

Visitas domiciliares na estratégia da saúde da família: situação na unidade básica de saúde da família do Jardim Guanabara I – Goiânia, Goiás.

Home visits in family health strategy: situation in basic family health unit Jardim Guanabara I – Goiânia, Goiás.

Visitas domiciliarias en la estrategia de salud de la familia: situación en la unidad básica de salud familiar Jardin Guanabara I – Goiânia, Goiás.

Gabriela Cristina Ferreira Borges¹
Rômulo Mendes Silva¹
Cindy Fernandes Melo Alves¹
David Carvalho Resende¹
Gustavo Santana de Lima¹
Bianka de Oliveira Silva¹
Diego Araujo Silva¹

RESUMO

Introdução: A meta recomendada pela Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, é de no mínimo uma visita por mês como referencial, todavia essa frequência é totalmente moldável e levando-se em consideração os critérios de risco e vulnerabilidade, de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes. **Objetivo:** Analisar a frequência das visitas domiciliares realizadas pelas equipes da unidade de saúde e a observância do preconizado pelas diretrizes da Estratégia de Saúde da Família. **Material e Métodos:** Através de uma pesquisa quantitativa do tipo ecológico, foram utilizados prontuários de

atendimento da Unidade de Atenção Básica da Saúde da Família (UABSF) do setor Jardim Guanabara I, em Goiânia, Goiás, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2011, e Fichas A das quatro equipes de saúde da família existentes na região. A amostra utilizada foi composta por 1.798 famílias cadastradas na unidade. **Resultados e Discussão:** Das 1.798 famílias avaliadas, constatou-se que 115 receberam visitas domiciliares e 1683 não receberam, no período analisado. Constatou-se ainda que as 115 famílias visitadas receberam 174 visitas domiciliares no período. **Considerações finais:** Os dados fornecidos pela unidade não são suficientes para analisar a frequência das visitas de forma fidedigna. Contudo, ficou patente que nem todas as visitas domiciliares são registradas num único documento de controle pertencente à unidade. Seria, portanto, necessário corrigir as falhas da unidade de saúde, a fim de concentrar-se nas exigências da portaria ministerial, uma vez que há uma baixa frequência de visitas. Com isso, é possível melhorar o desempenho da estratégia

¹Universidade Federal de Goiás - Faculdade de Medicina

de saúde da família naquela unidade de saúde.

Palavras-chave: Visita Domiciliar; Saúde da Família.

ABSTRACT

recommended by Ordinance No. 2488, of October 21, 2011, is at least one visit per month as a reference, this frequency is completely moldable and taking into account the criteria of risk and vulnerability, so that families with the greatest need are visited more often. **Objective:** To analyze the frequency of home visits by the teams of health unit and observance of the guidelines recommended by the Family Health Strategy. **Methods:** Through a quantitative study of the ecological type, were used medical charts Unit of Primary Care Family Health (UABSF) in Jardim Guanabara I, in Goiânia, Goiás, from January 2009 to December 2011, and the data sheets A of the four teams of family health in the region. The sample consisted of 1798 families enrolled in the unit. **Results and Discussion:** It was found that 115 of the 1,798 families surveyed received home visits and 1683 were not received during the period analyzed. It was also found that the 115 households visited received 174 home visits during the period. **Conclusion:** The data provided by the unit are not sufficient to analyze the frequency of visits reliably. However, it was evident that not all home visits are recorded on a single control document belonging to the unit. Therefore, it would be necessary to correct the failures of the health unit to focus on the requirements of the ministerial order, because there is a low frequency of visits. With this, is possible improve the performance of the health strategy at that unity of family health.

Keywords: Home Visit; Family Health.

RESUMEN

Introducción: El objetivo recomendado por la Ordenanza N ° 2488, de 21 de octubre de 2011, es de por lo menos una visita al mes como referencia, sin embargo, esta frecuencia es completamente moldeable y teniendo en cuenta los criterios de riesgo y vulnerabilidad, de modo que las familias con mayor necesidad son visitadas con mayor frecuencia. **Objetivo:** Analizar la frecuencia de las visitas a domicilio por los equipos de servicio de salud y el cumplimiento de las directrices recomendadas por la Estrategia Salud de la Familia. **Métodos:** A través de un estudio cuantitativo de tipo ecológico, se utilizaron los registros médicos de la Unidad Primaria de Salud de Atención Familiar (UPSF) Jardim Guanabara sector I, en Goiânia, Goiás, a partir de enero de 2009 a diciembre 2011 y las Fichas A del paciente de las cuatro equipos de salud de la familia existentes en la región. La muestra estuvo constituida por 1798 familias inscritas en la unidad. **Resultados y Discusión:** De las 1.798 familias encuestadas, se encontró que 115 recibieron visitas domiciliarias y 1683 no recibieron, en el período analizado. Constatase también que 115 familias recibieron 174 visitas durante las visitas domiciliarias. **Conclusión:** Los datos proporcionados por la unidad no son suficientes para analizar la frecuencia de las visitas de forma fiable. Sin embargo, estaba claro que no todas las visitas a los hogares se registran en un documento de control único que pertenece a la unidad. Por tanto, sería necesario corregir las fallas de la unidad de salud con el fin de centrarse en los requisitos de la orden ministerial, ya que existe una baja frecuencia de visitas.

Con esto, és possible mejorar el rendimiento de la estrategia de salud familiar en la región analizada.

Palabras clave: Visita Domiciliaria; Salud de la Familia.

INTRODUÇÃO

Pelos atos normativos oficiais, a Atenção Básica trata o sujeito de maneira particular, levando em consideração a sua inserção sociocultural, tendo como objetivo alcançar a atenção integral que impacte nos determinantes e na qualidade da saúde coletiva ¹. Com o intuito de produzir esse e outros efeitos, é caracterizada por um conjunto de ações de saúde que abrangem prioritariamente a promoção da saúde e a prevenção de agravos. A atenção básica, constituída por profissionais da área da saúde, tem a finalidade de possibilitar que toda a população determinada tenha acesso universal e contínuo a serviços de saúde através do vínculo e da responsabilidade estabelecida entre o usuário e um membro da equipe, além de estimular a participação dos usuários, para que possam usufruir daquilo que lhes é de direito. Assim, a atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além da prática curativa ^{1,2,3}.

A Carta de Ottawa, em 1986, já recomendava que as estratégias e programas que visem à promoção da saúde deveriam adaptar-se às necessidades locais e atuar a partir das possibilidades existentes. Isto remete ao fato de a Estratégia Saúde da Família (ESF) trabalhar com uma população adscrita, o que requer

profissionais capazes de (re) conhecer o cenário de vida, onde sua clientela vive e se relaciona. As visitas domiciliares são instrumento para a promoção da saúde, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde ².

A ESF tem como objetivo tornar mais acessível os serviços de saúde aproximando-os das pessoas, com o objetivo de resolver a maior parte dos problemas de uma comunidade, com a pretensão de cuidar integralmente dos grupos sociais, incluindo o ambiente interno e externo. Portanto, a visita domiciliar não tem somente a intenção de promover ou tratar da saúde do indivíduo na família, mas requer a definição de prioridades e identificação de sinais no corpo e no ambiente que podem constituir-se em fatores de risco para a saúde da família ².

O regramento vigente determina que uma equipe mínima da ESF seja composta por um médico, um enfermeiro, auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde¹. Outros profissionais como odontólogos, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais são importantes, mas não são obrigatórios. A equipe tem como atribuições atender às necessidades de saúde de cada indivíduo e das famílias que integram, garantindo assim a atenção à saúde. A manutenção da atualização do cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da unidade, além da realização de visitas domiciliares, no mínimo uma vez por mês a todas as famílias da região, constituem um fator indispensável ao sucesso da estratégia. Vale ressaltar que apesar de ser recomendada pela Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011, a média de no mínimo uma visita mensal, essa frequência é totalmente moldável e deve ser analisada e discutida em conjunto pela equipe ^{1,4}, levando-

se em consideração os critérios de risco e vulnerabilidade, de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes.

Há tentativas de se classificar as visitas de acordo com os seus papéis, como foi feito pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis⁴, que divide as visitas em “visita chamada”, que é realizada na casa do indivíduo ou família quando este apresenta um tipo de limitação e que não pode se deslocar até à unidade, “visitas periódicas”, que são feitas a indivíduos ou famílias que necessitam de acompanhamento periódico, “busca ativa”, que é a busca de indivíduos ou famílias faltosas, “internações domiciliares”, que são utilizadas por indivíduos ou famílias que optaram por realizar o tratamento em casa (mais comumente utilizada em casos de pacientes com câncer em estágio terminal), “visitas preventivas”, que são visitas a puérperas, recém-nascidos, pessoas com doença contagiosa, coleta de sorologia, entre outros. “cadastramento”, que envolve o preenchimento das Fichas de cadastramento familiar (ficha A)², confirmação de endereço. As visitas devem seguir a Escala de Coelho³, que é uma escala de risco familiar baseada na ficha A, determinando um escore de

2 A Ficha A é preenchida nas primeiras visitas que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) faz às famílias de sua comunidade. Deve ser preenchida uma ficha por família. As informações recolhidas - identificação da família, cadastro de todos os seus membros, situação de moradia e outras informações adicionais - permitem à equipe de saúde conhecer as condições de vida das pessoas da sua área de abrangência e melhor planejar suas intervenções.

3 A Escala de Coelho é um instrumento de estratificação de risco familiar, desenvolvido no município de Contagem-MG. Aplicado às famílias adscritas a uma equipe de saúde, pretende determinar seu risco social e de saúde, refletindo o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar.

prioridades^{5,6}.

O presente estudo foi realizado por um grupo de acadêmicos de Medicina do 1º ano da Universidade Federal de Goiás que acompanhou, durante o ano de 2012, as atividades realizadas na Unidade de Atenção Básica da Saúde da Família (UABSF) do Jardim Guanabara I, localizada no município de Goiânia – GO.

OBJETIVO

O objetivo geral deste trabalho é analisar se a frequência das visitas domiciliares realizadas pelas equipes da unidade de saúde em estudo, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2011, condiz com o preconizado pelas diretrizes da Estratégia de Saúde da Família. São objetivos específicos: a) conhecer os motivos de cada visita. b) identificar quais profissionais de saúde as realizaram.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quantitativa do tipo ecológico realizada na UABSF do Jardim Guanabara I. Segundo o censo do IBGE (2000)⁷, o Jardim Guanabara I abriga 15.888 pessoas. Constatamos que 12.210 (67%) pessoas estão cadastradas na unidade de saúde, o que significa que aproximadamente 33% dos habitantes da comunidade não estão cadastrados pela unidade de saúde do Jardim Guanabara I. A unidade possui 3.213 famílias adscritas.

A amostra utilizada foi composta por 1.798 famílias cadastradas na unidade, analisando-se as visitas realizadas no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2011. Foram utilizadas as

seguintes fontes secundárias: prontuários de atendimento da unidade e Fichas A das quatro equipes de saúde da família ali existentes.

Das anotações manuscritas, constantes dos documentos levantados, foram coletadas informações referentes às visitas domiciliares realizadas pelos profissionais de saúde da unidade, buscando responder às seguintes questões: qual a frequência com que as famílias receberam visitas domiciliares no período em estudo? Quais as razões que motivaram essas visitas? Que ações foram realizadas e qual o profissional as realizou por ocasião das visitas domiciliares? Além disso, analisou-se a porcentagem da população do Jardim Guanabara I cadastrada pela unidade. Ressalte-se ainda que a identidade dos pacientes e dos profissionais foi totalmente preservada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo os arquivos de registro da unidade, esta possui 3.213 famílias cadastradas⁸. Desse total, 1.798 (56%) foram avaliadas e constatou-se que, destas, 115 receberam visitas

domiciliares no período entre janeiro de 2009 e dezembro de 2011, e 1.683 não. Constatou-se ainda, que as 115 famílias visitadas receberam 174 visitas domiciliares durante o período estudado.

Ramos (2009)³ relata que a visita transmite informações muito valiosas, pois demonstra a maneira com que as pessoas dividem os espaços, e revela o limite de privacidade. Além disso, diferencia visita domiciliar de assistências domiciliares, e ambas são encaixadas na atenção domiciliar.

As visitas domiciliares realizadas pela unidade em estudo são feitas apenas pela equipe mínima, contudo os dados revelam que nem todas as visitas domiciliares são registradas num único documento de controle pertencente à unidade. Por conseguinte, não há considerações de se afirmar que a unidade atende o número mínimo de visitas exigido.

O Gráfico 1 mostra nitidamente que houve um incremento do número de visitas ao longo do período analisado.

Gráfico 1- Distribuição do número de visitas domiciliares realizadas na UABSF do Jardim Guanabara I, de janeiro de 2009 a dezembro de 2011, na amostra analisada.

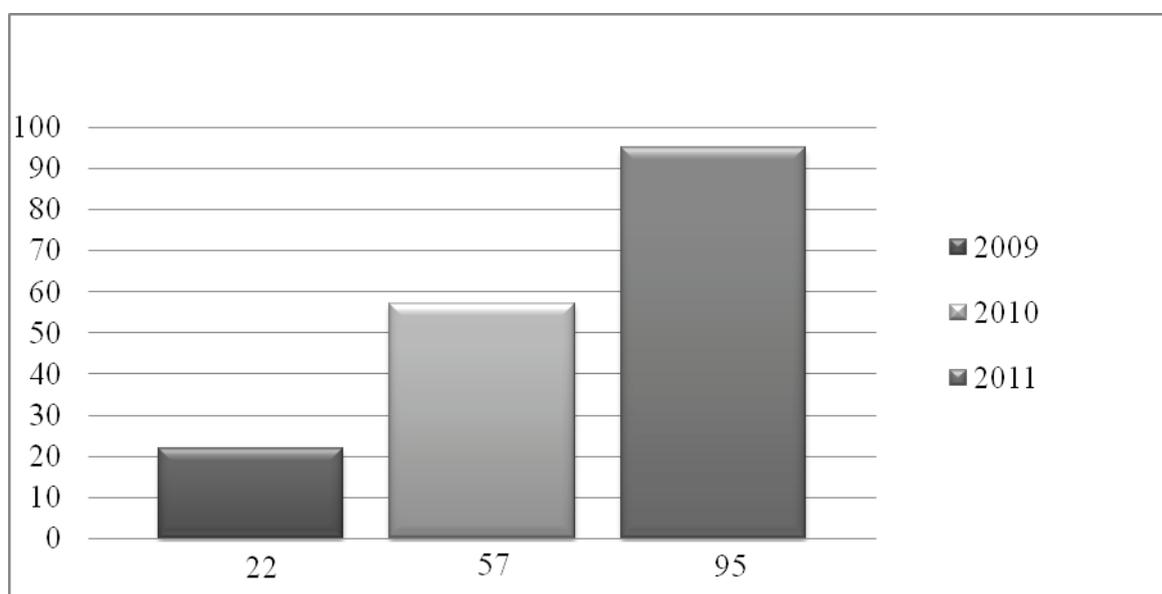


Tabela 2: Distribuição dos motivos geradores das visitas domiciliares realizadas pela UABSF do Jardim Guanabara I, 2009-2011, na amostra analisada.

Acompanhamento do paciente, orientação, medicamentos, resultado, dieta, apoio, verificação de exames, etc	35
Puérpera, acompanhamento pós- parto, recém-nascido etc	34
Realização e/ou troca de curativos.	17
Acompanhamento pré e pós- cirúrgico.	13
Não há relatos do que foi feito na visita.	10
Vacinação. Ex.: H1N1	10
Paciente ausente.	9
Paciente com hipertensão.	8
Quedas e lesões.	8
Orientação do paciente que se recusa a fazer tratamento e/ou utilizar a medicação	7
Paciente com Alzheimer.	5
Paciente com queixa de dor inespecífica.	5
Paciente com diabetes.	4
Acompanhamento psiquiátrico.	3
Paciente com úlcera.	3
Paciente com DPOC.	3
Paciente com Hanseníase.	2
Paciente com queixa de cefaléia.	2
Acompanhamento realizado pelo cardiologista.	2
Paciente com câncer de próstata.	1
Paciente sofreu AVC.	1
Paciente com diarreia e febre.	1
Paciente com doença de Parkinson.	1

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos motivos geradores das visitas domiciliares.

A Tabela 3, por sua vez, apresenta a frequência de realização de visitas domiciliares por categoria profissional.

Importante sublinhar que em 38 visitas

domiciliares (21,8%), não houve registro sobre o profissional que efetuou o atendimento, o que denota falha no preenchimento dos relatórios da unidade, deixando assim de contar com informações importantes para o acompanhamento da população a ela adscrita.

Tabela 3- Frequência das visitas domiciliares por categoria profissional da UABSF do Jardim Guanabara I, 2009-2011, na amostra analisada.

Médico	37	21,3%
Enfermeira	70	40,2%
Médico e Enfermeira	19	11%
Enfermeira e Auxiliar de Enfermagem	2	1,1%
Médico e Auxiliar de Enfermagem	2	1,1%
Agente Comunitário de Saúde e Médico	2	1,1%
Agente Comunitário de Saúde, Médico e Enfermeira	2	1,1%
Agente c. de saúde	1	0,6%
Agente Comunitário de Saúde, Médico e Auxiliar de Enfermagem	1	0,6%
Sem informações	38	21,8%

A análise dos dados constantes da Tabela 4 mostra um incremento bastante importante na participação de médicos (316,6%) e enfermeiras (410%) no número de visitas realizadas no período em estudo.

Tabela 4 - Distribuição do número de visitas realizadas por categoria profissional, na UABSF do Jardim Guanabara I, 2009-2011, na amostra analisada.

	2009	2010	2011
Médico	6	12	19
Enfermeira	10	19	41
Médico e Enfermeira	2	6	11
Enfermeira e Auxiliar de Enfermagem	0	0	2

Médico e Auxiliar de Enfermagem	0	0	2
Agente Comunitário de Saúde e Médico	1	0	1
Agente Comunitário de Saúde, Médico e Enfermeira	0	0	2
Agente Comunitário de Saúde	0	0	1
Agente Comunitário de Saúde, Médico e Auxiliar de Enfermagem	0	0	1
Não houve do registro profissional	3	20	15

CONCLUSÃO

Pôde-se constatar a existência de uma série de falhas nos registros de visitas domiciliares nos prontuários da unidade, tais como a ausência de informações sobre as datas de sua realização, os motivos que as determinaram e quais os profissionais envolvidos. Além dessas limitações, não foi possível ter acesso aos registros das visitas dos agentes comunitários, pelo fato de que tais informações não estão registradas na unidade de saúde, mas fazem parte de um controle realizado pelos próprios agentes de saúde, que desconhecem a importância do cômputo e do arquivamento dessas informações.

Outro problema o qual nos deparamos diz respeito ao fornecimento de dados atuais a respeito da população que ocupa o Jardim Guanabara I, que serviria de base para analisarmos o percentual de famílias adscritas à unidade. A superintendência do Distrito Sanitário da Região Norte, que é orientada a coletar essa informação por meio de agentes comunitários, não apresentou registro dessas informações alegando a indisponibilidade de agentes suficientes para a realização

dessa pesquisa. Isso indica uma deficiência no estabelecimento da universalização da cobertura e do acesso da população aos serviços de saúde. Segundo Mazza (1994)⁹, a visita domiciliar envolve ações de orientação, educação, levantamento de possíveis soluções de saúde e fornecimento de subsídios educativos.

Apesar de as visitas terem apresentado um significativo aumento de sua frequência, esta ainda é baixa e, sua realização, episódica. O número de famílias não atendidas é elevado e tal falha precisa ser corrigida. Afinal, a visita domiciliar não tem caráter meramente assistencial, mas reveste-se do papel privilegiado de ser um momento de conhecimento da situação de saúde da família, no geral, e de cada um de seus integrantes, no particular. É naquele momento em que se intensificam as relações de confiança, de respeito e de reconhecimento entre a família e a equipe de saúde, no mais das vezes representada pelo agente comunitário que pertence, ele mesmo, àquela comunidade. O contato dos profissionais com a comunidade consiste, pois, numa das grandes potencialidades da visita domiciliar, que permite conhecer o cotidiano dos pacientes. Essa proximidade possibilita, também, o alcance de informações de extrema importância como já mencionado, permitindo identificar, na comunidade do Jardim Guanabara I, um grande número de pacientes submetidos a condições crônicas.

É preciso, pois, reorientar a prática e adotar a sistematização e o registro acurados das visitas domiciliares, especialmente aquelas realizadas unicamente pelos agentes comunitários de saúde. Somente assim poder-se-á avaliar, objetivamente, o trabalho realizado, seus

resultados, pontos fortes e pontos fracos, corrigindo os rumos e melhorando o desempenho da estratégia de saúde da família na unidade de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. [acesso em 24 out 2011]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>
2. Silva ROL. A visita domiciliar como ação para promoção da saúde da família: um estudo crítico sobre as ações do Enfermeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2009.
3. Mano MAM. Casa de família - uma reflexão poética sobre a visita domiciliar e a produção de conhecimento. Rev APS. 2009; 12(4): 459-467.
4. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Pré-protocolo de atenção domiciliar equipe coordenadora. 2009.
5. Mendonça, MK. Licença, posso entrar? As visitas domiciliares nos programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família e a integralidade [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina; 2008. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-25082008-163059/>.
6. Lage JL, Coelho FLG, Savassi LCM. Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a escala de coelho. No prelo. 2006.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro; 2001. [acesso em 10 nov 2011]. Disponível em: www.ibge.gov.br
8. Acervo pessoal da Unidade de Atenção Básica da Saúde da Família do Jardim Guanabara I. Rua Porto Alegre QD. 31 LT. 13 Jardim Guanabara, Goiânia – Goiás.
9. Mazza MMPR. A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde. Rev. bras. Crescimento desenvolv. Hum. 1994;4(2):60-8.

Artigo apresentado em 26/02/2013

Artigo aprovado em 25/07/2013

Artigo publicado no sistema em: 13/09/2013