi instituído com a finalidade de treinar visitadoras para atuarem nos postos de higiene estabelecidos e mantidos pelo SESP (SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008).

Além da formação profissional, as alunas recebiam também noções de educação doméstica, atuando nas atividades de copa, cozinha, rouparia, arrumação e limpeza geral das casas, mercado, quintal, horta, criação de aves e acompanhando o trabalho dos serviçais (SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008). Era uma característica da época, prestar esse tipo de auxílio às famílias a fim de mudar a realidade familiar e propor melhorias sanitárias.

Na década de 50 até a de 70, a visita domiciliária não teve grande destaque, visto que naquela época a saúde não era um direito de todos, e nem tão pouco, um dever do estado. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, que apesar de ter sido um marco histórico não garantiu o acesso à saúde de forma universal. Com a necessidade de uma reformulação na Saúde pública, acontece a reforma sanitária, movimento constituído pelos diversos segmentos da sociedade na busca de um sistema público que atendesse aos anseios no que diz respeito ao processo saúde-doença, buscando garantir uma assistência universal, integral e equânime a toda a população (SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008).

Com a promulgação da nova constituição brasileira em 1988 criando o Sistema Único de Saúde (SUS), definindo a saúde como um direito constitucional e com a lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990) definindo as regras do funcionamento do SUS possibilitou que, em 1991 a proposta do PACS, fosse institucionalizada, já que as experiências com o trabalho de laicos vinham-se mostrando promissor, principalmente na região nordeste do país. Esses trabalhadores tinham como função primordial a redução da mortalidade materna e infantil por meio da assistência às famílias e tinham como instrumento de aproximação com as famílias as visitas domiciliares.

Em 1994, o Ministério da Saúde normatiza a criação do PSF e incorpora as experiências dos ACS no cotidiano do trabalho das equipes de saúde e estabelece as ações a serem realizadas pelos mesmos (BRASIL, 2006).

A visita domiciliária é, portanto, um conjunto de ações voltadas para o atendimento das pessoas que compõem uma família, em seu domicílio,

visando prestar orientações acerca das suas condições de saúde ou mesmo levando informações sobre saúde e também da oferta de serviços de saúde realizada na UBS de referência (SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008). Hoje a visita domiciliária é ferramenta mais importante do trabalho do ACS e propõe uma nova dinâmica de estruturação dos serviços de saúde, buscando uma relação proativa com a comunidade e fazendo com as famílias desenvolvam o sentimento de pertencimento em relação ao serviço de saúde da sua área de abrangência.

## 5.2 A visita domiciliária no contexto da estratégia saúde da família e de agentes comunitários de saúde

No processo de trabalho da equipe de saúde da família está prevista a visita domiciliária como uma forma de instrumentar os profissionais sobre o conhecimento da realidade onde vivem as famílias; possibilitar o estabelecimento de vínculos com as mesmas e, ainda, orientar o atendimento às diferentes necessidades de saúde emanadas pelas famílias, preocupando-se com realidade local do cenário familiar (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

A entrada no domicílio pelo ACS é uma forma de emponderar esse trabalhador sobre as condições socioeconômicas, culturais, de higienização do domicílio e sobre as formas que essa família luta para a sua sobrevivência na sociedade.

Portanto, segundo Giacomozzi e Lacerda (2006) a contexto familiar deve ser visto não apenas como um espaço físico, mas local de amplas relações de busca soberania para sobreviver, produzir e reproduzir dentro do âmbito privado para poder se relacionar no espaço público.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) preconiza que o ACS realize no mínimo uma visita domiciliária por família da área de abrangência ao mês e, quando necessária pode ser ofertada mais de uma, de acordo com as condições de saúde de cada família. O ACS também, por meio das visitas, pode direcionar o acompanhamento domiciliar das famílias pelos demais membros da equipe de

saúde. Para isso, é importante que o ACS tenha um instrumento onde possa relatar as informações das visitas realizadas.

Azaredo, *et al.* (2007, p. 744) comentam que o acompanhamento dos ACS no seu território-área por meio das visitas domiciliares

Representa um componente facilitador para a identificação das necessidades e racionalização do emprego da atenção domiciliar, considerando que esses profissionais observam a situação no domicílio e o comportamento das famílias, conversam com as pessoas para aprofundar o conhecimento sobre a situação observada, orientam sobre atitudes promotoras e protetoras de saúde, encaminham para atendimento programado ou não (consultas, vacinas) e informam para os outros profissionais da equipe as situações de maior risco.

A visita domiciliária é, portanto, um instrumento para a prática de saúde coletiva e destaca-se como uma ferramenta de excelência na estratégia saúde da família porque possibilita conhecer o cenário social em que vive cada família e, ainda, fazer as intervenções com vistas a melhorar a qualidade de vida da população adscrita do território da equipe.

### 5.3 Atribuições das Equipes de Saúde da Família

Segundo Portaria Ministerial nº 648 de 28 de Março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). (BRASIL, 2006, p. 42), são atribuições comuns a todos os profissionais inseridos na Equipe de Saúde da Família:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações,

priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;

III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;

XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

XII - participar das atividades de educação permanente; e

XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Vale ressaltar a importância da interação entre a equipe, onde todos profissionais devem partilhar, discutir e planejar as intervenções individuais e coletivas, a fim de proporcionar melhorias e qualidade de vida aos usuários da área de atuação.

### 5.3.1 Atribuições do Agente Comunitário de Saúde

São atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde de acordo com a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006, p.43):

- I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
- IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
- VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e



VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

Nota: É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

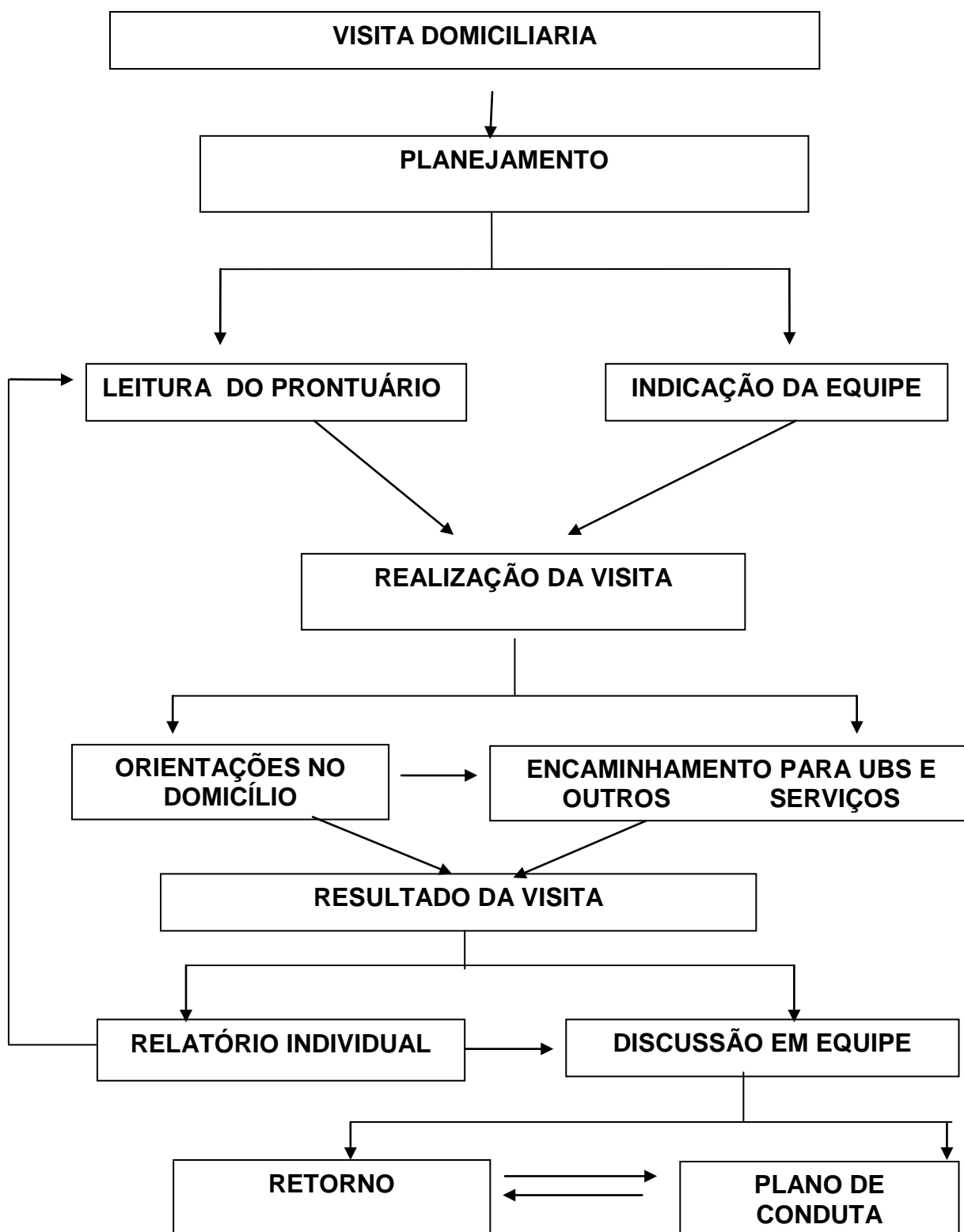
O ACS é considerado o elo entre os profissionais da equipe e a comunidade, desempenhando um importante papel de busca de informações junto às famílias e de compartilhamento junto à equipe.

Este elo faz com que o ACS se torne à referência em saúde na comunidade.

### 5.3.2 Proposta de sistematização da visita domiciliar do ACS

Para reorganizar o processo de trabalho do ACS objetivando melhorá-lo e, ao mesmo tempo, dar maior visibilidade ao seu trabalho junto às famílias de sua área de abrangência, é importante a implementação de instrumentos que possam facilitar a expressão do fazer desses trabalhadores. É oportuno definir um espaço no qual esses trabalhadores possam sistematizar o seu trabalho permitindo assim que os profissionais da equipe compartilhem as informações trazidas pelo ACS sobre as famílias visitadas.

O esquema apresentado, busca sistematizar o processo de elaboração, execução e fechamento da visita domiciliar pelo ACS, dentro da sua unidade de produção de serviço de saúde.

**SISTEMATIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR DO ACS**

### 5.3.3 Planejamento da visita domiciliária

A visita domiciliária realizada diariamente pelo ACS tem uma função primordial no acompanhamento das famílias pelas equipes de Saúde da Família nos territórios de atuação das mesmas.

O Ministério da Saúde diz que:

{...} ser Agente é ser o elo entre as necessidades de saúde da população e o que pode ser feito para melhorar suas condições de vida. É ser a ponte entre a população e os profissionais e serviços de saúde. O agente comunitário é o mensageiro de saúde de sua comunidade (BRASIL 1991).

O ACS deve planejar sua atuação junto à comunidade, de forma a atender às necessidades da mesma e aproveitar ao máximo o tempo de trabalho, com o intuito de promover mudanças na comunidade de forma positiva. É um momento oportuno para a comunidade dialogar com o serviço de saúde incorporar conceitos sobre o processo saúde-doença.

Para o planejamento da visita domiciliária considera-se como primeiro passo, o conhecimento da microarea, onde o do ACS irá realizar suas atividades a partir de prioridades estabelecidas, por classificação de risco.

Reforçando a importância da visita domiciliária, a ser realizada pelo ACS, o Ministério da Saúde comenta que

{...} é saber quem são as pessoas, como vivem, seus costumes, quantos são na casa, como se servem de água, luz, transporte, como se divertem como se organizam. É procurar aprender como as pessoas cuidam de sua saúde, como tratam de suas doenças (BRASIL 1991, p.28.).

Por isso, é importante que o ACS tenha a Ficha A (Ficha de cadastro familiar) de todas as famílias de sua microárea atualizada e com todas as informações completas.

Após o cadastro e conhecimento da microárea de atuação, o ACS deverá conhecer por meio da leitura do prontuário familiar, a situação de saúde dos indivíduos que conformam a família, discutindo com demais membros da equipe os dados encontrados a fim compreender e classificar o Risco Familiar.

Com o objetivo de minimizar o dilema com relação a quem visitar primeiro, e como privilegiar famílias de maior risco, sem perder a qualidade da atenção as famílias de menor risco, foi criada a escala de risco familiar, na qual é realizada a revisão dos critérios de preenchimento da Ficha A, com especial atenção aos critérios clínicos X critérios socioeconômicos. (COELHO; SAVASSI, 2004).

O Plano Diretor de Atenção Primária a Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (PDAPS) em fase de implementação nos municípios mineiros, disponibiliza na Oficina 3 – Diagnóstico Local – um modelo prático de classificação de risco familiar (MINAS GERAIS, 2008). De acordo com a classificação da família, o ACS poderá priorizar suas visitas, conforme a necessidade de cada uma delas.

PONTUAÇÃO FINAL PARA CLASSIFICAÇÃO POR GRAU DE RISCO		CRITÉRIOS SÓCIO-ECONÔMICOS				
		Nenhum dos fatores de risco	Presença de um dos fatores de risco	Presença de dois fatores de risco	Presença de três fatores de risco	
P		0	1	2	3	
CRITÉRIOS CLÍNICOS	Nenhum dos componentes tem alguma condição ou patologia crônica	0	0	1	2	3
	Apenas 1 dos componentes tem 1 patologia ou condição crônica	1	1	2	3	4
	2 ou mais componentes têm 1 patologia ou condição crônica	2	2	3	4	5
	1 ou mais componentes têm concomitantemente 2 ou mais condições ou patologias crônicas	3	3	4	5	6

Fonte: ESPMG 2008

PONTUAÇÃO TOTAL	GRAU DE RISCO
0	Sem Risco
1	Risco Baixo
2 - 3	Risco Médio
≥ 4	Risco Alto

Fonte: ESPMG 2008

Após a realização da classificação de risco familiar, juntamente com a equipe, o ACS pode realizar a visita domiciliária, com os instrumentos de cadastro e acompanhamento – Ficha A e Fichas B – a partir de então será possível intervir em condições adversas, que podem estar prejudicando a saúde do indivíduo e da sua família.

Durante as visita domiciliária, o ACS busca interação com o indivíduo e a família, atuando nos condicionantes do processo saúde-doença por meio de orientações individuais e coletivas. É importante lembrar que, o ACS não realiza diagnóstico clínico de patologias, mais orienta quanto aos cuidados que devem ser tomados para que as patologias crônicas não sejam agravadas com quadros agudo, ou que uma gravidez não se torne um risco para a saúde da mulher e da criança.

Conforme o andamento da visita domiciliária, o ACS poderá encaminhar o indivíduo, ou grupo familiar, para a equipe de saúde da família, visando uma intervenção multiprofissional ou para outros setores do município que poderão dar suporte as demandas do grupo familiar.

Para orientar os registros do trabalho do ACS durante a visita, foi elaborado um roteiro das ações do ACS realizadas durante a visita domiciliária. Esse instrumento será testado pelos trabalhadores visando receber as sugestões, e posteriormente será apensado ao prontuário da família do município.

### 5.3.4- ROTEIRO DE VISITA DOMICILIÁRIA PARA O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

1.Nº do Prontuário:

2. Nome do responsável pela família:

3. Classificação do risco social da família:

4. Definição da visita:     Rotina         priorização da equipe

5. Finalidade da visita:

fazer cadastro e/ou atualizar cadastro

atender solicitação da família

levar medicamentos e/ou agendamento de atividades na UBS

conferir cartão de vacinas

busca de faltosos as atividades programadas na UBS

conferir a agenda de exame preventivo

visita a recém nascido e a puérpera

acompanhar a dinâmica familiar

6. Descrever as atividades realizadas durante a visita domiciliária:

7. Descrever os encaminhamentos realizados após a Visita domiciliária (para a UBS e/ou outros serviços)

8. Plano de acompanhamento da família:

## 6. Considerações Finais

A inserção dos ACS na Atenção Primária à Saúde vem ganhando cada vez mais destaque devido ao importante papel que desempenham junto às Equipes de Saúde da Família.

Considerando a atuação do ACS, vale salientar que são trabalhadores de extrema importância para o trabalho da equipe, pois eles entram em contato com diferentes demandas de problemas de saúde, diariamente, trazendo até a equipe as necessidades identificadas na comunidade com vistas a buscar resolução para as mesmas.

Por isso vimos a necessidade de organizar de forma sistematizada o trabalho do ACS, tendo como base a Visita Domiciliária, por ser a sua principal função dentro do serviço de saúde da rede municipal.

A proposta de um Roteiro de Visita Domiciliária para o Agente Comunitário de Saúde visa direcionar a visita às necessidades reais das famílias, buscando por meio de um instrumento simples, captar o maior número de informações possíveis para a intervenção multiprofissional proposta pela Estratégia de Saúde da Família, e assim, garantir a continuidade da assistência.

O Roteiro será testado pelos Agentes Comunitários de Saúde das equipes de Saúde da Família do município de Formiga-MG, com a supervisão dos enfermeiros, que irão, juntamente com os Agentes, avaliar a aplicabilidade do instrumento na prática diária das visitas domiciliares. Após a avaliação, se necessário, o instrumento poderá ser modificado conforme as necessidades identificadas.

Com certeza, esse roteiro não é um instrumento rígido, mas irá ajudar na sistematização do trabalho dos ACS e mostrar outra produção do trabalho oculto do Agente Comunitário de Saúde.



## Referencias

AZEREDO, C. M.; COTTA, R. M.; SCHOTT, M.; MAIA, T. de M.; MARQUES, E. S. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do programa saúde da família. **Cienc. Saúde coletiva**. v.12, n.3:743-753, maio/jun. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. **Manual do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 648 de 28 de março de 2006, que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). ..disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria\\_648\\_28\\_03\\_2006.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf) (acessado em: out/2009).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1886/GM18 de dezembro de 1997. que dispõe sobre: Aprova as normas e Diretrizes do Programa de Agente Comunitário de Saúde e do Programa de Saúde da Família...Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria1886\\_18\\_12\\_97.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf) (acessado em: out/2009).

BRASIL. Lei nº 8.008 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm) (acessado em: out/2009)

COELHO, F. L. G; SAVASSI, L. C. M.. **Aplicação da Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Brasil, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004 disponível em <http://www.slideshare.net/leosavassi/escala-de-risco-familiar-escala-de-coelho>

FARIA, H. P. de; WERNECK, M. A. F; SANTOS, M. A. dos; TEIXEIRA, P. F. Processo de trabalho em saúde. NESCON/UFMG. 2.ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 68p.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M.R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia saúde da família. **Texto e Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006 out-dez; 15(4): 645-53.

MINAS GERAIS Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Plano Diretor de Atenção Primária a Saúde: Redes de Atenção à Saúde**. Escola

de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: ESPMG, 2008 (Guia do Participante).

ROTHER, E. D. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paul. Enferm.** vol.20, n.2. São Paulo, abr/jun, 2007.

SANTOS, E M.; KIRSCHBAUM, D. I. R. A Trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2008; 10 (1): 220-227. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/ni/v10nia20.htm> apud BASTOS NCB.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J.; SOARES, S. M. Práticas educativas em atenção básica à saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo e comunidade. Belo Horizonte: Editora UFMG, NESCON/UFMG, 2009, 72p.