



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Escola de Enfermagem
Especialização em Saúde Coletiva
Área de Concentração: Enfermagem na Atenção Básica

**ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: OS DESAFIOS ENFRENTADOS PELA EQUIPE NA
REALIZAÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES.**

Amanda Lúcia Ferreira

Belo Horizonte
2014

Amanda Lúcia Ferreira

**ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: OS DESAFIOS ENFRENTADOS PELA EQUIPE NA
REALIZAÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES.**

Trabalho de Conclusão do Curso de
Especialização em Saúde Coletiva com ênfase
em Saúde da Família, da Universidade Federal
de Minas Gerais, como requisito para obtenção
do título de especialista.

Orientadora: Prof^a. Dra. Simone Mendes
Carvalho

Belo Horizonte
2014

Amanda Lúcia Ferreira

**ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: OS DESAFIOS ENFRENTADOS PELA EQUIPE NA
REALIZAÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES.**

Trabalho apresentado ao Curso de
Especialização em Saúde Coletiva com ênfase
em Saúde da Família, na Área da Saúde:
Enfermagem, da Universidade Federal de
Minas Gerais.

BANCA EXAMINADORA:

Ísis Eloah

Gisele Andrade

Data de aprovação: 13/05/2014

Belo Horizonte
2014

Dedico este trabalho às pessoas que me apoiaram e acreditaram que eu deveria seguir o meu caminho, independente dos obstáculos encontrados, com otimismo e fé: meus pais e meu futuro marido.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me guiar, proteger minha trajetória profissional e por todas as bênçãos alcançadas.

Agradeço aos meus pais por acreditarem em mim e por me apoiarem, dando força para superar os desafios.

Ao Edward por estar ao meu lado, oferecer seu ombro amigo e contribuir em cada momento para que eu não desanimasse diante das dificuldades.

À minha orientadora Simone pelo apoio, confiança e por partilhar seu conhecimento e experiência, importantes para a concretização dessa etapa.

Aos professores da Especialização que ao longo de todo o curso se dedicaram e foram importantes na construção de novas competências e habilidades, e no auxílio do meu crescimento profissional.

À Universidade Federal de Minas Gerais por ter me acolhido como profissional em potencial de formação e ter propiciado oportunidades de aprendizagem, melhoria e qualificação.

*"Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas!"
(Mário Quintana)*

RESUMO

FERREIRA, A. L. ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: OS DESAFIOS ENFRENTADOS PELA EQUIPE NA REALIZAÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES. 2014. 30f. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde Coletiva – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

INTRODUÇÃO: Um dos pilares da Estratégia Saúde da Família (ESF) é a assistência familiar, que deve ser entendida na sua totalidade e inserida em seu contexto socioeconômico e cultural, considerando suas interações e conflitos. Dentre as maneiras de lidar com esta situação está a prática sistemática das Visitas Domiciliares (VD) que instrumentalizam os profissionais para o conhecimento das condições de vida da população, fortalecendo o vínculo que deve ser criado entre os usuários e os profissionais de saúde. **OBJETIVO:** Identificar na literatura disponível sobre este tema, os desafios enfrentados pela equipe da ESF na realização de VDs. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa. O levantamento da literatura ocorreu no período de setembro e outubro de 2013, sendo selecionados 08 artigos publicados de 2007 a 2013, encontrados nas bases de dados Scielo e LILACS. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os artigos tiveram abordagem qualitativa, publicados principalmente por enfermeiros, contando com a visão dos profissionais da equipe de ESF e também dos usuários dos serviços de saúde. Foi possível identificar categorias temáticas relacionadas à VD, perpassando pelas potencialidades, como meio facilitador do acesso aos serviços e ações de saúde; instrumento de criação de vínculo e conhecimento do usuário e seu ambiente; e pelas fragilidades desta estratégia de abordagem familiar, como prática ainda focada no cuidado individual/curativista; concepção reduzida do significado da atenção domiciliar; ação de fiscalização e controle negativo da vida dos usuários. Até mesmo as potencialidades identificadas foram consideradas como desafio diante da complexidade de alcançá-las. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Notou-se a grande dificuldade de atuar numa prática tão complexa, ainda com tantos desafios a serem enfrentados. No entanto, os profissionais da ESF devem se preparar e se qualificar cada vez mais para a realização das VDs pelo fato de ser uma considerável estratégia para prestar a assistência à saúde da população no âmbito do seu domicílio, mais próximo da sua realidade e das possibilidades do cuidado com sua saúde.

Descritores: Serviços de Assistência Domiciliar; Visita Domiciliar; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde e Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: One of the pillars of the Family Health Strategy is a family assistance, which should be understood in its entirety and insert in its socioeconomic and cultural context, considering their interactions and conflicts. Among the ways to handle this situation is the systematic practice of home visits that instrumentalize professionals to the knowledge of the living conditions of the population, strengthening the bond that must be created between users and health professionals. **OBJECTIVE:** To identify the literature on this topic, the challenges faced by the Family Health Strategy team in conducting home visits. **METHODOLOGY:** This is an integrative review. The literature survey was conducted between September and October 2013, we selected 08 articles published from 2007 to 2013, found in the databases SciELO and LILACS. **RESULTS AND DISCUSSION:** The qualitative approach had articles published primarily by nurses, with the vision of the professional staff of Family Health Strategy and also the users of health services. It was possible to identify themes related to home visit, passing by the potential as a means of facilitating access to services and health actions; instrument creating a bond and knowledge of the user and his environment; and the weaknesses of this family approach strategy as practice still focused on individual care/curative; reduced conception of the meaning of home care; supervisory actions and negative control of users' lives. Even the identified potentials were considered challenging due to the complexity of achieving them. **CONCLUSION:** We observed the great difficulty of working in such a complex practice, still many challenges to be faced. However, the Family Health Strategy professionals must prepare and qualify increasingly to the realization of home visits because it is a significant strategy to provide health care to the population under the domicile, closer to its reality and the possibilities care about your health.

Descriptors: Home Care Services; Home Visit; Family Health Strategy; Primary Health Care; Unified Health System.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AD – Atenção Domiciliar

APS – Atenção Primária à Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

LILACS - Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PBE – Prática Baseada em Evidências

SF – Saúde da Família

TRS - Teoria das Representações Sociais

USF - Unidade de Saúde da Família

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 METODOLOGIA.....	13
2.1 Levantamento de dados.....	13
2.2 Apresentação dos dados.....	14
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	15
3.1 O desafio de se alcançar as potencialidades da Visita Domiciliar.....	16
3.2 O desafio de superar as fragilidades da Visita Domiciliar.....	18
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS.....	23
APÊNDICE A.....	25
APÊNDICE B.....	26

1 INTRODUÇÃO

Os cuidados primários de saúde começaram a ser discutidos por meio da Declaração de Alma-Ata, em conferência realizada no Cazaquistão no ano de 1978. Contemplados nesta declaração, os cuidados primários são essenciais para a saúde, sendo desenvolvidos através de métodos e tecnologias práticas, devendo estar o mais próximo possível da comunidade. Além disso, são considerados, preferencialmente, como o primeiro contato dos indivíduos com o sistema de saúde. Foi a partir deste documento que a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) foi enfatizada (LAVRAS, 2011).

A APS é definida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como sendo “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.” (BRASIL, 2006, p.10). Neste estudo será utilizado o termo APS, ressaltando que é semanticamente equivalente à Atenção Básica.

A organização da APS é alcançada por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), proposta em 1994 como um programa e atualmente entendida como uma estratégia que visa à reorientação do modelo assistencial (BRASIL, 2006). A ESF deve:

atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população (BRASIL, 2006, p.20).

Dentre as diversas ações realizadas na ESF, destaca-se a atenção domiciliar, onde as práticas de cuidado em saúde são realizadas no domicílio. Seu eixo central é a desospitalização, garantindo ao usuário cuidado continuado, minimização de intercorrências clínicas, suporte emocional, autonomia e instituição do papel do cuidador, sendo este co-responsável pelo cuidado juntos aos profissionais de saúde (BRASIL, 2012).

Como preceito da Estratégia Saúde da Família, é atribuição da equipe prestar assistência à saúde da população adscrita não só nas unidades de saúde, como também no domicílio e espaços comunitários (MANDÚ et. al., 2008). O domicílio é considerado espaço privilegiado para o desenvolvimento das ações à saúde por ser o local onde as

relações sociais acontecem e onde se percebe os riscos para o desdobramento do processo saúde-doença (GAÍVA; SIQUEIRA, 2011).

Para Kerber, Kirchhof e Cezar-Vaz (2010), a Atenção Domiciliar (AD) “é uma estratégia de articulação do sistema de serviços, em seus diferentes níveis, podendo ser realizada a partir da clientela do hospital, com continuidade da assistência no domicílio [...]”.

A AD é definida por Lionello et. al. (2012) “como um termo que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, abrangendo todas as modalidades de atendimento prestadas no domicílio, incluindo a assistência, a internação e a visita domiciliária”.

Um dos pilares da ESF é a família, que deve ser entendida na sua totalidade e inserida em seu contexto socioeconômico e cultural, considerando suas interações e conflitos. Dentre as maneiras de lidar com esta situação está a prática sistemática das Visitas Domiciliares (VD), que devem ter como foco da atenção, a família (CRUZ; BOURGET, 2010).

Para Gaíva e Siqueira (2011), a VD,

deve ser exercida junto ao indivíduo, à família e à comunidade. Ela se constitui em um conjunto de ações de saúde voltadas ao atendimento tanto educativo quanto assistencial, além de ser uma atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou no planejamento de ações visando à promoção da saúde da coletividade (GAÍVA; SIQUEIRA, 2011, p. 697).

No âmbito da atenção à saúde exercida na moradia do usuário, a Visita Domiciliar permite a identificação do contexto de vida das famílias e suas relações no local onde elas ocorrem, favorecendo o planejamento de uma assistência bem direcionada às necessidades de saúde da família ao reconhecer os recursos que a mesma possui (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2013)

A assistência no domicílio tem o potencial de sensibilizar o modo de agir e pensar dos profissionais, modificando o modo de trabalhar (SAKATA et. al., 2007). Ainda segundo estes autores, “a prática de prestar assistência nos domicílios [...] favorece uma aproximação da realidade que é complexa e dinâmica, possibilitando, portanto, uma reflexão e revisão da própria atitude dos profissionais na busca de transformações do cuidado” (SAKATA et. al., 2007, p. 660).

A VD instrumentaliza os profissionais para o conhecimento das condições de vida da população, fortalecendo o vínculo que deve ser criado entre os usuários e os profissionais da unidade de saúde (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006). Através das VDs, o profissional cria, mantém ou até mesmo estreita a relação entre ele e as famílias de que é responsável pelo cuidado, chegando a ser mencionado como membro da equipe da ESF de referência e de confiança destas famílias (LIONELLO et. al, 2012).

Diante disso, a prática de visitas domiciliares no âmbito da Estratégia Saúde da Família, possui considerável importância e necessidade de ser exercida pela equipe. No cotidiano de trabalho em uma equipe de SF nota-se que as VDs não são consideradas práticas privilegiadas para o cuidado em saúde das famílias. A demanda excessiva nas unidades de saúde compromete a organização do trabalho do profissional para dedicar seu tempo para a realização desta metodologia. É possível perceber que as equipes não se encontram preparadas para lidar com várias situações postas à tona no espaço domiciliar, dificultando o alcance de uma assistência qualificada aos usuários que necessitam deste cuidado.

Com o objetivo de identificar os desafios enfrentados pela equipe da ESF na realização de visitas domiciliares, o estudo apresenta como questão norteadora: “Quais os desafios enfrentados pela equipe da ESF na realização de visitas domiciliares?”.

Portanto, a realização desta análise é relevante ao identificar os desafios enfrentados pela equipe da ESF na realização desta ação, fazendo com que os profissionais se capacitem cada vez mais para a superação dos mesmos e estejam cada vez mais aptos para atender as necessidades dos usuários.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo realizado de acordo com os preceitos da revisão integrativa. Este método de pesquisa auxilia na construção das Práticas Baseadas em Evidências (PBE), pois a revisão integrativa segundo Souza, Silva e Carvalho (2010) “sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática fundamentando-se em conhecimento científico”.

Segundo Souza, Silva e Carvalho (2010), “a revisão integrativa determina o conhecimento atual sobre uma temática específica, já que é conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto [...]”.

A revisão integrativa possui 06 etapas a serem seguidas para a sua construção: a) elaboração da pergunta norteadora; b) busca ou amostragem na literatura; c) coleta de dados; d) análise crítica dos estudos incluídos; e) discussão dos resultados e, f) apresentação da revisão integrativa (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

2.1 Levantamento de dados

Para o levantamento da literatura relacionada ao tema, realizou-se uma busca nas bases de dados Scielo e Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) no mês de setembro e outubro de 2013.

Os descritores indexados utilizados para esta busca foram Serviços de Assistência Domiciliar; Visita Domiciliar; Programa Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde e Sistema Único de Saúde. Efetuou-se o cruzamento entre eles para o efetivo resultado da busca, aplicando o termo AND entre dois descritores de cada vez. O descritor Serviços de Assistência Domiciliar foi cruzado com Programa Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde e Sistema Único de Saúde e o descritor Visita Domiciliar também foi cruzados com o restante dos descritores empregados.

Os critérios de inclusão adotados neste estudo foram a seleção apenas de artigos com texto completo disponível, em português e publicados nos últimos 05 anos. Foram encontrados 17 artigos e após a leitura refinada dos resumos, foram selecionadas 08 publicações.

Como critério de exclusão, o restante dos artigos encontrados não foi selecionado, pois não iam de encontro ao objetivo do presente estudo e não eram acessíveis *online*.

Para a realização da coleta de dados foi construído um instrumento que apontou as principais características de cada artigo encontrado. Contemplaram-se os sujeitos, objetivos, metodologia, resultados e conclusões de cada estudo, entre outros (APÊNDICE A).

2.2 Apresentação dos dados

Optou-se por apresentar os dados encontrados em duas categorias temáticas para melhor percepção dos resultados. Cada categoria representou uma compreensão acerca das Visitas Domiciliares as quais perpassaram pelas potencialidades e pelas fragilidades encontradas para a realização desta estratégia de assistência domiciliar. Os resultados foram agrupados de acordo com esta estrutura devido sua significação, em razão das características comuns que os elementos apresentavam.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a realização deste estudo, 08 artigos foram selecionados, sendo que o ano de publicação dos mesmos foi de 2007 até 2013. As publicações foram divulgadas em revistas científicas, sendo estas: Revista da Escola de Enfermagem UERJ; Interface – Comunicação, Saúde, Educação; Revista Brasileira de Enfermagem; Revista Gaúcha de Enfermagem; Revista Saúde e Sociedade; Acta Paulista de Enfermagem; Ciência, Cuidado e Saúde; Texto & Contexto Enfermagem.

Os autores das publicações apuradas são, em sua maioria, enfermeiros, mas em um dos artigos os autores são uma odontóloga e uma médica. Constata-se que o profissional enfermeiro tem pesquisado mais sobre a temática, deduzindo sua maior participação na prática da Visita Domiciliar (VD).

Os tipos de estudo dos artigos foram exploratórios, descritivos e estudos de caso com abordagem qualitativa. Os autores utilizaram como método de coleta de dados entrevista semiestruturada, entrevista aberta, grupo focal e também levantamento documental de registros e observação direta do processo de trabalho. Nota-se a abrangência alcançada com a utilização destes métodos.

Com relação aos sujeitos de pesquisa, estes foram tanto profissionais da saúde, como enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, médicos, odontólogos, auxiliares de consultório odontológico, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), como gestores e usuários ou representantes das famílias. O tema foi abordado, dessa forma de maneira ampla, contemplando a visão de todos os sujeitos envolvidos na prática da VD.

As publicações selecionadas para este estudo tratam das mais diversas variáveis relacionadas à prática da Visita Domiciliar, como sendo uma das estratégias utilizadas na Atenção Domiciliar (AD). Nos estudos foi possível identificar enfoques variados que abordaram desde os objetivos das visitas e o trabalho desenvolvido pelos profissionais nesta prática, à perspectiva das famílias e usuários dos serviços de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) acerca deste instrumento que viabiliza a interação entre o domicílio e a unidade de saúde.

No APÊNDICE B, é apresentado o quadro produzido para a melhor apreciação dos artigos utilizados neste estudo.

Após a leitura dos artigos selecionados para a pesquisa, foi possível identificar categorias temáticas relacionadas à VD, perpassando pelas potencialidades e

fragilidades desta estratégia de abordagem familiar. A intenção do presente estudo é direcionar a discussão para os desafios encontrados pela equipe de ESF na realização da VD. Desse modo, até mesmo as potencialidades identificadas nos artigos são consideradas como desafio diante da complexidade de alcançá-las.

3.1 O desafio de se alcançar as potencialidades da Visita Domiciliar

Dentre as potencialidades identificadas da VD, destaca-se como esta estratégia sendo meio facilitador do acesso aos serviços e ações de saúde, proporcionando “acessibilidade a pessoas que não tem condições de obter cuidados de saúde nas unidades de saúde” (KERBER; KIRCHHOF; CEZAR-VAZ, 2010).

A visita possibilita a mediação entre o domicílio e o serviço local de saúde, ampliando a universalidade e equidade, como direito a ser garantido ao usuário e sua família (MANDÚ et. al, 2008). Através deste meio de contato com o usuário, é evitado o deslocamento das pessoas até a unidade de saúde quando estas são impossibilitadas, seja pela doença, desconforto ou falta de tempo (CRUZ; BOURGET, 2010).

Aspecto importante de se destacar também é a percepção da VD como instrumento de humanização como meio de acolhimento e criação de vínculo entre os profissionais e as famílias. O vínculo criado é entendido pelos profissionais como o alcance de confiança e respeito através das relações com os usuários devido à convivência constante obtida pela Visita Domiciliar (SAKATA et. al., 2007). Este mesmo vínculo é tido pelos usuários das unidades de ESF como uma das vantagens da VD, criando laços que se estreitam e proporcionam maior segurança, relacionando tal ideia com a humanização da assistência (KERBER; KIRCHHOF; CEZAR-VAZ, 2010).

O vínculo também proporciona uma maior proximidade com as reais necessidades apresentadas pelas famílias em seu domicílio, facilitando a abordagem de questões privadas por intermédio da atenção dispensada, da conversa acolhedora e comprometimento profissional que conferem a produção de auto-estima, esperança e bem-estar (MANDÚ et. al., 2008).

Segundo Cruz e Bourget (2010),

a comunicação se constitui em importante instrumento para humanizar o cuidado em saúde na ESF, tornando-se imprescindível uma abertura do profissional para uma escuta qualificada, oferecendo espaço para o diálogo, estabelecimento de vínculo e de laços de confiança, aspectos importantes à

mudança das práticas em saúde a serem potencializadas através da visita domiciliária (CRUZ; BOURGET, 2010, p. 610).

Cada profissional da ESF exerce um papel nas visitas, configurando um trabalho em equipe multidisciplinar ao desenvolver ações que respondam às demandas de cada visita. Cunha e Sá (2013) consideram que “[...] a realização das VDs é, em tese, uma oportunidade privilegiada para o desenvolvimento de um trabalho multiprofissional integrado, um espaço para ampliar as possibilidades deste trabalho coletivo [...]”. No entanto, ainda são observadas dificuldades de inserção de toda a equipe no trabalho, muitas vezes estando concentrado na atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) (CUNHA; SÁ, 2013).

Mandú et. al. (2008) corrobora com esta afirmação ao dizer que a visita é realizada, sobretudo, pelo ACS e o destaque dado ao médico e ocasionalmente ao enfermeiro se deve às demandas clínicas e à importância social que estes profissionais possuem, principalmente o médico.

O ACS é o profissional que está diariamente junto às famílias e seu contexto social, sendo, portanto, a partir da visita deste trabalhador que são planejadas as ações a serem desenvolvidas no domicílio dos usuários. A presença dos outros componentes da equipe de Saúde da Família é, na sua maioria, pontual, em situações identificadas previamente (GAÍVA; SIQUEIRA, 2011).

Kebian e Acioli (2011) destacam que “o papel do enfermeiro volta-se para a educação em saúde de modo mais detalhado e aprofundado, para a investigação das necessidades de saúde das famílias, para a realização de atividades assistenciais da enfermagem e para a benfeitoria”. Em suma, o papel do enfermeiro se relaciona à investigação, orientação e intervenção, enquanto a função do ACS é de identificação das demandas, orientação e acompanhamento (KEBIAN; ACIOLI, 2011).

A atuação de toda a equipe é primordial para a integralidade das ações, ainda considerando que o domicílio constitui espaço privilegiado para a produção de saberes por meio de ações educativas, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde (GAÍVA; SIQUEIRA, 2011).

A importância da realização das VDs é reafirmada quando se compreende que ela proporciona o conhecimento do usuário, sua família, seu ambiente e as condições de vida e habitação, repercutindo na modificação do estilo de vida. Cunha e Sá (2013) reafirmam esta assertiva ao apontar que,

as VDs permitem conhecer as condições de vida e habitação das famílias, as relações que estabelecem no ambiente doméstico, as condições de adoecimento daquela família, e, conseqüentemente, podem facilitar o planejamento e o direcionamento das ações visando a promoção da saúde e o fortalecimento do autocuidado (CUNHA; SÁ, 2013, p. 67).

A oportunidade de conhecer o usuário em seu ambiente domiciliar torna possível, também, abordar questões além da doença, como os problemas sociais e emocionais que provavelmente a família pode apresentar. Oportunizando, dessa forma, que as orientações dadas durante a visita se aproximem mais das reais necessidades de saúde (SAKATA et. al., 2007).

A prática da Visita Domiciliar requer um olhar diferenciado do profissional que a executa, pois o mesmo deve reconhecer e compreender o contexto familiar para que sua atuação se aproxime da família e seja integrada ao modo de vida dos seus membros (LIONELLO et. al., 2012).

3.2 O desafio de superar as fragilidades da Visita Domiciliar

Apesar de todas as potencialidades que a VD apresenta, existem fragilidades em sua concepção e prática que interferem diretamente no seu propósito final. Dentre as fragilidades, é possível mencionar que a Visita Domiciliar tem sido uma prática centralizada no cuidado individual seguindo o modelo curativista, focado na doença. Segundo Mandú et. al. (2008), a abordagem familiar não tem sido, efetivamente, o foco das ações na ESF em espaços comunitários, como na casa das famílias.

As ações desenvolvidas nas VDs se concentram no atendimento do indivíduo doente, não contemplando sua família, mesmo que esta tenha outra pessoa que necessite de atenção (KERBER; KIRCHHOF; CEZAR-VAZ, 2010). Apoiando este ponto de vista, Cruz e Bourget (2010) ainda apontam que,

na caracterização das visitas destacam-se as práticas dos profissionais centradas na doença, evidenciando-se a adoção de um modelo curativista em contraposição ao modelo adotado pela ESF, que visa ultrapassar o cuidado individualizado, focado na doença, ao buscar construir ações de saúde a partir das necessidades e do contexto familiar (CRUZ; BOURGET, 2010, p. 611).

Os mesmos autores ainda afirmam que a atuação da equipe de Estratégia Saúde da Família sendo concentrada no modelo biomédico, dificulta a produção de autonomia

e corresponsabilização das famílias no cuidado à saúde, caracterizando uma limitação dessa prática (CRUZ; BOURGET, 2010).

Ao contemplar apenas a dimensão biológica dos indivíduos e famílias em que a atenção da equipe de ESF é dispensada, a concepção das Visitas Domiciliares se torna deturpada, acometendo a finalidade desta ação. De acordo com Lionello et. al. (2012), a concepção das enfermeiras apresenta-se reduzida em relação ao significado da atenção domiciliária. O autor refere apenas às enfermeiras por ser o foco do seu estudo, mas observa-se que não é apenas essa categoria profissional que não apreende a intenção da VD em sua totalidade, toda a equipe ainda possui uma visão reduzida do que a visita é e o que deve ser contemplada (LIONELLO et. al, 2012).

Ainda sob o olhar de Lionello et. al. (2012), “essa concepção reduzida pode implicar na prática do enfermeiro somente contemplando a dimensão biológica, não atendendo aos pressupostos da atenção à saúde preconizados pelo modelo da ESF”.

Para a realização das Visitas Domiciliares também é necessária a superação de outra fragilidade apontada nos estudos abordados sobre o tema – a percepção da VD como ação de fiscalização e vistoria, sendo um instrumento de controle negativo da vida dos usuários e exposição de hábitos do mesmo. Os membros da equipe de Saúde da Família identificam que a prática das visitas é vista ora como acompanhamento das condições de saúde de determinada família, ora como espaço de fiscalização, podendo significar intrusão em questões particulares da vida das pessoas, interferindo na sua liberdade e autonomia, expondo ao risco de fragilizar o vínculo construído com a família (SAKATA et. al., 2007).

Cunha e Sá (2013), também avaliam a questão do vínculo diante da exposição do modo de vida das pessoas ao afirmar que,

a VD implica certa exposição de hábitos e rotinas privativas do usuário no espaço domiciliar. Assuntos particulares se tornam visíveis, alvo de avaliação dos profissionais de saúde e do seu saber-poder sanitário, legitimado pela ciência. O vínculo e a confiança se colocam em linha tênue nessa relação de compartilhamento e de encontro com o outro e devem ser protegidos como parte do ato de cuidar (CUNHA; SÁ, 2013, p. 69).

Mandú et. al. (2008) apóia este conceito ao reconhecer que

a ideia de monitoramento da saúde-doença, proposta pela política de atenção básica, não deve se consolidar como uma prática de controle sobre a vida e os comportamentos em saúde das pessoas, bloqueando-se a ação direcionada a

necessidades mais abrangentes e à produção de autonomia [...] (MANDÚ et. al, 2008, p. 136).

A presença dos profissionais da ESF na casa das famílias não deve ser entendida como vistoria e intromissão na vida privada, ela deve ser considerada como oportunidade de ampliar a visão das necessidades da comunidade, valorizando a possibilidade de escolha e autonomia dos usuários diante do cuidado à sua saúde. “Este é um dos principais desafios a serem enfrentados na consolidação das VDs como prática estruturante na Saúde da Família” (CUNHA;SÁ, 2013, p. 70).

Uma das características apontadas sobre realização das visitas é o direcionamento do seu foco para grupos considerados prioritários, ou seja, aquelas pessoas que apresentam uma doença crônica ou uma situação de risco que necessite de acompanhamento mais próximo. Diante disto, a atuação na Visita Domiciliar é tida como limitada, atendendo parcialmente às necessidades apresentadas. Não atendendo de maneira mais ampla e efetivamente à demanda, os próprios usuários fazem críticas com relação à falta de resolutividade das visitas (MANDÚ et. al., 2008).

A população ainda apresenta resistência quanto à realização das Visitas Domiciliares, acarretando recusa e confrontação. “A visita frequente e compulsória, nem sempre é bem-vinda e há quem a veja como importante e necessária, mas não para a própria família.” (MANDÚ et. al, 2008, p. 139). A prática profissional é entendida como impositiva, desvalorizando os conhecimentos prévios das pessoas e a tomada de decisão sobre a sua saúde. A natureza compulsória das VDs, o controle da saúde exercido através dela e a imposição dos profissionais não são coerentes com a humanização da assistência e a autonomia dos usuários (MANDÚ, et. al., 2008). Para o autor, “outro desafio para a visita é se concretizar a partir da permissão, de processos de diálogo e do respeito aos conhecimentos, valores e práticas das famílias.” (MANDÚ, et. al., 2008, p. 139).

De modo a intrinca ainda mais a execução das Visitas Domiciliares, o tempo disponível para o profissional se dedicar a essa atividade é escasso. Para Sakata et. al. (2007), o tempo é considerado como fator negativo, pois está associado à necessidade de desempenhar outras tarefas na unidade de saúde, por exemplo, e de se cumprir metas quantitativas de visitas mensais.

A força de trabalho constitui uma limitação pelo fato da quantidade de profissionais ser diminuta, caso contrário, haveria uma maior disponibilidade de tempo para a realização das visitas. Outras fragilidades apontadas por Kerber, Kirchof e

Cezar-Vaz (2010), são “a não sistematização na rotina das visitas domiciliares; os problemas de ineficácia da intersetorialidade e a demanda aumentada na unidade de saúde”.

Além do quantitativo de profissionais, a questão da multidisciplinaridade é posta à tona ao constatar que a inserção dos membros da equipe no desempenho da VD ainda está concentrada no ACS. Como afirmam Cunha e Sá (2013) ao concluir que “as visitas dos médicos são raras, descontínuas e demandam, em geral, uma mediação das enfermeiras para que ocorram”.

Os mesmos autores complementam esta visão dizendo que “o plano de visitas é elaborado apenas pelo ACS, sem o estabelecimento de objetivos pactuados em equipe. Os procedimentos da VD também não são padronizados, ficando a critério de cada profissional.” (CUNHA; SÁ, 2013, p. 68).

Estar diante de uma demanda imprevisível, desconhecida e não diagnosticada também é um desafio que a equipe tem que lidar, exigindo até mesmo do estado psicológico dos profissionais por estarem ante a angústias, fantasias e sentimentos que podem mobilizar os membros da equipe (CUNHA; SÁ, 2013).

Nesta perspectiva, Sakata et. al. (2007) refere que,

a medida em que a visita proporciona uma aproximação com a realidade e o modo de viver das famílias, permite também um maior envolvimento dos profissionais, deixando-os mais suscetíveis e gerando, às vezes, sentimentos de frustração e impotência frente a determinadas situações (SAKATA et. al., 2007, p. 663).

A complexidade das questões que os profissionais da ESF precisam lidar no domicílio, se manifesta não apenas na dimensão biológica, como também social, familiar e humana, fugindo à governabilidade do setor saúde. O contato direto com as adversidades como violência, sofrimento e doença demandam exigências maiores de trabalho, levando aos sentimentos já destacados, que exigem a mobilização de ações físicas e psíquicas (CUNHA; SÁ, 2013).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática da Visita Domiciliar é, sem dúvida, de suma importância no processo de trabalho da equipe de Estratégia Saúde da Família. Seus objetivos e finalidades devem sempre ser alcançados, porém pode-se ver que para isso é necessário superar alguns desafios, tanto no que diz respeito à conquista das potencialidades, quanto na superação das fragilidades que a VD apresenta.

Analisou-se nesse estudo que as potencialidades são percebidas ao considerar a visita como meio facilitador do acesso aos serviços e ações de saúde; como instrumento de humanização, acolhimento e criação de vínculo; como forma de proporcionar o conhecimento do usuário, seu ambiente e família, além das condições de vida e habitação; e de como a equipe atua de modo multidisciplinar nas ações desenvolvidas na VD, respondendo às suas demandas.

Foram destacadas também, as fragilidades ainda existentes com relação à estratégia das Visitas Domiciliares, sendo apontadas como sendo uma prática ainda focada no cuidado individual seguindo o modelo curativista/biomédico; os profissionais envolvidos na sua execução possuem uma concepção reduzida do significado da atenção domiciliar; a VD em alguns momentos é percebida como ação de fiscalização, vistoria e controle negativo da vida dos usuários, sendo de certa forma intromissão e exposição dos hábitos das pessoas; há falta de resolutividade, não atendendo às reais necessidades das famílias; é tida como objeto de recusa e confrontação por alguns usuários; e os profissionais ainda relatam as dificuldades que possuem para realizar as visitas, como a falta de tempo disponível para a atividade.

Nota-se a grande dificuldade de atuar numa prática tão complexa, ainda com tantos desafios a serem enfrentados. No entanto, os profissionais da ESF devem se preparar e se qualificar cada vez mais para a realização das VDs pelo fato de ser uma considerável estratégia para prestar a assistência à saúde da população no âmbito do seu domicílio, mais próximo da sua realidade e das possibilidades do cuidado com sua saúde.

Este estudo teve como proposta apresentar as potencialidades e fragilidades na prática das visitas domiciliares, indicando a necessidade de aprofundamento da discussão sobre o que deve ser feito e o modo de atuação da equipe multidisciplinar no sentido de vencer os obstáculos e ampliar as potencialidades.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

CRUZ, M. M.; BOURGET, M. M. M. **A Visita Domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias.** Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.3, p.605-613, 2010.

CUNHA, M.S.; SÁ, M.C. **A visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família: os desafios de se mover no território.** Interface - Comunic., Saude, Educ., v.17, n.44, p.61-73, jan./mar. 2013.

GAÍVA, M. A. M.; SIQUEIRA, V. C. A. **A prática da visita domiciliária pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família.** Cienc Cuid Saude 2011; 10(4):697-704.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. **A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família.** Texto & Contexto Enferm 2006; 4:645-53.

KEBIAN, L. V. A.; ACIOLI, S. **Visita domiciliar: espaço de práticas de cuidado do enfermeiro e do Agente Comunitário de Saúde.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 jul/set; 19(3):403-9.

KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. **Atenção domiciliária e direito à saúde: uma experiência na rede pública brasileira.** Acta Paul Enferm 2010;23(2):244-50.

LAVRAS, C. **Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil.** Saude soc., São Paulo , v. 20, n. 4, dez. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 set. 2013.

LIONELLO C. D. L. et. al. **O fazer das enfermeiras da estratégia de saúde da família na atenção domiciliária.** Rev Gaúcha Enferm. 2012;33(4):103-110.

MANDÚ, E. N. T. et al. **Visita domiciliária sob o olhar de usuários do Programa Saúde da Família.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Jan-Mar; 17(1): 131-40.

TAKAHASHI, R.F.; OLIVEIRA, M. A. C. **A visita domiciliar no contexto da saúde da família.** Disponível em <http://ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema1/texto8_1.asp>. Acesso em 17 set. 2013.

SAKATA, K. N. et. al. **Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares.** Rev Bras Enferm 2007 nov-dez; 60(6): 659-64.

SOUZA, M.T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** Einstein. 2010; 8(1 Pt 1):102-6

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	
Título do artigo	
Periódico	
Autores	
Local do estudo	
Ano de publicação	
Objetivos	
Sujeitos	
Características metodológicas	
Resultados	
Análise	
Conclusões	

APÊNDICE B – QUADRO COM OS ARTIGOS SELECIONADOS PARA O ESTUDO

QUADRO 1: Artigos selecionados para o estudo, Belo Horizonte, 2014.

Título do artigo	Autores	Periódico	Sujeitos do estudo	Metodologia	Principais resultados
Visita domiciliar: Espaço de práticas de cuidado do enfermeiro do Agente Comunitário de Saúde.	KEBIAN, L. V. A.; ACIOLI, S.	Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 jul/set; 19(3):403-9.	Enfermeiros e ACS's.	Estudo descritivo qualitativo que utilizou o método de entrevistas semiestruturadas feitas de janeiro a março de 2010 no Rio de Janeiro. A técnica de análise de dados usada foi a de conteúdo.	Papel do enfermeiro e do ACS na VD; VD como espaço de práticas de cuidado.
A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território.	CUNHA, M.S; SÁ, M. C.	Interface Comunicação Saúde Educação v.17, n.44, p.61-73, jan./mar. 2013.	Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas e ACS's.	Estudo de caso sobre o processo de trabalho de equipes de Saúde da Família (SF) de Nova Iguaçu, através de entrevistas semiestruturadas e observação participante do cotidiano do trabalho durante 3 meses.	A realização das VD's seria uma oportunidade para o desenvolvimento de um trabalho multiprofissional mais integrado, por outro lado, há dificuldade de inserção dos profissionais da equipe nesta atividade, que parece estar concentrada nos ACS's. Desafios de se estar frente a uma demanda desconhecida em contato com o imprevisível, entrar na casa das pessoas invadindo intimidades.
Concepções da 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.	Rev. Bras. Enferm. 2007 nov-dez; 60(6): 659-64.	Médico, enfermeiros, odontólogos, técnico de enfermagem, auxiliares de enfermagem, auxiliar de	Estudo de caso qualitativo por meio de entrevistas semiestruturadas com profissionais de equipes de SF	Quais os profissionais que realizam as VD's; VD's como acompanhamento ou "fiscalização";

			consultório odontológico, ACS's.	de Ribeirão Preto. A coleta de dados foi feita no período de 4 meses.	tempo disponível para realizar VD e criação de vínculo; VD como oportunidade de conhecer o usuário no seu ambiente e na sua família; a presença da universidade nos serviços de saúde; as dificuldades envolvendo as VD's.
O fazer das enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família na atenção domiciliária .	LIONELLO, C. D. L; DURO, C. L. M; SILVA, A.M; WITTI, R. R.	Rev. Gaúcha. Enferm. 2012;33(4): 103-110.	Enfermeiras.	Pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa realizando entrevistas com enfermeiras da ESF de abril a maio de 2010. Foi adotada a análise de conteúdo do tipo temática de Minayo.	A concepção das enfermeiras do estudo apresentou-se reduzida em relação ao significado da atenção domiciliária; VD como oportunidade para entrar em contato com o modo de vida do usuário e abordar questões que vão além da doença física; avaliação das demandas de VD; interação da equipe de saúde na atenção domiciliária.
A visita domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias.	CRUZ, M. M; BOURGET, M. M. M.	Saúde Soc. São Paulo, v.19,n.3, p.605-613, 2010.	Representantes das famílias.	Pesquisa qualitativa de campo, exploratória fundamentada na Teoria das Representações Sociais (TRS). Realizada entrevista aberta com representantes de famílias da área de abrangência de uma UBSF de São Paulo de fevereiro a	A VD como meio facilitador de aproximação das necessidades da população; como prática rotineira e importante; como instrumento de humanização da atenção à saúde; VD's ainda com práticas focalizadas na doença/ modelo curativista.

				março de 2009. Para análise e tratamento de dados foi utilizada a análise de conteúdo.	
Atenção domiciliária e direito à saúde: uma experiência na rede pública brasileira	KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R.	Acta Paul Enferm 2010;23(2):244-50.	Trabalhadores da saúde, gestores e usuários do serviço.	Estudo de caso desenvolvido em uma unidade de medicina da família em Porto Alegre. A coleta de dados ocorreu entre março a julho de 2006, sendo utilizadas três técnicas: levantamento documental dos registros utilizados pelos trabalhadores, documentos referentes à criação e andamento da proposta da unidade, observação direta do processo de trabalho identificando os elementos deste e de um encontro do Conselho Local de Saúde.	Os trabalhadores da atenção domiciliária desenvolvem seu processo de trabalho segundo as diretrizes da APS; os trabalhadores e gestores seguem os princípios do SUS que fundamentam a atenção básica; vínculo e satisfação da população com a atenção domiciliária.
A prática da visita domiciliária pelos profissionais da Estratégia saúde da família	GAÍVA, M. A. M.; SIQUEIRA, V. C. A.	Cienc Cuid Saude 2011; 10(4):697-704.	Médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e ACS's.	Estudo de caráter exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, realizado em Várzea Grande, Mato Grosso. A coleta de dados foi realizada no período de julho a outubro de 2009, e efetivada através da técnica de grupo focal. Os	Na maioria das vezes a visita é realizada somente pelos ACS, de forma que a presença de outros profissionais na visita é pontual. É pela realização da VD que são identificadas as necessidades de saúde do indivíduo, da família e da comunidade, e que se faz o

				dados coletados foram tratados através da técnica de análise de conteúdo.	direcionamento adequado para os programas verticais do Ministério da Saúde. Não há o registro das visitas nos prontuários dos pacientes, havendo registro apenas quantitativo, limitando a continuidade da assistência prestada.
Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa Saúde da família	MANDÚ, E. N. T. et al.	Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Jan-Mar; 17(1): 131-40.	Membros das famílias.	Estudo qualitativo, descritivo-analítico, realizado nas áreas de abrangência de oito Unidades de Saúde da Família (USFs), de uma região de saúde de Cuiabá – MT. Os dados aqui discutidos foram obtidos através de entrevistas abertas. No tratamento dos dados utilizou-se a análise de conteúdo temática.	A visita como meio de facilitação do acesso aos serviços e ações de saúde; como meio de acesso a ações assistenciais e de vigilância à saúde tradicionais; como resposta às necessidades vividas; como meio de acolhimento e vínculo; como prática secundária e objeto de confrontação.