



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS (UFSCAR)  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS DE SAÚDE  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA –  
**PPGGC**

FABIANA ALVARES LOPES

**A VISITA DOMICILIÁRIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA: OS DESAFIOS PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM**

São Carlos

2018

FABIANA ALVARES LOPES

**A VISITA DOMICILIÁRIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA: OS DESAFIOS PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, PPGGC, apresentada ao Departamento de medicina da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título, mestrado profissional em saúde.

Orientador: Geovani Gurgel Aciole da Silva

São Carlos

2018

Lopes, Fabiana

A VISITA DOMICILIÁRIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA: OS DESAFIOS  
PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM / Fabiana Lopes. -- 2018.

57 f. : 30 cm.

Dissertação (mestrado)-Universidade Federal de São Carlos, campus São  
Carlos, São Carlos

Orientador: Geovani Gurgel Aciole da Silva

Banca examinadora: Prof.ª Dr.ª Viviana Aparecida Lima, Prof.º Dr.º  
Flávio Adriano Borges Melo

Bibliografia

1. Visita domiciliaria . 2. equipe de enfermagem . 3. Unidade de Saúde da  
Família . I. Orientador. II. Universidade Federal de São Carlos. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pelo Programa de Geração Automática da Secretaria Geral de Informática (SIn).

DADOS FORNECIDOS PELO(A) AUTOR(A)

Bibliotecário(a) Responsável: Romildo Santos Prado – CRB/8 7325



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica



## FOLHA DE APROVAÇÃO

Fabiana Alvares Lopes

**“A VISITA DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM  
MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA: OS DESAFIOS PARA EQUIPE DE  
ENFERMAGEM”**

Trabalho de Conclusão de mestrado  
apresentado à Universidade Federal de  
São Carlos para obtenção do Título de  
Mestre junto ao Programa de  
Pós-graduação em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 17/12/2018

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

Prof. Dr. Geovani Gurgel Acirole da Silva – UFSCar

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Viviana Aparecida de Lima - PUCCAMP

Prof. Dr. Flávio Adriano Borges Melo - UFSCar

---

Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica – PPGGC  
Tel.: (16) 3351-9612; e-mail: ppggc@ufscar.br

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, ao meu marido Rangel Afonso Ribeiro e minha mãe Lair Pereira Lopes, que confiaram e me incentivaram a concretizar mais uma caminhada. Sei que eles não mediram esforços para que este sonho se realizasse, e sem a compreensão, ajuda e confiança deles nada disso seria possível. A eles, além da dedicatória desta conquista, dedico também a minha vida. Ao meu pai Pedro Jose Alvares Lopes (in memoriam), que lutou bravamente contra um câncer no período em que estava cursando o mestrado, falecido em 08/09/2017, infelizmente não pode estar presente neste momento tão especial da minha vida, mas não poderia deixar de dedicar este trabalho a ele, pois se hoje estou aqui, devo muitas coisas a ele e aos seus ensinamentos e valores passados. Obrigada por tudo! Saudades eternas!

A minha filha Izabelle, que me apoiou e proporcionou seu carinho e sorriso tão lindo, fazendo até me esquecer das ansiedades e angústias. Dedico a você este meu trabalho e todo meu amor e carinho. Aos meus amigos, que me apoiaram e que sempre estiveram ao meu lado ajudando durante esta longa caminhada, em que muitas vezes compartilhei momentos de tristezas, alegrias, angústias e ansiedade. A todos vocês dedico meu trabalho, sem a ajuda, confiança e compreensão de todo este sonho não teria se realizado. Vocês são tudo para mim! Muito Obrigada por tudo!

## AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus, pois sem ele não teria traçado o meu caminho e feito o mestrado profissionalizante de gestão da clínica. A equipe de enfermagem, que doaram seu tempo para que a minha pesquisa fosse concretizada. Sem elas nada disso seria possível, foram fundamentais para a concretização do meu trabalho. A vocês expesso o meu maior agradecimento. A minha amiga Renata Mhirdaui que dedicou tempo para ajudar e apoiar nesse momento final do trabalho agradeço eternamente pela sua amizade. Também minha amiga Carla Dal Ri que sempre tirou minhas dúvidas e me ajudou. Obrigada de coração!

Agradeço também a minha família e amigos por terem me apoiado e ficarem ao meu lado nas horas que eu mais precisava. A todos os professores e em especial ao meu orientador Giovani, por acreditar e apoiar no momento de maior dificuldade onde eu queria desistir, após o falecimento do meu pai, acreditou em mim muito mais do que eu acreditava ser capaz de fazer. Agradeço por transmitir seus conhecimentos e por ter confiado em mim, sempre estando ali me orientando e dedicando parte do seu tempo. Não poderia deixar de agradecer também ao meu amado marido Rangel e minha amada filha Izabelle que também acreditaram e me apoiaram sempre. Muito obrigada por tudo, pela paciência, pela amizade e pelos ensinamentos que levarei para sempre.

## RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar a atuação da equipe de enfermagem e organização das VDS das unidades de saúde da família em um município do interior de São Paulo. Identificou as facilidades, dificuldades e limitações desses profissionais. Este estudo foi do tipo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, com uma amostra envolvendo 5 enfermeiras e 10 auxiliares de enfermagem. Os resultados permitiram elencar e construir duas unidades temáticas: A VD não programada e a VD programada. Na unidade de VD programada identificou três subcategorias: a) VD para indivíduos ou familiares com risco/vulnerabilidade evidenciado um modelo curativista; b) VD com produção de vínculo permitindo uma ampla reflexão ao processo de nascer e morrer da comunidade; c) VD assistencial como processo de trabalho e fortalecimento e produção do cuidado. Foram identificadas dificuldades e limitações como sobrecarga de tarefas, desorganizações desses profissionais com acúmulo excessivo de atividades internas e equipes incompletas, despreparo da gestão, desvalorização profissional, dificuldade de entendimento e não adesão dos usuários ao cuidado, difícil acesso ao domicílio e violência física e moral.

**Palavras-chave:** Visita domiciliária; Unidade Saúde da Família; Equipe de enfermagem.

## ABSTRACT

The present study had as objective to analyze the performance of the nursing team and organization of the home visits (HVs) of the family health units in the interior municipality of São Paulo. It identified the facilities, difficulties, and limitations of these professionals. This was an exploratory and descriptive study, with a qualitative approach, with a sample involving 5 nurses and 10 nursing assistants. The results allowed to list and divide in two thematic units: The non-scheduled HV and the scheduled RV. In the scheduled RV unit, three subcategories have been identified: a) RV for individuals or families with risk/vulnerability evidenced a curative model; b) RV with a family bond, allowing a broad reflection of the process of being born and dying in the community; c) RV care as work process and strengthening of care production. Difficulties and limitations such as overloading of tasks, disorganization of these professionals with excessive internal activities and incomplete teams, unprepared management, professional devaluation, the difficulty of understanding and non-adherence of users to care, difficult access to the home and physical and moral violence were identified.

**Key words:** Household visit; Family Health Unit; Nursing team.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição das entrevistadas conforme categorias

Quadro 2 - Categoria I- VD não programada

Quadro 3- Categoria II- VD programada

Quadro 3 a) Subcategoria VD programada maior risco/vulnerabilidade

Quadro 3 b) Subcategoria VD programada vínculo

Quadro 3 c) Subcategoria VD programada assistencial

**LISTA DE ABREVIATURAS**

AUX DE ENF.- Auxiliar de enfermagem

ENF – Enfermeira (o)

## LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde  
DGCA - Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial  
MS - Ministério da Saúde  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
ONU - Organização das Nações Unidas  
PSF - Programa de Saúde da Família  
ESF- Estratégia da Saúde da Família  
SAMU - Serviço de Atendimento Médico de Urgente  
SUS - Sistema Único de Saúde  
USF- Unidade de Saúde da Família  
VD - Visita Domiciliar

## Sumário

INTRODUÇÃO.....	14
JUSTIFICATIVA.....	21
OBJETIVOS.....	22
Objetivo geral:.....	22
Objetivos específicos: .....	22
METODOLOGIA.....	22
Abordagem teórico-metodológica.....	22
Primeira etapa:.....	23
Segunda etapa:.....	23
Terceira etapa:.....	23
Quarta etapa: .....	24
CONTEXTO EMPÍRICO / CENÁRIO DE PESQUISA .....	24
INSTRUMENTOS DE INVESTIGAÇÃO .....	25
QUESTÕES ÉTICAS.....	25
RESULTADOS .....	26
CATEGORIA I: VD não programada .....	26
CATEGORIA II: VD programada .....	26
Subcategorias: a) VD programada para maior risco/vulnerabilidade.....	26
b) VD programada vínculo .....	26
c) VD programada assistencial .....	26
QUADRO 2: CATEGORIA I .....	26
I - VD não programada com necessidade atendimento imediato.....	26
QUADRO 3: CATEGORIA II: VD programada .....	28
a) VD programada maior risco /vulnerabilidade.....	28
QUADRO 3: CATEGORIA II- VD programada .....	29
b) VD programada vínculo.....	29
QUADRO 3: CATEGORIA II- VD programada .....	33
c) VD programada assistencial.....	33
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	48
REFERÊNCIAS .....	52

ANEXOS .....56

ANEXO I - ROTEIRO DE PERGUNTAS ..... 56

ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....57

## INTRODUÇÃO

Historicamente no Brasil a visita domiciliar surgiu no século XX através das práticas sanitárias trazidas da Europa, em especial por Oswaldo Cruz, Emilio Ribas e Carlos Chagas que realizaram as intervenções domiciliares no combate às doenças transmissíveis daquela época (SANTOS 2008).

O visitador sanitário foi, durante quase três décadas, o profissional responsável pela atenção de enfermagem no domicílio tendo como alvo principal os clientes portadores de doenças transmissíveis e do grupo materno-infantil (NOGUEIRA et al, 1977).

No período de 1964 a 1985, as mudanças nas políticas de saúde, privilegiando a alocação de recursos financeiros e humanos para a assistência intrahospitalar, provocaram um esvaziamento quantitativo e qualitativo das ações ditas de enfermagem de saúde pública, incluindo-se nelas a Visita Domiciliária (VD).

Contribuíram para essa situação, além da expansão das indústrias de equipamentos hospitalares e de medicamentos que respondem à tecnologia de ponta do setor, os ditames da ditadura militar, sob o entendimento de que as ações de desenvolvimento de comunidade, realizadas historicamente pelos agentes de Saúde Pública, eram subversivas e contra a ordem social estabelecida e por isso mesmo sujeitas à intensa repressão (EGRY, 1996).

Isso acarretou a descaracterização das práticas de prevenção, dentre elas, a VD, que neste período foi considerada uma atividade fracionária, cumprindo uma normatização dentro da corrente funcional positivista, hegemônica (EGRY, 1996).

Com a promulgação, em 1990 da Constituição Brasileira e da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) surge o Sistema Único de Saúde (SUS) baseado nos princípios de equidade, integralidade e universalidade da assistência à saúde, entendendo, saúde segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consistindo somente da ausência de uma doença ou enfermidade.

Neste conceito ampliado de saúde, o Ministério da Saúde volta suas ações para o fortalecimento da atenção básica, entendida por este como sendo um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltado para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação (ESCOREL et al, 2007).

Em 1994, ano definido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como o 'Ano Internacional da Família', constituiu-se o marco brasileiro de oficialização da família, como foco do cuidado profissional de saúde em atenção básica, através do Programa de Saúde da Família (PSF) (RIBEIRO, 2004).

Nesse momento o Ministério da Saúde define o PSF como uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua.

Com isso devemos entender melhor o conceito de família (do latim *Famulus*) que tem se modificado com passar do tempo junto às transformações políticas, econômicas, culturais e sociais havendo variâncias, pois o que considerávamos família sofreu grandes transformações que foram acolhidas pelo estado em forma de direito conquistado (MACHADO, 2005).

A princípio a família não se aplicava a par de cônjuges e aos seus filhos, mas somente aos escravos, *Famulus* (quer dizer escravo doméstico) e família é o conjunto de escravos pertencentes a um mesmo homem (MACHADO, 2005).

A expressão foi inventada pelos romanos para designar um novo organismo social, cujo chefe mantinha sob o seu poder a mulher, os filhos e certo número de escravos, com o pátrio poder romano e o direito de vida e morte sobre todos eles (ENGELS, 1984).

No Brasil, por exemplo, ocorreram mudanças sociais que levaram a mulher a se introduzir no mercado de trabalho, o que fez com que se tornasse peça importante no provimento financeiro da família, não sendo raros os casos em que é a única provedora. Tal fato, por sua vez, vem promovendo o afastamento precoce dos filhos do convívio familiar e assim fazendo com que dividam o compromisso de educar com a escola. Com tudo isso, a figura do pai passou a ser ou mais presente

na educação dos filhos ou, em alguns casos, a formação familiar não conta mais com essa figura, pois já existem muitos casos de mães solteiras, viúvas ou separadas que comandam a família, o que não é diferente com os pais, que muitas vezes também estão à frente de suas famílias sem a ajuda de uma companheira.

Outro aspecto em relação à família foram os comportamentos culturais ligados onde os casamentos passaram a ser realizados não mais como um negócio, mais sim por interesses individuais, ou seja, do casal. A relação entre pais e filhos se tornou mais íntima, trazendo uma educação mais liberal e a figura paterna passou a não ser mais vista apenas como o provedor do sustento, fazendo com que fosse cobrado dele mais participação na educação dos filhos e nos assuntos domésticos em geral.

Atualmente não podemos mais falar da família brasileira de um modo geral, pois existem vários tipos de formação familiar coexistindo em nossa sociedade, tendo cada uma delas suas características e não mais seguindo padrões antigos. Nos dias atuais existem famílias de pais separados, chefiadas por mulheres, chefiadas por homens sem a companheira, a homossexual, e ainda a nuclear, que seria a formação familiar do início dos tempos formada de pai, mãe e filhos, mas não seguindo os padrões antiquados de antigamente (SILVA, 2008).

A VD vem sendo demonstrada como fator importante no cuidado à saúde da família, gerando atividades profissionais realizadas diretamente no domicílio das pessoas, facilitando a aproximação das necessidades da população, permitindo o contato do serviço de saúde no domicílio, envolvendo a família e evitando considerar somente os problemas apresentados, mas observando fatores culturais, sociais e econômicos (MARTINS et al, 2013).

Entretanto, traz consigo um dilema com relação a quem visitar primeiro e como priorizar famílias de maior risco sem perder a qualidade da atenção às famílias de menor risco (MELO et al, 2013).

Neste contexto surgiu, em 2003, a escala de risco familiar proposta por Coelho e Savassi (popularmente conhecida por Escala de Coelho), no sentido de priorizar as visitas domiciliares e de dedicar os esforços às famílias em maior vulnerabilidade, sem se esquecer do atendimento às outras famílias do território coberto pela equipe (COELHO et al, 2004).

Essa priorização é necessária por causa do grande número de famílias que devem ser atendidas por cada Unidade de Saúde da Família (USF) fazendo com que as equipes se tornem sobrecarregadas, o que poderia gerar grande prejuízo no cuidado em saúde, especialmente para as famílias que necessitam de atendimento mais urgente (COELHO et al, 2004).

No conjunto da produção de serviços de saúde coletiva, a VD tem sido um dos instrumentos historicamente utilizados no âmbito da intervenção de enfermagem de saúde pública, preferencialmente focalizando a família como ponto de atenção. (ESCOREL et al, 2007)

Integrando a prática de enfermagem de saúde pública, à semelhança de outras práticas da enfermagem brasileira, a VD teve origem nos modelos teórico-práticos advindos da sociedade norte-americana, vigentes na primeira metade deste século (EGRY et al, 2000)

Para alguns autores a teoria de King a enfermagem é um marco de referência para prática. A enfermagem é um processo de ação, reação e interação, no qual enfermeiro e paciente compartilham informações e traçam objetivos terapêuticos. A ação do enfermeiro ajuda a manter a saúde dos indivíduos para que possam "funcionar nos seus papéis", em sistemas pessoais, interpessoais e sociais, nos quais interage em busca de uma adaptabilidade que cause bem-estar, eliminando conflitos (MOURA et al, 2003).

Um terceiro grupo de teóricos, tais como Rogers, Roy, Levine e Johnson, tenta enfrentar a questão da assistência de enfermagem dirigida para dois focos - o imediato, no cuidado direto ao paciente, e o mediato, na intervenção sobre o meio (LEOPARDI et al, 1992).

Nesse sentido acredita-se que o profissional enfermeiro possui grande conhecimento do processo educativo em saúde, tendo muita responsabilidade na busca de dados corretos que identifiquem riscos reais e que possam ter fundamentos no planejamento de ações para intervir nos problemas de saúde (ROESE et al, 2004).

Para que o processo se realize, foi necessário decodificar os meios e instrumentos para a transformação do objeto e, dentre eles, um dos instrumentos historicamente utilizados tem sido a VD (EGRY, 1996).

Dessa forma, a VD pode ser redefinida como um conjunto dos instrumentos (técnicas, procedimentos e saberes) da enfermagem em saúde coletiva, utilizado para intervenção no processo saúde-doença familiar. No dizer de Bertolozzi (1987), faz parte do:

"Conjunto geral da assistência à saúde, que contribui para a dinamização da sistemática de ações integrantes dela. Enquanto área de atuação constitui uma das atividades próprias da enfermagem, numa abordagem ampla que tem a finalidade de estender as ações de saúde à população, dentro de um contexto social". BERTOLOZZI (1987).

A descaracterização da VD como modalidade de atenção à família, referida anteriormente, tem levado a algumas ideias equivocadas em relação a essa modalidade assistencial.

Para evidenciar algumas terminologias usadas pela população e profissional da saúde, Egrý (2000) classificou em seu estudo algumas ideias mais comumente expressas quando se trata da VD, a começar pela própria designação, como vemos a seguir.

Qual seria o correto em relação ao termo visita domiciliar ou visita domiciliária?

Segundo o vocábulo, o termo exato para designar esse procedimento é visita domiciliária porque, segundo Ferreira (1986), DOMICILIAR é um verbo transitivo direto que significa dar domicílio a; recolher em domicílio; fixar residência ou fixar domicílio. Enquanto DOMICILIÁRIO é um adjetivo relativo a domicílio, feito no domicílio e cujo feminino é domiciliária.

Toda ida do profissional de enfermagem ao domicílio é considerada visita domiciliária?

Não, pois para ser considerada visita domiciliária, a presença do auxiliar no domicílio deve seguir princípios e técnicas coerentes com o arcabouço teórico de

sustentação da assistência de enfermagem no domicílio, e não apenas a execução de um procedimento isolado, como convocação de faltosos, por exemplo.

Qualquer trabalhador do sistema de saúde encontra-se, atualmente, habilitado para realizar visitas domiciliárias, sem a necessidade de preparo específico?

Não, pois o preparo para a visita domiciliária envolve um conjunto de teorias e de procedimentos que tem sido objeto específico da formação de trabalhadores de algumas categorias da enfermagem, e não de todos os trabalhadores da saúde ou mesmo da enfermagem.

A visita domiciliária é um procedimento caro e o setor de saúde não tem recursos para incorporá-la em suas práticas?

A VD não é considerada de alto custo e inviável se a sua finalidade for transformar o perfil de saúde-doença da população de forma preventiva, e não apenas lidar com queixas pontuais e específicas.

O item que requer maior custo comparativo é o tempo dispendido para a realização da atividade, pois para algumas unidades de saúde as distâncias até o domicílio são relativamente extensas.

As vantagens da VD como modalidade assistencial são inúmeras, especialmente nos casos em que é necessária uma maior aproximação da equipe de enfermagem, representando o sistema de saúde, com a realidade de vida e saúde da família.

Isso faz com que ela seja insubstituível pelos procedimentos executados no interior da unidade de saúde, contexto em que as desigualdades sociais que constituem o grande determinante das condições de saúde-doença muitas vezes são de pouca visibilidade, impossibilitando sua apreensão pelos enfermeiros responsáveis pela atenção à saúde das famílias (FONSECA, 1996).

Deste modo, a visita domiciliária tornou-se um Programa de Saúde da Família (PSF) oficialmente, pelo Ministério da Saúde, a partir de 1994 e tem por objetivo reorganizar a prática assistencial de saúde até então centrada na doença e com ênfase nas ações curativas individuais e de forma fragmentada, a VD está incluída entre as atividades atribuídas à equipe de enfermagem (AZEVEDO, 2007).

As visitas são as atividades externas da unidade, realizadas principalmente pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). Compreendem uma possibilidade de ferramenta de incorporação e integração entre a equipe de saúde e a população da área abrangente, sendo uma tecnologia de comunicação no cuidado.

Com isso compreendem as concepções das equipes de Saúde da Família sobre a VD, identificando quais profissionais realizaram o cuidado à saúde dos usuários e das famílias bem como suas potencialidades e dificuldades.

A maior dificuldade dos profissionais é a falta de tempo cronológico para essas realizações, sendo necessária a divisão dos momentos entre a duração das visitas e a articulação do tempo com o cumprimento de outras atividades (SOSSAI, 2010).

Outro fator a ser avaliado é o tempo emocional, que considera as “tecnologias leves compreendendo as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo e responsabilização” no espaço do cuidado à saúde no domicílio. (FEUERWERKER et al ,2008)

Este tempo emocional é utilizado apenas no atendimento da população que busca ajuda na unidade, ou seja, um modo de promover cuidado, mas voltado para singularidade de cada indivíduo, podendo fazer um acolhimento para somente tratar os efeitos, sem levar em consideração os fatores pelo qual este indivíduo procurou a unidade, sabendo que esses fatores podem atingir outros que convivem com o mesmo (SOSSAI, 2010).

Sendo assim, a visita domiciliar pode ser vista como uma ferramenta de contato entre profissional e o usuário, que busca identificar a causa do problema e não somente tratar o efeito.

A visita surge também como um mecanismo de criação de vínculo, sendo este representado pelos profissionais como um estado de "respeito" e de "confiança" conquistado por eles em relação aos usuários, e construído por meio da "convivência" e do "contato" constante, permitido mais por um tempo emocional do que por um tempo cronológico (SAKATA et al, 2007).

A visita é também entendida como uma oportunidade de compreender melhor o modo de vida do usuário, conhecer o ambiente e as relações

intrafamiliares, abordar questões que vão além da doença física e que contemplem também os problemas sociais e emocionais, proporcionando, assim, orientações voltadas para as reais necessidades de saúde do usuário (SAKATA, et al, 2007).

## **JUSTIFICATIVA**

A VD se tornou um dos principais instrumentos utilizados para intervenção, promoção e prevenção de agravos a saúde pública, principalmente na Estratégia de Saúde da família (ESF), onde passaram a ter um olhar diferente para as famílias e comunidades.

Essas intervenções se tornaram um instrumento fundamental para uma abordagem estratégica a favor da saúde da família, sendo utilizado pelas equipes de saúde para conhecer as características sociais que implicam na saúde e bem-estar das famílias.

Porém, algumas dificuldades são enfrentadas pelas equipes, como, por exemplo: depender dos agentes comunitários para referenciar o melhor momento para a efetivação da visita domiciliária, analisar o horário apropriado de acesso ao domicílio (respeitando a rotina domiciliária para não invadir o momento único das famílias), falta de profissionais e excesso de demanda interna na ESF.

Sendo assim, as enfermeiras tornou-se um dos profissionais mais atuantes e próximos de toda a equipe, possibilitando o apoio e planejamento das atividades para realização necessária das VDs.

Para ocorrer a realização da VD é indispensável que o profissional de enfermagem planeje sua visita e elabore um roteiro sistematizado, enfocando no bem-estar e na qualidade do indivíduo e da família.

Pensando no âmbito das dificuldades geradas em torno da visita domiciliar, esse trabalho trará uma pesquisa qualitativa com os profissionais de enfermagem, buscando entender como se dá esse processo e, a partir disso, fazer uma análise do discurso apontando as principais facilidades, impedimentos e limitações para a realização das VDs.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo geral:**

Analisar a atuação dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem na realização e organização das visitas domiciliares das Unidades de Saúde da Família no município do interior de São Paulo.

### **Objetivos específicos:**

- Identificar as facilidades, dificuldades para realizar as visitas segundo a ótica dos profissionais de enfermagem.
- Identificar como os enfermeiros e auxiliares de enfermagem realizam a VD.

## **METODOLOGIA**

### **Abordagem teórico-metodológica**

Este trabalho é um estudo do tipo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido nas USF de um município do interior Paulista. Segundo Gil (2002), para analisar as questões relativas às VDs, pode-se utilizar de meios como levantamento bibliográfico e entrevista com enfermeiros e auxiliares que vivenciam ou ainda atuam com o problema. O caráter qualitativo se adequa ao estudo, por este abordar a percepção dos profissionais acerca do cuidado domiciliário na USF na realização da VD, sendo assim, enfocando a valorização da interação entre os sujeitos de estudo e a pesquisa.

Este estudo pretendeu analisar as condições definidoras e norteadoras, bem como as suas variáveis envolvidas nas práticas sanitárias, tendo por referência

a ação das visitas domiciliares dos profissionais de enfermagem da USFs no município do interior Paulista, no qual foi realizado o desenvolvimento de quatro etapas sucessivas.

#### **Primeira etapa:**

- Realizou-se a revisão da literatura como subsídio para compreensão da historicidade da visita domiciliar e sua classificação como tecnologia usada na área da saúde.
- Delimitaram-se subsídios para fundamentar a proposição dos conceitos mencionados.

#### **Segunda etapa:**

- A partir da primeira etapa, reuniram-se elementos suficientes para caracterizar o conceito de visita domiciliária, Atenção Primária de Saúde (APS), Unidade de Saúde da Família e práticas de saúde para enfermagem.

#### **Terceira etapa:**

- Foram coletados dados por meio de entrevistas gravadas com as enfermeiras e auxiliares de enfermagem, com o propósito de identificar o modo como são realizadas as visitas domiciliárias e se ocorre alguma dificuldade. As entrevistas tiveram duração de aproximadamente 15 minutos, sendo o melhor horário selecionado por cada profissional.

**Quarta etapa:**

- Os dados coletados foram analisados para identificar se as VDs são ou não realizadas, e quais são as facilidades e dificuldades encontradas pelos profissionais.

**CONTEXTO EMPÍRICO / CENÁRIO DE PESQUISA**

A presente pesquisa foi realizada com os enfermeiros e auxiliares de enfermagem das Unidades de Saúde da Família de um município do interior Paulista, onde o programa é voltado para a promoção, prevenção, cuidados e reabilitação da saúde das famílias. Os atendimentos são realizados na unidade de saúde, e por meio de visitas domiciliares, pelos membros da equipe de saúde em atuação interdisciplinar (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, cirurgião dentista, auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde).

São atendidos pelo programa aproximadamente 49.400 habitantes do município, sendo o Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial (DGCA) responsável por um total de 19 equipes de USF.

A pretensão dessa pesquisa foi coletar dados de 15 profissionais, considerando os seguintes critérios de inclusão:

- Enfermeiros e auxiliares de enfermagem que atuam há mais de dois anos na saúde da família.

Os critérios de exclusão foram:

- Os profissionais que estavam de férias ou afastados no período de coleta.
-

## **INSTRUMENTOS DE INVESTIGAÇÃO**

A pesquisa foi realizada através de um roteiro de entrevista com perguntas abertas, mas mantendo a liberdade dos entrevistados para colocar outros temas cujo interesse surgisse no decorrer da conversa. A entrevista foi gravada, transcrita e analisada para que fosse possível verificar os discursos dos respondentes.

## **QUESTÕES ÉTICAS**

Considerando o envolvimento de seres humanos, o projeto de pesquisa foi submetido à revisão ética e acompanhamento do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Carlos, atendendo às recomendações estabelecidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Os profissionais somente participaram das entrevistas após um esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa, e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a portaria 196/96.

A pesquisa foi apresentada à Secretária Municipal de Saúde (SMS) para aprovação da análise.

## RESULTADOS

Ao inserir esta temática nas unidades de saúde, foram realizadas entrevistas com dez auxiliares de enfermagem e cinco enfermeiras (os) sobre o entendimento de VD.

A análise sistemática dos discursos permitiu elencar e construir duas unidades temáticas: A VD não programada e a VD programada.

Conforme observamos nas categorias, dispostas nos quadros abaixo, as VDs não programadas são aquelas com necessidade de atendimento imediato, e as VDs programadas possuem três subcategorias: maior risco/vulnerabilidade, vínculo e assistencial.

QUADRO 1: Distribuição das entrevistas conforme categoria identificada.

### **CATEGORIA I: VD não programada**

### **CATEGORIA II: VD programada**

Subcategorias: a) VD programada para maior risco/vulnerabilidade
b) VD programada vínculo
c) VD programada assistencial

### **QUADRO 2: CATEGORIA I**

<b>I - VD não programada com necessidade atendimento imediato.</b>
NÚCLEO DO SUJEITO:
[...]. Então, acho primordial, porque se for um caso muito grave geralmente a gente dá aquela avaliada, já vai e resolve na hora nem que for para chamar o SAMU, que já teve vários casos da gente nem chamar a médica aqui porque não tinha o que ela fazer, tinha que chegar e chamar o SAMU porque ou chamava o SAMU ou a pessoa ia morrer (Auxiliar enfermagem 1).

<p>[...] A maioria que chama, por exemplo, aleatoriamente, é porque está passando mal ou eles mesmos falam sobre: A pessoa está com dor no peito! (Auxiliar enfermagem 1).</p>
<p>[...]. Alguém solicitava com caráter de urgência ou uma demanda que o médico trazia (Auxiliar enfermagem 7).</p>
<p>[...]. Geralmente os pacientes que vem chama quando alguém está passando mal na casa (Auxiliar enfermagem 10).</p>
<p>[...]. Geralmente os pacientes que vem chamam quando alguém está passando mal na casa (Auxiliar enfermagem 10).</p>
<p>[...] Paciente quando passam mal, muitas vezes eles acabam ao invés de chamar SAMU, eles chamam a unidade (Enf. 4).</p>
<p>[...] A pessoa confunde uma urgência com a pessoa passando mal para uma VD, isso acontece muito, acho que não tem nada a ver uma visita domiciliar que você vai agendar com uma pessoa que está passando mal e você tem que correr na casa, não é caso para gente ir, e quando é caso de urgência fica complicado porque às vezes não tem enfermeira aí à gente ligava para o SAMU (Auxiliar enfermagem 8).</p>
<p>[...]. Mas em dia chuvoso, mesmo que a gente não tem um veículo para ir até esse paciente, mas se esse paciente liga na unidade e precisa de certa forma, a gente orienta esse paciente por telefone e se for uma coisa de urgência e emergência a gente orienta o paciente ou familiar a procurar uma UPA ou SAMU (Auxiliar enfermagem 9).</p>
<p>[...] Doutora não está na unidade e realmente à gente tem paciente que está passando mal, e se está passando mal a gente também liga para o SAMU, então o que, mas complica é isso, a gente precisa correr assim e aí a gente tem que tomar aquela atitude (Enf. 2).</p>

**QUADRO 3: CATEGORIA II: VD programada**

<b>a) VD programada maior risco /vulnerabilidade</b>
<b>NÚCLEO DO SUJEITO:</b>
[...] Atendimento que você faz na casa, é visando o que paciente precisa as necessita, o atendimento tudo que paciente necessita de forma geral acho que esse atendimento (Auxiliar enfermagem 5).
[...] Só que isso já não é feito, mas, porque não tem necessidade a não ser que realmente os acamados a gente vai de qualquer forma por ordem da medica ou pôr os agentes comunitários que avisa a gente quando tem que ir é assim aleatório (Auxiliar enfermagem 2).
[...] Roteiro que gente já segue dos acamados e dos domiciliados, pessoas que não consegue vim na unidade que precisa desse atendimento dos sinais vitais, pressão, escalinha um dia sai à enfermeira um dia sai nos auxiliares e noutra dia sai a medica (Auxiliar enfermagem 5).
[...]. Dificulta é a falta de acesso à informação quando a gente não sabe que paciente tem a necessidade de uma visita porque muitas vezes acaba chegando com atraso, mas porque a gente não recebeu a informação que aquele estaria internado ou precisaria de uma visita o paciente acamado quando a gente tem a lista dos acamados facilita também a VD para gente acho que a priori seria isso o dificulta e se a gente não tem o acesso (Enf. 5).
[...]. Normalmente chega pelo agente comunitário de saúde, mas tem ocasião também que o próprio paciente para a gente na rua ou familiar que às vezes e acamado ou próprio família liga e ai gente vai ver o que está acontecendo (Auxiliar enfermagem 2).
[...] Visita domiciliar é você ir à casa do necessitado, do acamado, e do domiciliado (Auxiliar enfermagem 6).
[...] Visita também para ver como é que está como aquela família está como é a pessoa que não consegui se locomover não consegui vim aqui (Auxiliar enfermagem 10).

[...] Gente já tem uma listagem de acamados, domiciliados (Auxiliar enfermagem 6).
[...] A prioridade na verdade para VD ficam para paciente que tem recém-nascidos, as puérperas, para paciente que acabou de sair de hospital, pós-operatório, ou paciente que sofre alguma queda e precisa de algum apoio (Enf. 4).
[...]. Mas na realidade nós não conseguimos fazer isso a gente acaba preconizando os acamados, os debilitados (Enf. 3).
[...]. Então a gente preconiza algumas coisas na visita a gente preconiza os acamados, os deficientes físicos, os visuais com qualquer tipo de deficiência algumas pessoas que são tem restrições que é USF a gente também faz ou não adere o tratamento esse tipo de coisa (Enf. 3).

### QUADRO 3: CATEGORIA II- VD programada

<b>b) VD programada vínculo</b>
NÚCLEO DO SUJEITO:
[...] Não tem a mesma postura então às vezes eu mesmo muitas vezes estou deitada na minha cama eu me lembro de um paciente no outro dia venho pergunta “O aquele paciente que eu mandei porque exemplo que eu tive que ir conversar com medica, ou medica não estava eu liguei para SAMU e foi para pronto socorro alguém está sabendo de alguma coisa” (Auxiliar enfermagem 1).
[...]. Eu entendo que atendimento em casa os cuidados da enfermagem dentro da casa da pessoa (Auxiliar enfermagem 2).
[...] Ele você acaba tendo aquele vínculo com paciente ele vai abrir com você na necessidade que ele necessita no dia a dia naquilo que está acontecendo se é enfermidade às vezes é psicológico às vezes ele procura a gente com qualquer coisinha que ele precisa ele procura (Enf. 2).
[...]. Facilitando um entendimento melhor do contexto em que vive o paciente (Enf. 5).

<p>[...] E ir à casa do paciente e dá apoio ao paciente é troca com que fala troca informações (Auxiliar enfermagem 4).</p>
<p>[...] A visita é a assistência que gente da dentro da casa dele no domicílio vamos conhecer a realidade do paciente vai fazer as coisas dentro da casa dele tentando entender o porquê acontece que chega aqui com alguma queixa do porque está acontecendo na casa consegue ver direitinho num tipo de programa que estou inserida e essencial à visita, importante por causa, que acaba tendo uma proximidade com o paciente com o usuário quando ele vem na unidade você já o conhece (Enf. 1).</p>
<p>[...] Paciente querer que faça a visita porque se ele não o quiser não abre a porta e um das coisas É o paciente não querer ou não acha o paciente enfim isso dificulta</p> <p>[.] Estou com um paciente que precisa fazer está com uma ulcera enorme varicosa precisa fazer curativo nele, ele não aceitava, ele não aceita que fazia curativo nele, ele vindo aqui ele queria que desse uma olhada só de vez em quando e a gente indo na casa todo dia ele também não vai aceita a gente tem que ver se a pessoa também que (Enf. 1).</p>
<p>[...] ACS geralmente por eles que seria o primordial se eles fizessem 100% das visitas que não é feitas e nos acolhimentos que vem até aqui e geralmente a gente descobri em consulta medica e descobre num acolhimento aqui com a gente, ultimamente a visita domiciliar esta, mas acontecendo pela demanda espontânea do paciente na unidade, eu não estou sendo, mas chamada, por exemplo, por agente comunitário de saúde para ir à casa a não ser a gente levantando a questão aqui mesmo na unidade tratando deles e eles procurando a gente assim aleatoriamente (Auxiliar de enfermagem 1).</p>
<p>[...] Visita domiciliar a gente vai a pedido da família, a pedido do agente de saúde, a pedido de procedimentos e um acompanhamento do usuário e da família também (Auxiliar enfermagem 3).</p>
<p>[...]. Acolhedora ajuda bastante o paciente (Auxiliar enfermagem 4).</p>
<p>[...] A visita é a assistência que gente da dentro da casa dele no domicílio (Enf. 1).</p>
<p>[...] Vínculo com paciente você indo à casa do paciente ajuda muito você explica</p>

<p>para medica como a pessoa vive, como é vida daquela pessoa ali dentro até na parte de alimentação, de higiene, de tudo, como a família vive (Auxiliar enfermagem 1).</p>
<p>[...]. Ter uma visão ampla como e casa, a família, comportamento, a higienização (Auxiliar enfermagem 3).</p>
<p>[...] A gente acaba criando aquele vinculo você conhecendo o paciente conhecendo, mas o paciente (Auxiliar enfermagem 8).</p>
<p>[...]. Com paciente a gente leva para ele também a segurança da unidade que nós estamos aqui que os profissionais estão aqui para ajuda e de certa forma conhece, mas esse paciente, fazer que relação entre unidade e paciente se torne, mas uma relação, mas intima e que a gente possa ter livre acesso liberdade, a saber, mas sobre a vida desse paciente sobre a doença sobre a saúde dos familiares o que se passa na casa desse paciente (Auxiliar enfermagem. 8).</p>
<p>[...]. Vamos conhecer a realidade do paciente vai fazer as coisas dentro da casa dele tentando entender o porquê acontece que chega aqui com alguma queixa do porque está acontecendo na casa consegue ver direitinho num tipo de programa que estou inserida e essencial à visita (Enf. 1).</p>
<p>[...] Gente vai conhece cerne dê do indivíduo dentro da unidade da saúde onde a gente trabalha a gente visualiza ele fora do habita-te não ele no natural então ele não consegue muitas vezes mostra quem realmente ele é quando a gente adentra a casa da pessoa e consegui observar a organização como é o contexto dessa família é como ela se organiza como pessoa eu acho que facilita um pouco, mas a nossa visão em relação a ele e não só dele e assim da presença dos demais da família (Enf. 1).</p>
<p>[...]. Dificulta às vezes pacientes com são muitos resistentes tem uns que não aceita a visita da equipe são bem resistentes e da parte positiva quem aceita a visita gosta bastante tem bastante informação tira dúvidas (Auxiliar enfermagem 4).</p>
<p>[...]. Nos relatos da equipe de enfermagem, o que contribui para visita domiciliar é possibilidade de planeja-la previamente e pelo potencial de criação de vínculo (Enf. 5).</p>

[...]. Fala uma coisa e quando você vai lá a casa você vê importância dessa visita e assim a gente consegue e mostra para paciente a importância da gente está lá porque aí quando você está lá ele começa a falar o que realmente está acontecendo (Enf. 2).

[...]. No entanto, o saber empírico que o ACS possui da comunidade faz com que sua demanda seja mais próxima da realidade da população, favorecendo o entendimento e a necessidades desses domiciliados (Enf. 4).

[...] SAE que seria da assistência à enfermagem é muito difícil para gente utilizar porque nós estamos no limite da população nós estamos pedindo socorro para secretaria faz um tempinho, porque já estamos em número muito grande eu não consigo fazer o SAE pelo número de demanda eu faço minha consulta normal examino o paciente todo faço exame físico em todos os pacientes (Enf. 3).

[...] Gente vai está não só acompanhando o paciente, mas também como é ambiente como a pessoa vive como e as condições que ela reside naquele local (Auxiliar enfermagem 8).

[...] A VD é uma forma de você se inteirar, mas com o paciente conhece, mas a fundo o caso do paciente (Auxiliar enfermagem 9).

[...]. Na saúde da família não somente na enfermagem, mas é essencial no programa que estou inserida e para enfermagem como todo mundo da saúde da família (Enf. 1).

[...]. Você já cria uma intimidade maior com esse paciente e você consegue é num todo vê a situação da família de como e a residência desse paciente de como e o tratamento da saúde desse paciente e isso que eu entendo de VD (Auxiliar enfermagem 9).

[...]. É esse acesso que a gente tem com o paciente de se torna, mas íntimo com esse paciente e como nossa unidade abrange uma região bem próxima então a gente não tem dificuldade para estar chegando a esse paciente (Auxiliar enfermagem 8).

**QUADRO 3: CATEGORIA II- VD programada**

<b>c) VD programada assistencial</b>
<b>NÚCLEO DO SUJEITO:</b>
[...] Ferramentas utilizadas são as que a auxiliar falou a gente leva junto aparelho de pressão, termômetro, saturação, para poder vê no próprio domicílio para pode fazer sinais vitais e os sintomas do paciente (Enf. 2).
[...] ACS geralmente por eles que seria o primordial se eles fizessem 100% das visitas que não é feitas e nos acolhimentos que vem até aqui e geralmente a gente descobri em consulta medica e descobre num acolhimento aqui com a gente, ultimamente a visita domiciliar esta, mas acontecendo pela demanda espontânea do paciente na unidade, eu não estou sendo, mas chamada, por exemplo, por agente comunitário de saúde para ir à casa a não ser a gente levantando a questão aqui mesmo na unidade tratando deles e eles procurando a gente assim aleatoriamente (Auxiliar enfermagem 1).
[...]. Discutir com a equipe o que equipe pode fazer perante aquele paciente. Pela própria população que precisa fazer um controle de pressão, curativo, ou é da medica ou e dos agentes comunitários não tem uma regra certa ou só da população, ou só dos ACS. Não todo mundo ou é da dentista que precisa fazer visita desse aqui ou vice-versa a enfermeira também demanda para algumas funções então não tem um ciclo fechado é um ciclo que continua de várias flechas dos dois lados de todos profissionais pelo menos é assim que feito na minha unidade (Enf. 3).
[...] Era para chegar pelo ACS, mas nem sempre é dessa maneira às vezes o próprio paciente vem aqui no acolhimento né a gente consegue ou identificar dentro da própria consulta dentro do próprio acolhimento a gente consegui identifica se a necessidade ou não de uma visita às vezes a própria pessoa já vem no acolhimento nos solicitando à visita muitas vezes o próprio colega a equipe multidisciplinar já pode estar falando olha passa em consulta com o médico o médico mesmo fala essa consulta vai ser com a enfermeira vai ser com auxiliar de enfermagem precisa de uma visita para verificação de pressão então vem da equipe multidisciplinar e do ACS e do próprio acolhimento (Auxiliar enfermagem 4).

<p>[...] A gente leva aparelho de pressão, dextro, o curativo o que é necessário para realização (Auxiliar enfermagem 3).</p>
<p>[...] ACS eles fazem as visitas e dependendo da situação do paciente ele vem passa pra gente e se houve a necessidade de fazer à visita a gente vai se não for à gente pede para agenda uma consulta ele vem na consulta (Auxiliar enfermagem 4).</p>
<p>[...] E de outros pacientes que tem alguma dificuldade como medicação, algum cuidado especial e prestar essa assistência na casa dele (Auxiliar enfermagem 6).</p>
<p>[...]. Faz um levantamento entre-nos entre a equipe a gente vê que esse paciente necessita de uma VD então a gente vai a te esta casa para acolher, mas informação sobre esse paciente (Auxiliar de enfermagem 9).</p>
<p>[...]. Importante à visita domiciliar porque você acaba vendo a necessidade do paciente (Enf. 2).</p>
<p>[...] Grande importância à visita do nível superior da enfermagem porque lá a gente avalia outros aspectos o agente vai ele vê faz um coletivo, ele levanta, a gente vai tenta solucionar algumas coisas ou trazer através do nosso conhecimento (Enf. 3).</p>
<p>[...] Demanda e grande o bairro é bem carente é um bairro que precisa de bastante visita se você for ver todos os dias, mas não tem como tem muito usuário de droga, adolescente, muita criança, eu acho que a gente tinha que esta, mas na rua se conseguisse (Auxiliar enfermagem 7).</p>
<p>[...] Visita domiciliar seria para todos os pacientes independentes se acamado ou não o protocolo do ministério da saúde fala que paciente deve receber uma visita ao ano pelo profissional do nível superior em todos os pacientes (Enf. 3).</p>
<p>[...]. Quando vem algum paciente direto na unidade conversar com a gente a gente passa o caso para medico e enfermeira a gente também já tem a iniciativa de fazer a visita que a pessoa precisa (Auxiliar enfermagem 7).</p>
<p>[...]. Levo balança na casa tanto infantil quando adulta e régua uma consulta mesmo se for gestante também faço da gestante levo aparelho de BCF a gente faz a consulta lá (Enf. 2).</p>

<p>[...] Começo anamnese paciente, histórico familiar como faço aqui na unidade, mas eu não tenho nada assim como um roteiro escrito de check list faço no próprio prontuário (Enf. 3).</p>
<p>[...]. No meu ver é assim a dependência que a unidade tem ainda no profissional médico em si, no meu caso eu realizo a visita tem muita queixa muita coisa que eu fico limitada em fazer então precisa volta para essa unidade e passa para equipe em si para medico e a para enfermeira (Auxiliar enfermagem 5).</p>
<p>[...]. Às vezes não é o bastante para passa esse caso e ter um retorno eu vou lá colho a história fica de dá um retorno à gente não acho espaço adequado (Auxiliar enfermagem 5).</p>
<p>[...]. Tem que uma visita de todo população nós estamos com 4125 habitantes à unidade que tem, mas população nessa USF e a gente não conseguem aderi tudo isso (Enf. 3).</p>
<p>[...] A visita domiciliar na verdade quem faz as visitas domiciliar são os agentes comunitários de saúde eles vão às casas aí eles levantam o problema seja uma pressão, seja um dextro, seja uma pessoa passando mal trazem a demanda nos vamos verificar que está acontecendo e verifica o que está acontecendo com o paciente (Auxiliar enfermagem 2).</p>
<p>[...] O auxiliar de enfermagem ele vai qualquer dia da semana ou por ordem medica, às vezes a doutora fez uma consulta (Auxiliar enfermagem 1).</p>
<p>[...] ACS que tem as demandas delas (Auxiliar enfermagem 5).</p>
<p>[...]. Fala na reunião "olha eu percebi que o paciente veio aqui com a pressão alterada" aí a gente vai decidi também na visita (Auxiliar enfermagem 5).</p>
<p>[...]. Em reunião com a enfermeira que essa demanda e para ser trazidas pelas ACS (Auxiliar enfermagem 6).</p>
<p>[...] Demanda solicitada pelo médico ou pelo ACS, pela enfermeira eu acho que um grande apoio ao paciente tem em casa (Auxiliar enfermagem 7).</p>
<p>[...]. As demandas vêm pelos ACS pela enfermeira ou pelo médico a maioria das vezes é o médico que traz essa demanda e a enfermeira (Auxiliar enfermagem 7).</p>

<p>[...] A visita domiciliar na verdade quem faz as visitas domiciliar são os agentes comunitários de saúde eles vão às casas ai eles levantam o problema seja uma pressão, seja um dextro, seja uma pessoa passando mal trazem a demanda nos vamos verificar que está acontecendo e verifica o que está acontecendo com o paciente (Auxiliar enfermagem 2).</p>
<p>[...] E de outros pacientes que tem alguma dificuldade como medicação, algum cuidado especial e prestar essa assistência na casa dele (Auxiliar enfermagem 6).</p>
<p>[...] O auxiliar de enfermagem ele vai qualquer dia da semana ou por ordem medica, às vezes a doutora fez uma consulta (Auxiliar enfermagem 1).</p>
<p>[...] Geralmente através da ACS (Auxiliar enfermagem 10).</p>
<p>[...] Paciente vem ou liga pede visita de alguma coisa que precisa ou até os agentes mesmo vai a casa se precisa passa para gente então de todo e qualquer forma chega visitas (Enf. 1).</p>
<p>[...]. Discutir com a equipe o que equipe pode fazer perante aquele paciente (Enf. 3).</p>
<p>[...]. Contribuo eu acho que a gente é uma equipe consegue ajudar como equipe, se precisa ir as duas a enfermeira ficam se precisa ir a enfermeira com auxiliar a outra fica assim então não precisa exatamente fica as duas dentro da unidade isso ajuda bastante (Auxiliar enfermagem 2).</p>
<p>[...]. Às vezes pelo agente de saúde ou às vezes pelos familiares, quando agente comunitário já passaram no começo do mês então os familiares solicita (Auxiliar enfermagem 3).</p>
<p>[...] A gente tem uma escala uma semana cada auxiliar de enfermagem (Auxiliar enfermagem 3).</p>
<p>[...] Mas eu acho que do resto à gente se programa e não tem problema nenhum, quando algum funcionário pega férias ou tem atestado não tem reposição então fico sozinha que nem semana passada, fiquei sozinha então não tem como fazer a visita só mesmo nas prioridades as de rotinas já não são feitas permanecendo, mas internamente (Auxiliar enfermagem 3).</p>
<p>[...]. Geralmente a gente tem uma escala uma semana cada auxiliar (Auxiliar enfer-</p>

magem 4).
[...]. Em determinadas áreas somos escaladas por áreas divididas por área cada semana em uma área vai cobrindo (Auxiliar enfermagem 4).
[...] A gente tem as duas auxiliares quando precisa elas revezam entre elas e dependendo do horário que uma entra das 07h00min a 17h00min e aquela que entra das 08h00min às 17h00min (Auxiliar enfermagem 4).
[...] Gente consegue discutir esse caso com ele em reunião de equipe (Auxiliar enfermagem 5).
[...] Revezamento e cada semana é uma vez por semana que gente sai cada semana é uma e tem outro dia também que a gente sai para fazer injeção, controle (Auxiliar enfermagem 5).
[...]. Não utilizamos nada somente a prontuário (entrevista AE 8).
[...] Organização e depende do fluxo da unidade a gente se organiza entre-nos para está indo até essa residência (Auxiliar enfermagem 10).
[...]. Porque você planeja uma visita e a pessoa não está lá complicado não querer que você esteja lá (Enf. 1).
[...]. As visitas são realizadas por escalas (Enf. 1).
[...] A equipe se eu preciso sai eles me cobrem e se a menina precisa sai também a cubro o que precisa uma faz pela outra (Enf. 1).
[...] ACS eles fazem as visitas e dependendo da situação do paciente eles vêm passa pra gente e se houve a necessidade de fazer a visita a gente vai se não for a gente pede para agenda uma consulta eles vêm na consulta (Enf. 2).
[...] A gente tem uma facilidade na agenda é a gente ter uma organização dentro da própria agenda pelo menos um dia para VD a sincronia com equipe (Enf. 4).
[...]. Meu papel que é a enfermagem eu faço duas vezes por semana a visita toda terça de manhã e toda quinta de manhã eu sai para ver não só as visitas, mas também vê o papel do agente comunitário também (Enf. 5).

<p>[...] Enfermagem agora esse ano está toda esquematizada então está vingando bem (Auxiliar enfermagem 6).</p>
<p>[...] A unidade se organiza de uma forma uniforme às vezes vai uma auxiliar com a ACS às vezes vai à enfermeira da unidade com alguma auxilia (Auxiliar enfermagem 9).</p>
<p>[...]. Elas revezam uma semana cada uma vai fazer juntamente com as ACS ou juntamente comigo a enfermeira (Enf. 2).</p>
<p>[...] Sistematização de enfermagem que gente tem pra guia meu serviço nas visitas também porque fica, mas fácil para descreve no prontuário fica, mas fácil quando você vai lá orienta então você vai faz a avaliação da pessoa de onde você que chega do diagnostico eu gosto fazer tudo isso pra facilita (Enf. 1).</p>
<p>[...]. Não tem um roteiro que gente siga aqui dentro do município pelo menos o município em si não tem um roteiro para VD (Enf. 4).</p>
<p>[...]. Não utilizamos roteiro (entrevista Enf. 5).</p>
<p>[...]. Acho até que deveria ter, mas ou acho ainda que USF ainda está muito centrada assim e ainda muita parecida com a UBS os profissionais não fica muito tempo na rua acho que deveria fazer, mas (Auxiliar enfermagem 4).</p>
<p>[...]. Falta um pouco de organização nessa visita não da parte da enfermagem em outra parte (Auxiliar enfermagem 6).</p>
<p>[...] Demanda das ACS é muito pouca (Auxiliar enfermagem 6).</p>
<p>[...]. Tem mais dificuldade no caso das ACS está trazendo os casos que necessitam do acompanhamento de fora e as resoluções desses casos muitas vezes a gente vai fazer as visitas volta não tem o espaço ideal para passa os casos para medica para poder da solução para problema a gente fica com muitos casos empacados não consegue resolver (Auxiliar enfermagem 6).</p>
<p>[...]. Uma coisa muito importante quando a gente conseguia fazer na minha unidade a demanda muito grande principalmente há 10 anos a gente fazia pré- consulta, pós consulta visita e todas as obrigações da unidade então tinha época que fazia visita (Auxiliar enfermagem 7).</p>

[...] No início dessa unidade a gente conseguia programar toda semana ia para verificar a pressão das pessoas dos dextro acompanhava, mas, recentemente com as mudanças do atendimento dessas USF que também é do acesso avançado e a saída do ACS Colocaram os auxiliares de enfermagem na recepção todos os dias a gente faz algum tempo que a gente não faz visita, porque não tem como somos duas auxiliares uma fica na recepção e a outra aqui dentro atendendo as pessoas nos procedimentos então, mas acho importante a visita eu acho que não tem que tirar a visita da enfermagem (Auxiliar enfermagem 7).

[...] Não existe nenhuma organização para enfermagem fazer a visita como já falei já existiu um tempo à gente se programava tinha uma tabela para fazer a visita conforme foi dificultando o atendimento por causa da demanda e mudança de atendimento não teve, mas essa organização de programar de como iria fazer essa visita, mas agora a gente está tentando novamente fazer pelo menos uma vez por semana tirando às demandas de urgência que a gente está fazendo essa visita à gente tenta, mas unidade tem muita demanda (Auxiliar enfermagem 7).

[...] Cobertura de férias de auxiliar de enfermagem na USF não tem, quando tem uma AE só não a como ele sair também para fazer uma visita, então cobertura de férias, cobertura de atestado não existe então nessa fase ai difícil à gente é uma coisa que dificulta, o que dificultou uma época AE foi trabalha na recepção não tinha como ir também porque ficava só aqui porque uma fica na recepção e outra no atendimento aqui dentro na rua não tinha como e a demanda quando muito grande a gente sempre programava no final da tarde para fazer uma ou duas visita ou três visita no máximo quando tinha pouca demanda, mas agora planejada ultimamente está muito difícil à gente fazer porque a quantidade demanda aumentou muito para somente dois (Auxiliar enfermagem 7).

[...]. Não estou fazendo por que da unidade que eu vim à gente não tinha a equipe toda montada então fazia tempo que não estávamos saindo para fazer a visita (Auxiliar enfermagem 8).

[...]. Na unidade isso não é tão esclarecido quando você vai à casa do paciente (Auxiliar enfermagem 9).

[...] Dificulta as visitas às vezes são os próprios ACS que dificulta isso porque às vezes eles não passam o correto para gente tem VD que assim não tem necessidade de da gente está indo na casa já aconteceu da gente fazer uma vacina de campanha e a gente ir realmente ter pessoas acamadas e em outras que não tinha necessidade que a pessoa poderia ir muito bem está indo na unidade então acho que isso ai que dificulta nosso trabalho porque eles acabem não entendendo que é uma visita domiciliar do profissional de enfermagem isso que eu entendo (Auxiliar enfermagem 8).

[...] Mas a gente não está tendo muita dificuldade em chega nesses pacientes porque as casas são bem próximas da nossa unidade complementando essa última questão a dificuldade no momento vem sendo muito pela falta do administrativo porque com essa falta desse administrativo a gente tem que fazer e paciente tem chegado à nossa unidade tem ficado muito a mercê porque ele não está tendo esse primeiro contato para-nos da enfermagem tem se tornada isso muito difícil porque nós temos feito além da nossa função que e a recepção então muitas vezes à visita domiciliar ela deixa de ser feita e a desejar porque nós estamos fazendo um desvio de função no caso com isso se torna, mas difícil para gente sai da unidade por falta de profissional porque se sai uma a outra tem que fica, e como pode sai duas auxiliar se nós estamos em duas atendendo, mas a enfermeira e também fazendo o serviço da recepção então isso para nos está tornando muito difícil está dificultando muito esse atendimento à família em domicilio (Auxiliar enfermagem 9).

[...]. Como a gente trabalha em duas aqui na unidade fica um pouco difícil sai e por causa do que a gente está tendo agora da falta do auxiliar administrativo na recepção então como só trabalhamos em duas essas visitas tem que ser feita essas VD tem que ser rápidas porque muitas vezes a demanda é grande aqui dentro da unidade e uma auxiliar de enfermagem sozinha aqui no posto não consegui da vazão então a gente se organiza (Auxiliar enfermagem 10).

[...]. Contribui bastante é como nossa área de abrangente é bem perto da unidade então é fácil você sai dá para fazer a visita tranquila não é um local longe de difícil acesso e o que dificulta, mas as vezes que tem que ser uma visita rápida ou que tem que chega rápido, mas difícil porque não tem meio de transporte tem que se no pé mesmo (Auxiliar enfermagem 10).

<p>[...] Dificulta é número de funcionário inadequado porque quando um está de férias a gente tem que fazer o papel do auxiliar de enfermagem então no meu ver é isso o número de funcionário e primordial, quando chove a gente não tem proteção e a prefeitura não fornece materiais específico como guarda-chuva, ou até os protetores da vida quando está muito sol, não tem protetor solar, EPI, não temos jalecos temos que usa os nossos tem bastante coisa que falta de recursos não só humanos, mas também de recursos estruturais (Enf. 4).</p>
<p>[...] Gente vê que precisa de uma conduta maior a gente vem passa para enfermeira ou passa para o médico aí eles que vão (Auxiliar enfermagem 1).</p>
<p>[...]. Por exemplo, hoje é um dia chuvoso a gente não tem um carro para pode fazer a VD então e dia que dificulta para gente está saindo daqui então às vezes já aconteceu casos da família vim busca a gente quando tem essa necessidade está chovendo, mas para gente até tranquilo porque nossa área de abrangência não é um grande nosso território e mais próximo da unidade (Enf. 5).</p>
<p>[...]. Pelos agentes comunitários de saúde (Auxiliar enfermagem 1).</p>
<p>[...] A primeira coisa que faço é ir e levar a enfermeira comigo para ela fazer diagnostico para pode passa para medica né a não ser que ela não esteja aí vou eu mesmo (Auxiliar enfermagem 1).</p>
<p>[...] E de outros pacientes que tem alguma dificuldade como medicação, algum cuidado especial e prestar essa assistência na casa dele (Auxiliar enfermagem 6).</p>

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Através da análise do Quadro 2, observamos que as equipes de enfermagem entrevistadas perceberam a VD não programada como uma necessidade de atendimento imediato e, por muitas vezes, sendo necessário o apoio da equipe do SAMU.

Para algumas equipes de enfermagem, essas VDs se dão em decorrência da impossibilidade dos indivíduos, que estejam em situação crítica e que não consigam se deslocar até a USF, serem atendidos.

Na grande maioria dos relatos, a necessidade de cuidado imediato proporciona um atendimento rápido e ágil em condições de urgência. Uma delas expressou:

[...] então acho primordial porque se for um caso muito grave geralmente a gente dá aquela avaliada já vai e resolve na hora nem que for para chama o SAMU, que já teve vários casos da gente nem chama a médica aqui porque não tinha o que ela fazer, tinha que chega e chama o SAMU porque ou chamava o SAMU ou pessoa ia morrer (Auxiliar enfermagem 1).

Em outro depoimento, fica também evidenciado um atendimento sem programação e de rápidas soluções para o paciente e sua família, considerando o SAMU um apoio à equipe de enfermagem na ausência do profissional médico:

[...] Doutora não está na unidade e realmente à gente tem paciente que está passando mal e se esta passando mal a gente também liga para SAMU então o que, mas complica e isso ela não a gente precisa corre assim e aí a gente tem toma aquela atitude (Enf. 2).

[...] A pessoa confundi uma urgência com a pessoa passando mal para uma VD isso acontece muito acho que não tem nada vê uma visita domiciliar que você vai agendar como uma pessoa que esta passando mal e você têm que correr na casa não e caso para gente ir e quando e caso de urgência fica complicado porque às vezes não tem enfermeira, a gente ligava para SAMU a gente mesmo ligava (Auxiliar enfermagem 8).

Outro ponto importante, demonstrado no Quadro 3 com categoria II, diz respeito às VDs programadas relacionadas ao risco/vulnerabilidade. Nele, a prestação da assistência parece relacionada à ideia de cuidado, in loco, voltado principalmente para aqueles que apresentam dificuldades de locomoção até a unidade de saúde, como explicitado nas seguintes expressões:

[...] Visita domiciliar é você ir à casa do necessitado, do acamado, e do domiciliado, (Auxiliar enfermagem 6).

[...] Visita também para ver como é que está como aquela família está como é a pessoa que não conseguiu se locomover não consegui vim aqui. (Auxiliar enfermagem 10).

Entre os entrevistados encontra-se, também, de forma recorrente a ideia de que a visita domiciliária é um meio facilitador importante aos serviços e ações de saúde:

[...]. Então a gente preconiza algumas coisas na visita a gente preconiza os acamados, os deficientes físicos, os visuais com qualquer tipo de deficiência, algumas pessoas que são tem restrições que é USF a gente também faz ou não adere o tratamento esse tipo de coisa. (Enf. 3).

[...] A prioridade na verdade para VD ficam para paciente que tem recém-nascidos, as puérperas, para paciente que acabou de sair de hospital, pós-operatório, ou paciente que sofre alguma queda e precisa de algum apoio. (Enf. 4).

Nas falas acima, tal importância advém do reconhecimento da visita como um meio facilitador do acesso ao serviço local de saúde no próprio domicílio, a cuidados individualizados e a uma dada tecnologia assistencial valorizada. Entende-se que a visita evita o deslocamento das pessoas até a USF para serem atendidas em situações em que se encontram impossibilitadas de se deslocar, por exemplo: acamados, os que não aderem ao tratamento, pós-operatório, recém-nascidos ou com restrições.

Na VD destacam-se as práticas dos profissionais centradas na doença, evidenciando-se a adoção de um modelo curativista, focado na doença, em contraposição ao modelo preconizado pelo MS, que visa construir ações de saúde a partir das necessidades:

[...]. Vai lá para verificar a pressão o dextro se a pessoa está acamada pessoa que saiu teve alta hospitalar que esta em casa não consegue vim então à gente sempre através dessas VD esta vendo essa pessoa (Auxiliar enfermagem 10)

[...]. Então a gente preconiza algumas coisas na visita a gente preconiza os acamados, os deficientes físicos, os visuais com qualquer tipo de deficiência algumas pessoas que são tem restrições que é USF a gente também faz ou não adere o tratamento esse tipo de coisa. (Enf. 3).

Outro aspecto importante citado foi a criação de vínculo como processo de troca entre usuários e profissionais, tendo como cerne a construção de maior autonomia do usuário.

Os profissionais de enfermagem, em seus relatos, demonstram empatia e sensibilidade em relação ao sofrimento do outro. Implica ainda em se integrar com a comunidade em seu território, nos grupos, e se tornar referência para o usuário, seja no aspecto singular ou coletivo, como relatam as entrevistas abaixo:

[...] Não tem a mesma postura então às vezes eu mesmo muitas vezes estou deitada na minha cama eu me lembro de um paciente no outro dia venho pergunta “O aquele paciente que eu mandei porque exemplo que eu tive que ir conversar com medica, ou medica não estava eu liguei para SAMU e foi para pronto socorro alguém está sabendo de alguma coisa”. (Auxiliar enfermagem 1).

[...] A visita é a assistência que gente da dentro da casa dele no domicilio vamos conhecer a realidade do paciente vai fazer as coisas dentro da casa dele tentando entender o porquê acontece que chega aqui com alguma queixa do porque está acontecendo na casa consegue ver direitinho num tipo de programa que estou inserida e essencial à visita, importante por causa, que acaba tendo uma proximidade com o paciente com o usuário quando ele vem na unidade você já o conhece (Enf. 1).

[...] Vínculo com paciente você indo à casa do paciente ajuda muito você explica para medica como a pessoa vive, como é vida daquela pessoa ali dentro até na parte de alimentação, de higiene, de tudo, como a família vive. (Auxiliar enfermagem 1).

Diante das falas e da discussão teórica feita, concordamos com diferentes pesquisadores quando apontam o vínculo como possibilidade da construção da autonomia do usuário, numa relação horizontalizada entre trabalhador de saúde e usuário, em que sejam encontradas estratégias eficazes de intervenção no processo saúde-doença do indivíduo e coletividades.

É importante considerar que as diferentes formas de produção de vínculo não estabelecem ou privilegiam espaços. Podemos considerar a VD como um momento singular na construção do vínculo, já que é durante a atividade desenvolvida no domicílio que identificamos as necessidades de saúde do usuário e a real possibilidade de estabelecer corresponsabilidades na construção do cuidado.

Responsabilidade que passa pelo aumento da capacidade de escuta, que é feita pela aproximação maior com os problemas de saúde, em estar em um

ambiente diferente dos serviços de saúde, o que torna possível uma reflexão mais ampla sobre o processo de nascer e morrer da comunidade.

A percepção da VD como possibilidade de assistência integral ao usuário/família pode ser evidenciada nas falas:

[...] Ferramentas utilizadas são as que a auxiliar falou a gente leva junto aparelho de pressão, termômetro, saturação, para poder vê no próprio domicílio para pode fazer sinais vitais e os sintomas do paciente. (Enf. 2).

[...] E de outros pacientes que tem alguma dificuldade como medicação, algum cuidado especial e prestar essa assistência na casa dele. (Auxiliar enfermagem 6).

No contexto dos serviços de saúde, há muitos modos de se conceituar e compreender a integralidade. A própria Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, ao apontar a integralidade, tece uma crítica no sentido de refletir sobre as práticas preventivas e curativas como práticas dicotômicas. Afirma ainda que as ações preventivas devem ser priorizadas sem prejuízo das ações de assistência.

[...]. Levo balança na casa tanto infantil como a balança de adulto, a régua faço uma consulta mesmo se for gestante também faço da gestante levo aparelho de BCF a gente faz a consulta lá, (Enf. 2).

[...] Começo anamnese paciente, histórico familiar como faço aqui na unidade, mas eu não tenho nada assim como um roteiro escrito de check list faço no próprio prontuário. (Enf. 3).

Integrar a VD junto à USF estabelece conexões entre os distintos processos de trabalhos e fortalece a produção de cuidado. Fundamenta-se em certo conhecimento sobre o trabalho dos demais profissionais e na valorização das contribuições destes na construção do cuidado.

Nesse sentido, uma prática que facilita a interação entre os profissionais é a reunião de equipe, que deve ocorrer semanalmente com o objetivo de discutir e organizar as demandas da comunidade e as situações inerentes ao processo de trabalho.

[...]. Fala na reunião "olha eu percebi que o paciente veio aqui com a pressão alterada" aí a gente vai decidi também na visita (Auxiliar enfermagem 5).

[...]. Não tem um roteiro que gente siga aqui dentro do município pelo menos o município em si não tem um roteiro para VD. (Enf. 4).

A reunião de equipe é, também, uma estratégia que possibilita reflexões sobre a prática, troca de experiências e planejamento das ações, ou seja, é um momento que propicia a integração da equipe de saúde da família.

Apesar de algumas entrevistadas considerarem a relevância das visitas como sendo uma prática fundamental na identificação das necessidades e planejamento do cuidado dos indivíduos, algumas dificuldades foram apontadas:

[...]. Tem mais dificuldade no caso das ACS está trazendo os casos que necessitam do acompanhamento de fora e as resoluções desses casos muitas vezes a gente vai fazer as visitas volta não tem o espaço ideal para passa os casos para medica para poder da solução para problema a gente fica com muitos casos empacados não consegue resolver (Auxiliar enfermagem 6).

[...]. Uma coisa muito importante quando a gente conseguia fazer na minha unidade a demanda muito grande principalmente há 10 anos a gente fazia pré- consulta, pós consulta visita e todas as obrigações da unidade então tinha época que fazia visita (Auxiliar enfermagem 7).

[...]. Não estou fazendo por que da unidade que eu vim à gente não tinha a equipe toda montada então fazia tempo que não estávamos saindo para fazer a visita. (Auxiliar enfermagem 8).

[...] Mas a gente não está tendo muita dificuldade em chega nesses pacientes porque as casas são bem próximas da nossa unidade complementando essa última questão a dificuldade no momento vem sendo muito pela falta do administrativo porque com essa falta desse administrativo a gente tem que fazer e paciente tem chegado à nossa unidade tem ficado muito a mercê porque ele não está tendo esse primeiro contato para-nos da enfermagem tem se tornada isso muito difícil porque nós temos feito além da nossa função que é a recepção então muitas vezes à visita domiciliar ela deixa de ser feita e a desejar porque nós estamos fazendo um desvio de função no caso com isso se torna, mas difícil para gente sai da unidade por falta de profissional porque se sai uma a outra tem que fica, e como pode sai duas auxiliar se nós estamos em duas atendendo, mas a enfermeira e também fazendo o serviço da recepção então isso para nos está tornando muito difícil está dificultando muito esse atendimento à família em domicilio (Auxiliar enfermagem 9).

[...]. Como a gente trabalha em duas aqui na unidade fica um pouco difícil sai e por causa do que a gente está tendo agora da falta do auxiliar administrativo na recepção então como só trabalhamos em duas essas visitas tem que ser feita essas VD tem que ser rápidas porque muitas vezes a demanda é grande aqui dentro da unidade e uma auxiliar de enfermagem sozinha aqui no posto não consegui da vazão então a gente se organiza. (Auxiliar enfermagem 10).

Outra questão relatada por algumas entrevistadas diz respeito a pouca interação entre os profissionais, dificultando a comunicação e a sintonia entre eles. São preocupante os resultados que podem surgir desta baixa interação na visita domiciliar, uma vez que a dinâmica desta atividade se dá por meio da identificação das necessidades dos usuários pelo ACS e posterior repasse aos demais profissionais de saúde, sendo o diálogo e a harmonia fundamentais neste momento.

[...] Dificulta as visitas às vezes são os próprios ACS que dificulta isso porque às vezes eles não passam o correto para gente tem VD que assim não tem necessidade de da gente está indo na casa já aconteceu da gente fazer uma vacina de campanha e a gente ir realmente ter pessoas acamadas e ir a outras que não tinha necessidade que a pessoa poderia ir muito bem está indo na unidade então acho que isso ai que dificulta nosso trabalho porque eles acabem não entendendo que é uma visita domiciliar do profissional de enfermagem isso que eu entendo (Auxiliar enfermagem 8).

[...] Era para chegar pelo ACS, mas nem sempre é dessa maneira às vezes o próprio paciente vem aqui no acolhimento né a gente consegue ou identificar dentro da própria consulta dentro do próprio acolhimento a gente consegui identifica se a necessidade ou não de uma visita às vezes a própria pessoa já vem no acolhimento nos solicitando à visita muitas vezes o próprio colega a equipe multidisciplinar já pode estar falando olha passa em consulta com o médico o médico mesmo fala essa consulta vai ser com a enfermeira vai ser com auxiliar de enfermagem precisa de uma visita para verificação de pressão então vem da equipe multidisciplinar e do ACS e do próprio acolhimento. (Auxiliar enfermagem 4).

A falta de interação por parte de alguns membros da equipe resulta em relações interpessoais frágeis ou na dificuldade em superar a fragmentação do trabalho e construir uma prática interdisciplinar.

Embora a USF preveja a articulação entre os diferentes saberes e práticas dos profissionais da equipe de saúde, observou que a pesquisa realizada de-

monstrou um distanciamento entre eles tanto nas atividades internas como nas externas (VD).

Por fim, um aspecto que chamou atenção foi o fato do planejamento ser assistemático. Alguns profissionais afirmam que não existe um planejamento fixo, pois ao chegar até o micro área outras demandas podem surgir e modificar o cronograma já estabelecido. Além disso, os profissionais organizam-se de modo diversificado, não existindo um padrão.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerando os resultados expostos nesta pesquisa, cujo objetivo foi verificar a organização e realização da VD pela equipe de enfermagem, bem como suas facilidades e limitações, pudemos elencar duas temáticas importantes: a VD não programada e VD programada.

Neste estudo a VD não programada ocorreu por necessidade de atendimento imediato em que o indivíduo impossibilitado de se deslocar até a USF, muitas vezes em situação crítica, contou com o apoio da equipe do SAMU. Este apoio nem sempre gerou a remoção do usuário para outros equipamentos de saúde.

A VD programa foi classificada de acordo com o risco/vulnerabilidade, vínculo e assistencial. Quando relacionada ao risco/vulnerabilidade foi apontada a assistência do cuidado aos que apresentam dificuldades de locomoção tornando-se um facilitador do acesso ao serviço. Entretanto, ficou evidenciado um modelo curativista focado apenas nas doenças.

Em relação à criação de vínculo, foram encontrados pontos importantes como processo de troca, demonstração de empatia e sensibilidade em relação ao sofrimento do outro estabelecendo momento singular na construção desses vínculos durante a VD, aumentando a capacidade de escuta e a aproximação dos problemas de saúde permitindo uma ampla reflexão sobre o processo nascer e morrer da comunidade.

Quando ocorre a VD, algumas equipes referem que é no espaço domiciliar que a convivência dos trabalhadores com os usuários se torna um facilitador, onde as relações se estreitam criando um vínculo concreto e um cuidado mais humanizado.

O estudo também evidenciou a percepção da VD como possibilidade de assistência integral ao usuário/família, estabelecendo conexão entre os distintos processos de trabalhos e fortalecendo a produção do cuidado.

Um dos processos que as equipes utilizam é a reunião de equipe, que ocorre semanalmente para discutir e organizar o processo de trabalho.

No entanto, entre as equipes de enfermagem foram encontradas algumas dificuldades. Esses profissionais evidenciaram situações limitantes para a realização da VD tais como a sobrecarga de tarefas, que consomem a maior parte do tempo, e o acúmulo excessivo de atividades.

Outros fatores associados à dificuldade para a realização da VD foram à dificuldade de entendimento e não adesão dos usuários ao cuidado, difícil acesso aos domicílios, violência física e moral desses profissionais, sobrecarga de tarefas, desorganizações desses profissionais com acúmulo excessivo de atividades internas e equipes incompletas, despreparo da gestão, desvalorização profissional, que não recebem apoio de gestores municipais para atualização profissional, como participação em cursos, além da própria agenda de trabalho, que não contempla tempo para discussões e debates sobre temas importantes que envolvem a população da própria área onde atuam.

Embora a enfermagem desenvolva diversas práticas de cuidado na visita domiciliária, percebeu-se que ela tem desenvolvido em maior número as práticas relacionadas à intervenção na saúde. Assim, ela tem deixado de utilizar o espaço da visita domiciliária para promover a saúde, fortalecer o vínculo com as famílias e estimular a interação profissional com o ACS.

Pode-se concluir que a VD é considerada importante para a equipe de enfermagem. Esta habilidade na comunicação desperta o sentimento de confiança, estabelece relacionamento interpessoal da equipe multiprofissional, paciente e família permitindo, assim, confiança, segurança e satisfação neste processo dialético.

Para tanto, é preciso o saber ouvir, para que se possa estabelecer ligação de confiança entre profissional e usuário, pois esta prática é desenvolvida no espaço domiciliar familiar.

No entanto, é necessário abordar e buscar alternativas para os pontos críticos desta atividade: as dificuldades para sua realização, a pequena interação entre equipe de enfermagem e ACS, o planejamento assistemático e o apoio da gestão.

Diante dos desafios dos profissionais da saúde inseridos na USF, conhecer suas perceptivas a respeito da VD permite um espaço para rediscutir a prática e definir uma estratégia de trabalho com a participação dos diferentes atores envolvidos. Notou-se, ainda, a necessidade de programar um planejamento estratégico junto às equipes no intuito de nortear a VD, na qual os ajustes e as mudanças do cotidiano não prejudiquem o andamento das atividades.

Desta forma, a visita permite conhecer a realidade, beneficia a troca de informações dos familiares e assim subsidia a construção de projeto de intervenção mais próximo das famílias.

Recomenda-se que a coordenação DGCA da USF avalie as demandas de serviço existentes em cada unidade e os recursos humanos e estruturais disponíveis, a fim de tornar compatível a demanda com o número de profissionais da equipe.

Ainda, seria interessante intensificar os momentos de educação permanente em saúde, a fim de discutir de modo problematizados os papéis e as atribuições de cada membro da equipe na visita domiciliária, assim como, a sistematização desta atividade.

Por fim, sugere-se que sejam desenvolvidos mais estudos em torno da adequação da VD nas USF, revelando outros dados, perspectivas e percepções, uma vez que esta temática mostrou-se reveladora. O aprofundamento teórico e prático desta discussão permitirá um maior comprometimento dos profissionais com a VD, qualificando ainda mais a proposta da USF.

Finalmente, a pesquisa contribuiu para um olhar diferente em relação aos profissionais da enfermagem no próprio ambiente de trabalho, tanto no que concerne às ações que desenvolvem, ao conhecimento das políticas que precisam dominar

aos relacionamentos internos, às unidades onde atuam, bem como de demandas por capacitação e atualização de conhecimentos, para a oferta de uma assistência mais qualificada e mais prazerosa.

Não se pode negligenciar o fato de que o medo tanto da violência quanto das precárias relações e condições de trabalho possam levar esses profissionais a estresses que prejudiquem o atendimento à população.

Entendemos como necessária uma proposta de intervenção educativa junto aos profissionais quanto à importância da visita como dispositivo de interação e educação em saúde coletiva e reavaliação das práticas cotidianas da visita.

A prática de visita domiciliar no cotidiano dos profissionais não deve se constituir numa tarefa meramente técnica e social, sem um olhar voltado aos valores, às crenças e aos costumes dos usuários assistidos, pois favoreceria o desconhecimento das reais necessidades individuais e coletivas, dificultando as intervenções com alcance de melhores resultados.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M. de (Org.) **Pensando a família no Brasil: da colônia à modernidade**. Rio de Janeiro, Espaço e Tempo, 1987.

ARIES, F. **História social da criança e da família**. 2 ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1986.

AZEVEDO, A.M.A. **Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Recife. 2007.

BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. 6 ed. São Paulo, Hucitec, 1992.

BERTOLOZZI, M.R. **Estudo da visita domiciliar enquanto forma de atenção à saúde**. São Paulo, 1987. 71p.

BRASIL, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura da saúde da família** acesso em 20 AGO. 2017. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/>

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia prático do programa saúde da família**. Brasília, DF, Ministério da Saúde. 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília, 1996. (Documento preliminar)

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família: caderno 1**. Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica; 2000.

BRASIL, Ministérios da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013 **Redefine a atenção Domiciliar do sistema Único de Saúde (SUS)** Diário Oficial, Brasília, DF, 24 mai. 2013 Acesso: 15 nov. 2018 disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html) e

BRASIL. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário oficial da União**. Brasília, DF, 20 set 1990. Seção 1. p. 18055-9

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 dez. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de princípios e diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 68 p. (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

BREILH, J. **Nuevos conceptos y técnicas de investigación: Guía pedagógica para un taller de metodología**. 2 a ed. Quito, CEAS, 1995. Acesso: 24/11/2018. Disponível em: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3572/1/Breilh%2C%20J-CON-214-Metodo%20clinico.pdf>

Coelho F. L. G, Savassi L. C. M. **Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v.1, n.2, 2004.

EGRY, E.Y. **A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva**. Rev. esc. enfermagem. USP vol.34 no. 3. São Paulo set. 2000.

EGRY, E.Y. **Assistência de enfermagem em saúde coletiva: entendendo o processo para aplicação de um instrumento transformador da prática e da teoria**. Rev. bras. enferm. vol.47 nº. 3. Brasília jul /set. 1994.

EGRY, E.Y. **Saúde coletiva: Construindo um novo método de enfermagem**. São Paulo, Ícone, 1996.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. 9 a ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1984.

SCOREL S, GIOVANELLA L, MENDONÇA M. H. M, SENNA M. C. M. **O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil**. Rev. Panam Saluda Publica/Pan Em Public. Health 2007. 21(2).

FEUERWERKER\* L. C. M, MERHY E. E. **A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas**. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Pós-Graduação em Clínica Médica, Rio de Janeiro, RJ. 8 de out. de 2007. Acesso: 20 de maio 2017 Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2008.v24n3/180-188/>

GIACOMOZZI, C. M. e LACERDA M. R. **A Prática da Assistência Domiciliar dos Profissionais da Estratégia de Saúde da Família**. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.15, n.4, out./dez., 2009.

GUIMARÃES, C. P; **Assistência domiciliar do enfermeiro: Planejamento estratégico situacional-** UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ALMERINDO ALVES BARBOSA FARIA DO MUNICÍPIO DE JANÚBA/MG. Universidade Federal de Minas Gerais; MG; 2017. Acesso: 20/11/2018 disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2015.v24n1/72-85/>

LEOPARDI, M. T. **Teorias de enfermagem:** instrumentos para a prática. Florianópolis: NFR/ UFSC; Papa Livro, 1999.

LOPES, W. O. SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o Cuidado, o ensino e a pesquisa. *Cienc. Cuid. Saúde*, v.7, n.2, p.241-7, 2008.

MACHADO, J. P. Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina** Acesso em: 11 DE ab. 2016. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v28n4/18.pdf>

MARTINS, G. S; PEREIRA, F.C. C; SOUZA, I.C. A; **A VISITA DOMICILIAR COMO INSTRUMENTO PARA HUMANIZAÇÃO:** Carpe Diem: Revista Cultura e Científica do UNIFACEX. v. 11, n. 11, 2013. ISSN: 2237-8586. Disponível em: <https://periodicos.unifacex.com.br/Revista/article/view/364/116>

MATIAS, S. S.; PEREIRA, A.K.A.M. **Visita domiciliar:** (RE) significando a prática dos profissionais da estratégia de saúde da família a família. Diretório de artigos gratuitos artigonal.

MELO, R. H. V, VILAR, R. L. V, ANÁLISE DE RISCO FAMILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA VIVÊNCIA COMPARTILHADA ENTRE PRECEPTORES, DISCENTES E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE : **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**, 2013 p. 58- 78 Acesso: 2 de mar. 2016: Disponível em: <file:///E:/4437-Texto%20do%20artigo-11979-2-10-20140206.pdf>

MOURA, E. R. F, PAGLIUCA, L. M. A Teoria de King e sua interface com o programa "Saúde da Família" **Rev. Esc. Enferm. USP** 2004; p. 270 - 278. Acesso 30 de maio 2016: Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n3/05.pdf>

NOGUEIRA, M. J. C, SERPA DO FONSECA, R. M. G A visita domiciliário com método de assistência de enfermagem a família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.11, n. 1, p. 28-50, 1977

RIBEIRO EM. **As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia saúde da família (PSF).** *Rev. Latino-americana de Enfermagem*. 2004. 12

ROESE, A.; LOPES, M. J. M. A visita domiciliar com instrumento de coleta de dados de pesquisa e vigilância em saúde: relato de experiência. *Cia. Rev. Gaúcha Enferm.* Porto Alegre: v. 25, n. 1, p. 98-111, 2004

SAKATA, Karen Namie et al. **Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares.** *Rev. bras. enferm.* [online]. 2007, vol.60, n.6, pp.659-664. ISSN 0034-7167. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000600008>.

SANTOS, E. M.; MORAIS, S. H. G. **A visita domiciliar na estratégia saúde da família: percepção de enfermeiros.** Cogitare Enferm., v.16, n.3, p. 492-497, 2011.

SILVA. S.G.O. **A relação Família / Escola,** Acesso; 02 de maio 2016 Disponível em: <http://www.artigos.com/artigos/humanas/educacao/a-relacao-familia>

SOSSAI, L.C.F.; PINTO, I.C.A. **Visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades x potencialidades.** Cienc. Cuid Saúde, v.9, n. 3, p.569-576, 2010.

## ANEXOS

### ANEXO I - ROTEIRO DE PERGUNTAS

1. O que você entende por visita domiciliaria?
2. Como você vê a visita domiciliaria no seu trabalho? Por quê?
3. Como chega para a enfermagem as demandas de visita domiciliaria?
4. Descreva como a unidade se organiza para visita domiciliaria?
5. Vocês utilizam algum recurso (roteiros, ferramentas,..)? Sim ( )  
Não ( ). Qual? Por quê?
6. Em sua opinião quais fatores contribuem ou dificultam as visitas domiciliares? Por quê?

## **ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado a participar do estudo de pesquisa intitulada **“A VISITA DOMICILIÁRIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA: OS DESAFIOS PARA EQUIPE DE ENFERMAGEM”**

O objetivo deste projeto de pesquisa é analisar a atuação dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem na realização e organização das visitas domiciliares das unidades da saúde da família do município de São Carlos.

Para isso você está sendo convidado (a) a responder questões de roteiro de entrevista com perguntas abertas gravadas por áudio e tempo estimado de quinze minutos, mas mantendo a liberdade de colocar outras cujo interesse surja no decorrer da entrevista. Sua participação é voluntária e a qualquer momento você poderá desistir da participação e retirar o consentimento sem nenhum tipo de prejuízo.

Este estudo não deve oferecer qualquer despesa ou desconforto para você, porém há riscos. Os riscos da sua participação neste projeto de pesquisa consistem no tempo necessário para responder as perguntas abertas, e em ter alguma dúvida em entender o que está sendo perguntado ou algum tipo de constrangimento em relação ao que lhe for perguntada. Você poderá, a qualquer momento, solicitar esclarecimento e ajuda dos pesquisadores para qualquer dificuldade de entendimento.

Os membros da equipe deste projeto de pesquisa esclarecerão as dúvidas tomando cuidado para não induzi-lo a uma determinada resposta. Também será explicado que você poderá deixar de responder as questões caso sintá-se constrangido, sem qualquer prejuízo de sua parte.

Caso se perceba qualquer risco ou dano à sua pessoa, não previstos neste termo, as atividades desta pesquisa poderão ser imediatamente suspensas.

O benefício da sua participação neste projeto de pesquisa se refere a adequações e ampliação de conhecimento científica para a temática e sugestões que, a partir da análise, realizaremos a devolutiva para participantes e os pesquisa-

dores poderão traçar junto com a equipe de enfermagem a realização das visitas domiciliares das unidades saúde da família do município e do SUS.

Você também poderá auxiliar nos protocolos e adequação na realização das VDs e nas dificuldades para exercê-las. Todas as informações obtidas no projeto serão confidenciais e estará assegurado o sigilo da sua identificação, uma vez que seu nome não constará em nenhum documento.

Os dados serão utilizados exclusivamente caso seja publicado o trabalho. Você receberá uma via assinada deste termo pelo pesquisador e participante onde constam o telefone e o endereço dos pesquisadores, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

A qualquer momento você poderá ter acesso aos responsáveis para esclarecimento de eventuais dúvidas e/ou outros esclarecimentos que julgar necessários.

Os responsáveis poderão ser encontrados no departamento de Medicina da UFSCar, Rod. Washington Luiz, KM 235, São Carlos/ SP; Fone (16) 3351-8340 orientador: Geovani Gurgel Aciole da Silva; e-mail [giovani.gurgel@gmail.com](mailto:giovani.gurgel@gmail.com) ou na unidade de saúde Jardim Guanabara, Rua Rio Araguaia 750 Jockey Club; Fone 99218-0101; e-mail [bianaalv@hotmail.com](mailto:bianaalv@hotmail.com); ou ainda, na secretaria do Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica, sito na Universidade, telefone 16 3351 – 9612.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, km. 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13.565-905 – São Carlos – SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)