

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM FORMAÇÃO PEDAGÓGICA PARA
PROFISSIONAIS DE SAÚDE - CEFPEPS
JEIZZIANI APARECIDA FERREIRA PINTO

**A visita domiciliar como meio de educação em saúde: uma revisão
integrativa**

FORMIGA

2014

JEIZZIANI APARECIDA FERREIRA PINTO

A visita domiciliar como meio de educação em saúde: uma revisão integrativa

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Especialização em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde – CEFPEPS, para obtenção do título de Especialista.

Orientador: Prof. Giovana Simino

FORMIGA

2014

PINTO, JEZZIANI APARECIDA FERREIRA

A VISITA DOMICILIAR COMO MEIO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA

[manuscrito] /. JEZZIANI APARECIDA FERREIRA PINTO- 2014.

19 f.

Orientadora: GIOVANA SIMINO

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Formação Pedagógica Para Profissionais da Saúde - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em FORMAÇÃO PEDAGÓGICA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

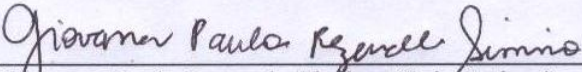
1. SAÚDE PÚBLICA 2.VISITA DOMICILIAR DO ENFERMEIRO
3. ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA 4. EDUCAÇÃO EM
SAÚDE. I.SIMINO GIOVANA. II.Universidade Federal de Minas
Gerais. Escola de Enfermagem. III. A visita domiciliar como meio de
educação em saúde: uma revisão integrativa.

Jeizziani Aparecida Ferreira Pinto

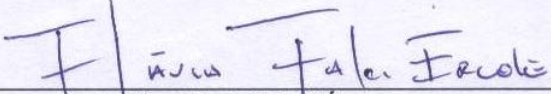
**“A VISITA DOMICILIAR COMO MEIO DE EDUCAÇÃO EM
SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA”**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

BANCA EXAMINADORA:



Profa. Giovana Paula Rezende Simino (Orientadora)



Profa. Flávia Falci Ércole

Data de aprovação: 22/02/2014

RESUMO

Este é um estudo de revisão integrativa com o objetivo de realizar o levantamento das produções científicas sobre a visita domiciliar (VD) como estratégia de educação em saúde. A busca pelas publicações foi realizada no período de agosto a dezembro de 2013, nas seguintes bases de dados: LILACS, Scielo e Base de Dissertação da Faculdade de Botucatu. Conclui-se que a educação é uma prática social, que busca por meio da reflexão, a mudança de hábitos e concepções, a visita domiciliar, por sua vez, pode ser vista como importante meio para realizá-la, e o enfermeiro, como agente educador, deve, portanto, explorar tal espaço a fim de provocar melhoria na qualidade de vida da população.

Palavras-chave: Saúde Pública, Visita domiciliar do enfermeiro, Estratégia de Saúde da Família e Educação em Saúde.

ABSTRACT

This is a study of integrative review aiming to conduct the survey of scientific papers on the home visit (VD) as a health education strategy. The search for publications was conducted in the period August to December 2013, the following databases: LILACS, SciELO and Base Dissertation, Faculty of Botucatu. We conclude that education is a social practice that seeks through reflection, changing habits and conceptions, home visits, in turn, can be seen as an important means to realize it, and the nurse as an educator agent should, therefore, explore this space in order to bring improvement in quality of life.

Keywords : Public, Home visits by nurses, the Family Health Strategy and Health Education Health

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 OBJETIVOS	09
3 PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS	09
4 RESULTADOS e DISCUSSÃO.....	13
5 CONCLUSÃO	21
6 REFERÊNCIAS	22
7 APÊNDICE.....	25

1 INTRODUÇÃO

A partir de uma reconstrução da prática na Atenção Primária à Saúde, na década de 90, surge a Estratégia Saúde da Família — ESF que visa reorganizar e reorientar a atenção à saúde. Seu principal objetivo é substituir o modelo tradicional de atendimento, descartando o comportamento passivo das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e propiciando, com isso, o estabelecimento de suas ações para e junto à comunidade, com ênfase nas ações preventivas, abrangendo o atendimento domiciliar (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006). Neste contexto, a visita domiciliar (VD) é utilizado como estratégia de cuidado e de extrema importância para a prática de enfermagem na saúde coletiva.

A visita domiciliar, como instrumento de trabalho para a enfermagem, passou a ser ainda mais incrementada com a introdução deste novo modelo de atenção à saúde, das propostas de atenção domiciliar, atuando cada vez mais na prevenção de agravos e promoção da saúde. Por meio desta, permite-se uma maior proximidade com as famílias para o desenvolvimento destas intervenções (EGRY; FONSECA, 2000).

Este modelo de atuação em visita domiciliar pode ser uma oportunidade de compreender melhor o modo de vida do usuário e abordar seus problemas sociais e emocionais. Sendo assim, conhecer o domicílio e saber atuar neste espaço, são estratégias que podem potencializar os fatores de proteção tanto do usuário quanto de sua rede de apoio.

Ressalta-se ainda a necessidade de o profissional da saúde que cuide integralmente do indivíduo, considerando o meio em que este vive. Isto converge no estabelecimento de vínculos e a relação de valorizar o sujeito como ser único (CAZARINI *et al*, 2002). Assim, a visita domiciliar é um importante momento para o processo de educação em saúde, por se constituir em um conjunto de saberes e práticas. O profissional enfermeiro deve priorizar as atividades educativas neste momento, para aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e comunidade, contribuindo assim com a melhoria da qualidade de vida destes (DORNFELD *et al*, 2005; FAEDA; MARTINS, 2006).

A Visita Domiciliar é uma importante ferramenta para conhecer os problemas sociais e de saúde do usuário e sua família, o que possibilita uma melhor atuação do profissional na prevenção e promoção no processo saúde e doença. Além disso, pode ser considerada, atualmente, como o principal elo entre o usuário e o sistema de saúde.

No momento de visita domiciliar o enfermeiro é capaz de reconhecer a realidade do indivíduo e assim é capaz de ser um educador em saúde, podendo mudar práticas e melhorar a qualidade de vida. Esse profissional é um sujeito importante nos processos de mudança do sistema quando se torna ator social com vontade de lutar por transformações e comprometer-se com a vida do outro e é capaz de provocar mudanças nos espaços micropolíticos de atuação (CAZARINI *et al*, 2002).

Nesta perspectiva, o presente estudo nasceu a partir de inquietações, enquanto profissional da saúde atuante na Estratégia de Saúde da Família, a respeito do papel do Enfermeiro na Visita Domiciliar. Assim, houve a necessidade de aprofundar a análise do que a literatura científica apresenta a respeito da visita domiciliar do enfermeiro, focando a educação em saúde. Estas indagações iniciaram na experiência como residente de enfermagem da estratégia de saúde da família, pela Universidade Federal de São João Del Rei, ocorrido em 2010/2012, no município de Divinópolis/MG. Neste momento, foi possível, atuar junto com a enfermeira responsável pela unidade de saúde, de todas as ações de responsabilidade deste profissional, bem como de diversas visitas domiciliares.

Considerando as expressivas transformações que o modelo atual de assistência à saúde vem produzindo, tanto nas práticas e nas ações profissionais, quanto nos usuários, ao buscar promover sua maior autonomia e, ao mesmo tempo, permitir uma maior aproximação deles com os profissionais e o acesso ao sistema em si, a visita domiciliar é, neste sentido, um fator positivo e colabora para que isso ocorra, quando realizada pautada nos princípios éticos que a norteiam.

O que se percebe na atuação do profissional de saúde, enfermeiro, é a dificuldade em atuar nas visitas domiciliares como um educador e um agente de transformação. Esta vivência permitiu refletir em torno das práticas de saúde realizadas pelo enfermeiro na visita domiciliar, e qual a atuação real que deve ser executada neste

momento por este profissional. Sendo assim, questiona-se a visita domiciliar feita pelo enfermeiro é uma estratégia de educação em saúde?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a visita domiciliar realizada pelo enfermeiro enquanto uma estratégia de educação em saúde em equipe de saúde da família.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as intervenções/ações dos profissionais da enfermagem nas visitas domiciliares;
- Identificar se as intervenções/ações de enfermagem estão voltadas para a educação em saúde;
- Identificar os impactos das intervenções/ações de enfermagem na vida dos usuários.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura sobre a atuação do enfermeiro na visita domiciliar como estratégia da educação em saúde em equipe de saúde da família.

Este método tem a finalidade de identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre um determinado assunto, em diferentes lugares e momentos, de maneira sistemática e ordenada (MENDES *et al*, 2008; SOUSA *et al*, 2010).

Consiste na construção de uma avaliação crítica dos estudos disponíveis, na transferência do conhecimento novo para a prática contribuindo para discussões sobre os métodos e resultados de pesquisas e possibilitando apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (MENDES *et al*, 2008).

Esta ainda pode ser direcionada para a definição de conceitos, revisão de teorias e evidências ou a análise metodológica dos estudos incluídos de um tópico particular (SOUSA *et al*, 2010). Neste contexto, a revisão integrativa oferece aos profissionais de diversas áreas de atuação na saúde o acesso rápido aos resultados relevantes de pesquisas que fundamentam as condutas ou a tomada de decisão, proporcionando um saber crítico. Ou seja, proporciona uma síntese do conhecimento já produzido e fornece subsídios para a melhoria da assistência à saúde (MENDES *et al*, 2008).

É um método valioso para a enfermagem, pois muitas vezes os profissionais não têm tempo para realizar a leitura de todo o conhecimento científico disponível devido ao volume alto, além da dificuldade para realizar a análise crítica dos estudos (MENDES *et al*, 2008).

Pontua-se, então, que o impacto da utilização da revisão integrativa se dá não somente pelo desenvolvimento de políticas, protocolos e procedimentos, mas também no pensamento crítico que a prática diária necessita (SOUSA *et al*, 2010).

A revisão integrativa da literatura é composta por seis etapas de desenvolvimento, sendo:

- **Primeira etapa:** identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa (elaboração da pergunta norteadora);
- **Segunda etapa:** estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura;
- **Terceira etapa:** definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos (coleta de dados);
- **Quarta etapa:** avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa (análise crítica);
- **Quinta etapa:** interpretação e discussão dos resultados;
- **Sexta etapa:** apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

3.1 População e amostra

A população foi selecionada utilizando-se os recursos de metapesquisa oferecidos pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Optou-se pela pesquisa via descritores DeCS/MeSH (Descritores em Ciência da Saúde adaptados do Medical Subject Headings), que é composta por um vocabulário controlado da área da saúde. Os descritores selecionados foram: Saúde Pública (*public health/ salud pública*), Visita domiciliar do enfermeiro (*home visits by nurses/ visitas domiciliarias por parte de enfermeiras*); Estratégia de Saúde da Família (*family health strategy/b estrategia de salud de la familia*) e Educação em Saúde (*Health Education/ Educación para la Salud*).

O levantamento bibliográfico de publicações indexadas foi realizado no período de agosto a dezembro de 2013. A população do presente estudo foi constituída pela produção científica relacionada ao tema/problema do estudo disponíveis em duas bases de dados existentes sendo elas: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e base de dissertação da Faculdade de Botucatu.

3.2 Critérios de inclusão e exclusão

Foram critérios para inclusão a produção científica que se encontrava completa, produzida no período de 2002 a 2011 publicada em duas bases de dados indexadas: LILACS e SciELO, nos idiomas português, inglês e espanhol. Os critérios de exclusão foram todos os que não atendiam aos critérios acima citados.

Para o levantamento dos artigos, foram utilizados os descritores controlados da Biblioteca Virtual em Saúde por meio dos Descritores em Ciências da Saúde, sendo eles: Saúde Pública, Visita domiciliar do enfermeiro; Estratégia de Saúde da Família e Educação em Saúde.

A amostra do estudo foi constituída pelas publicações científicas que atenderam aos critérios de inclusão definidos na revisão. Foram utilizadas várias estratégias na busca eletrônica, na tentativa de encontrar o máximo de publicações.

Sendo assim, após a leitura dos títulos e resumos, a amostra final deste estudo foi composta por 12 artigos, 01 livre e 01 base de dissertação. Na TAB. 1 descreve-se, detalhadamente, o caminho percorrido no levantamento de artigos.

TABELA 1

Seleção de população e amostra de estudos indexados na BVS, segundo base de dados de indexação.

FONTE	POPULAÇÃO	AMOSTRA
LILACS	58 Saúde Pública 5 Visita domiciliar do enfermeiro 11 Estratégia de Saúde da Família 14 Educação em Saúde	5
SCIELO	49 Saúde Pública 10 Visita domiciliar do enfermeiro 16 Estratégia de Saúde da Família 7 Educação em Saúde	7
TOTAL	169	12

Fonte: Dados do estudo

3.3 Variáveis do estudo

Para a coleta dos dados foi elaborado um instrumento que contempla as variáveis do estudo (APÊNDICE A). Foram elencadas como variáveis do estudo:

- Identificação das publicações (fonte, ano de publicação, país de publicação, periódico e delineamento);
- Área de interesse (objetivo, característica da população e amostra estudada, método);
- Descrição das estratégias e resultados relacionados à educação em saúde em momentos de visita domiciliar realizada pelo profissional enfermeiro.

5.4 Coleta e Análise dos artigos selecionados

Primeiramente, foi realizada uma leitura dos títulos e resumos dos artigos e posteriormente procedeu-se a leitura na íntegra dos artigos completos, com o preenchimento do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A). A análise foi realizada de forma crítica, na busca por respostas para a pergunta norteadora. Os resultados foram apresentados em forma de quadros com posterior discussão dos resultados encontrados baseando-se na fundamentação teórica descrita na literatura.

5.5 Apresentação da revisão/síntese do conhecimento

Nesta fase, as evidências disponíveis na literatura foram reunidas e sintetizadas, para a produção do conhecimento acumulado sobre o tema pesquisado. Esta fase foi concluída com a divulgação da resposta à pergunta norteadora.

4 RESULTADOS e DISCUSSÃO

A amostra final desta revisão foi composta por 12 estudos, apenas artigos, sendo que todos foram no idioma de língua portuguesa, e o Brasil, o país de

publicação. Destes artigos analisados, 01 (8,3%) foi escrito por médico, 01 (8,3) por enfermeiro, dentista e médico e 10 (83,4%) por enfermeiros.

Dos 12 estudos, 06 (50,2%) foram publicados na Revista de Atenção Primária à Saúde, 02 (16,6%) na Revista Latino Americana de Enfermagem, 01 (8,3%) na Revista Saúde e Sociedade, 03 (16,6%) Revista Brasileira Enfermagem e 01 (8,3%) na Revista de escola de enfermagem da USP.

Do total de artigos (12), 10 (83,3%) tiveram delineamento qualitativo, 02 (16,7%) foram classificados como estudos quantitativos.

Os artigos foram publicados entre os anos de 2002 a 2011, sendo 03 estudos (24,9%) publicados nos últimos cinco anos e 8 estudos (75,1%) publicados entre 2002 a 2007.

Ainda para subsidiar a discussão foram utilizados outros 3 trabalhos, sendo 01 retirado de um livro, 01 artigo e 01 dissertação de mestrado da Faculdade de Botucatu, todos publicados no Brasil.

QUADRO 1

Distribuição dos artigos quanto ao ano e país de publicação

Nº do Estudo	Autores/Título	Ano de publicação/País
1	Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. ASSIS M. M. A., CERQUEIRA E. M., NASCIMENTO M. A. A., SANTOS A. M., JESUS W. L. A.	2007/ Brasil
2	Atenção e cuidado em saúde no ambiente familiar: aspectos da visita domiciliar. ABRAHÃO, A. L.	2011/ Brasil
3	A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de	2007/Brasil

	cultura.	
	BOEBS, A. E.; MONTICELLI, M.; WOSNY, A. M.; HEIDEMANN, I. B. S.; GRISOTTI, M.	
4	Saúde da família: historia recente da reorganização da atenção a saúde. CORBO, A. D.; MOROSINI, M. V. G. C.	2005/Brasil
5	Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. COSTA, A. M.	2004/Brasil
6	Visita domiciliar: espaço privilegiado para diálogo e produção de saberes. PERES, E. M.; POZ, M. R. D.; GRANDE, N. R.	2006/Brasil
7	Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. ROSA W. A. G.; LABATE R. C.	2005/Brasil
8	Concepções de equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. SAKATA, K. N.; ALMEIDA, M. C. P.; ALVARENGA, A. M.; CRACO, P. F.; PEREIRA, M. J. B.	2007/Brasil
9	Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde: experiência de transformação do ensino e prática de enfermagem. SANTOS, D. S., ALMEIDA, L. M. W. S., REIS, R. K.	2013/Brasil

10	<p>A visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiros.</p> <p>SANTOS, E. M.; MORAIS, S. H. G.</p>	2011/Brasil
11	<p>A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades X potencialidades.</p> <p>SOSSAI, L. C. F.; PINTO, I. C.</p>	2010/Brasil
12	<p>Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família.</p> <p>WENDHAUSEN, A. L.; SAUPE, R.</p>	2003/Brasil

A visita domiciliar sempre esteve presente no contexto histórico brasileiro, assumindo características diferentes de acordo com os diferentes cenários sociais, políticos e ideológicos pelos quais perpassou. Embora a visita domiciliar não seja uma estratégia inédita na saúde pública brasileira, atualmente apresenta algumas finalidades mais amplas e complexas. De acordo com os objetivos pré-estabelecidos no estudo, à análise dos 12 artigos selecionados permitiu a categorização dos resultados em 03 unidades temáticas apresentadas a seguir.

4.1 A visita domiciliar e sua respectiva importância para a Estratégia de Saúde da Família – ESF

A visita domiciliar surge inicialmente, segundo Abrahão (2011), no século XVIII na Inglaterra, partindo da necessidade de uma medicina coletiva que atendesse a crescente demanda da classe trabalhadora durante o período da revolução industrial, nascendo assim à medicina social e coletiva.

O mesmo autor relata que foram adotadas medidas para conter os avanços das epidemias e promover ações individuais e coletivas de higiene, porém as intervenções

possuíam um caráter policialesco e invasivo, mas que para época era considerada como um importante avanço.

Posteriormente no século XX o Brasil adota o modelo higienista europeu trazido por Oswaldo Cruz, Emilio Ribas, Carlos Chagas entre outros. Pautados na necessidade de melhorar as condições sanitárias da cidade do Rio de Janeiro, conforme já dito anteriormente e tendo por objetivo fortalecer as relações econômicas com o exterior o governo adotou uma série de medidas para sanear a cidade e conter as epidemias, porém estas focavam principalmente na população mais carente que era percebida enquanto disseminadora das doenças da época, desconsiderando totalmente o contexto de abandono e negação de direitos que estas se encontravam (COSTA, 2004).

Utilizando-se das visitas domiciliares os inspetores sanitários adentravam as residências e verificavam as condições de higiene, documentando a situação encontrada e recomendando providências, sendo esta uma importante ferramenta adotada em 1903 no combate a febre amarela (SANTOS, 2011).

Segundo Abrahão (2011), em 1919 ocorre um marco na institucionalização da visita domiciliar no Brasil, sendo que *O Jornal* publica um artigo assinado pelo médico J. P. Fontenelle que apontava a necessidade da educação sanitária e a formação de enfermeiras visitantes. Já em 1920 Amaury de Medeiros cria na escola de Enfermagem da Cruz Vermelha um curso voltado para visitantes sanitárias. Ainda em 1920 foi criado o serviço de visitantes no Programa de Profilaxia da Tuberculose, do Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP.

Com base nos resultados obtidos através das visitantes domiciliares o serviço foi ampliado para mais doze estados brasileiros, sendo estes localizados principalmente nas regiões Norte e Nordeste, a partir da ampliação do serviço surgiu à necessidade de formar mais visitantes e focar nas reais condições a qual estas estariam intervindo (ABRAHÃO, 2011).

Ainda CORBO, MOROSINI (2005) ressaltam que as visitas domiciliares passaram a abranger aspectos maiores, começou a perceber que condições de moradia interferiam diretamente nas intervenções propostas pelo serviço. Diante disto passou-se a sugerir melhorias nas condições moradia a população, sendo que a

implementação dos serviços de enfermagem tornaram-se estratégia de prestação de assistência às famílias.

Com o fim da Ditadura Militar, momento político árduo e que a população sofreu grandes abalos estruturais, emocionais e até sociais, e com a promulgação da Constituição Federal de 1988 a Política de Saúde passa a ser concebida como direito de todos e dever do Estado e estrutura-se através do Sistema Único de Saúde – SUS (CORBO; MOROSINI, 2005).

Os mesmos autores ainda afirmam, que os princípios priorizam a matricialidade familiar e a atuação na saúde preventiva, sendo implementado na década de 1990 o Programa de Saúde da Família – PSF, que posteriormente tornou-se Estratégia de Saúde da Família – ESF.

4.2 Visita domiciliar: importante instrumento utilizado pela Estratégia de Saúde da Família

Na contemporaneidade a Estratégia de Saúde da Família – ESF utiliza-se da visita domiciliar como um importante instrumento de diagnóstico social, cujas intervenções da equipe pautam-se na análise dos indicadores trazidos da realidade vivida pelo usuário em seu contexto familiar e comunitário (PERES; POZ; GRANDE, 2006).

A visita domiciliar possibilita o conhecimento da realidade em que se encontra inserido o usuário, a proposta de adotar a visita enquanto instrumento de intervenção traz uma aproximação entre profissional e usuário (SANTOS, 2011).

Os autores ainda mencionam que a atuação do enfermeiro na visita está presente desde os primeiros passos da profissão, cujo cuidado para com os doentes era prestado nas próprias residências. É um dos recursos mais valiosos para os serviços de atenção à saúde, pois há a possibilidade de se detectar os principais problemas de origem orgânica do paciente e de seus familiares, realizar orientações, planejar a educação em saúde, de modo a diminuir a demanda desnecessária na ESF (PINTO, 2007).

Ainda, Amaro (2000), ressalta alguns pontos negativos tendem a dificultar o processo de efetivação da visita domiciliar, a saber, o horário inapropriado de acesso ao domicílio, o desrespeito à rotina domiciliária e o grande número de profissionais adentrando na casa de uma única vez. Apesar disso, alguns fatores apresentam-se como condutores indispensáveis da visita, como a empatia, a horizontalidade, o respeito mútuo e a atitude de não julgamento do profissional em relação ao conteúdo e ao ambiente da visita.

Para que ocorra efetivação no processo de realização da visita domiciliar é indispensável o profissional planeje sua visita e elabore um roteiro sistematizado, enfocando sempre a qualidade do indivíduo e de sua família (SOSSAI; PINTO, 2010). A visita permite ao profissional e sua equipe uma maior aproximação à realidade em que vive o indivíduo e a comunidade.

Na Estratégia de Saúde da Família – ESF a visita domiciliar é realizada mensalmente pelo Agente Comunitário de Saúde – ACS, sendo que este é o responsável por encaminhar à equipe as demandas dos usuários e as considerações pertinentes à unidade de saúde (ABRAHÃO, 2011). Porém, é fundamental que todos profissionais inseridos na ESF atuem em VD, para o conhecimento aprofundado e preciso da comunidade.

Assim durante a visita o profissional passa a conhecer o quadro clínico dos pacientes, como também suas condições de vida em termos econômicos, sociais e familiares, sendo de fundamental importância o respeito às crenças, costumes e modo de viver das famílias atendidas; estabelecendo uma relação de corresponsabilidade. Este momento sendo realizado com uma escuta apurada e um acolhimento de qualidade das ações resultará no fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários (SOSSAI; PINTO, 2010).

A visita domiciliar apresenta-se como uma ferramenta de inúmeras possibilidades, porém depende extremamente de quem o executa e sob quais condições, ou seja, o sucesso depende da disposição da equipe em explorá-la ao máximo, porém esta técnica apresenta-se de forma dispendiosa, pois exige do profissional o deslocamento da unidade de saúde e a aproximação com os usuários e suas respectivas realidades. A proximidade entre usuário e profissional exige clareza

dos objetivos que se pretende alcançar e até onde ambas as partes podem ir para evitar que todo trabalho perca-se ao longo do tempo (ABRAHÃO, 2011).

Segundo Sossai; Pinto (2010), no decorrer das visitas e intervenções domiciliares o enfermeiro possui um papel importante na educação em saúde, sendo que o enfoque das ações encontra-se na prevenção e orientação dos usuários quanto às ações a serem realizadas por eles, reforçando a ideia de corresponsabilidade e a aplicabilidade das sugestões fica a critério dos usuários.

Este processo de educação em saúde é um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (VASCONCELOS, 2001).

As modalidades de intervenção domiciliar devem ser percebidas enquanto um campo de possibilidades que não se restringem ao atendimento de demandas trazidas pelo Agente Comunitário de Saúde e pelo usuário, mas como uma ampla possibilidade de transformações socioculturais e promoção de bem estar biopsicossocial.

4.3 Atuação do enfermeiro na ESF na promoção da educação em saúde

A necessidade da visita domiciliar pode surgir da demanda espontânea, da solicitação da equipe, do acompanhamento de grupos de risco como: crianças, idosos, diabéticos, hipertensos, gestantes entre outros. Mas é importante apesar das limitações impostas pela estrutura do serviço que as visitas não fiquem apenas as demandas pré-estabelecidas, mas que enfoque principalmente as ações preventivas e educativas, pois estas podem e devem ser exploradas ao máximo ao longo das visitas domiciliares, ou seja, o profissional encontra-se no espaço onde tudo realmente acontece (ASSIS *et al*, 2007).

Ainda, segundo BOEBS *et al* (2007), é necessário perceber que a educação em saúde demanda flexibilidade nas variadas formas de compreensão da subjetividade do

usuário. Não há inadequação no estilo de vida dos mesmos e sim estilos de vida diferentes, não obrigatoriamente enquadrados no certo e no errado, mas apenas diferentes. Esta concepção reforça a necessidade de se respeitar o modo de viver de cada sujeito e realizar uma intervenção que contemple a realidade do usuário e que se aproxime dele de maneira respeitosa e produtiva.

A complexidade da educação em saúde encontra-se no reconhecimento de que a realidade não é estática e está em constante processo de transformação, exigindo do profissional formação continuada e interação com as transformações ocorridas em seu território de abrangência (ROSA; LABATE, 2003).

Sakata (2007) ressalta também que o tempo é um dos limitadores da visita domiciliar e que é apenas uma das inúmeras atribuições do enfermeiro na unidade de saúde. Porém esta requer um olhar especial, tendo em vista a necessidade de desvincular as visitas aos focos de doenças. Nesse sentido o desafio de propor a construção de uma nova prática ética e que vise à emancipação dos usuários.

Reforçando a perspectiva de respeito às diferenças culturais e sociais entre usuários e profissionais e a necessidade de se estabelecer uma relação horizontalizada entre as partes, é necessário perceber que assim como a unidade de saúde é o espaço do trabalhador, a casa é o espaço do usuário, cujas singularidades do sujeito devem ser respeitadas. O estabelecimento de vínculos entre o enfermeiro (a) e o usuário-família ocorre através de um processo muitas vezes lento e dispendioso, mas extremamente produtivo, pois legitima as intervenções e humaniza o atendimento (SANTOS; MORAIS, 2011).

O convívio mais próximo à comunidade permite ao enfermeiro realizar leituras que se encontram nas entre linhas das relações e das condições socioeconômicas e culturais as quais os usuários de sua região de abrangência estão sujeitos. E assim o processo de educação em saúde pode ocorrer naturalmente, pois neste momento de íntima relação com o sujeito o profissional utiliza deste artefato para atuar sobre o conhecimento das pessoas (WENDHAUSEN; SAUPE, 2003).

O enfermeiro desenvolve a educação em saúde como um de seus eixos norteadores do cuidado em saúde, concretizando sua atuação em vários espaços e cenários, dos serviços e da comunidade (SANTOS; ALMEIDA; REIS, 2013). Nesse

sentido, o desenvolvimento de visitas domiciliares para as ações que visem às práticas educativas na promoção da saúde e prevenção de agravos é uma das prioridades na ESF.

Com base no referencial teórico e na discussão construída ao longo desse trabalho, percebe-se a importância do instrumento, a visita domiciliar, utilizada pelo profissional enfermeiro na ESF, como ferramenta da prática de educação em saúde. Em que a atuação profissional extrapola a estrutura física da unidade de saúde e estende-se pela comunidade como um todo. Diante desta perspectiva ressalta-se a necessidade da formação continuada e permanente, sensibilidade na escuta e nas intervenções, cuja qualidade do atendimento influencia diretamente na melhoria da qualidade de vida dos usuários.

5. CONCLUSÃO

Com base no referencial teórico abordado no decorrer desta pesquisa, percebe-se que a visita domiciliar do enfermeiro atuante na Estratégia de Saúde da Família apresenta-se como um importante instrumento de educação em saúde que possibilita a exequibilidade das diretrizes do SUS. Uma vez o profissional se aproximando do usuário permite o fortalecimento do vínculo entre ambas as partes.

A atuação do Enfermeiro (a) na ESF é de suma importância para a melhoria da qualidade de vida do usuário. Tal profissional, atuante neste serviço, necessita de características específicas como sensibilidade, escuta, dinamicidade, criatividade e principalmente disposição, pois a demanda é grande, o tempo curto e os recursos menores ainda, porém o trabalho é eficaz. E, como instrumento de trabalho, a visita domiciliar para o estabelecimento e fortalecimento de vínculos entre profissional e usuário, é fator fundamental no processo de educação em saúde.

Pode-se concluir que a atuação deste profissional em uma unidade de atenção primária promove um atendimento diferenciado aos usuários e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários já que a figura do Enfermeiro encontra-se mais próxima à realidade do usuário.

Tendo em vista que a educação é uma prática social, que busca por meio da reflexão, a mudança de hábitos e concepções, a visita domiciliar, por sua vez, pode ser

vista como importante meio para realizá-la, e o enfermeiro, como agente educador, deve, portanto, explorar tal espaço a fim de provocar melhoria na qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A.L. **Atenção e cuidado em saúde no ambiente familiar: aspectos da visita domiciliar.** Revista de APS, v. 14, n. 4, p. 472-480, out./dez.2011. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/1149>>. Acesso em 24 de setembro de 2013.

AMARO S. **Visita domiciliar: orientações para uma abordagem complexa.** In: Desaulniers J. Fenômeno, uma teia complexa de relações. Porto Alegre: Edipucrs; 2000. p. 183-95.

ASSIS, M.M.A.; CERQUEIRA, E.M.; NASCIMENTO, M.A.A.; SANTOS, A.M.; JESUS, W.L.A. **Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática.** Rev APS. 2007; 10(2):189-99. Disponível em : <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/11tencao.pdf>. Acesso em 13 de outubro de 2013.

BOEBS, A.E.; MONTICELLI, M.; WOSNY, A.M.; HEIDEMANN, I.B.S.; GRISOTTI, M. **A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura.** Texto Contexto Enferm, 2007 Abr-Jun; 307-314. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200014>. Acesso em: 17 de agosto de 2013.

CAZARINI, R. P.; et al. **Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de diabetes mellitus: porcentagem e causas.** Medicina, Ribeirão Preto, 35:, p. 142-150, abr./jun, 2002.

CORBO, A.D; MOROSINI, M.V.G.C. **Saúde da família: historia recente da reorganização da atenção a saúde.** In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Fio Cruz; 2005. p.157-181.

COSTA, A.M. **Integralidade na atenção e no cuidado a saúde.** Saúde e Sociedade. v.13, n.3, p.5-15, set-dez 2004. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=405891&indexSearch=ID&lang=p>>. Acesso em 06 de outubro de 2013.

DORNFELD, R. L.; et al. **Acompanhamento de enfermagem na visita domiciliária.** 57 Congresso Brasileiro de Enfermagem, Goiânia, 2005. Disponível em:<<http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/57cbe/resumos/483.htm>>. Acesso em 13 de fevereiro de 2014.

EGRY, E. Y; FONSECA, R. M. G. S. **A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva.** Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 233-9, set. 2000.

FAEDA, A.; MARTINS, C. G. R. **Assistência de enfermagem a um paciente portador de diabetes mellitus.** Rev. Bras. Enferm., v. 59, n. 6, p. 818-821, nov./dez, 2006.

GIACOMOZZI, C, M; LACERDA, M. R. **A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família.** Texto Contexto Enferm., Florianópolis, v.15, n. 4, p. 645-653, out./dez. 2006.

MENDES, K.D.S., SILVEIRA, R.C.C.P., GALVÃO, C.M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** 2008; 17(4): 758-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf> Acesso em 15 de dezembro de 2013.

PERES, E.M.; POZ, M.R.D.; GRANDE, N.R. **Visita domiciliar: espaço privilegiado para dialogo e produção de saberes.** Ver. Enferm UERJ. 2006; 14(2): 208-2013. Disponível em:<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>>

IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=433038&indexSearch=ID>. Acesso em: 10 de agosto de 2013.

PINTO, T. R. **A estratégia de saúde da família em sua relação com a rede de serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental.** 2007. [s.n.]. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu.

ROSA W.A.G.; LABATE R.C. **Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência.** Rev.Latino-am Enfermagem, 2005 novembro-dezembro 13(6):1027-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-1692005000600016&script=sci_arttext>. Acesso em 31 de julho de 2013

SAKATA, K.N.; ALMEIDA, M.C.P.; ALVARENGA, A.M.; CRACO, P.F.; PEREIRA, M.J.B. **Concepções de equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 60(6), nov-dez 2007, p.659-64. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000600008&script=sci_arttext>. Acesso em: 31 de julho de 2013.

SANTOS, D.S., ALMEIDA, L.M.W.S., REIS, R.K.. **Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde: experiência de transformação do ensino e prática de enfermagem.** Rev. esc. enferm. USP vol.47 no.6 São Paulo Dec. 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000601431&lang=pt. Acesso em 23 de dezembro de 2013.

SANTOS, E.M.; MORAIS, S.H.G. **A visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiros.** Cogitare Enferm. 2011 Jul-Set 16(3):492-7. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/21761>>. Acesso em 03 de setembro de 2013.

SOSSAI, L.C.F.; PINTO, I.C. **A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades X potencialidades.** Revista Cienc Cuid Saúde. 2010; 9(3):569-576.

SOUSA M. T., Silva M. D., Carvalho R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** Einstein. 2010; 8(1): p. 102-06. Disponível em: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf Acesso em: 15 de dezembro de 2013.

VASCONCELOS, E.M. **Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde.** In: Vasconcelos EM, editor. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 11-9.

WENDHAUSEN, A.L.; SAUPE, R. **Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família.** Texto Contexto Enferm. 2003 Jan-Mar; 12 (1):17-25. Disponível em: http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/04_out-dez/V28_n4_2010_p321-324.pdf Acesso em: 14 de setembro de 2013.

APÊNDICE

Apêndice A – Instrumento para coleta de dados

IDENTIFICAÇÃO	
TÍTULO DO ARTIGO	
NOME DO PERIÓDICO/FONTE/REVISTA	
ANO DE PUBLICAÇÃO	
PAÍS	
IDIOMA	
AUTOR (ES)	1. NOME; LOCAL DE TRABALHO; GRADUAÇÃO
	2.
	3.
	4.
	5.
	6.
OBJETIVO	

DELINEAMENTO (tipo de estudo)	
RESULTADOS	
IMPLICAÇÕES (CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES DOS AUTORES)	