



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE (UFRN)
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA -
RENASF
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO
NOSDESTE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



LIÉGIA KARISSA MORAIS RODRIGUES

**DESAFIOS E PERSPECTIVAS DAS VISITAS DOMICILIARES NA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA A PARTIR DA COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS**

NATAL/RN

2019

LIÉGIA KARISSA MORAIS RODRIGUES

**DESAFIOS E PERSPECTIVAS DAS VISITAS DOMICILIARES NA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA A PARTIR DA COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF/ Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN.

Orientador: Prof. Dr. João Bosco Filho

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

NATAL/RN

2019

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Rodrigues, Liégia Karissa Morais.

Desafios e perspectivas das visitas domiciliares na estratégia de saúde da família a partir da compreensão dos profissionais / Liégia Karissa Morais Rodrigues. - Natal, 2019. 41f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Orientador: João Bosco Filho.

1. Estratégia de Saúde da Família - Dissertação. 2. Visita domiciliar - Dissertação. 3. Profissionais - Dissertação. I. Bosco Filho, João. II. Título.

RN/UF/BS-CCS

CDU 614

LIÉGIA KARISSA MORAIS RODRIGUES

**DESAFIOS E PERSPECTIVAS DAS VISITAS DOMICILIARES NA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA A PARTIR DA COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS**

Dissertação apresentada ao programa de Pós Graduação em Saúde da Família do Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. João Bosco Filho – UFRN
(Orientador)

Prof. Dr. José Adailton da Silva – UFRN
(membro interno)

Prof. Dr. Maísa Paulino Rodrigues - UFRN
(membro interno)

Prof. Dra. Isabel Cristina Amaral de Souza Rosso Nelson – UERN
(Membro externo)

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente à Deus, pois sem ele com certeza não teria chegado até aqui. Em todos os momentos desta caminhada ele esteve ao meu lado, inseparavelmente me dando forças para seguir. Então, “nunca foi sorte, sempre foi Deus”.

Agradeço à minha mãe (in memoriam). Ela, que nos deixou há dois anos, logo após a prova do processo seletivo do Mestrado. Ela, que sempre me incentivou a estudar e a vencer na vida para não depender de ninguém. Minha eterna gratidão e saudade. Agradeço também ao meu pai, que inúmeras vezes foi me deixar na parada para eu pegar o carro para Natal.

Agradeço ao meu filho Pedro Henrique. Nos diversos momentos que eu tive que me distanciar dele para assistir aula e para estudar, ele sempre compreendeu(do jeito dele). Obrigada, meu amor, você não imagina a fortalez que é em minha vida. Te amo incondicionalmente e saiba que todas as minhas ausências foram/são para buscar o melhor para você.

Agradeço ao meu esposo Igor, por ter ficado com nosso filho esses vários dias em que eu tinha que me ausentar e também pelas várias viagens que você foi comigo, para me acompanhar no mestrado.

Agradeço ao meu cunhado Pepeu, Tati, minha irmã e Darquinha (segunda mãe de PH), por terem me ajudado em alguns dias em que não tinha com quem deixar Pedro Henrique. À vocês, todo o meu carinho e gratidão.

Agradeço a todos os professores do mestrado, com quem tanto aprendi, principalmente ao meu orientador João Bosco, que pude reencontrar e pude aprender mais com esse excelente profissional e ser humano.

Agradeço aos meus colegas do mestrado, com quem dividi muitos momentos de alegrias, angústias, trabalhos, caronas, almoços. Tenho certeza que não foi ao acaso vocês serem meus companheiros nesta longa jornada. Amo vocês.

Agradeço ao meu sogro Pedro, Alessandra, que sempre me receberam tão bem e me deram casa para eu ficar em Natal. Sem vocês nem sei se seria possível ter concluído.

Agradeço a Gerusa e Doal, que além de padrinhos do meu filho, são muito especiais e também me receberam sempre de portas abertas. Obrigada por tudo!

Não posso deixar de agradecer ao meu amigo Rodrigo, que me ajudou com a pesquisa desde o início, ouviu minhas angústias e sempre me disse que iria dar tudo certo. Obrigada, amigo!

Agradeço aos meus colegas de trabalho (são tantos, que não quero correr o risco de esquecer nenhum), que sempre me ajudaram para que eu me ausentasse nos dias de aula. Quero agradecer também ao secretário Sabino e toda gestão por sempre me apoiarem neste caminho.

RESUMO

A visita domiciliar é um instrumento de promoção da atenção domiciliar da equipe de Estratégia de saúde da família que facilita o vínculo e atua na promoção do cuidado em saúde. Assim, esta pesquisa tem como objetivo analisar a compreensão dos profissionais da estratégia de saúde da família sobre visitas domiciliares. A pesquisa é qualitativa, descritiva. Foi realizada no período de abril à maio de 2019 com 17 profissionais das estratégias de saúde da família de duas equipes do município de Apodi, no Estado do Rio Grande do Norte. Além disso, realizamos observação não participante e sistemática. Os dados foram obtidos através de entrevistas semi estruturadas e após foram transcritas e submetidas a análise de conteúdo. Da análise emergiram quatro categorias: Compreendendo as visitas domiciliares; Importância das visitas domiciliares; Dificuldades e desafios encontrados nas visitas e Planejamento das visitas. Percebemos que os profissionais compreendem as visitas como consultas no domicílio que devem ser ofertadas apenas a usuários acamados e/ou com alguma impossibilidade de ir a Unidade básica, reforçando a ótica do modelo médico hegemônico em saúde.

Palavras chave: Visita domiciliar; Estratégia de saúde da família; Profissionais.

ABSTRACT

The home visit is an instrument to promote home care of the Family Health Strategy team that facilitates the linkage and acts in the promotion of health care. Thus, this research aims to analyze the understanding of family health strategy professionals about home visits. The research is qualitative, descriptive. It was carried out from April to May 2019 with 17 professionals from the family health strategies of two teams from the municipality of Apodi, in the State of Rio Grande do Norte. In addition, we performed non-participant and systematic observation. The data were obtained through semi-structured interviews and after they were transcribed and submitted to content analysis. From the analysis emerged four categories: Understanding home visits; Importance of home visits; Difficulties and challenges encountered in visits and planning of visits. We perceive that professionals understand the visits as home visits that should be offered only to users who are bedridden and / or unable to go to the Basic Unit, reinforcing the view of the hegemonic medical model in health.

Keywords: Home visit; Family health strategy; Professionals

LISTA DE SIGLAS

ESF: Estratégia de Saúde da Família

VD: Visita Domiciliar

APS: Atenção Primária à saúde

UBS: Unidade Básica de saúde

UAPS: Unidades de atenção primária à saúde

AD: Atenção domiciliar

IBGE: Instituto brasileiro de geografia e estatística

ACS: Agente Comunitário de Saúde

TCLE: Termo de consentimento livre e esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. REFERENCIAIS TEÓRICOS	13
2.1. A VISITA DOMICILIAR E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	13
3. PERCURSO METODOLÓGICO	16
3.1. TIPO DE ESTUDO	16
3.2. CENÁRIO DA PESQUISA.....	16
3.3. ATORES	16
3.4. COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	17
3.5. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	17
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO:	18
4.1. ARTIGO - DESAFIOS E PERSPECTIVAS DAS VISITAS DOMICILIARES NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA A PARTIR DA COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS	18
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICES	37

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada uma estratégia de expansão e qualificação da atenção básica por fortalecer a premissa de levar a saúde para perto das famílias e é considerada a porta de entrada nos serviços, se propondo a resolver oitenta e cinco por cento dos problemas (BRASIL, 2007). Ela, que está dentro da Atenção Primária à saúde (APS) oferece serviços próximos ao local de moradia da população, favorecendo o vínculo e é centrada na pessoa e não na doença (STARFIELD, 2002). Além disso, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (2017), atua com famílias, tendo equipes multidisciplinares, compostas no mínimo por um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Essa estratégia atua no território dinâmico da população e possui como princípios de reorganização da atenção básica a adesão da clientela, a qual se refere ao vínculo a ser estabelecido entre a população e as equipes de saúde; a territorialização, que implica na relação dinâmica entre território e população; o diagnóstico da situação de saúde da população, realizado a partir da análise da situação de saúde das pessoas, famílias e grupos do território e o planejamento baseado na realidade local, que permite a organização de ações de saúde mediante as necessidades da população. (KEBIAN; ALCIOLI, 2014).

A ESF prevê a cobertura populacional através de áreas geográficas, nas quais devem considerar a diversidade sociopolítica, econômica, densidade populacional, acessibilidade aos serviços, entre outros fatores na delimitação das áreas, definindo, assim, o território de atuação. A equipe deve atender a população, na perspectiva prioritária da prevenção de doenças e promoção da saúde.

No contexto do trabalho da ESF, temos a visita domiciliar, um instrumento utilizado pelos profissionais de saúde, que é desenvolvido no território de atuação, mais especificamente no domicílio dos usuários. As visitas devem ser realizadas por todos os profissionais da ESF e ofertadas a toda a população adscrita. Contudo, estudos apontam que um grande número de visitas são realizados de forma aleatória e sem planejamento, o que pode impactar de modo negativo na prática das mesmas.

Mediante esse contexto, surgiram os seguintes questionamentos: De que forma a visita domiciliar é realizada pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família e qual a compreensão que os mesmos tem sobre as visitas domiciliares realizadas na ESF?

Visando obter respostas para tais questões, o estudo teve como objetivo geral: analisar a compreensão dos profissionais da estratégia de saúde da família sobre visitas domiciliares. E como específicos: identificar quais os critérios utilizados pelas equipes para realizar visitas; conhecer os instrumentos utilizados nas visitas e como estes são aplicados e observar como as visitas são realizadas.

A dissertação está dividida em três capítulos. O primeiro aborda referenciais teóricos sobre Visita domiciliar na Estratégia de saúde da família. O segundo capítulo descreve os caminhos metodológicos utilizados no decorrer da pesquisa. O terceiro capítulo, construído como um artigo científico, aborda os resultados e discussões.

Estudos dessa natureza se faz extremamente importante porque ao conhecer como os profissionais compreendem e realizam as visitas domiciliares nas Estratégias de saúde da família, podemos refletir sobre o atual cenário e a partir dele, buscar estratégias que contribuam para a superação dos limites e fortalecimento dos seus avanços.

2 REFERENCIAIS TEÓRICOS

2.1 A VISITA DOMICILIAR E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A visita domiciliar (VD), segundo Cunha e Gama (2012), é um instrumento de atenção à saúde que possibilita conhecer a realidade do indivíduo e família, construindo relações de vínculo entre profissionais e usuários, o que favorece a dinâmica e adesão a tratamento/reabilitação, bem como atua na promoção e prevenção de doenças. Essas VD tem sido um importante veículo utilizado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que, segundo a Política de Atenção Básica (2017), esta deve ser feita por todos os profissionais das equipes de ESF, sejam nos abrigos e/ou outros tipos de moradias em seu território, visando a resolubilidade e atenção integral à saúde.

Ferraz e Leite (2016) descrevem a visita domiciliar como importante instrumento de operacionalização da atenção domiciliar pela Equipe de ESF. Ela atende ao princípio da longitudinalidade, à medida em que reduz rupturas no cuidado prestado ao paciente ao mediar o contato entre os profissionais da Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS) e o indivíduo, em seu próprio domicílio.

Assim a visita domiciliar é extremamente importante para as equipes, tendo em vista que pode possibilitar o maior conhecimento das condições de vida e saúde dos familiares que estão no território. É através destas visitas, que quando realizadas sob a perspectiva do cuidado integral, humanizado e equânime, bem como na ótica da promoção da saúde, se visualiza o rompimento do modelo médico hegemônico, onde predomina a verticalização dos serviços e do cuidado. O Ministério da Saúde (2012), em seu Caderno de Atenção Domiciliar, nos diz que assistir no domicílio é cuidar da saúde da família com integralidade e dinamicidade, transformando relações e significados.

É através do vínculo que essas visitas se tornam uma ferramenta fundamental no cuidado. Segundo Brunello et al (2010), vínculo é a relação pessoal estreita e duradoura, que com o passar do tempo vão se tornando laços mais estreitos, facilitando a continuidade do tratamento e evitando consultas e internações desnecessárias. Contudo, essa relação é possibilitada através da cooperação mútua entre os usuários, família, cuidadores e profissionais de saúde. E

nas visitas ao domicílio isso se mostra ainda mais notório, uma vez que os sujeitos contam muito de suas vidas aos profissionais de saúde e depositam confiança e respeito, pois os mesmos se sentem mais à vontade para falar, para pedir, para mostrar algo que provavelmente não mostraria sob os muros de uma UBS.

Contudo, apesar de ser uma das atribuições de todos os membros das ESF, percebemos muitas vezes que essas visitas domiciliares são negligenciadas e/ou não atendem as necessidades dos indivíduos. Observa-se que muitos profissionais dão prioridades a outros atendimentos no próprio espaço da UBS. Além disso, algumas visitas são realizadas apenas para atendimentos a pacientes com alguma necessidade especial, e, sendo assim, se resume a uma consulta domiciliar, quando na verdade deveria ser acompanhamento dentro do domicílio.

Na ESF, a VD é a atribuição principal do agente comunitário de saúde (ACS), embora seja uma responsabilidade comum a todos os membros da equipe. As ações preconizadas na PSSI envolvem, principalmente, o enfermeiro e o ACS, sendo a avaliação médica solicitada quando se detectam alterações. (SILVA et al, 2016)

É percebido que na maioria das vezes alguns profissionais ficam sobrecarregados em virtude de realizarem “sozinhos” essas visitas, como por exemplo o agente comunitário de saúde. Alguns profissionais só estão preocupados com a produção no final do mês, dando prioridade ao fator quantitativo ao invés do qualitativo. Apesar disso, outra problemática merece destaque: A falta de planejamento das visitas. É notório que muitas vezes essas visitas são feitas aleatoriamente, sem o menor planejamento, sem instrumentos necessários para responder a real necessidade do usuário (CUNHA; GAMA 2012).

Segundo Cunha e Gama (2012), as visitas domiciliares tem alguns objetivos, tais como: Conhecer o domicílio e suas características ambientais, identificando socioeconômicas e culturais; Verificar a estrutura e a dinâmica familiar com elaboração do genograma ou familiograma ou ecomapa; Identificar fatores de risco individuais e familiares; Prestar assistência ao paciente no seu próprio domicílio, especialmente em casos de acamados; Promover ações de promoção à saúde, incentivando a mudança de estilos de vida; Adequar o atendimento às necessidades; Intervir precocemente na evolução para complicações e internações hospitalares e Estimular a independência e a autonomia do indivíduo e de sua família, incentivando práticas de autocuidado.

No momento das visitas é possível o estabelecimento dos vínculos e o fortalecimento das relações interpessoais, configurando-se como um momento importante, tanto para o profissional, quanto para o usuário, afinal, esse momento pode ser o ponto de partida para o planejamento de ações que possam impactar efetivamente no contexto de saúde da família visitada.

As equipes de saúde da família tem, nas visitas, os seus meios e instrumentos para possibilitar uma maior promoção da saúde, autonomia dos indivíduos e a corresponsabilização pelo seu processo saúde-doença. Como afirma Gomes et al (2015), a visita realizada pela ESF se configura como tecnologia do cuidado em saúde, bem como instrumento de intervenção fundamental por meio de inserção e conhecimento da realidade de vida da população. Através das mesmas, os profissionais de saúde podem refletir sobre suas práticas, podem prestar um cuidado continuado, e ao mesmo tempo diferenciado, possibilitando assim, uma atenção domiciliar efetiva, que vai além do domicílio.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo caracteriza-se como pesquisa qualitativa, descritiva, a qual caminha pelo universo das significações, dos motivos, das atitudes e dos valores, que se inter-relacionam com o processo de trabalho dos profissionais da saúde.

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de Apodi, no estado do Rio Grande do Norte. O referido município tem uma população estimada de 35. 814 pessoas, de acordo com o IBGE (2016). Possui nos serviços de atenção básica 11 equipes de estratégia de saúde da família, sendo 5 na zona urbana e 6 na zona rural.

O estudo ocorreu em duas equipes de saúde da família, sendo uma na zona rural e outra na zona urbana. A escolha por estas equipes deu-se em virtude do maior número de usuários na sua área de abrangência. A equipe da zona rural atende a mais de 10 comunidades diferentes, totalizando em torno de 5.000 usuários, sendo estas distantes entre si. A ESF da zona urbana abrange uma população em torno de 4.500 pessoas. Além disso, é bastante vulnerável, uma vez que o bairro não possui saneamento básico em todas as suas ruas e as condições de vida dos moradores são bastante precárias.

A UBS da zona rural possui 15 profissionais atuando e a da zona urbana possui 12. Todas as equipes são compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos de saúde bucal, dentistas e agentes comunitários de saúde.

3.3 ATORES

Os atores da pesquisa foram todos os profissionais que atuam nas estratégias de saúde da família das equipes selecionadas.

Como critério de inclusão utilizamos o de atuar na equipe da ESF e já tiver realizado visitas domiciliares no território de abrangência da Unidade básica. O critério de exclusão foi o de o profissional não ter realizado visita domiciliar.

3.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas que, de acordo com Manzini (1991), estão focadas em um assunto delimitado sob um roteiro de perguntas principais, que serão complementados por outras respostas inerentes ao momento da entrevista, ou seja, as respostas não estarão condicionadas a uma padronização de alternativas.

O roteiro de perguntas foi baseado na vivência dos profissionais com visitas domiciliares no território e sobre sua atuação nas visitas. As entrevistas foram gravadas através de um aparelho de celular e logo após foram transcritas e salvas em documentos “word”.

As falas foram agrupadas em categorias, que, segundo Bardin (1977): é “operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género”. Desta forma, pode ser submetida a uma ou várias dimensões de análises.

Para Identificar como se dá a relação entre os profissionais de saúde, idosos, cuidadores e/ou familiares nas visitas domiciliares, utilizamos observação não participante, que segundo Marconi e Lakatos (2011), o pesquisador entra em contato com o grupo pesquisado, mas não se envolve nas situações observadas. Para tanto, pretendeu-se acompanhar três dias de visitas domiciliares realizadas pelas equipes com idosos das três unidades citadas no estudo, sendo cada um dia em uma UBS.

Ainda foi utilizada uma observação sistemática aos instrumentos que possivelmente são utilizados nas VD: impressos, manuais, carteiras, sistema de informação, entre outros. Na observação sistemática, o observador sabe o que procura e é objetivo nas suas investigações. Alguns instrumentos usados: anotações, quadros, escalas (MARCONI; LAKATOS, 2011, p.78).

3.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa passou por todos os trâmites legais do comitê de ética (CEP), vinculado a UFRN, respeitada a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e tem como certificado de apreciação ética o seguinte código: 01817218.9.0000.5292.

Cada participante assinou um termo de consentimento de livre esclarecimento sobre a pesquisa (TCLE), informando os riscos e benefícios da pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão serão apresentados na forma de um artigo científico, o qual já foi enviado para publicação na revista “ciência e saúde coletiva” no dia 15 de junho de 2019, por isso está nas normas estilo Vancouver.

4.1 ARTIGO - DESAFIOS E PERSPECTIVAS DAS VISITAS DOMICILIARES NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA A PARTIR DA COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS

RESUMO

A visita domiciliar é um instrumento de promoção da atenção domiciliar da equipe de Estratégia de saúde da família que facilita o vínculo e atua na promoção do cuidado em saúde. Assim, esta pesquisa tem como objetivo analisar a compreensão dos profissionais da estratégia de saúde da família sobre visitas domiciliares. A pesquisa é qualitativa, descritiva. Foi realizada no período de abril à maio de 2019 com 17 profissionais das estratégias de saúde da família de duas equipes do município de Apodi, no Estado do Rio Grande do Norte. Além disso, realizamos observação não participante e sistemática. Os dados foram obtidos através de entrevistas semi estruturadas e após foram transcritas e submetidas a análise de conteúdo. Da análise emergiram quatro categorias: Compreendendo as visitas domiciliares; Importância das visitas domiciliares; Dificuldades e desafios encontrados nas visitas e Planejamento das visitas. Percebemos que os profissionais compreendem as visitas como consultas no domicílio que devem ser ofertadas apenas a usuários acamados e/ou com alguma impossibilidade de ir a Unidade básica, reforçando a ótica do modelo médico hegemônico em saúde. Além disso, as visitas são realizadas de forma aleatória, sem planejamento e se encerram no próprio domicílio.

Palavras chave: Visita domiciliar; Domicílio; Profissionais.

ABSTRACT

The home visit is an instrument to promote home care of the Family Health Strategy team that facilitates the linkage and acts in the promotion of health care. Thus, this

research aims to analyze the understanding of family health strategy professionals about home visits. The research is qualitative, descriptive. It was carried out from April to May 2019 with 17 professionals from the family health strategies of two teams from the municipality of Apodi, in the State of Rio Grande do Norte. In addition, we performed non-participant and systematic observation. The data were obtained through semi-structured interviews and after they were transcribed and submitted to content analysis. From the analysis emerged four categories: Understanding home visits; Importance of home visits; Difficulties and challenges encountered in visits and planning of visits. We perceive that professionals understand the visits as home visits that should be offered only to users who are bedridden and / or unable to go to the Basic Unit, reinforcing the view of the hegemonic medical model in health.

Keywords: Home visit; Family health strategy; Professionals.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), que está inserida dentro da atenção primária à saúde (APS), tem como principal finalidade a reorganização da atenção básica no país. É considerada uma estratégia de expansão e qualificação da atenção básica por fortalecer a premissa de levar a saúde para perto das famílias e é considerada a porta de entrada nos serviços, se propondo a resolver quase cem por cento dos problemas. Ela oferta serviços próximos ao local de moradia da população, favorecendo o vínculo e é centrada na pessoa e não na doença¹. Além disso, atua com equipes multidisciplinares, compostas no mínimo por um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Esta estratégia possui como princípios de reorganização da atenção básica a adscrição da clientela, a qual se refere ao vínculo a ser estabelecido entre a população e as equipes de saúde; a territorialização, que implica na relação dinâmica entre território e população; o diagnóstico da situação de saúde da população, realizado a partir da análise da situação de saúde das pessoas e grupos do território, mediante cadastramento das famílias e dos indivíduos; e o

planejamento baseado na realidade local, que permite a organização de ações de saúde mediante as necessidades da população².

A ESF prevê a cobertura populacional através de áreas geográficas, a qual deve considerar a diversidade sociopolítica, econômica, densidade populacional, acessibilidade aos serviços, entre outros fatores na delimitação das áreas, definindo, assim, o território de atuação. A equipe deve atender a população, na perspectiva prioritária da prevenção de doenças e promoção da saúde.

Dentre as atividades realizadas pelas equipes de saúde da família temos a visita domiciliar, que é um instrumento utilizado e desenvolvido no território de atuação, mais especificamente no domicílio do usuário.

A visita domiciliar (VD), segundo Cunha e Gama³, é um instrumento de atenção à saúde que possibilita conhecer a realidade do indivíduo e família, construindo relações de vínculo entre profissionais e usuários, o que favorece a dinâmica e adesão a tratamento/reabilitação, bem como atua na promoção e prevenção de doenças. Essas VD tem sido um importante veículo utilizado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que, segundo a Política de Atenção Básica⁴, esta deve ser feita por todos os profissionais das equipes de ESF, visando a resolubilidade e atenção integral à saúde.

Ferraz e Leite⁵ descrevem a visita domiciliar como importante instrumento de operacionalização da assistência domiciliar pela Equipe de ESF. Ela atende ao princípio da longitudinalidade, à medida em que reduz rupturas no cuidado prestado ao paciente ao mediar o contato entre os profissionais da Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS) e o indivíduo, em seu próprio domicílio.

Diante dessa perspectiva, esta pesquisa se alicerça nas compreensões dos profissionais da estratégia de saúde da família sobre visitas domiciliares, que vamos discutir no decorrer do estudo. Para isso tivemos como objetivos geral: Analisar a compreensão dos profissionais da estratégia de saúde da família sobre visitas domiciliares; e como específicos: Identificar quais os critérios utilizados pelas equipes para realizar visitas; conhecer os instrumentos utilizados nas visitas e como estes são aplicados e observar como as visitas são realizadas.

A partir da análise das falas dos profissionais de saúde, pudemos refletir sobre a prática da visita domiciliar, não apenas como um instrumento a ser operacionalizado na estratégia de saúde da família, mas como uma práxis a ser vivenciada no cotidiano das equipes, tendo em vista a promoção da saúde.

MÉTODO

O estudo caracteriza-se como pesquisa qualitativa, descritiva, a qual caminha pelo universo das significações, dos motivos, das atitudes e dos valores, que se inter-relacionam com o processo de trabalho dos profissionais da saúde.

A pesquisa foi realizada no município de Apodi, no estado do Rio Grande do Norte. O referido município tem uma população estimada de 35. 814 pessoas, de acordo com o IBGE⁵. Possui nos serviços de atenção básica 11 equipes de estratégia de saúde da família, sendo 5 na zona urbana e 6 na zona rural.

O estudo foi delimitado a duas equipes de saúde da família, sendo uma na zona rural e outra na zona urbana. A escolha por estas equipes deu-se em virtude do maior número de usuários na sua área de abrangência. A equipe da zona rural atende em torno de 10 comunidades diferentes, totalizando em torno de 5.000 usuários, sendo estas bem distantes entre si. A ESF da zona urbana abrange uma população em torno de 4.500 pessoas. Além disso, é bastante vulnerável, uma vez que o bairro não possui saneamento básico em todas as suas ruas e as condições de vida dos moradores são bastante precárias.

A UBS da zona rural possui 15 profissionais atuando e a da zona urbana possui 12. Todas as equipes são compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos de saúde bucal, dentistas e agentes comunitários de saúde.

Os atores da pesquisa foram todos os profissionais que atuam nas estratégias de saúde da família, o que totalizou 17 pessoas. Como critério de inclusão utilizamos o de atuar na equipe da ESF e já tiver realizado visitas domiciliares no território de abrangência da Unidade básica. O critério de exclusão foi o de o profissional não ter realizado visita domiciliar.

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas a todos os atores da pesquisa, que, segundo Manzini⁶, está focada em um assunto delimitado sob um roteiro de perguntas principais, que serão complementados por outras respostas inerentes ao momento da entrevista, ou seja, as respostas não estarão condicionadas a uma padronização de alternativas.

O roteiro de perguntas foi baseado na vivência e compreensão dos profissionais sobre as visitas domiciliares. As entrevistas foram gravadas em áudio e logo após foram transcritas e salvas em documentos “word”.

Assim, foram entrevistados 15 profissionais, dentre médicos, enfermeiros, dentista, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde e técnico de saúde bucal. Na equipe da zona urbana não participaram da pesquisa a técnica de saúde bucal, pois não realiza visita e um ACS, pois não aceitou participar da pesquisa. Já na zona rural, o dentista não participou, pois não realiza visitas. As mesmas foram realizadas no mês de maio de 2019.

Para garantir o sigilo foram utilizados siglas de identificação, como: ZR (zona rural); ZU (zona urbana); ACS (agente comunitário de saúde); TSB (Técnico de saúde bucal); TE (Técnico de enfermagem); M (médico); E (enfermeiro), bem como números, baseado na ordem de falas coletadas.

A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo, que segundo Bardin⁷ é descrita como:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.⁷

Utilizamos as três fases para a análise de conteúdo⁷, que, são: Pré-análise, que se constitui organização dos dados transcritos após leitura flutuante exaustiva a materiais e exploração do material e tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação, que é a agregação dos dados após categorização.

As falas foram agrupadas em categorias, de acordo com critérios de homogeneidade e exaustão. Desta forma, pode ser submetida a uma ou várias dimensões de análises.

Utilizamos ainda a observação não participante, que segundo Marconi e Lakatos⁹, o pesquisador entra em contato com o grupo pesquisado, mas não se envolve nas situações observadas. Para tanto, foram observadas algumas visitas domiciliares realizadas pelas equipes.

Ainda foi utilizada uma observação sistemática aos instrumentos que são utilizados nas VD: impressos, manuais, carteiras, sistema de informação, entre outros. Na observação sistemática, o observador sabe o que procura e é objetivo nas suas investigações. Alguns instrumentos usados: anotações, quadros, escalas⁹.

A pesquisa passou por todos os trâmites legais do comitê de ética (CEP), vinculado a UFRN, respeitada a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e tem

como certificado de apreciação ética o seguinte código: 01817218.9.0000.5292. Cada participante assinou um termo de consentimento de livre esclarecimento sobre a pesquisa (TCLE), informando os riscos e benefícios da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE VISITAS DOMICILIARES

Para analisar a compreensão das visitas domiciliares dos profissionais que atuam na equipe de estratégia de saúde da família, é necessário saber o que tais profissionais entendem por visita domiciliar dentro de sua vivência na ESF.

Vimos, então que todos os agentes comunitários de saúde entrevistados, ao serem questionados sobre visitas domiciliares, compreendem visita como um acompanhamento mensal realizado a todas as famílias de área de abrangência do seu território, com o intuito de passar informações sobre saúde e bem estar. Já os demais profissionais conceituam visitas como uma consulta no domicílio apenas aos usuários debilitados. É o que nos mostra as seguintes falas:

É um acompanhamento em que o agente de saúde passa as informações da unidade de saúde ao paciente, pra que ele não venha a se deslocar desnecessariamente pra unidade. (ACS 2 ZR)

É aquele momento que a gente vai na casa, no domicílio mesmo, visitar aquela família. Ver os problemas, orientar, ver o que a gente pode fazer. Ajudar. É fazer saúde preventiva, informar sobre os serviços de saúde. (ACS 3 ZU)

É muito importante, porque é os pacientes que não podem vir a ubS aí a unidade vai até essas pessoas. É tipo assim, essas pessoas carentes. (TE ZU)

É a visita no domicílio do paciente que necessita desta visita, no caso são para pacientes acamados, ou com impossibilidade de mobilidade, no caso alguém que tem algum membro amputado ou cadeirante, ou então quem tem alguma demência (M ZR)

Sabemos que a visita domiciliar (VD), segundo Camargos¹⁰, constitui uma importante ação integrante da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que tem como objetivo acompanhar e oferecer condutas de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo, da família e da coletividade, em seu espaço domiciliar. É um instrumento que possibilita um grande vínculo entre o profissional de saúde e as famílias de seu território de atuação, fazendo conhecer a realidade do indivíduo e de sua família in loco. É a partir deste momento em que o profissional se aproxima do íntimo do usuário, da sua rotina, da sua casa.

No entanto, os profissionais da Estratégia de Saúde da família deste estudo, que se propõem a promover saúde e intervir nos fatores de risco, compreendem as visitas sob a ótica centrada apenas na doença.

A gente entende como atender aqueles pacientes que estão impossibilitados de virem ao consultório ou aqueles que precisam de um atendimento diferenciado. A gente vai olhar a dimensão da estratégia que o paciente tá. Se está cirurgiado, se está precisando de algum curativo, ou alguma orientação. (D ZU)

Eu acho que é pra quem não tem condições de ir a ubs, que não esteja apta a vir a ubs. Então a gente leva a prevenção, promoção, de acordo com a patologia. O objetivo é levar a saúde. (TE ZR)

É um momento em que a gente sai de dentro da unidade básica de saúde e fazer suprir as necessidades de uma família que não pode sair de casa. As vezes um doente mental que está preso e não pode sair. Eu entendo visitas domiciliares para pessoas que não podem sair de dentro de casa. Objetivo principal é suprir a necessidade que ele precisa, seja alta complexidade ou baixa complexidade. (E ZR)

Na concepção de Rodrigues¹¹ as visitam, além de alterarem a maneira de como os profissionais atuam, devem proporcionar virtudes que transcendem o atendimento básico em um consultório. Elas devem ser capazes de transformar a forma de lidar com determinadas situações, proporcionando reflexões capazes de promover crescimento pessoal através da sensibilização permeada pelas peculiaridades de cada domicílio, de cada família. No entanto, os profissionais da ESF estão refletindo sobre a prática das visitas domiciliares? Até que ponto os profissionais promovem saúde a partir de tais visitas?

Segundo a política nacional de atenção básica⁶, As visitas devem ser realizadas por todos os profissionais de saúde da estratégia de saúde da família, como forma de se aproximar e acompanhar mais da realidade dos indivíduos, do seu dia-a-dia. E, de fato, deve-se dar prioridade as visitas aqueles que estão acamados, debilitados e/ou impossibilitados de virem a unidade. Isso reforça o princípio da equidade do Sistema Único de Saúde (SUS), onde devemos priorizar aqueles usuários e/ou famílias que possuem maior urgência nos cuidados a serem possibilitados pelas VD. Contudo, não se deve esquecer aquelas pessoas que também integram o território da UBS, mas que possuem menor urgência.¹⁰

Conforme as falas, percebemos a prevalência da medicalização excessiva, onde se prioriza a doença, o doente, quando na verdade deveria se priorizar o usuário em seu contexto. As visitas se configuram, neste íterim, apenas como mais

uma atribuição e/ou instrumento a ser realizado pelos profissionais dentro da ESF. Na verdade seria pertinente refletir sobre a visita como um espaço de trocas, de vínculo, onde se possibilite a promoção como eixo estratégico que deve ser a saúde da família. As visitas devem ser realizadas, não apenas como uma tarefa a ser cumprida no(s) dia(s) pré-estabelecidos, mas como uma práxis, que, segundo Konder, citado por Barros¹² é uma atividade concreta na qual os sujeitos se afirmam no mundo e modificam sua realidade, transformando-se a si mesmos.

A partir da observação da realização de algumas visitas realizadas pelos profissionais das unidades, percebemos que os profissionais, exceto os ACS , levam, além de impressos, materiais como estetoscópio, dentre outros instrumentos, para realizarem procedimentos e preencherem receitas para os usuários que já apresentam alguma patologia. Então, nota-se:

[]que a VD é mais utilizada para as ações curativas do que para as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, ações estas que se caracterizam como cerne dos serviços da atenção básica¹³

Percebe-se, deste modo, o predomínio do modelo curativista, primeiro por ter a presença forte do médico (a maioria das visitas necessita do médico para serem realizadas), segundo, pela forte presença de receitas médicas, solicitações de exames, medicações, entre outros. A VD precisa ser entendida, não como uma receita de bolo, mas como uma oportunidade de estreitar vínculos, de se promover saúde.

No que concerne a estas visitas, devemos considerar a complexidade das situações encontradas no território, que perpassam o biológico e atingem o social, familiar e político. Assim, a realização da VD se mostra como uma oportunidade privilegiada para se desenvolver uma relação mais horizontal, com o predomínio de tecnologias leves e com espaço para escuta.^{13,14}

IMPORTÂNCIA DAS VISITAS

Nesse cenário, trazemos algumas falas que expressam a importância das VD:

Muito importante. Porque através dessa visita a gente está educando, falando sobre saúde preventiva. A saúde preventiva ela é muito

importante. Através dessas visitas as pessoas se previnem e ajuda a não adoecer através dessas visitas. (ACS 1 ZU)

Muito. Porque é lá onde a gente conhece a realidade onde os pacientes vivem. Porque quando você está na unidade, aqui é nossa realidade, mas a gente não tem noção de como ele está inserido lá, de como é o processo de recuperação, saúde e doença de cada um. Então eu acho extremamente importante. (E ZR)

Eu acho gratificante, porque a gente ajuda as pessoas, quando precisa, quando está adoecido. E é muito importante, porque quando a gente vai na casa de uma pessoa as vezes nem é só porque ela está doente e sim porque as vezes ela precisa desabafar, conversar com a gente. Eu acho isso muito importante. Tanta gente que precisa de uma visita, de um ouvir. As vezes a gente está lá só para ouvir. (ACS 3 ZR)

São inúmeros os benefícios destas visitas, é o que afirma Camargos¹⁰ quando nos traz que elas nos possibilitam: Conhecer os domicílios com suas características ambientais, socioeconômicas e culturais; Verificar a estrutura e a dinâmica familiar; Prestar atenção domiciliar aos pacientes acamados e em outras situações especiais; Atuar no controle e prevenção de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis; estimular a adesão aos tratamentos medicamentosos e não medicamentosos propostos; Propiciar ao indivíduo e à família uma participação ativa em seu processo saúde-doença e estimular a autonomia do indivíduo e da família na prática do autocuidado em seu domicílio.

É importante enfatizarmos a autonomia do usuário dentro das visitas, bem como a abordagem familiar dentro do processo cuidar. Dias e Lopes¹⁵, afirmam que segundo Boff, o cuidar é uma atitude. E é neste contexto em que devemos refletir sobre tal prática.

O grau de autonomia da pessoa caracteriza o modelo de abordagem utilizado pelos profissionais de saúde. A pessoa necessita ter o conhecimento, a capacidade de decidir, de processar e selecionar informações, a criatividade e a iniciativa na busca de seu cuidado.¹⁵

Nesta perspectiva, destacamos uma fala:

[] Muitas vezes a visita é solicitada por pessoas que andam, que tem condições de se locomover, mas não querem vir a unidade. Então obviamente se a gente for na casa a gente vai estar invadindo. Então isso é importante passar para população. Muitas vezes tem pacientes que não quer, mas a família fica insistindo pra gente ir. (E ZR)

Isso perpassa pela autonomia do usuário, que deve ter direito de escolher sobre sua saúde Contudo, o profissional de saúde deve saber abordar, a fim de

conscientizar o usuário sobre seu cuidado, sobre suas escolhas, sobre buscar sua qualidade de vida.

Percebemos que muitos profissionais adentram nas casas dos usuários sem de fato pedir permissão, sem de fato ter vinculação e/ou afeto. Entrar em uma casa não exige apenas saberes que muitas vezes são adquiridos da academia, mas requer, acima de tudo, empatia, requer, se colocar no lugar do outro, requer troca. Então, devemos pensar nas visitas como uma emancipação dos sujeitos, tendo em vista a promoção da saúde, e não apenas como consultas nos domicílios. A VD deve nos possibilitar adentrar em espaços amplos para se captar atitudes, se ouvir coisas que talvez não fosse possível sob os muros de uma unidade. O domicílio é um espaço vivo e dinâmico, por isso pode nos fazer enxergar bem mais do que uma patologia.

Destacamos ainda a fala:

[] Porque muita gente as vezes não quer vir a unidade porque fulaninho vai me ver na unidade e vai querer saber o porque e as vezes não gera esse constrangimento. E ela diz eu estou passando por isso e isso e a gente aconselha. Sempre vir quando necessário. Quando não, a gente traz informações ao médico. É tipo uma comunicação para não gerar tanto constrangimento. (ACS 4ZR)

Diante do mencionado acima, percebemos a forte presença da hierarquia médica e individualismo, reforçando mais uma vez o modelo cartesiano de saúde, ou seja, o modelo médico hegemônico. Sabemos que nas visitas podemos orientar, intervir, dialogar, sem necessariamente ter a presença do médico. Não queremos aqui desqualificar a figura médica, que sabemos, é de suma importância, mas se faz necessário (re)pensar na realidade destas visitas, que deveriam ser espaços promotores de saúde e não apenas medicalizantes.

DIFICULDADES E DESAFIOS DAS VISITAS

A atividade de VD enfrenta muitos desafios. O contexto de incertezas e surpresas em que se realiza, envolvendo relações complexas entre o público e o espaço privado do domicílio. Além das dificuldades inerentes à própria prática da VD: a mudança de famílias, endereços errados e recusas, entre outras situações adversas¹⁶. De acordo com algumas falas da UBS da zona rural:

A maior dificuldade é o transporte, porque os caminho é muito ruim e a gente tem que vim pagando transporte. Mesmo o transporte sendo meu eu tenho que botar combustível. Quando eu pego um transporte de manhã. (ACS 1 ZR)

Minha maior dificuldade é a distância e a locomoção. Daqui eu percorro 28 km. E tenho uma comunidade vizinha. Aí eu já passo nas duas. E tem outra mais distante. É um percurso muito extenso. Eu vou de moto . e a lama é uma dificuldade nesse tempo de chuva. (ACS 3 ZR)

Percebemos que uma das maiores dificuldades da zona rural é a distância geográfica entre as comunidades, bem como o transporte. Os agentes comunitários fazem seu deslocamento para as visitas através de motocicletas próprias. E, em virtude de estradas de barro, muitas vezes ficam impossibilitados de se deslocarem, dependendo das mudanças climáticas. Além disso, existe a distância para se chegar a determinadas comunidades, o que se torna difícil o acesso.

Já na UBS da zona urbana, as dificuldades relatadas são:

As vezes é difícil. As vezes a gente encontra resistência da família e as vezes o dono da casa. As vezes dorme demais e acorda de 11 horas e a gente fica perturbando. E tem umas que não querem.(ACS 1 ZU)

Contudo, existem profissionais que não vêem dificuldades:

Não vejo dificuldade. A gente solicita o carro e vai. (D ZU)

Não vejo dificuldade. Já tô com quase 20 anos de trabalho e não vejo dificuldade (ACS 2 ZU).

Notou-se, então, que as maiores dificuldades encontradas pelos profissionais da zona rural são transporte e distância geográfica, enquanto os da zona urbana são os horários e recusa da família em receber o profissional e/ou a equipe, em virtude de horários e/ou vontades. Reconhecemos a precariedade da execução de atividades realizadas pelas equipes de saúde da família. Temos muitas vezes falta de materiais, insumos, impressos, além do tempo, que se torna pouco em virtude das inúmeras atribuições dos profissionais de saúde.

Ofertar um VD na estratégia de saúde da família, requer, muito além de impressos e/ou materiais, exige uma postura de empatia, em que o profissional coloque o usuário como centro do cuidado, e não como objeto de ações.

PLANEJAMENTO DAS VISITAS

Percebe-se, a partir da observação, que as visitas são realizadas de forma aleatória, sem planejamento sistematizado. Além disso, estão inseridas em um cronograma que muitas vezes não é realizado na prática. Os agentes de saúde realizam visitas mensais a cada família da área adscrita, contudo, deve realizar as mesmas com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme a necessidade, assim como preconizada a PNAB⁴. E o resto da equipe só realiza mediante solicitação do agente de saúde ou da própria família.

Sim. A gente já sai de casa com aquele roteiro, vou visitar família tal, rua tal. Planejamento assim mental, as vezes a gente planeja também, tipo idoso tal, tem diabetes, pressão alta e dava as condições referidas de cada paciente. (ACS 1 ZR)

Praticamente semanal. Não é que a gente programe, mas a gente não deixa passar necessidade. Por mês a gente agenda. Porém se aparecer alguém na semana a gente vai se necessário. (E ZR)

Para os autores Baratieri apud Ferraz e Leite⁶, as Visitas Domiciliares só se configuram como um instrumento intervencionista das ESF se forem previamente planejadas e realizadas de forma sistematizada, iniciando-se antes e dando continuidade após o ato de visitação. Deste modo, nem todas as visitas ao domicílio são consideradas VD, pois estas precisam estar pautadas em objetivos e instrumentos previamente elaborados pela equipe de saúde da família.

Quando questionados se a equipe se reúne após as visitas, vimos que:

Não. A gente se reúne mensalmente. A não ser que tenha uma campanha e a gente precisa dessa reunião extra pra gente programar alguma coisa extra. Ou então se a gente for fazer uma atividade coletiva, aí sim precisa se reunir e ver os pontos positivos daquela campanha. (ACS 3 ZU)

Não. Nestes casos a gente pergunta como foi, só em caso que chama muito atenção, que tem muitas observações. Aí a gente passa, fulano está assim assim assim, precisa agilizar alguma coisa, algum procedimento, tipo fisioterapia. Mas no momento não. Mas a gente não tem aquele momento de sentar, de analisar como foram aquelas visitas não. (E ZU).

Ao observarmos as visitas compartilhadas, percebemos que as mesmas são realizadas sem planejamento sistematizado, apenas de acordo com a necessidade do usuário, e em sua maioria, são realizadas apenas a acamados e a pessoas com dificuldade e/ou impossibilidade de se deslocarem até a unidade.

Em relação aos impressos, também se observou que as equipes utilizam cadernos, prontuários e fichas do E-SUS. Contudo, não existe uma especificação das fichas e protocolos.

Percebeu-se que ao retornarem das visitas, a equipe não se reúne para discutir tal visita, exceto se for um caso de maior complexidade (doença incapacitantes) e que requeira um cuidado continuado.

Deste modo, percebemos que as VD se encerram no próprio domicílio, quando na verdade deveria existir o retorno para a unidade, a avaliação e reavaliação de tais visitas. A partir do momento em que se vai ao domicílio, muitas outras questões relacionadas ao cenário vivo encontrado nas visitas devem ser valorizadas e divididas com todos da equipe, para que se possa fazer o planejamento e consequente avaliação. Ademais, deveríamos pensar em construir planos de promoção da saúde em ato para cada sujeito e sua vida, e não apenas intervenções mediante doenças.

CONCLUSÃO

Ao longo da pesquisa foi possível identificar que, embora alguns avanços sejam apontados, principalmente no que tange ao reconhecimento da importância da visita domiciliar pelos profissionais que as fazem, bem como da relevância desse instrumento como possibilidade de promover a saúde dos sujeitos em seu contexto familiar, ainda persiste entre os profissionais estudados uma compreensão das visitas domiciliares sob a ótica médica hegemônica em saúde, uma vez que predominantemente entendem as visitas como consultas e/ou procedimentos dentro do domicílio, que devem ser ofertadas apenas a usuários acamados e/ou com doenças incapacitantes. Além disso, percebemos fortemente a presença da figura médica como peça indispensável nas visitas.

Apesar da Estratégia da saúde da família ter surgido como forma de reorientação e substituição do modelo hospitalocêntrico vigente, se propondo a promover saúde no território e domicílios, os profissionais atuantes nas equipes

ainda tem seus discursos e práticas fincados em procedimentos e doenças. Além disso, notamos que as visitas se encerram no próprio domicílio, quando deveriam se iniciar no mesmo.

O desafio de romper com o modelo médico vigente não é fácil, até porque está muitas vezes incutido desde a formação acadêmica, o que nos leva a crer que devemos refletir sobre a des(construção) dos processos de trabalho desde sua formação profissional ainda na academia.

Nesse sentido, temos ainda enquanto grandes desafios, a construção e vivência da visita domiciliar como uma práxis, que possibilite trocas de saberes e transformação dos sujeitos e práticas. Sabemos que ainda temos muitos desafios a serem enfrentados em relação às visitas domiciliares. Reconhecemos as fragilidades e precariedade dos serviços. Contudo, se faz necessário repensar práticas vigentes, em busca de refletirmos sobre as visitas, buscando transformar práticas e nos transformar enquanto profissionais de saúde e seres humanos.

REFERÊNCIAS

1. CAMPOS, Osana Tereza Onoko; FERRER, Ana Luiza; GAMA, Carlos Alberto Pegolo; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; TRAPÉ, Thiago Lavras; DANTAS, Deivison Vianna. Avaliação na qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Revista saúde e debate*. Rio de Janeiro, 2014.
2. SANTOS, Flávia Pedro dos anjos; ACIOLI, Sonia; MACHADO, Juliana Costa et al . Práticas de cuidado da equipe de estratégia saúde da família. *Revista Enfermagem*. UFPE. Recife, 2014.
3. CUNHA, C.L.F, GAMA, M.E.A. A visita Domiciliar no âmbito da atenção primária em saúde. *Assistência Domiciliar – Atualidades de enfermagem*. Rio de Janeiro, 2012.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de atenção à saúde. Série E. Legislação em Saúde. Brasília, 2017.
5. IBGE, Coordenação de Geografia. Brasil: Uma visão geográfica e ambiental no início do século XXI. Rio de Janeiro, 2016.

6. FERRAZ, Giuliane Andrade; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves Leite. Instrumentos de visita domiciliar: Abordagem da odontologia na estratégia saúde da família. Revista atenção primária a saúde, 2016.
7. MANZINI, Eduardo José. A entrevista na pesquisa social. Didática. São Paulo, v. 26/27,p. 149-158, 1990/1991.
8. BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2011.
9. MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 7. ed. – 6. reimpr. São Paulo: Atlas: 2011.
10. CAMARGOS, Marcelo H. Como priorizar as visitas domiciliares com base na escala de risco familiar. Centro de telessaúde, UFMG. Minas gerais, 2014.
11. RODRIGUES, Tinoco Diego. Plano de ação para a realização de visitas domiciliares assistidas pelo médico em Rio Manso – MG. Trabalho de conclusão de curso de especialização em Atenção básica. Belo Horizonte, 2014.
12. BARROS, José D Assunção. Práxis: Considerações sobre as assimilações de um conceito pelo materialismo dialético. Rio de Janeiro, 2011.
13. CUNHA, Marcela da Silva; SÁ, Marilene de Castilho. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. Revista interface. Rio de Janeiro, 2011.
14. MERHY, Emerson Elias, FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: Uma necessidade contemporânea. 2009.
15. DIAS, Leda Chaves; LOPES, José Mauro Cerrati. Abordagem familiar na atenção domiciliar. Módulo 4. Curso de especialização em atenção domiciliar. Universidade federal de Ciências da saúde. Porto Alegre, RS, 2015.
16. ROMANHOLI, R.M.Z.; CYRINO, E.G. Home visits in doctors' training: from conception to the challenge of practice. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.16, n.42, p.693-705, jul./set. 2012.
17. AURELIO, O mini dicionário da língua portuguesa. 5a edição revista e ampliada do mini dicionário Aurélio. 7a edição – Rio de Janeiro, 2010

18. BORGES, CL, FREITAS MC de, GUEDES MVC et al. Prática clínica do enfermeiro no cuidado ao idoso fragilizado: estudo de reflexão . Revista de Enfermagem UFPE. Recife, 2016.
19. BRUNELLO, Maria Eugênia Firmino et al. O vínculo na atenção à saúde: Revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). Acta paulista de Enfermagem. Vol. 23. São Paulo, 2010.
20. CARVALHO, José Alberto Magno; GARCIA, Ricardo Alexandrino. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Volume 3. Cadernos de saúde pública. Rio de Janeiro, 2003.
21. GOMES, Maria Fernanda Pereira, FRACOLLI, Lislaine Aparecida, MACHADO, Bruno César. Atenção domiciliar do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. Universidade Paulista. São Paulo, 2015.
22. MERHY, Emerson Elias. Saúde: A cartografia do trabalho vivo. São Paulo, Hucitec, 2002.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da pesquisa foi possível identificar que, embora alguns avanços sejam apontados, principalmente no que tange ao reconhecimento da importância da visita domiciliar pelos profissionais que as fazem, bem como da relevância desse instrumento como possibilidade de promover a saúde dos sujeitos em seu contexto familiar, ainda persiste entre os profissionais estudados uma compreensão das visitas domiciliares sob a ótica médica hegemônica em saúde, uma vez que predominantemente entendem as visitas como consultas e/ou procedimentos dentro do domicílio, que devem ser ofertadas apenas a usuários acamados e/ou com doenças incapacitantes. Além disso, percebemos fortemente a presença da figura médica como peça indispensável nas visitas.

Apesar da Estratégia da saúde da família ter surgido como forma de reorientação e substituição do modelo hospitalocêntrico vigente, se propondo a promover saúde no território e domicílios, os profissionais atuantes nas equipes ainda tem seus discursos e práticas fincados em procedimentos e doenças. Além disso, notamos que as visitas se encerram no próprio domicílio, quando deveriam se iniciar no mesmo.

O desafio de romper com o modelo médico vigente não é fácil, até porque está muitas vezes incutido desde a formação acadêmica, o que nos leva a crer que devemos refletir sobre a des(construção) dos processos de trabalho desde sua formação profissional ainda na academia.

Nesse sentido, temos ainda enquanto grandes desafios, a construção e vivência da visita domiciliar como uma práxis, que possibilite trocas de saberes e transformação dos sujeitos e práticas. Sabemos que ainda temos muitos desafios a serem enfrentados em relação às visitas domiciliares. Reconhecemos as fragilidades e precariedade dos serviços. Contudo, se faz necessário repensar práticas vigentes, em busca de refletirmos sobre as visitas, buscando transformar práticas e nos transformar enquanto profissionais de saúde e seres humanos.

REFERÊNCIAS

- AURELIO. **Mini dicionário da língua portuguesa**. 5ª edição revista e ampliada do mini dicionário Aurélio. 7ª edição – Rio de Janeiro, 2010.
- BARROS, José D Assunção. **Práxis**: Considerações sobre as assimilações de um conceito pelo materialismo dialético. Rio de Janeiro, 201.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de atenção à saúde. Série E. Legislação em Saúde. Brasília, 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema E-SUS de Atenção Básica**. Manual de exportação – API Thrifti. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Volume 1. Brasília, 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Revista brasileira de Saúde da Família**. Número 14. Brasília, 2007.
- BRUNELLO, Maria Eugênia Firmino et al. O vínculo na atenção à saúde: Revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta paulista de Enfermagem**. Vol. 23. São Paulo, 2010.
- CAMARGOS, Marcelo H. **Como priorizar as visitas domiciliares com base na escala de risco familiar**. Centro de telessaúde, UFMG. Minas Gerais, 2014.

CARVALHO, José Alberto Magno; GARCIA, Ricardo Alexandrino. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Volume 3. **Cadernos de saúde pública**. Rio de Janeiro, 2003.

CUNHA, Marcela da Silva; SÁ, Marilene de Castilho. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. **Revista interface**. Volume 17. Rio de Janeiro, 2011.

DIAS, Leda Chaves; LOPES, José Mauro Cerrati. **Abordagem familiar na atenção domiciliar**. Módulo 4. Curso de especialização em atenção domiciliar. Universidade federal de Ciências da saúde. Porto Alegre, RS, 2015.

GOMES, Maria Fernanda Pereira, FRACOLLI, Lislaine Aparecida, MACHADO, Bruno César. **Atenção domiciliar do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família**. Universidade Paulista. São Paulo, 2015.

FERRAZ, Giuliane Andrade; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves Leite. Instrumentos de visita domiciliar: Abordagem da odontologia na estratégia saúde da família. **Revista atenção primária a saúde**, 2016.

IBGE, Coordenação de Geografia. **Brasil: Uma visão geográfica e ambiental no início do século XXI**. Rio de Janeiro, 2016.

MANZINI, Eduardo José. A entrevista na pesquisa social. **Didática**. São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 7. Ed. – 6. Reimpr. São Paulo: Atlas: 2011.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: A cartografia do trabalho vivo. São Paulo, Hucitec, 2002.

RODRIGUES, Tinoco Diego. **Plano de ação para a realização de visitas domiciliares assistidas pelo médico em Rio Manso – MG**. Trabalho de conclusão de curso de especialização em Atenção básica. Belo Horizonte, 2014.

ROMANHOLI, R.M.Z.; CYRINO, E.G. Home visits in doctors' training: from conception to the challenge of practice. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.42, p.693-705, jul./set. 2012.

APÊNDICES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE (UFRN)
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - RENASF
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO NORDESTE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ROTEIRO DE PERGUNTAS

1. O que você entende por visita domiciliar? Qual o seu objetivo?
2. Vocês realizam o planejamento dessas visitas?
3. Com que periodicidade você realiza visita domiciliar?
4. Quais os critérios utilizados para realizar estas visitas?
5. Existe um tempo determinado para cada visita?
6. Quais os impressos e/ou materiais que vocês utilizam nas visitas? Você acha que são suficientes?
7. Quais as maiores dificuldades e facilidades para realizar essas visitas?
Porque?
8. Você acha importante a visita domiciliar na estratégia de saúde da família?
Porque?

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE (UFRN)
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - RENASF
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO NORDESTE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa: A visita domiciliar na Estratégia de saúde da Família aos idosos como ferramenta necessária ao cuidado. Esta pesquisa é orientada pelo Professor Dr. João Bosco Filho e que tem como pesquisadora responsável Liégia Karissa Morais Rodrigues

Esta pesquisa tem como objetivo Analisar a visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família realizada aos idosos. O motivo que nos leva a fazer este estudo é o aumento gradativo do número de idosos e sua implicação no processo de saúde e doença, bem como a necessidade de saber como as visitas domiciliares estão sendo realizadas dentro da Estratégia de saúde da família aos idosos que estão sob seus cuidados, tendo em vista ser uma ferramenta importante no cuidado em saúde.

Caso você decida participar, você deverá aceitar o convite para participação de entrevistas semi estruturadas, que levará em torno de 5 minutos, bem como aceitará que o pesquisador acompanhe algumas visitas domiciliares realizadas a idosos para a observação não participante. Durante a entrevista haverá gravação de voz e já solicitamos a autorização para captação de voz.

. Como risco, o participante pode ter um desconforto ao responder as perguntas e/ou constrangimento caso o participante não queira expor sua opinião, porém, será minimizado a partir da conversa com o pesquisador, que dirá que o participante não é obrigado a participar, e só participa por livre e espontânea vontade, não tendo assim nenhum prejuízo caso não queira participar. O participante do estudo terá como benefício advindo do estudo a reflexão sobre as visitas domiciliares realizadas aos idosos, o que poderá possibilitar uma melhoria no atendimento prestado a esses atores e consequente melhoria de saúde e qualidade de vida aos usuários idosos e população.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Liégia Karissa Morais Rodrigues (84) 999192117 ou pode entrar em contato pelo email: liegia_km@hotmail.com.com.

1/3

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar.

Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você.

Se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá entrar em contato com o comitê de ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes. Telefone: 3342-5003. Endereço: Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis – Espaço João Machado – 1 andar – Prédio administrativo – cep: 59012-300 – Natal/RN. Email: cep_huol@yahoo.com.br.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável Liégia Karissa Morais Rodrigues

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa: A Visita domiciliar na Estratégia de Saúde da família aos idosos como ferramenta necessária ao cuidado e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

2/3

Cidade, data.



Impressão
datiloscópica do
participante

Assinatura do participante da pesquisa

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo: A Visita domiciliar na Estratégia de Saúde da família aos idosos como ferramenta necessária ao cuidado. Declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo. Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal, 01 de Outubro de 2018.

Assinatura do (a) Pesquisador (a) Responsável

Liégia Karissa Morais Rodrigues