

ATENÇÃO E CUIDADO EM SAÚDE NO AMBIENTE FAMILIAR: ASPECTOS DA VISITA DOMICILIAR

Health care in the family environment: household visit features

Ana Lúcia Abrahão¹

RESUMO

A atenção no ambiente familiar vem se constituindo como um dos focos das políticas de saúde no Brasil, com o potencial de tornar-se uma modalidade substitutiva dentro das práticas em saúde. Este artigo tem como objetivo descrever a visita domiciliar a partir de uma leitura crítico-reflexiva da bibliografia sobre a temática, tendo como foco o debate histórico-político. A análise do material aponta uma prática em saúde exercida em um território de muitas disputas, capaz de representar uma mudança nos atos de cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Visita Domiciliar; Saúde da Família; Enfermagem em Saúde Comunitária; Pessoal de Saúde.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, foram crescentes as buscas por estratégias que visem à redução dos custos com ações sociais, incluindo-se a saúde, como reflexo da política neoliberal de redução dos gastos estatais. Os estudos que tomam como objeto os gastos públicos com saúde revelam a existência de uma diferença entre o orçamento destinado à atenção de alta complexidade, concentrada nos hospitais, à de média complexidade e à atenção básica, sendo o primeiro sempre mais elevado que os demais. Entre os gastos hospitalares, aqueles que possuem maior impacto econômico estão relacionados à utilização corrente de tecnologia vinculada ao uso de equipamentos, uma prática que se respalda na hegemonia do modelo hospitalocêntrico e possui baixo impacto nos indicadores de qualidade de vida.

Nesse contexto de busca por diferentes formas de prestação de serviços em saúde, emergem processos de trabalho que figuram como antigos/novos modelos de atenção fora do espaço hospitalar e incluem internação domiciliar, hospital-dia, cuidados domiciliares e visita domiciliar (VD).

ABSTRACT

Health care in the family environment has become one of the targets of Brazilian health policies, with the potential to be developed as a substitutive health practice modality. This article describes the household visit from a critical and reflexive analysis of the bibliography, with the historical-political debate as the focus. The analysis pointed to a health practice performed among many disputes, and with the potential to represent a shift in the care actions.

KEYWORDS: Home Visit; Family Health; Community Health Nursing; Health Personnel.

Em contrapartida, a formulação de políticas e estratégias que pretendem a mudança dos espaços e do modelo de atenção deve, segundo os princípios do sistema de saúde adotado no Brasil, tomar como base as necessidades de saúde da população.

Algumas iniciativas, como o Programa de Saúde da Família, implementado em 1994, hoje denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Programa de Internação Domiciliar, criado pela portaria n. 10.424 de 2002, do Ministério da Saúde¹ e espaços de cuidado paliativos em ambulatorios e no domicílio, instituídos para o cuidado de usuários em tratamento de câncer e patologias crônicas, podem ser consideradas alternativas de atenção fora do ambiente hospitalar.

A prática de saúde no domicílio é tão antiga como a vida em sociedade, e volta, no início do século XXI, a ser vista como uma opção mais próxima da família e, ao mesmo tempo, como a possibilidade de um cuidado singular em outro ambiente que não o hospital. Nesse novo contexto, o cuidado domiciliar, em suas diferentes modalidades, é também percebido como potência renovadora no contexto do

¹ Ana Lúcia Abrahão, Professora, Pesquisadora da EEAAC/UFF, Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica, Doutora em Saúde Coletiva, na área de Gestão e Planejamento em Saúde. E-mail: abrahaoa@ig.com.br

Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, no entanto, faz-se necessário um olhar e um fazer críticos, que considerem em sua análise o potencial controlador desta prática, pois, no desenvolvimento da atividade, a função disciplinadora das práticas sanitárias está presente, principalmente naquelas voltadas às populações com baixo poder socioeconômico.

Para entender o papel das ações no espaço domiciliar, entre as quais se incluem as visitas domiciliares, assim como as perspectivas dessa prática no sistema de saúde, descrevemos a seguir a visita domiciliária, a partir de uma leitura crítico-reflexiva da bibliografia sobre o assunto e tendo como foco o debate histórico-político. Começamos, então, pela discussão dos principais desafios desta prática de atenção oferecida à população brasileira pelo SUS.

Método de investigação

A partir de pesquisa bibliográfica de abordagem quanti-qualitativa, o tema foi discutido e algumas ideias foram interpretadas, pois a visão de mundo do pesquisador e seu campo de estudo estão implicados em todo processo de conhecimento. “A realidade recortada, por sua constante transformação, é mais rica do que o olhar do pesquisador possa apreender”.^{2,14}

O estudo foi feito a partir da consulta a documentos do Ministério da Saúde (MS) e da leitura de livros e artigos. A identificação desses textos baseou-se nas palavras-chave visita domiciliar, saúde da família, enfermagem em saúde comunitária e história da saúde pública, que poderiam estar presentes no título ou resumo de cada trabalho.

O critério de escolha do material foi sua vinculação às bases de dados Scielo e BVS - Biblioteca Virtual em Saúde. Os livros foram selecionados por serem obras que balizam o conhecimento nos campos de saúde coletiva e enfermagem, considerando-se o papel fundamental que esse saber acrescenta a outros trabalhos técnico-científicos dessas áreas.

Para alcançar o objetivo proposto, o estudo percorreu duas etapas: 1) levantamento bibliográfico, partindo das palavras-chave apresentadas; e 2) análise e síntese do material através de leitura exploratória (do material pré-selecionado), leitura seletiva (seleção do material que interessa ao trabalho), leitura crítica (busca de definições conceituais por meio de análise, compreensão e apreciação dos conceitos) e leitura interpretativa (julgamento das afirmações apresentadas).

Para análise e interpretação dos dados, formulou-se a questão que serviu de fio condutor para o melhor entendimento da realidade e o alcance dos objetivos descritos:

quais são os arranjos histórico-políticos que balizam a visita domiciliar no contexto nacional?

O material foi então organizado em um texto que articula o conteúdo recolhido nos livros e artigos com a análise originada da leitura interpretativa, dividindo-se em três blocos. O primeiro apresenta o debate sobre os aspectos históricos da prática de atenção domiciliar no Brasil; o segundo enfoca as modalidades de atenção no domicílio e as políticas de incentivo; e o terceiro oferece uma contextualização da visita domiciliar na Atenção Primária à Saúde.

Pequena história da atenção no domicílio

Os principais e maiores problemas relacionados à manutenção da saúde que os homens enfrentaram ao longo do tempo apresentam estreita ligação com o modo como nos organizamos em sociedade e o ambiente que nos cerca, sendo o tratamento do doente no ambiente domiciliar uma prática comum à vida humana. Na Grécia (443 a.C), foram encontrados relatos históricos de médicos que percorriam vilarejos proporcionando assistência às famílias, de casa em casa, orientando-as sobre a melhoria do ambiente em que viviam e os modos de prover água, a identificação de alimentos adequados ao consumo, bem como o auxílio à incapacidade física. Para os antigos gregos, a saúde estava relacionada a ter “pensamentos sadios, que significavam hábitos de vida saudáveis”.^{3,31}

Em contrapartida, a mesma sociedade cultuava, entre seus muitos deuses, Asclépio, responsável pela cura de doenças e cujo templo é considerado o primeiro hospital da história. Nele, os seguidores de Asclépio recebiam orientações de como tratar doenças por meio do sonho, uma estratégia usada por esse deus para “falar” com seus seguidores. Os templos de Asclépio podem ser vistos como grandes espaços de sonoterapia, mas também como lugares sagrados, onde nascer e morrer não era permitido. Na antiga sociedade grega, o nascer, o morrer e as medidas de promoção da saúde eram práticas restritas ao domicílio e desenvolvidas por diferentes pessoas, de médicos a escravos, já que estes últimos eram os responsáveis pelo cuidado dos doentes no domicílio.

A prática de cuidado, na Idade Média, se realizava em casa, não estando incluídos, como na Grécia antiga, medidas ou incentivos a hábitos de vida saudáveis, quer fossem individuais ou voltados para o coletivo. Na verdade, é apenas a partir da última metade do século XVIII que podemos falar em uma medicina coletiva, social e de cunho educativo. Nesse período, emerge, nos países europeus um movimento de reorganização da economia e da sociedade

que passa a incorporar a medicina como disciplina do Estado. O objetivo é disciplinar, ou seja, controlar os corpos individuais e a coletividade, fortalecendo com isso o próprio Estado nacional em sua disputa, política e econômica, com os demais Estados.⁴

Essa disciplina não estava voltada, originalmente, para o trabalhador. Não tinha a intenção, num primeiro momento, de produzir uma classe trabalhadora dócil que se submetesse ao modo de produção capitalista que começava a se organizar; era, sim, um modo de disciplinar o corpo social. Inicialmente, a questão não era aumentar a produção, ou garantir a submissão do trabalhador aos padrões de produtividade da época, mas fortalecer a nação, o Estado nacional. Para isso, colocava-se a necessidade de uma população disciplinada para a constituição de um Estado forte.⁴

Nesse sentido, o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera, simplesmente, pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. “O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica”.^{4:80}

A medicina social e coletiva nasce então como estratégia não apenas para a formação de trabalhadores aptos e sadios, mas, principalmente, para regular e controlar toda a sociedade. Foi a partir do final do século XVIII, na Alemanha, que se inicia a medicina como prática social e estatal, e esta passa a ser difundida por toda a Europa, incorporando, desde o começo, ações no domicílio. Trata-se de uma prática de base discursiva, com a proposta de controle sobre os hábitos e ações da população, como a quarentena, técnica do século XVIII, empregada pela medicina do Estado alemão com o objetivo de controlar a circulação das pessoas e, conseqüentemente, as epidemias frequentes no período.³

Na Inglaterra, no início do século XIX, foi adotado um plano de treinamento destinado às mulheres de áreas pobres de Londres, de maneira a capacitá-las a cuidar dos doentes em sua própria comunidade. “Sendo essas mulheres da mesma classe social dos usuários, elas seriam, em tese, capazes de realizar um trabalho melhor”.^{3:288} Embora esta iniciativa em particular não tenha continuado, outras propostas surgiram, sempre tendo como combinação o trabalho social, educativo e a assistência em saúde, realizados em visitas sanitárias voltadas para as populações menos favorecidas.

Como podemos perceber, essas práticas sanitárias, constituídas historicamente, estão voltadas, preferencialmente, para as comunidades periféricas, onde habita a população com menor poder econômico. São desta época a figura da polícia sanitária e a percepção de que as boas práticas

individuais e coletivas de higiene deveriam ser difundidas sob o risco de se tornarem uma ameaça à saúde de toda a coletividade, a proliferação dos males causados por uma higiene empregada de forma errônea ou sua ausência. Daí a necessidade de repressão e controle do corpo individual e coletivo e a constituição da medicina social como estratégia biopolítica.⁵ “É o começo de uma prática em que se torna necessário difundir o conhecimento e estimular a ação higienista, a fim de, em última análise, promover mudanças no comportamento de indivíduos e grupos”.^{3:272}

No Brasil, identificamos o começo dessas práticas sanitárias no início do século XX, trazidas da Europa por Oswaldo Cruz, Emilio Ribas, Carlos Chagas, entre outros. Oswaldo Cruz, ao assumir a Diretoria Geral de Saúde Pública, em 1903, priorizou o combate à febre amarela, doença endêmica na época na cidade do Rio de Janeiro.⁶ Uma parte importante da estratégia de combate às doenças transmissíveis eram as visitas domiciliares realizadas por inspetores sanitários. A partir dessas visitas, as residências podiam ser até interditadas, caso se verificasse que estavam em más condições de higiene. “Nas casas, o inspetor sanitário deixava um documento denominado boletim de visita domiciliar, no qual indicava as condições higiênicas encontradas e recomendações, por escrito, de medidas para melhoria sanitária local. Essas visitas visavam, principalmente, às casas de cômodo e habitações coletivas ocupadas pelos pobres”.^{6:57}

Um marco na institucionalização da VD no Brasil ocorre a partir da publicação de um artigo, em 15 de outubro de 1919, por O Jornal, assinado pelo médico J. P. Fontenelle. O texto abordava a educação sanitária e a necessidade de formação de enfermeiras visitadoras, sugerindo a criação deste posto de trabalho, centrado na prevenção.⁵ Em 1920, Amaury de Medeiros inaugura, na Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha, um curso voltado para a formação de visitadoras sanitárias e, no mesmo ano, é criado o serviço de visitadoras no Programa de Profilaxia da Tuberculose, do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Essa iniciativa marca, de forma clara, a inclusão da VD nas atividades de saúde pública no Brasil.⁷

O DNSP se responsabilizava pelas ações de controle sanitário desde sua fundação. Em 1920, sob a presidência de Carlos Chagas e a parceria com a Fundação Rockefeller, houve a inclusão da VD como atividade de saúde pública, com destaque para as ações educativas e de prevenção de endemias. “Carlos Chagas afirmava: a doença advinha, primeiramente, da habitação, das condições de vida dentro de casa. A profilaxia tornava-se necessária, tanto a correção dos defeitos da habitação como a programação de novos

hábitos de higiene entre os ocupantes, o que requeria a formação de profissionais voltados para a educação em saúde. Esse papel seria desempenhado por enfermeiras visitadoras”.^{3,2}

Vale destacar que, em 1922, a enfermeira Ethel Parsons chega ao Brasil, enviada pela Fundação Rockefeller, com o objetivo de estudar a situação da enfermagem no país. O diagnóstico foi uma formação insuficiente para atuar em VD. A missão de Ethel foi alcançada com a expansão, adequação e desenvolvimento de visitadoras sanitárias, um movimento que pode ser considerado uma estratégia, predominantemente, preventiva.⁷

A VD, que, em um primeiro momento, pode ser vista como ação de prevenção e precaução, mais adiante pode ser caracterizada como uma prática marcada pelo extremo controle e vigilância do comportamento e dos hábitos individuais. Um controle sutil sobre o corpo representado pelo discurso higiênico que, no Rio de Janeiro, marca o fato histórico que ficaria conhecido como Revolta da Vacina, movimento popular contra a vacina obrigatória da varíola, que teve início em 10 de novembro de 1904, em resposta às medidas sanitárias implementadas por Oswaldo Cruz. Essa prática sanitária de controle, somada a outras, como a revisão sistemática e rigorosa dos elementos considerados causadores de más condições sanitárias, implicava multas, expedições de intimidação, vistoria de casas, portos, navios.

“As práticas desenvolvidas a partir de Oswaldo Cruz assinalaram, portanto, a criação de um padrão de serviço que ocupará um espaço próprio na estrutura estatal voltada para o problema da saúde. Por meio das ações de saúde pública, o Estado passou a viabilizar condições sanitárias adequadas às novas relações sociais e ao desenvolvimento da capacidade de produção do país”^{6,72}

Assim, um conjunto de medidas calcadas no discurso e na prática higienista passa a figurar no cenário das ações de saúde pública, com o objetivo claro de possibilitar o desenvolvimento produtivo do país, medidas estas que alcançaram êxito em sua contribuição para o fortalecimento do Estado brasileiro.

Na década de 1970, mantendo a orientação de garantir medidas de prevenção de doenças, é implantado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e, na década seguinte, em 1980, foi elaborado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), este último não implantado. Inicialmente, o PIASS foi desenvolvido no Nordeste e, em um segundo momento, nas regiões Norte, Centro-Oeste e Sudeste. Seu objetivo era

ampliar a cobertura da assistência em saúde, atingindo populações até então marginalizadas pelas políticas sanitárias.⁶

Nesse mesmo contexto de ampliação da cobertura das ações de saúde, pode-se considerar, de certa forma, que essas políticas tiveram alguma continuidade em diversas iniciativas de âmbito regional ou local e que se traduziram em programas, utilizando a mesma estratégia de recrutamento de trabalhadores residentes no próprio grupo social, como foi o caso do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), implementado em 1991 pelo MS e, atualmente, denominado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).⁸

É importante destacar que as diretrizes que o Ministério da Saúde apontava para o PIASS se aproximam muito das propostas colocadas pelo PNACS e, hoje, pela Estratégia de Saúde da Família quais sejam: a ênfase nos serviços básicos de saúde, a participação da comunidade, a regionalização e integralização das ações de saúde, além do desenvolvimento de recursos humanos e de tecnologia simplificada.⁹

Entretanto, a denominação tecnologia simplificada pode ser considerada inadequada para traduzir as atividades desenvolvidas pelos profissionais que atuam com a Estratégia de Saúde da Família, sobretudo quando as ações implementadas são o resultado de uma complexa teia de relações tecnológicas empregadas no ato do cuidado, pois o processo de trabalho em saúde requer a interação dos diferentes saberes presentes no setor, bem como a intensa articulação com outros setores da sociedade.

Na ESF, a atenção no domicílio propiciada pela equipe de saúde insere o profissional no seio familiar, identificando demandas e potencialidades da família. Para isso, concorrem, no ato da atenção, fatores como a humanização do cuidado, a ausência de riscos iatrogênicos vinculados ao espaço hospitalar e o principal: o resgate das formas de cuidar alicerçadas nas práticas utilizadas, tradicionalmente, pela população.

As diferentes modalidades de atenção domiciliar

Podemos definir as ações de saúde domiciliares como aquelas realizadas na residência do sujeito ou do grupo familiar, alvo do cuidado sanitário. No entanto, essas ações de cuidado no domicílio podem ser de várias naturezas. Por isso, encontramos para elas diferentes denominações como assistência domiciliar, cuidados domiciliares, internação domiciliar e visita domiciliar.

Em janeiro de 2006, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) editou uma resolução (n.11) para regulamentar a atenção domiciliar, nas modalidades de assistência

e internação. Essa resolução estabelece parâmetros para o funcionamento desses serviços que são responsáveis pelo gerenciamento e operacionalização da assistência e/ou internação domiciliar e podem ser públicos ou privados.¹⁰

Na resolução¹⁰, a atenção domiciliar é o termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, todas desenvolvidas em domicílio. Assistência domiciliar é definida como o conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, realizadas em domicílio. E internação domiciliar, o conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao usuário com quadro clínico mais complexo e necessidade de tecnologia especializada.

A resolução ainda define outros termos relativos à atenção domiciliar.

- Assistência domiciliar - conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio;
- Cuidador - pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades cotidianas;
- Equipe multiprofissional de atenção domiciliar (Emad) - profissionais que compõem a equipe técnica da atenção domiciliar, com a função de prestar assistência clínico-terapêutica e psicossocial ao paciente em sua residência;
- Plano de atenção domiciliar (PAD) - documento que contempla um conjunto de medidas para orientar a atuação de todos os profissionais envolvidos de maneira direta e ou indireta na assistência a cada paciente em seu domicílio, desde a admissão até a alta;
- Serviço de atenção domiciliar (SAD) - instituição pública ou privada responsável pelo gerenciamento e operacionalização de assistência e/ou internação domiciliar.¹⁰

Oferecida por instituições públicas e privadas, a internação domiciliar diz respeito à reprodução, na casa do usuário, do ambiente hospitalar, com os respectivos equipamentos e profissionais necessários. É um conceito que emerge com muita força no início da década de 1980, influenciado pelo alto custo do tratamento de doenças que implicam longa permanência no hospital. Essa opção apresenta como aspecto positivo a possibilidade de o usuário manter-se em um ambiente familiar, participando, ainda que de forma limitada, da vida cotidiana da família. Em contrapartida, pode trazer à família uma responsabilidade para a qual ela não está preparada e acabar sendo um fator de estresse e desgaste das relações familiares.¹¹

Na assistência domiciliar, podemos identificar a VD inserida nesta modalidade de atenção no domicílio. Uma

prática de saúde pública historicamente construída e que podemos definir como o conjunto de ações que abrange, principalmente, o aspecto educacional em saúde, priorizando as orientações para o autocuidado, sendo a ação domiciliar que mais se destaca entre as estratégias de ação do PSF.

A VD diz respeito à manutenção ou monitoramento, na residência, de situações específicas de saúde, temporárias ou não, bem como ao acompanhamento das demais situações do contexto familiar, buscando ações de promoção da saúde. Outras visitas também fazem parte do plano de atenção no domicílio, como o monitoramento de gestantes, usuários convalescendo de cirurgias e crianças menores de um ano. Nos acompanhamentos, é monitorado, igualmente, o consumo de medicamentos controlados ou de uso contínuo, como os utilizados por hipertensos, diabéticos, assim como nos casos de transtornos mentais, e, ainda, fármacos empregados no controle de doenças transmissíveis, como a tuberculose.

Vale destacar que, em relação ao custo de tais modalidades de atendimento no domicílio, ainda não dispomos de estudos capazes de apontar, de forma fiel, os gastos reais com essas atividades que incluam o emprego das diferentes tecnologias no cuidado ao usuário.

Assistência no domicílio no contexto da saúde da família: a visita domiciliar

O PSF, estratégia do Ministério da Saúde implementada em 1994, propõe a organização das práticas de saúde voltadas para a atenção à família, elegendo o espaço social por ela ocupado como foco das ações desenvolvidas pela equipe de saúde.¹² Dessa forma, o domicílio é considerado o espaço privilegiado para as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, ao mesmo tempo em que constitui o cenário em que ocorrem as relações sociais geradoras de riscos à saúde e de adoecimento.

Apesar de o documento fundador do PSF¹² identificar e incluir a internação domiciliar como ação a ser desenvolvida pelas equipes de Saúde da Família no domicílio, o MS editou o Programa de Internação Domiciliar (PID), portaria n. 10.424 de 2002, organizado no nível municipal com apoio do ministério.¹¹ Trata-se de uma proposta que se articula na rede de serviços de saúde do município, com base em uma solicitação que pode emergir das unidades de atenção básica, unidades de urgência ou equipes de assistência hospitalar, sendo que a inclusão do usuário a ser acompanhado pelo PID cabe à equipe de internação domiciliar. Consiste, portanto, numa modalidade assistencial inserida nos sistemas locais que conta com uma equipe própria para acompanhamento dos casos de internação domiciliar.¹² Assim, as equipes de saúde da família, nesta nova engrenagem,

atuam como corresponsáveis nesta modalidade assistencial, exercendo um papel de articulação entre a equipe do PID e a família, identificando casos de internação domiciliar e apoiando os familiares através da VD.

Dessa maneira, o papel das equipes de saúde da família fica delimitado pelas ações de assistência domiciliar, mais especificamente pelas VD, em que a ida ao domicílio é um papel desempenhado pelos profissionais pertencentes ao PSF, que possuem objetivos e ações distintas. Ao enfermeiro cabe a ida ao domicílio com objetivo educativo, centrado na prestação de cuidados mais direcionados, sejam educativos, preventivos, de acordo com o levantamento epidemiológico da área de abrangência da unidade de saúde da família, ou assistenciais/curativos. Ao médico compete, além das ações citadas anteriormente, o diagnóstico diferencial de alguma doença ou agravo.

Como principal instrumento de trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), cabe a ele realizar, no mínimo, uma visita mensal a cada família residente na sua área de abrangência, porém este número pode variar de acordo com a demanda da família. Durante a VD, é necessário identificar as necessidades de saúde do indivíduo, da família e da comunidade, fazendo o direcionamento adequado para os programas verticais do MS e considerando os chamados grupos de risco (crianças, gestantes e portadores de doenças crônico-degenerativas, como diabetes e hipertensão).

As atividades do ACS 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 deste.¹²⁻¹⁴

Entretanto, a situação do ACS no interior da equipe é singular, já que a função exigia, inicialmente, que o profissional residisse, obrigatoriamente, na área de atuação da equipe, situação que implica o compartilhamento do cotidiano da população à qual presta cuidado e o diferencia dos demais membros da equipe, que estão mais afastados desse convívio diário com a comunidade. Cabe destacar que, ao exercer a função de elo entre a comunidade e a equipe de saúde, para este profissional se faz necessário um maior discernimento entre as informações que devem ser compartilhadas com o restante da equipe - e que são relevantes na construção do projeto terapêutico, gerando benefícios para a comunidade, bem como na orientação do trabalho em equipe - e aquelas informações que são de outra natureza e não agregam elementos ao processo de trabalho em saúde.

No entanto, por operacionalizar o trabalho da equipe de saúde da família, cabe considerar a própria privacidade do agente, ou seja, como preservar sua privacidade enquanto

morador de determinada comunidade¹⁵, um dilema que merece ser levado em conta durante o processo de trabalho em equipe, principalmente quando o espaço privilegiado desta prática é o privado. No entanto, todos os profissionais envolvidos na assistência à família e à comunidade também realizam ações domiciliares, estando vulneráveis aos mesmos aspectos da dinâmica de privacidade, logo sendo responsáveis pelas ações de saúde e seus desdobramentos.

A partir da VD, podem-se avaliar as condições de habitação, de saneamento, aplicar medidas de controle de doenças transmissíveis e parasitárias, fornecer orientações para o autocuidado em doenças crônicas não transmissíveis e desenvolver outras ações de educação em saúde.¹⁶

Na VD, as relações equipe/família são otimizadas, aumentando-se o vínculo e a responsabilidade com as ações de saúde. O objetivo é que tais ações gerem efeito positivo na qualidade de vida do grupo familiar, mas também podemos perceber que elas podem se transformar em um instrumento de controle sobre as atividades familiares. É um risco que devemos evitar, já que o profissional leva, in loco, os conhecimentos e o saber que caracterizam um poder, hegemonicamente, referido ao discurso científico.

A VD tem vantagens trazidas pela aproximação com o meio ambiente do grupo familiar, tornando o planejamento das ações de saúde uma dinâmica coletiva; estreita o relacionamento com a equipe de saúde, porque a ação é menos formal; possibilita maior liberdade para conversar sobre problemas. Mas envolve algumas questões importantes que devem ser tratadas com muita delicadeza pelo profissional de saúde, como a interrupção das tarefas domésticas, a necessidade de reconhecimento do limite entre a ação, meramente, de sociabilidade e as ações de saúde, ressaltando que a entrada no domicílio deve considerar algumas regras básicas no sentido de marcar o limite tênue entre o controle excessivo e a liberdade exacerbada. Nesse sentido, a VD não é uma atividade social. Ela tem objetivos específicos, sendo uma ação desenvolvida por profissionais de saúde e que pode ser alterada de acordo com a avaliação feita durante a atividade.

A VD realizada pelo ACS pauta-se, prioritariamente, em ações educativas de promoção da saúde, articuladas às atividades com este propósito geradas nos demais segmentos da comunidade. Nessa perspectiva, a VD é uma das principais ferramentas utilizadas pelo agente, guiada também pelos programas de saúde. Tem como foco a população de risco, ou seja, gestantes, crianças e idosos. Entretanto, com a transição epidemiológica e de acordo com a região e a localidade, outros grupos, como os indígenas, podem estar inseridos entre as populações com maior vulnerabilidade,

o que é revelado com base no diagnóstico epidemiológico, demográfico e ambiental realizado pela equipe. Contudo, a VD desenvolvida pelo ACS é uma mediação para o desenvolvimento dos diferentes processos vinculados ao cuidado que abarca a atenção básica.

Como membro da comunidade, o agente porta um saber próprio sobre a localidade, o que lhe confere um olhar diferenciado, em relação ao restante da equipe, acerca dos problemas e necessidades da população. Um saber que pode constituir um elemento capaz de potencializar o projeto terapêutico e, ao mesmo tempo, concentrar fatores geradores de conflitos entre a equipe e o ACS, entre a equipe e a família, e entre o ACS e a família. Assim, ter clareza dos objetivos pode ser uma medida de proteção e de amenização destes e de outros riscos. A VD, organizada a partir de um planejamento coletivo com a equipe, opera em caráter de sigilo com regras claras que visam à proteção, respeito e privacidade do usuário e dos profissionais.

Entretanto, o jogo de disputa exercido pelos membros na equipe de saúde da família, de modo geral, é expressão dos micropoderes que permeiam as relações de trabalho, ligados, sobretudo, à hierarquização do saber que se coloca entre os ACS, a equipe legitimada pelos níveis de gestão da secretaria de saúde.^{17:902} A demonstração desses poderes reflete a valorização do trabalho na sociedade, que fragmenta, aliena, subordina o trabalho manual ao intelectual.

O profissional de saúde, ao entrar em uma residência, adentra um espaço privado, provido de um saber sanitário que lhe confere determinado poder, sendo convidado a partilhar da privacidade da família. Nesse movimento, então, compartilha a intimidade das famílias dotado de um poder sanitário conferido pelo Estado e de um saber, reconhecidamente, validado pela sociedade, mas que, ao mesmo tempo, é disputado pelo saber e pelo conhecimento de cada família.¹⁸

A VD traz, implícito, o partilhar de hábitos, de rotinas que são privativas do espaço domiciliar. Nessas ações identificam-se aspectos da vida das pessoas a que, de outra forma, não teríamos acesso. São elementos delicados, e os profissionais de saúde acabam sendo depositários de assuntos íntimos e particulares das famílias. Esse conjunto de informações, se utilizado fora dos objetivos e do foco da atenção e do cuidado em saúde, pode constituir uma ferramenta de controle dos hábitos da população.

Além destes aspectos, os profissionais de saúde entram nas casas com aval do Estado, ou seja, como representantes de um poder sanitário constituído, de um discurso científico aceito e recomendado pelo modelo de atenção vigente. Um saber que possibilita julgar hábitos, apontar falhas

nos costumes e no modo de vida das pessoas. Entretanto, a criação de vínculo, elemento primordial no cuidado, é algo a ser perseguido por cada membro da equipe de saúde. O limite é tênue e, às vezes, na prática, não fica claro o caminho que deve ser trilhado. Porém, vale destacar que o vínculo representa a base para se alcançar maior impacto no processo de trabalho e nas ações terapêuticas desenvolvidas pelas equipes, principalmente nas que objetivam mudanças de hábito, como é o caso das medidas de prevenção de agravos e doenças crônicas não transmissíveis.

“O vínculo está alicerçado em relações de confiança, em um espaço protegido em que a responsabilidade pelo cuidado é construída de forma compartilhada entre o usuário e a equipe de saúde - criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento do outro, sentindo-nos responsáveis pela vida e pela morte do paciente e possibilitando uma intervenção nem burocrática, nem impessoal”.^{19:138}

As diferentes formas de produção de vínculo não estabelecem ou privilegiam espaços, mas podemos considerar a VD como um momento singular na construção desse vínculo, já que é durante a atividade desenvolvida no domicílio que existe a real possibilidade de estabelecer responsabilidades pelo problema de saúde do usuário. Essa responsabilidade passa pelo aumento da capacidade de escuta, que se dá com a aproximação maior em relação aos problemas de saúde, em estar em um ambiente diferente dos serviços de saúde, tornando possível uma reflexão mais ampla sobre o processo de nascer e morrer da comunidade.

Por fim, a constituição de vínculo deve permear todo o sistema de saúde e não ficar restrita às ações da atenção básica, em especial à ESF. A produção de vínculo permite o estreitamento das relações com a população, o monitoramento das ações de saúde, assim como incentiva a autonomia do usuário no cuidado à saúde.²⁰

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência domiciliar faz parte, mais uma vez, das discussões sobre os modos de proporcionar atendimento à população. Agora, a abordagem da ação no domicílio ocorre por meio do PSF que, ao longo dos últimos vinte anos, tem sido a opção dos municípios brasileiros na organização da atenção primária à saúde, centrado na ação multiprofissional das equipes de saúde. Entretanto, tais ações são concentradas, em grande parte, no ACS, que colabora na construção das estratégias de ação a serem desenvolvidas

pela equipe junto à família. Trata-se de uma atividade que se constrói fora do espaço hospitalar e dos ambulatorios de especialidades, com características desenhadas e voltadas para a prevenção de doenças e a promoção da saúde.

De modo geral, a VD não é uma novidade na assistência em saúde, mas uma estratégia que tem sido utilizada em vários momentos da história das práticas sanitárias. O desafio que se coloca na atualidade é, justamente, fazer com que essa estratégia seja realizada de maneira crítica, dentro de objetivos e limites bem definidos pela equipe de saúde, sob pena de se transformar em um instrumento de controle das populações alvo dessa assistência.

Entretanto, o profissional da Atenção Primária à Saúde deve estar atento ao fato de que, ao exercer a VD, diferentes potencialidades estão presentes e que há riscos de desvios desta potência, devido à pressão que se coloca nos ACS para o levantamento de dados sanitários, risco de ficar a VD restrita e capturada pela necessidade de alimentação dos sistemas de informação. Esta é uma tarefa fundamental para o planejamento das ações de saúde, mas que pode ser realizada de maneira burocrática, sobrecarregando o ACS e toda equipe de saúde.

Enxergar a VD como trabalho e responsabilidade de toda equipe, mesmo que realizada de forma mais intensa por apenas um de seus membros, é a garantia de que os dados colhidos se transformem, efetivamente, em informações relevantes para os profissionais e para a comunidade junto à qual eles trabalham.

A assistência domiciliar é uma modalidade cada vez mais presente em nossa realidade. A VD potencializa e expande o alcance desta prática, permitindo maior integração entre as ações que acontecem no domicílio e as que ocorrem no interior dos serviços de saúde. É uma estratégia fundamental para a construção de um sistema de saúde realmente único, integral e equânime.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 10.424, de 15 de abril de 2002. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 16 de abril 2002.
2. Minayo MCS, organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1999.
3. Rosen G. Uma história da saúde pública. São Paulo: Hucitec; 1994. 423p.
4. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1979. 295p.
5. Augusto I, Franco LHRO. Aspectos históricos da assistência de enfermagem domiciliária. LAES/HAES. 1980; 1(5):50-2.
6. Costa NR. Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1986. 121p.
7. Mazza MMR. A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 1994; 4(2):60-8.
8. Primeiro relatório técnico-científico: novos modelos de assistência à saúde. Avaliação do Programa de Saúde da Família no município de São Paulo. São Paulo: Fapesp; 2000. 382p.
9. Sartori LC. Rastreamento do câncer bucal: aplicações no Programa de Saúde da Família [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2004. 243f.
10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 11, de 26 de janeiro de 2006. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 janeiro 2006. [Citado 2009 dez. 12]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/rdc_anvisa.pdf
11. Martins AA, Franco TB, Merhy EE, Feuerwerker LCM. A produção do cuidado no Programa de Atenção Domiciliar de uma cooperativa médica. Physis. 2009; 19(2):125-35.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
13. Mendonça PEX, Santos WK. A internação domiciliar no contexto da reforma do sistema de atenção hospitalar no Brasil. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 11.350 de 5 de outubro de 2006. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 outubro 2006. [Citado 2009 dez. 12]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/legislacao/portarias.html>.
15. Fortes PAC, Martins CL. A ética, a humanização e a saúde da família. Rev Bras Enferm. 2000 dez; 53(esp):31-3.

16. Mattos TM, Kawamoto EE, Santos MCH, organizadores. *Enfermagem comunitária*. São Paulo: EPU; 1995.

17. Ferreira VSC, Andrade CS, Franco TB, Merhy EE. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad Saúde Pública*. 2009 abr; 25(4):898-906.

18. Carvalho LC, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Disputas en torno a los planes de cuidado en la internación domiciliaria: una reflexión necesaria. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 3(3):259-69.

19. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo

tecnico-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e coletivamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio LCO, organizador. *Inventando a mudança em saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994. p.117-60

20. Campos GW. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde*. São Paulo: Hucitec; 1997. p.229-66.

Submissão: setembro de 2010

Aprovação: maio de 2011
