



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA
INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO
DA SAÚDE**

**A VISITA DOMICILIAR COMO AÇÃO PRECÍPUA DO AGENTE COMUNITÁRIO
DE SAÚDE: PROPOSTA DE OPERACIONALIZAÇÃO DA PRÁTICA COM A
METODOLOGIA DO PLANIFICASUS**

PATRÍCIA DE OLIVEIRA DOS SANTOS

Foz do Iguaçu
2023



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO
LATINO-AMERICANA**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DA
SAÚDE**

**A VISITA DOMICILIAR COMO AÇÃO PRECÍPUA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE
SAÚDE: PROPOSTA DE OPERACIONALIZAÇÃO DA PRÁTICA COM A
METODOLOGIA DO PLANIFICASUS**

PATRÍCIA DE OLIVEIRA DOS SANTOS

Artigo apresentado à Universidade Federal da Integração Latino-Americana como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Robson Zazula

Foz do Iguaçu
2023

PATRICIA DE OLIVEIRA DOS SANTOS

**A VISITA DOMICILIAR COMO AÇÃO PRECÍPUA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE
SAÚDE: PROPOSTA DE OPERACIONALIZAÇÃO DA PRÁTICA COM A
METODOLOGIA DO PLANIFICASUS**

Artigo apresentado à Universidade Federal da
Integração Latino-Americana como requisito
parcial para a obtenção do título de Especialista
em Gestão da Saúde

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Robson Zazula
UNILA

Profa. Dra. Mônica Augusta Mombelli
UDC / UNILA

Profa. Dra. Regina Maria Goncalves Dias
UNILA

Foz do Iguaçu, 08 de julho de 2023.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo da autora: Patrícia de Oliveira dos Santos

Curso: Especialização em Gestão da Saúde

	Tipo de Documento
(...) graduação	(.X.) artigo
(.X.) especialização	(...) trabalho de conclusão de curso
(...) mestrado	(...) monografia
(...) doutorado	(...) dissertação
	(...) tese
	(...) CD/DVD – obras audiovisuais
	(...) _____

Título do trabalho acadêmico: A visita domiciliar como ação precípua do Agente Comunitário de Saúde: proposta de operacionalização da prática com a metodologia do PlanificaSUS

Nome do orientador: Prof. Dr. Robson Zazula

Data da Defesa: 08/07/2023

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública Creative Commons Licença 3.0 Unported.

Foz do Iguaçu, 08 de JULHO de 2023.

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho aos Agentes Comunitários de Saúde com o objetivo de fortalecer a prática da profissão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me dar força em todos os momentos da minha vida.

Ao meu esposo Ricardo pela paciência e o carinho neste processo onde o estudar se tornou a prioridade em muitos dias em nosso casamento.

Aos meus sogros que me auxiliaram nas cópias do material utilizado para o estudo.

Aos professores e tutores pelos ensinamentos nesta pós-graduação que fez a diferença na vida profissional.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Robson Zazula que no processo da construção deste trabalho foi incrível em suas orientações e que acreditou em minha capacidade de escrita mesmo com muitas dificuldades.

Aos colegas e tutores do curso pelas discussões enriquecedoras e pelo companheirismo.

As minhas amigas da 9ª Regional: Alessandra, Mariah, Barbara, Líllian que me apoiaram no fortalecimento de minhas ideias.

Aos trabalhadores do SUS, em especial os profissionais de Saúde que fazem parte do PlanificaSUS que juntos me fortalecem a defender o SUS.

*“O SUS não é um problema
sem solução, mas uma
solução com problema”.*

(Eugênio Vilaça Mendes).

RESUMO

A visita domiciliar é ação precípua no processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O instrumento é utilizado historicamente pela categoria profissional por proporcionar maior aproximação e compreensão da realidade de vida dos indivíduos e famílias no território de abrangência da Atenção Primária em Saúde. Deste modo, o presente estudo objetiva propor metas metodológicas para qualificar a prática dos ACSs na visita domiciliar. A partir deste objetivo, realizamos um resgate histórico do surgimento da profissão na assistência à saúde, a inclusão da visita domiciliar nas bases normativas da profissão e realizamos uma proposta de intervenção a partir da metodologia do PlanificaSUS de seis metas para fortalecer a operacionalização da visita domiciliar no cotidiano do ACS: (1) caracterização da visita domiciliar a partir do seu objetivo; (2) comportamento, postura e princípios éticos ao realizar a visita domiciliar, (3) previsibilidade de impedimento ético na realização de visitas domiciliares, (4) desenvolver escuta qualificada e um olhar afinado para identificar fatores de risco à condição de saúde do individual ou da família em seu contexto de vivência, (5) comunicação escrita das informações observadas na visita domiciliar e encaminhamentos realizados e (6) criação de um Procedimento Operacional Padrão para compartilhamento das demandas identificadas em visitas domiciliares. A aplicabilidade da visita domiciliar no processo de trabalho do ACS necessita estar alinhada a um conhecimento técnico, ético e operacional que antecede a prática. A insuficiência de capacidade técnica na utilização deste instrumental pode ocasionar prejuízos a pessoa atendida e rompimento de vínculo com o serviço de saúde. Para tanto, compete às instâncias gestoras do SUS garantir ações de educação permanente a categoria profissional com objetivo de qualificar a assistência dos serviços prestados à população. Por fim, propõe-se a realização de um maior número de estudos, bem como capacitações de modo a orientar os ACSs e demais profissionais das equipes de saúde sobre as atribuições e responsabilidades do primeiro, especialmente em relação às visitas domiciliares.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde; Visita Domiciliar; PlanificaSUS, Educação Permanente na Saúde.

RESUMEN

Las visitas domiciliarias son las principales tareas de los trabajadores comunitarios de salud en su proceso de trabajo. Este instrumento ha sido utilizado históricamente por esta categoría profesional para lograr una mejor comprensión y aproximación a la realidad de la vida de los usuarios del sistema de salud y sus familias en el área de atención primaria. Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo proponer metas metodológicas para calificar las acciones de los trabajadores comunitarios de salud en las visitas domiciliarias. Con este fin, realizamos una visión histórica sobre el surgimiento de los trabajadores comunitarios de salud en la atención a la salud, la incorporación de las visitas domiciliarias según las normativas de la profesión y realizamos una propuesta de intervención a partir del método de PlanificaSUS, con sus seis metas para fortalecer la práctica de las visitas domiciliarias en el cotidiano de los trabajadores comunitarios de salud: (1) Caracterización de las visitas domiciliarias en función de sus principales objetivos, (2) Comportamiento, actitudes profesionales y principios éticos adecuados durante las visitas domiciliarias, (3) Previsibilidad de los impedimentos éticos para realizar visitas domiciliarias, (4) Desarrollo de habilidades de escucha activa y atención para identificar factores de riesgo relacionados con las condiciones de salud individuales o familiares, (5) Comunicación escrita de los datos observados tanto en las visitas domiciliarias como en las derivaciones, (6) Desarrollo de un Procedimiento Operativo Estándar (POP) para compartir las demandas identificadas durante las visitas domiciliarias. La aplicabilidad de las visitas domiciliarias en la actividad de los trabajadores comunitarios de salud debe estar alineada con los conocimientos técnicos, éticos y operativos antes de su práctica. La falta de capacidad técnica durante el uso de las visitas domiciliarias podría generar pérdidas para los usuarios del sistema de salud y romper el vínculo entre estos últimos y el servicio de atención médica. Finalmente, proponemos llevar a cabo un mayor número de estudios y programas de capacitación para orientar a los trabajadores comunitarios de salud y otros profesionales de la salud del equipo sobre sus responsabilidades y tareas, especialmente en relación con las visitas domiciliarias.

Palabras clave: Agentes Comunitarios de Salud; Visitas domiciliarias; PlanificaSUS; Educación Permanente en Salud.

ABSTRACT

Home visits are the primary responsibilities of community health workers in their work process. This instrument has been historically used by this professional category to gain a better understanding and approach to the reality of the lives of health system users and their families in the primary healthcare catchment area. Therefore, this study aims to propose methodological targets to qualify community health workers' assignments in home visits. To achieve this aim, we conducted a historical overview of the emergence of community health workers in healthcare, the integration of home visits as the main responsibilities in the regulation of this professional category and proposed an intervention based on PlanificaSUS method, to enhance and operationalize home visits in their daily activities through the PlanificaSUS project. These targets include: (1) Characterization of home visits based on their main objectives, (2) Appropriate behavior, professional attitudes, and adherence to ethical principles during home visits, (3) Addressing ethical impediments that may hinder the conduction of home visits, (4) Development of active listening skills and attention to identify risk factors related to individual or family health conditions, (5) Written communication of observed data from home visits or referrals, and (6) Development of Standard Operational Procedures to address demands identified during home visits. The applicability of home visits in the activities of community health workers needs to be aligned with technical, ethical, and operational knowledge prior to their implementation. Technical incompetence during home visits could lead to losses for health system users and undermine the connection between them and healthcare services. In conclusion, we propose conducting additional studies and implementing training programs to guide community health workers and other healthcare professionals in the team regarding their responsibilities and assignments, particularly in relation to home visits.

Keywords: Community Health Workers; Home visits; PlanificaSUS, Permanente Education in Health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Objetivo da Visita domiciliar do ACS, segundo bases normativas da profissão _____ 22

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
ACE	Agente Comunitário de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CF	Constituição Federal de 1988
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
PAS	Programa de Agentes de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)
POP	Procedimento Operacional Padrão
PROADI	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. SURGIMENTO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	13
3. A VISITA DOMICILIAR COMO AÇÃO PRECÍPUA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	16
4. PLANIFICAÇÃO COMO MÉTODO PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE E O PROCESSO DE TRABALHO DOS AGENTES DE SAÚDE EM VISITA DOMICILIAR	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	28

INTRODUÇÃO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um profissional exclusivo na Atenção Primária à Saúde (APS). Esta profissão possui um legado histórico de atuação junto às famílias no território, com um número expressivo e presença obrigatória nas Equipes de Saúde da Família (eSF) dos municípios, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). O ACS executa sua função prioritariamente fora do âmbito das Unidades Básicas de Saúde (UBS), o que faz com que este profissional utilize maior tempo em visitas domiciliares, sendo este o seu principal instrumento de trabalho.

A realização de visitas é ação precípua no exercício profissional diante da valorização e riqueza de possibilidades de intervenção que o instrumento proporciona aos trabalhadores de saúde (AVILA, 2011; BRASIL, 1997, 1999, 2006). Para tanto, consideramos a hipótese que a realização desta ação pelo ACS é complexa e não deve ser simplificada, especialmente quando pensamos na diversidade e nas especificidades de arranjos familiares existentes no território e que demandam cuidados em saúde específicos e individuais. Ao realizar a visita domiciliar o ACS precisa ter clareza de como operacionalizar este instrumento, de modo a não violar os direitos das pessoas em sua privacidade.

Neste cenário, o presente estudo se propõe a realizar uma discussão teórica e metodológica do processo de trabalho desta categoria na execução desta prática desde do surgimento da profissão na assistência à saúde e a evolução desta ação nas bases normativas da profissão e propor através da planificação metas qualificar a operacionalidade das visitas domiciliares na prática. Neste sentido, o presente estudo apresenta uma proposta de intervenção com seis metas metodológicas para qualificar a prática do ACS na visita domiciliar.

2. SURGIMENTO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Conforme resgaste histórico de Avila (2011), as orientações da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata em 1978, contribuíram para criação e valorização da prestação de serviços em nível local. Aquele contexto era de mudanças nos sistemas de saúde mundo afora, inclusive no Brasil, que veio a culminar, alguns anos depois, com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a busca de estruturação para concretizar o direito a serviços em prol das reais necessidades de saúde da população.

De acordo com a Constituição Federal de 1988 (CF), em seu artigo 196, “[...] *a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*” (BRASIL, 1988).

Dentro do nosso país, o Ceará foi a primeira unidade da federação a criar um programa de agentes de saúde (PAS), de modo institucionalizado e universalizado, em resposta aos agravos sociais existentes, a saber: alto índice de mortalidade materna e infantil, período de seca com miséria por ausência de trabalho. A proposta do governo Jereissati em 1986 era “[...] *investir na reconstrução da economia, acabar com a pobreza, a miséria e a fome* [...]” (AVILA, 2011, p. 3). Os primeiros ACSs do estado atuavam no Programa de Emergência da Seca, e eram selecionadas por serem pobres, sem critério de escolaridade e deveriam morar e trabalhar nas comunidades onde atuavam. Inicialmente, a proposta do governo era garantir um salário a estas mulheres durante o período da estiagem e, em troca, estas trabalhavam para as secretarias municipais. Havia a orientação às secretarias municipais para que não houvesse distribuição de renda sem que houvesse uma ocupação em troca. Naquele momento já se observavam, por meio das portarias, critérios para os municípios contratar estas profissionais: as ACS deveriam “[...] *morar na comunidade em que trabalha há pelo menos dois anos, ter no mínimo 18 anos, saber ler e escrever e dispor de oito horas diárias de trabalho para atividade*” (AVILA, 2011, p.5).

Os impactos do trabalho destas mulheres nos indicadores de saúde foram essenciais para o surgimento do ACS enquanto profissão. As primeiras atribuições

destes profissionais eram realizar busca ativa de gestantes para realizarem pré-natal e serem vinculadas às equipes de saúde, incentivo ao aleitamento materno e à vacinação infantil, orientações de higiene, prevenção de doenças infecciosas e combate à desnutrição. Estas primeiras ACSs eram treinadas e supervisionadas por um profissional de saúde (AVILA, 2011).

As experiências do Estado do Ceará iniciaram como programas de governo local e se tornaram uma ação do Ministério da Saúde, expandindo-se para outros Estados a partir de então. A Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997 (BRASIL, 1997), e o Decreto nº 3.189, de 05 de outubro de 1999 (BRASIL, 1999), fixaram normas e diretrizes para o exercício da atividade dos ACS e apresentaram as bases para expansão do Programa dos ACS e do Programa Saúde da Família (PSF) no país com planejamento, exigências de aprovação em Conselho Municipal de Saúde, atribuições em maior alcance, repasses de recursos aos programas, responsabilidades nos três níveis gestão, bem como a obrigatoriedade de profissionais de nível superior responsável para treinamento e supervisão das ações.

Em 2002, com a Lei Federal nº 10.507, de 10 de julho daquele ano, ocorreu a criação e a regulamentação da profissão do ACS no país (BRASIL, 2002). No ano de 2006, houve a revogação desta e a aprovação da Lei Federal nº 11.350, em 5 de outubro, que descreveu as atribuições do ACS e dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) no SUS (BRASIL, 2006). A partir daquele momento, a presença dos ACS na Atenção Primária e do ACE na Vigilância epidemiológica e ambiental passou a ser obrigatória. Ainda em relação à ambas as categorias profissionais, houve a criação de cursos técnicos estas com bases na Educação Popular em Saúde e o incentivo para os profissionais que tivessem somente o nível fundamental realizar o curso técnico e concluir o ensino médio até três anos. Dentre os requisitos para estes cursos, o ACS ou ACE deveria estar em pleno exercício profissional; estar vinculado a estabelecimento de saúde regularmente registrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e ter concluído o ensino médio, estar cursando o último ano do ensino médio ou estar matriculado na Educação de Jovens e Adultos (EJA).

Por fim, em 2023, a Lei Federal nº 14.536, de 20 de janeiro, regulamentou as profissões de ACS e ACE como profissões de finalidade específica da saúde, o que contribuiu para a garantia destes profissionais exercer suas funções em prol da

população, sem desvio de suas atribuições a outras áreas da gestão municipal (BRASIL, 2023). Neste sentido, na próxima seção serão abordadas as principais características da profissão do ACS, com foco na visita domiciliar, que se caracteriza por ser uma ação precípua deste profissional de saúde.

3. A VISITA DOMICILIAR COMO AÇÃO PRECÍPUA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Historicamente, a visita domiciliar se apresenta como um dos principais instrumentos no processo de trabalho dos ACSs, sem a prática da qual não seria factível o trabalho deste profissional. De acordo com a Lei Federal nº 11.350, de 05 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006), a visita domiciliar é atividade precípua do ACS. Segundo o Dicionário Aurélio (2004), precípua significa “*qualidade de precípua, do que é essencial, principal e fundamental*”.

Conforme Rocha *et al.* (2017), a visita domiciliar é uma técnica utilizada por diferentes profissionais de saúde como uma ferramenta de trabalho, pois permite o conhecimento das vivências das pessoas de modo individual ou em contextos familiares, apresenta a realidade dos determinantes sociais de saúde, relações intrafamiliares, potencialidades e desafios para a garantia da condição de saúde.

“a visita domiciliar como um espaço para a construção de novas lógicas de produção do processo de saúde/cuidado, já que com essa prática, o profissional passa a conhecer os problemas de saúde dos sujeitos no contexto concreto no qual estes estão inseridos”.(ROCHA *et al.*, 2017)

A visita domiciliar possui relevância histórica como instrumento de trabalho dos ACS. No Quadro 1, a seguir, é possível identificar os objetivos das visitas domiciliares realizadas pelos ACSs, segundo as bases normativas da profissão.

Quadro 1. Objetivo da Visita domiciliar do ACS, segundo bases normativas da profissão

Normativa	Título	Orientações para ACS – Visita domiciliar
Portaria nº 1886/GM, em 18 de dezembro de 1997	Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família	<ul style="list-style-type: none"> - O Agente Comunitário de Saúde deve desenvolver atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, através de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na Comunidade, sob supervisão e acompanhamento do enfermeiro Instrutor-Supervisor lotado na unidade básica de saúde da sua referência. - Realização da programação das visitas domiciliares, elevando a sua frequência nos domicílios que apresentam situações que requeiram atenção especial.

		- Realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento das gestantes, priorizando atenção nos aspectos de desenvolvimento da gestação.
Decreto nº 3.189, 4 de outubro de 1999.	Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências.	- Realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família.
Lei Federal nº 11.350, 05 de outubro de 2006	Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.	<p>- O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.</p> <p>- No modelo de atenção em saúde fundamentado na assistência multiprofissional em saúde da família, é considerada atividade precípua do Agente Comunitário de Saúde, em sua área geográfica de atuação, a realização de visitas domiciliares rotineiras, casa a casa, para a busca de pessoas com sinais ou sintomas de doenças agudas ou crônicas, de agravos ou de eventos de importância para a saúde pública e consequente encaminhamento para a unidade de saúde de referência.</p> <p>- O detalhamento das visitas domiciliares, com coleta e registro de dados relativos a suas atribuições, para fim exclusivo de controle e planejamento das ações de saúde;</p> <p>- A realização de visitas domiciliares regulares e periódicas para acolhimento e acompanhamento: Gestantes, lactantes, crianças, adolescentes, pessoas idosas, pessoa com deficiência, pessoas em sofrimento psíquico, pessoas com alterações em cavidade bucal etc).</p>

		<p>- A consolidação e a análise de dados obtidos nas visitas domiciliares;</p> <p><u>Parte (Incluída a partir da Lei nº 13.595, de 2018).</u></p> <p>- No modelo de atenção em saúde fundamentado na assistência multiprofissional em saúde da família, desde que o Agente Comunitário de Saúde tenha concluído curso técnico e tenha disponíveis os equipamentos adequados, são atividades do Agente, em sua área geográfica de atuação, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe:</p> <p>I – A aferição da pressão arterial, durante a visita domiciliar, em caráter excepcional, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência;</p> <p>II - A medição de glicemia capilar, durante a visita domiciliar, em caráter excepcional, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência;</p> <p>III - A aferição de temperatura axilar, durante a visita domiciliar, em caráter excepcional, com o devido encaminhamento do paciente, quando necessário, para a unidade de saúde de referência;</p> <p>IV - A orientação e o apoio, em domicílio, para a correta administração de medicação de paciente em situação de vulnerabilidade;</p> <p>V - A verificação antropométrica.</p>
--	--	---

Fonte: Portaria nº 1886/GM, em 18 de dezembro de 1997 (BRASIL, 1997); Decreto nº 3.189.4 de outubro de 1999 (BRASIL, 1999); Lei Federal nº 11.350, 05 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006) e Lei nº 13.595, de 2018.

Conforme análise do Quadro 1, a visita domiciliar possui vários objetivos, a saber: (a) ações educativas individuais ou coletivas, (b) coleta e registro de dados, (c) acompanhamento das condições de saúde das famílias (em especial das subpopulações com condições crônicas e condição agudas), (d) vigilância em situações que se apresentem risco à saúde, (e) orientações sobre o funcionamento do serviço e encaminhamentos do usuário a Unidade de Saúde (UBS) e (f) descrição do observado em prontuário do paciente e análise de dados. Outras atribuições e responsabilidades dos ACSs relacionadas às visitas domiciliares são: (a) aferir pressão arterial, (b) mensurar glicemia capilar, (c) aferir temperatura e (d)

orientar para correta administração de medicação de paciente. Estas devem ser realizadas a partir da realização de curso técnico e com a presença de profissional de nível superior. Cabe apontar que a visita domiciliar não é exclusiva do ACS, porém estes profissionais realizam um maior número de visitas domiciliares, o que nos remete a pensar se há clareza nos objetivos destas visitas e planejamento para sua execução.

Alguns estudos têm apresentado apontamentos na execução da prática do exercício do ACS em visita domiciliar. Estes possuem o objetivo de fortalecer estratégias de educação permanente com metodologia reflexiva para a ação, visto que na área da saúde os profissionais possuem autonomia para o desenvolvimento de suas práticas.

De acordo com Contarato (2021)

[...] o trabalho em saúde é fortemente marcado pela liberdade, e por isso mesmo o trabalhador da saúde “pode tudo”, porque ele define o modo de organização da produção do cuidado [...] liberdade de agir pautada em sua intencionalidade (p. 46)

O agir pautado somente na intencionalidade é ruim, pois a prática pode seguir ações baseadas no “achismo” em valores individuais, que pode prejudicar a relação do usuário com o serviço de saúde. Todos os serviços possuem objetivos que são estruturados a partir dos princípios do SUS, diretrizes clínicas, acordos em processos de trabalho e práticas essenciais para um planejamento com ações assertivas para a prática do cuidado. Conforme Rocha *et al.* (2017), a realização de visita domiciliar perpassa questões teóricas, metodológicas e éticas, uma vez que o profissional necessita pensar a respeito de como conciliar a teoria a prática no momento de intervenção.

Em estudo realizado pelas autoras Andrade e Cardoso (2017), cujo objetivo foi analisar as concepções que profissionais da equipe da ESF e usuários têm a respeito da finalidade das visitas domiciliares realizadas pelos ACSs, foi identificado pontos importantes para se pensar o aperfeiçoamento da prática do ultimo nas visitas domiciliar. Dentre as percepções da prática do ACS na prática de visitas, a partir do olhar da equipe da ESF e dos usuários, destacam-se:

- a) Coleta de informações referentes a situação da doença em aspectos biomédicos (verifica se o calendário vacinal está atualizado ou se todos os medicamentos foram tomados);
- b) Visitas centradas na individualidade familiar, em detrimento do trabalho em comunidade;
- c) Visitas para captar dados do contexto familiar, por meio do seu vínculo com a família, objetivando repassar informações aos demais membros da equipe.
- d) Orientação sobre aviso de consultas agendadas, serviços disponíveis na UBS e encaminhamentos do usuário ao serviço e modo correto de tomar a medicação.
- e) Entrega em domicílio de remédios, receitas e encaminhamentos;
- f) Escuta qualificada acerca de eventos e situações relacionadas à saúde do indivíduo;
- g) Vigilância, fiscalização e busca de usuários faltosos, evitando que estes se tornem relaxados quanto à sua condição de saúde;
- h) Culpabilização do usuário sem compreensão de fatores de risco que leva à falta nas consultas ou não seguimento ao tratamento proposto.

Ao se analisar cada um destas percepções, tanto dos usuários quanto dos demais profissionais da eSF, alguns pontos merecem destaque e análise mais aprofundada. Em relação ao primeiro ponto, é mister destacar que a realidade de muitas famílias é conhecida pelas equipes somente pelas informações repassadas pelos ACS. Este fato prejudica a integralidade do cuidado, uma vez que não se tem um trabalho interdisciplinar. Em alguns casos, observa-se o repasse de informações com juízos de valores, o que tem que ser triado pelos demais membros da equipe. Já em relação ao segundo ponto, citado anteriormente, se refere à forma como o ACS se comunica com o usuário, utilizando um tom amedrontador e punitivo. Nestes casos, é importante uma mudança na postura dos ACSs, de modo a permitir maior adesão dos usuários (ANDRADE; CARDOSO, 2017).

Ainda em continuação às percepções dos usuários e demais profissionais da equipe, cabe destacar o papel de entregar remédios, receitas e encaminhamentos de atendimentos. Isso prejudica a compreensão dos usuários acerca de sua função e sua responsabilidade perante suas necessidades de saúde. Em contrapartida, o

papel da escuta qualificada é algo muito importante. De acordo com os autores do estudo, usuários descrevem a prática do ACS como um amigo, uma pessoa confiável para tratar da adversidade da sua vivência, alguém com quem o usuário pode contar em momentos difíceis (ANDRADE; CARDOSO, 2017).

O papel de fiscalizador também foi citado pelos usuários, sendo este descrito como uma confusão sobre o papel real perante as necessidades, bem como a reprodução de um modelo paternalista/ tutelar de atenção à saúde, em detrimento do desenvolvimento da autonomia do usuário perante sua responsabilidade. Por fim, cabe destacar a culpabilização do usuário, sem a compreensão dos fatores de risco que leva este a faltar a consultas ou não dar seguimento ao tratamento proposto (ANDRADE; CARDOSO, 2017).

Por esta razão, a visita domiciliar é uma ferramenta essencial para o acolhimento e construção de vínculos entre família e profissionais de saúde, que necessita de aperfeiçoamentos para a melhor prática. Caso não executada com qualidade, pode acarretar desvalorização da profissão ou mesmo em rompimento de vínculos entre as famílias e a APS. Neste sentido, conforme previamente proposto, na próxima seção será apresentada uma breve reflexão acerca da demanda identificada no monitoramento das ações do PlanificaSUS, da 9ª Regional de Saúde do Estado do Paraná na APS e suas particularidades em relação ao processo de trabalho do ACS. Embora a visita domiciliar seja um dos principais instrumento no processo de trabalho, sendo parte essencial e fundamental da atuação destes profissionais, há confusão e pouca clareza de como conduzir este processo, sendo importante trabalhar na perspectiva da educação permanente destes profissionais e da ESF como um todo.

4. PLANIFICASUS COMO MÉTODO PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE E O PROCESSO DE TRABALHO DOS AGENTES DE SAÚDE EM VISITA DOMICILIAR

O PlanificaSUS é uma estratégia de educação permanente que busca fortalecer e organizar o trabalho em Rede de Atenção em Saúde (RAS). Este propõe mudanças nos processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes da APS e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).

De acordo com a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein:

O PlanificaSUS reúne um conjunto de ações educacionais, baseadas em metodologias de aprendizagem ativa, voltadas para o desenvolvimento de competências de conhecimento, de habilidades e de atitudes necessárias para a organização e a qualificação dos processos assistenciais.(Ministério da Saúde BRASIL, 2021)

A proposta da Planificação da Atenção à Saúde (PAS) iniciou em 2004, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), e se tornou ação do Ministério da Saúde por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), com parceria da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (NETO-RODRIGUES, *et al.*, 2020).

No Estado do Paraná, a 4ª Regional de Saúde iniciou a planificação em 2019 como região piloto e a expansão deste para as demais regionais de saúde do Estado ocorreu em 2021, por meio de ações do Grupo Condutor Estadual do PlanificaSUS, instituído pela Resolução SESA nº 720 (SESA, 2021). A metodologia de trabalho se caracteriza por ser aplicada por tutores regionais aos tutores dos municípios, por meio de oficinas, workshops ou visitas técnicas. As equipes municipais executam a teoria na prática nos serviços, buscando a integração em rede da APS e da AAE.

A partir de novembro de 2021, a planificação passou a estar presente em todos os municípios da 9ª Regional de Saúde, a partir da aceitação dos prefeitos municipais. Deste modo, os profissionais de saúde passaram a participar da metodologia e considerar reflexões para mudanças no processo de trabalho, por meio da revisitação da prática a partir dos referenciais teóricos do professor Dr.

Eugênio Vilaça Mendes: Redes de Atenção em Saúde, Modelo de Atenção as Condições Crônicas (MACC) e Construção Social da Atenção Primária (APS).

Neste processo, compreendemos que o trabalho na RAS é coletivo e a funcionalidade dos níveis de atenção no SUS se concretiza pelo fazer de muitos profissionais em suas competências, funções e grau de escolaridade diferentes. A força dos saberes, articulada em suas especificidades, e as diferentes situações apresentadas pelos usuários é que geram ações terapêuticas na prática do cuidado em saúde.

Foi a partir desta metodologia aplicada aos municípios, que na condição de tutora Regional me aproximei das atribuições dos ACS, pois o primeiro macroprocesso da Atenção Primária apresentou temas comuns ao dia a dia destes profissionais, tais como: território, cadastros das famílias, classificação de risco famílias, diagnóstico local, fluxos de atendimentos, agendas programadas etc.

Em visita institucional as UBS participantes do PlanificaSUS observamos que a visita domiciliar é o instrumento mais utilizados pelos ACS nos atendimentos as famílias e indivíduos no território e a partir do monitoramento das ações da planificação e que percebemos a necessidade de qualificar a dimensão técnica operativa da prática deste profissional durante as visitas domiciliares. Houve ainda questionamento quanto à importância de reflexões metodológicas para execução desta ação a partir da educação permanente.

A profissão dos ACS possui especificidades que necessitam ser observadas pelos gestores municipais de saúde. Conforme descrito anteriormente, trata-se de uma profissão que não possui formação específica da área da saúde, antecedente à prática, sendo que o profissional passa adquirir habilidades por meio do convívio organizacional, interação com outros trabalhadores, atendimentos diretos a população, ações de educação permanentes executadas pelo executivo local ou por meio de parcerias nas instâncias do SUS. O gestor local necessita planejar ações de educação permanente ou garantir participação destes profissionais em programas alicerçados nos princípios e diretrizes do SUS e em trabalho de educação popular em saúde, o profissional necessita ser capacitado para adentrar a vida privada e contribuir para o processo de cuidado respeitando as particularidades e especificidades do núcleo familiar.

O objetivo de transformação da educação permanente é o processo de trabalho, direcionado para melhoria da qualidade [...] o processo de trabalho é reconhecido como o centro privilegiado de aprendizagem (CONTARATO, 2021).

Deste modo, realizo a proposta de seis metas metodológicas para qualificar a prática dos ACSs na visita domiciliar. Estas foram embasadas na base normativa da profissão, os apontamentos dos autores aqui mencionados e a dimensão da educação permanente utilizada na planificação. Estas serão detalhadamente descritas a seguir:

1) Caracterização da visita domiciliar a partir de seu objetivo:

A **primeira meta** refere-se à caracterização da visita domiciliar a partir do seu objetivo, ou seja, “o propósito de ação” e o tempo necessário para intervenção. Neste cenário, o ACS precisa ter claro qual tipo de visita realizará, para fins de planejamento no território. Assim alguns tipos visita devem ser previstas, a saber:

- a) Cadastral e acolhimento da família no serviço;
- b) Atualização cadastral;
- c) Acompanhamento conforme plano de cuidado - paciente em situação crônica;
- d) Acompanhamento de paciente em condição aguda;
- e) Visita a pedido da equipe multidisciplinar/equipe ESF;
- f) Visita conjunta com outros profissionais da equipe ESF e multidisciplinar;
- g) Visita de busca ativa, quando se identifica barreiras de acesso do usuário ao serviço;
- h) Visita em parceria com equipes de outros equipamentos da rede de atenção do território;
- i) Visita com ações conjuntas com a Vigilância Sanitária (exemplo: Controle do mosquito da Dengue, identificação de animais com esporotricose ou leishmaniose etc.)

2) Comportamento, postura e princípios éticos ao realizar a visita domiciliar.

A **segunda meta** é sobre a postura, atitudes e comportamento do profissional ACS, que devem ser fundamentados em princípios éticos, especialmente quando realizar a visita domiciliar.

Isto se faz necessário pelo fato de a visita domiciliar ser realizada em ambiente privado. Os indivíduos e famílias possuem suas histórias, crenças, valores e costumes, que devem ser respeitados na perspectiva do direito à privacidade. De acordo com a CF, em seu art. 5º, inc. X, estes direitos “[...] são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação” (BRASIL, 1988).

Além disso, é importante que o profissional não deve realizar juízos de valores ou praticar condutas autoritárias e arbitrarias para garantir a adesão ao tratamento. Em linhas gerais, pode-se dizer que a pessoa atendida possui autonomia e direito de escolhas em relação a sua saúde. Neste sentido, o ACS precisa priorizar o sigilo das informações e compartilhar com a equipe ESF e multidisciplinar somente demandas que devem ser tratadas para fortalecer ações de promoção, prevenção e recuperação de saúde.

3) Previsibilidade de impedimento ético na realização de visitas domiciliares.

A **terceira meta** faz menção à previsibilidade de impedimento ético na realização de visitas domiciliares a familiares, amigos ou em situação que o profissional não se considere apto por questões particulares ou por insuficiência de capacidade técnica. Conforme observado nas normativas da profissão, o profissional ACS deve morar no território onde trabalha, o que nos remete a pensar sobre suas relações pessoais, e a necessidade de pensar em declaração de impedimento ético diante de situações que envolvem intervenção a pessoas próximas que também podem apresentar demandas complexas na relação saúde e doença como, por exemplo, familiares, amigos próximos ou a própria família. O impedimento pode ocorrer em situações nas quais o ACS observa fatores que podem acarretar sofrimento ou desconforto durante o atendimento como, por exemplo, quando há rompimento de vínculo com a família ou compreensão de insuficiência de

capacidade técnica para a realização de visita domiciliar a determinada família ou indivíduo.

- 4) Desenvolver escuta qualificada e um olhar afinado para identificar fatores de risco à condição de saúde do individual ou da família em seu contexto de vivência.

A **quarta meta** envolve o desenvolvimento de escuta qualificada e um olhar afinado para identificar, na realidade de vida do usuário ou da família, potenciais fatores de risco à sua condição de saúde. Neste sentido, o ACS necessita desenvolver técnicas de comunicação priorizando entrevistas dialogadas com o usuário a partir do objetivo da visita. O desenvolvimento de habilidades de comunicação se torna algo importante de modo para identificar fatores que podem se tornar desafios ou potencialidades para o tratamento proposto. O processo de comunicação não envolve apenas o desenvolvimento de habilidades, mas também deve envolver a pessoa atendida, compreendendo em sua vivência situações que podem acarretar risco ou dano em sua condição de saúde, a partir das relações intrafamiliares e os determinantes sociais da saúde.

- 5) Comunicação escrita das informações observadas na visita domiciliar e encaminhamentos realizados.

A **quinta meta está relacionada à** comunicação escrita das informações observadas na visita domiciliar, bem como a descrição dos encaminhamentos realizados para outros serviços e profissionais. A cada visita realizada, o ACS deve descrever aquilo que foi observado de modo sintetizado, apresentar as demandas identificadas, bem como os encaminhamentos realizados para cada um dos usuários do serviço. Cabe também destacar que o ACS deve descrever toda e qualquer informação que julgar importante para os demais membros da equipe, como endereços, organização familiar e do cuidado etc.

- 6) Criação de um Procedimento Operacional Padrão para compartilhamento das demandas identificadas em visitas domiciliares.

Por fim, a **sexta meta** envolve a criação de um Procedimento Operacional Padrão (POP) para compartilhamento das demandas identificadas em visita domiciliar com os demais membros da equipe ESF, multidisciplinar e outros equipamentos da Rede de Atenção. O POP se caracteriza por ser entendido como é um documento relacionado ao gerenciamento dos processos de trabalho nas UBS e são procedimentos escritos de forma clara e objetiva que estabelecem instruções sequenciais para a realização de ações rotineiras e específicas e visam a garantia da uniformidade, eficiência e coordenação efetiva de atividades realizadas neste local. Este pode ainda apresentar um profissional de nível superior responsável em acolher refletir e distribuir as demandas aos demais membros da equipe ou realizar o compartilhamento das demandas a outros equipamentos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A sistematização das demandas compartilhadas é importante para garantir a continuidade de cuidado e a visibilidade ao que não deve ser esquecido e sim trabalhado de modo interdisciplinar com objetivo de fortalecer ações de cuidado em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os ACSs possuem importância histórica para o sistema de saúde brasileiro, fato que antecede a criação do SUS. Sua principal característica é ser um profissional de saúde "do povo para o povo", cuja qualificação é extremamente importante para seu desenvolvimento profissional, bem como em respeito ao usuário em sua integralidade. Ao se analisar as atribuições da profissão, observa-se que a visita domiciliar se apresenta como ação precípua, devendo estar alinhada a um conhecimento teórico, ético e operacional e deve ser supervisionado por um profissional de nível superior. No entanto, ainda não há clareza, tanto dos ACSs quanto da equipe, até mesmo dos usuários sobre as atribuições e características dessa atribuição.

O PlanificaSUS tem se caracterizado por ser uma metodologia de Educação Permanente que contribui para mudanças do processo de trabalho. Porém a conscientização do modo da operacionalização da prática também perpassa a esfera individual de cada profissional. O ACS precisa ter claro que as demandas identificadas nas visitas domiciliares devem ser tratadas a partir de planejamentos e fluxos, uma vez que de nada adianta um número grande de visitas sem que haja o devido trato com o identificado.

Compreendemos que a profissão está se transformando para dar resposta às complexas demandas da sociedade na área de saúde, sendo a existência de curso técnico para os ACS e o ACE é recente e ainda carece de diretrizes nacionais mais específicas. O Ministério da Saúde precisa analisar se a formação desta categoria não deve anteceder a prática para fins de fortalecer o trabalho popular em saúde com as famílias no território. Neste sentido, propõe-se a realização de um maior número de estudos, bem como capacitações de modo a orientar os ACSs e demais profissionais das equipes de saúde sobre as atribuições e responsabilidades do primeiro, especialmente no que tange às visitas domiciliares e a responsabilidade conjunta que todos os profissionais possuem quanto às demandas identificadas a domicílios.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Viviane Milan Pupin; CARDOSO, Cármen Lúcia. Visitas Domiciliares de Agentes de Saúde: Concepções de Profissionais e Usuários. **Revista Psico-USF**, vol. 22, n. 1, p.87-98, jan./ abr.2017.

ÁVILA, Maria Marlene Marques. Origem e Evolução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, vol. 24, n. 2, p. 159-168, abr.- jun. 2011.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88 Livro EC91 2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf). Acesso em: 22 maio 2023.

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 21 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 13 jun. 2023.

BRASIL. Decreto nº 3.189 de 04 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. Brasília: DF: Presidência da República, 04 out. 1999. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3189.htm Acesso em: 13 jun. 2023.

BRASIL. Lei Federal nº 11.350, 05 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/> Acesso em: 13 jun. 2023.

BRASIL. Lei Federal nº 10.507, de 10 de julho 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Disponível em http://www.cofen.gov.br/lei-n-10507-de-10-de-julho-de-2002_4165.html Acesso: 13 jun. 2023.

BRASIL. Portaria MS nº 3.3241, de 07 dezembro de 1999. Institui o Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-ms-n-3.241-de-7-de-dezembro-de-2020-293178860> Acesso em: 13 jun. 2023.

CONTARATO, Priscilla Caran. **Gestão de Trabalho em Saúde**. Brasília: PNAP/ Recife: UPE/Nead, 2021.

NETO, Francisco Timbo de Paiva; RODRIGUES, Debora Batista *et.al*. Do Litoral à Serra: A experiência do Planifica SUS na Atenção Primária à Saúde em Santa Catarina. **Sanare: Revista de Políticas Públicas**, vol.19, p.131-140, 2020.

SOCIEDADE BENEFICIENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. PLANIFICASUS: Wokshop 1 - Atenção Primária à Saúde e Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde/ Hospital Israelita Albert Einstein: Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais: São Paulo. Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://planificasus.com.br/>. Acesso em 13 de junho de 2023.

PARANÁ. Resolução SESA nº 720/2021. Institui o Grupo Condutor Estadual do PlanificaSUS Paraná 2021/2022. Disponível em: <https://saude.pr.gov.br> Acesso em: 13 jun. 2023.

ROCHA, Kátia Bones; CONZ, Jacqueline. *et al*. A visita Domiciliar no Contexto da Saúde: Uma revisão de Literatura. **Psicologia, Saúde & Doenças**, vol. 18, n. 1, 170-185. 2017.