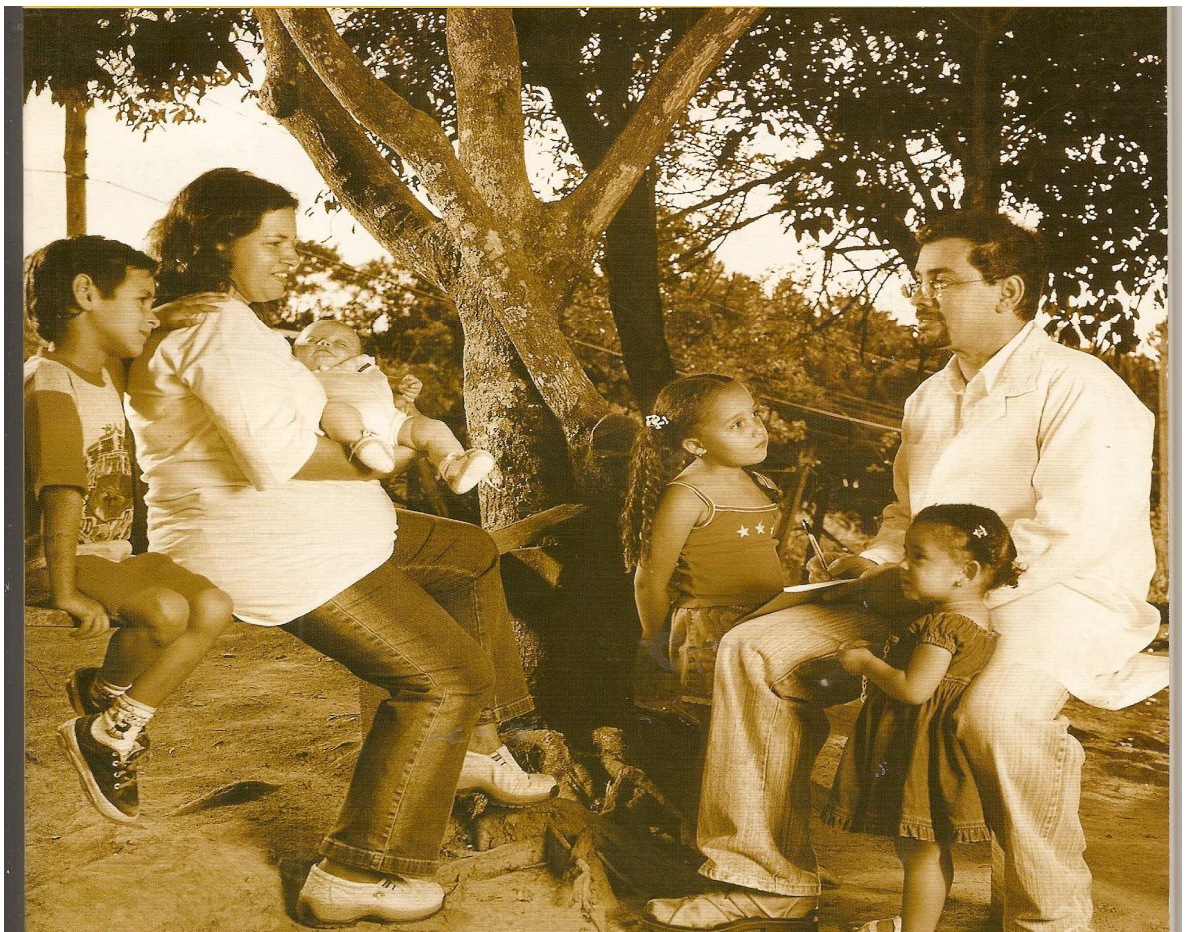


UNIVERSIDADE TIRADENTES

Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente



Revista Brasileira de Saúde da Família/ MS, 2004.

MESTRADO

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**A Visita Domiciliar na visão dos profissionais de
saúde e dos usuários no município de Aracaju/SE**

LEANE DE CARVALHO MACHADO

ARACAJU/SE

MAIO – 2010

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**A VISITA DOMICILIAR NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS
DE SAÚDE E DOS USUÁRIOS NO MUNICÍPIO DE
ARACAJU/SE**

Dissertação submetida à banca
examinadora como parte dos requisitos
para a obtenção do título de Mestre em
Saúde e Ambiente.

LEANE DE CARVALHO MACHADO

Prof^a. Orientadora: Dra. Cláudia Moura de Melo, D.Sc.

ARACAJU/SE

MAIO – 2010

A AUTORA PERMITE A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO, APENAS PARA PROPÓSITOS ACADÊMICOS E CIENTÍFICOS, DESDE QUE CITADA A FONTE.

M149v Machado, Leane de Carvalho
A vista domiciliar na visão dos profissionais de saúde e dos usuários no município de Aracaju - Se / Leane de Carvalho Machado; orientação [de] Cláudia Moura de Melo. – Aracaju: 2010.
141 f. : il.

Inclui bibliografias

Dissertação (Mestrado em Saúde) – Universidade Tiradentes (UNIT).

1. Saúde da família. 2. Profissionais de saúde. I Melo, Cláudia Moura de (orient.). II. Universidade Tiradentes (UNIT). III. Título.
2.

CDU: 616-083-055.5/.7(813.7)

**A VISITA DOMICILIAR NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS
DE SAÚDE E DOS USUÁRIOS NO MUNICÍPIO DE
ARACAJU/SE**

LEANE DE CARVALHO MACHADO

Dissertação submetida ao programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente.

Aprovada por:

BANCA EXAMINADORA

Claudia Moura de Melo, D.Sc. (Orientadora)

Alzira Maria D'Avila Nery Guimarães, D.Sc. (UFS)

Cristiane Costa da Cunha Oliveira, D.Sc. (UNIT)

ARACAJU
Maio – 2010

DEDICATÓRIA

A minha família

Dedico a minha família, todo esse trabalho, fruto de estudo, dedicação e necessidade de ajudar a melhorar as ações e os serviços de saúde dos sergipanos e quiçá dos brasileiros.

EPÍGRAFE

“Pesquise para constatar, constatando, intervenho. Intervindo, educo e me educo. Pesquiso para saber o que ainda não conheço. E comunicar ou anunciar a novidade. Afinal, minha presença no mundo não é a de quem a ele se adapta, mas a de quem a ele se insere. É a posição de quem luta para não ser apenas objeto, mas sujeito também da história”.

Paulo Freire

IV

AGRADECIMENTOS

A **DEUS**, ser supremo de todas as coisas que possibilitou minha chegada até aqui. Obrigado Senhor, pelas oportunidades que me destes;

A **minha família**, que contribuiu para eu ser a pessoa que hoje sou e especialmente aos meus pais, Fernando e Agair (in memoriam), por ter mostrado a importância de estudar;

A **orientadora Prof^a. Dra. Cláudia Moura**, pela confiança, paciência e, sobretudo por dar espaço ao amor que dedico ao meu estudo e trabalho;

A todos os **professores** do Curso de Mestrado Saúde e Ambiente, pelo aprendizado;

A **coordenadora do Curso de Enfermagem da UNIT**, Prof Msc. Maria Pureza, por me incentivar a iniciar e continuar nessa caminhada;

A **amiga, colega, Enf^a. Msc. Maria José Evangelista** por acreditar e colaborar na construção da profissional que sou, comprometida com os usuários;

A todas as amigas e colegas enfermeiras, aqui representadas por **Ademilde e Sonia Souza**, por terem paciência em me escutar e entender minhas ausências;

Aos **gestores do município de Aracaju**, por perceber a importância dessa pesquisa;

Aos **profissionais das Equipes de Saúde da Família e aos gerentes das Unidades de Saúde**, que possibilitaram a concretização desse sonho;

E, sobretudo, aos **usuários do Sistema Único de Saúde** que possibilitaram mostrar a realidade da Visita Domiciliar.

IV – SUMÁRIO

I - SUMÁRIO.....	VI
II - LISTA DE FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS.....	VIII
III - LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	X
IV - RESUMO.....	XI
VI - ABSTRACT.....	XII
VI - RESUMEN.....	XIII
1.INTRODUÇÃO.....	01
1.1 OBJETIVOS.....	02
2. CAPÍTULO 01.....	03
2.1 Revisão Bibliográfica	03
2.2 Metodologia.....	17
2.2.1 Delineamento da pesquisa.....	17
2.2.2 Caracterização da Área de estudo.....	17
2.2.3 Amostra.....	19
2.2.4 Procedimentos éticos.....	20
2.2.5 Coleta de dados.....	20
2.2.6 Análise estatística.....	22
Referências bibliográficas.....	23
3. CAPÍTULO 02 – ARTIGO 1: VISITA DOMICILIAR: UMA AVALIAÇÃO DAS EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DOS USUÁRIOS.....	28
3.1 Introdução.....	32
3.2 Metodologia.....	34
3.3 Resultados e Discussão.....	35
3.4 Considerações Finais.....	52
Referências Bibliográficas.....	53

Apêndice 1.....	60
4. CAPÍTULO 03 – ARTIGO 02: CONTEXTO ECOBIOLÓGICO DA VISITA DOMICILIAR SOB A PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS NO MUNICÍPIO DE ARACAJU/SE.....	61
4.1 Introdução.....	65
4.2 Metodologia.....	67
4.3 Resultados e Discussão.....	69
4.4 Considerações Finais.....	85
Referências Bibliográficas.....	86
5. CONCLUSÃO GERAL.....	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	94
ANEXOS.....	105
Anexo 01.....	106
Anexo 02.....	107
APÊNDICES.....	109
Apêndice 01.....	110
Apêndice 02.....	116

V – LISTAS DE FIGURAS, TABELAS E QUADROS

CAPÍTULO 01 - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....03

Figura 01- Divisão Territorial do estado de Sergipe segundo Plano Diretor de Regionalização de Sergipe (PDR).....14

Quadro 01 - Involução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde por região de saúde no município de Aracaju.....15

Quadro 02 - Evolução do número de Equipes de Saúde da Família por região de saúde no município de Aracaju.....16

Figura 02- Divisão territorial do município de Aracaju em regiões de saúde.....17

Figura 03 – Limites Territoriais do município de Aracaju.....18

CAPÍTULO 02 - ARTIGO 01: VISITA DOMICILIAR: UMA AVALIAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DOS USUÁRIOS.....28

Tabela 1- Caracterização dos profissionais das Equipes de Saúde da Família do município de Aracaju.....36

Gráfico 1 - Distribuição do nível de conhecimento acerca do número máximo de habitantes a serem atendidos pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família no município de Aracaju.....39

Gráfico 2 - Distribuição das freqüências dos critérios prioritários para o planejamento da visita domiciliar relatados pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família no município de Aracaju.....41

Quadro 1 – Distribuição dos problemas de saúde condicionantes da visita domiciliar segundo a perspectiva dos profissionais das Equipes de Saúde da Família e dos usuários no município de Aracaju.....43

Quadro 2 – Caracterização da frequência dos atendimentos realizados durante a visita domiciliar pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família no município de Aracaju.....45

Quadro 3 – Distribuição da frequência das dificuldades apontadas pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família para a realização da visita domiciliar no município de Aracaju.....46

Quadro 4 - Distribuição da frequência das facilidades apontadas pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família para a realização da visita domiciliar no município de Aracaju.....48

Gráfico 3 - Proporção de atendimento integral a família durante a visita domiciliar, citado pelos profissionais de saúde e usuários.....49

CAPÍTULO 03 - ARTIGO 02: ECOMAPA SOB A PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS DA VISITA DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE ARACAJU/SE.....61

Tabela 1 - Caracterização dos usuários atendidos no domicílio pelos profissionais das Equipes de Saúde da família no município de Aracaju.....72

Figura 1 – Ecomapa das relações dos usuários de visita domiciliar com seus cuidadores no município de Aracaju.....75

Tabela 2 – Percepção dos usuários sobre a visita domiciliar no município de Aracaju.....76

Quadro 1 – Distribuição da frequência dos problemas ou condições de saúde condicionantes da visita domiciliar segundo a perspectiva dos usuários.....79

Figura 2 – Ecomapa acerca da existência dos profissionais das Equipes de Saúde da Família pelos usuários do município de Aracaju.....81

VI- LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Assistência Domiciliar
ESF	Equipe de Saúde da Família
FSESP	Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PMA	Prefeitura Municipal de Aracaju
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SF	Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
UFS	Universidade Federal de Sergipe
VD	Visita Domiciliar

I – RESUMO

Autor: Leane de Carvalho Machado

Orientadora: Profª D.Sc. Cláudia Moura de Melo

A Visita domiciliar é uma atribuição dos profissionais das Equipes de Saúde da Família que possibilita conhecer o usuário no ambiente familiar, interagindo e conhecendo suas fragilidades, necessidades e desenvolver ações de promoção, prevenção, tratamento, acompanhamento e reabilitação da saúde. Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, de corte transversal, exploratória, descritiva, realizada no município de Aracaju durante o ano de 2009, que avaliou a visita domiciliar na visão de 79 profissionais das Equipes de Saúde da Família e de 216 usuários deste atendimento. A coleta de dados foi realizada através de entrevista, com formulário validado pelo método *face validity*, com questões semi-estruturadas. Na análise descritiva utilizaram-se frequências simples e relativas. Em relação aos profissionais, o estudo mostrou 81% do sexo feminino, com idade média de 38,1 anos, 58,2% entre 5 e 15 anos no exercício da profissão; 49,4% há mais de 5 anos na atual equipe; 77,2% das visitas são motivadas por diabetes e/ou hipertensão; 94,9% registram a visita; 83,5% disseram planejá-la e 72,2% priorizam os agravos crônicos. O principal motivo citado para a não realização da visita foi a violência (27,8%), 81,0% citaram como principal facilidade ser conhecido pelo população e 98,7% acham a visita importante. Os usuários da visita, 50,5% tinham mais de 60 anos, 77,8% do sexo feminino, 68% analfabetos funcionais, 41,7% residem há mais de 20 anos no atual endereço, 49,1% aposentados, 31,0% desempregados; 77,3% possuem renda até 2 salários mínimo, 65,3% tem cuidador; 99,5% acham a visita importante e 94,4% se sentem bem recebendo-a e 75,9% sabem que é direito do usuário. Estudo mostrou que a visita domiciliar permite dar visibilidade aos usuários acamados e com dificuldade de locomoção configurando-se em oportunidade única de emergir no ambiente onde vivem, o domicílio. O desenvolvimento das ações de saúde através da visita domiciliar amplia o acesso e a interação do vínculo entre equipe de saúde, usuário, família e comunidade. A visita domiciliar, por sua complexidade é um desafio, evidenciando a necessidade de planejar, definir critérios e aponta caminhos para seu fortalecimento; sugere a implantação e apresenta ficha de acompanhamento que poderá servir como ferramenta de planejamento, monitoramento e avaliação, permitindo obter informações sempre que necessário, além de possibilitar a sua análise periódica.

Palavras Chaves: visita domiciliar; usuário; Equipe de Saúde da Família.

II – ABSTRACT

Author: Leane de Carvalho Machado

Advisor: Prof. D.Sc. Cláudia Moura de Melo

The home visit is an prerogative of professionals in the Family Health Teams that allows the user to know the family environment, interacting and knowing their weaknesses, needs, and develop health promotion, prevention, diagnosis, treatment, monitoring and rehabilitation. This is a quantitative and qualitative research, cross-sectional, exploratory, descriptive, conducted in the city of Aracaju in the year 2009, which evaluated home visits in the vision of 79 professionals from the Family Health Teams and 216 users of this attendance. For data collection were interviewed, through a form validated by the method Validity face with semi-structured questions. In the descriptive analysis were used absolute and relative frequencies. Against professionals, the study showed 81% female, mean age 38.1 years, 58.2% between 5 and 15 years in the profession, 41.8% with previous experience in Family Health, 49, 4% for more than five years on the current team and 79.7% reported conduct monthly visits, 77.2% of visits are motivated by diabetes and / or hypertension, 94.9% registered the visit, 83.5% said they plan it 72.2% prioritize and chronic diseases. The main reason cited for not carrying out the visit was violence (27.8%), 81.0% cited as the main facility to be known by the population and 98.7% think the important visit. The users of the visit, 50.5% were over 60 years, 77.8% female, 68% functional illiterates, 41.7% live for more than 20 years at current address, 49.1% retired, 31, 0% unemployed, 77.3% have incomes less than or equal to two minimum wages, 65.3% are caregivers, 99.5% think the important visit and 94.4% felt good about getting it and 75.9% know that's right for the user. Study showed that a home visit enables users to provide visibility and bedridden with limited mobility by setting in unique opportunity to emerge into the living environment of the users and their family, home. The development of health activities through home visits widen access and interact with the link between health staff, users, families and community. The home visit, by its complexity is a challenge, highlighting the need to plan and set criteria, pointing out ways to strengthen them and to suggest the deployment it presents of an aftercare that might serve as a tool for planning, scheduling, monitoring and evaluation, enabling access where necessary, in addition to allowing its periodic review.

Key Words: home visits; the user; the Family Health Team.

XII

III – RESUMEN

Autor: Leane de Carvalho Machado

Orientadora: Profª D.Sc. Cláudia Moura de Melo

La visita domiciliar es una atribución de los profesionales de los Equipos de Salud de la Familia que posibilita conocer al usuario en el ambiente familiar, interactuando y conociendo a sus fragilidades, necesidades y desarrollar acciones de promoción, prevención, acompañamiento y rehabilitación de la salud. Se trata de una investigación cuanti-cualitativa, de corte transversal, exploratoria, descriptiva, realizada en el municipio de Aracaju durante el año de 2009, que evaluó la visita domiciliar en la visión de 79 profesionales de los equipos de Salud de la Familia y de 216 usuarios de esta atención. La recolección de datos fue realizada a través de entrevista, con formulario validado por el método *face validity*, con preguntas semi-estructuradas. En el análisis descriptivo se habían utilizado frecuencias absolutas y relativas. En cuanto a los profesionales, el estudio mostró 81% del sexo femenino, con edad media de 38,1 años, 58,2% con tiempo mediano de ejercicio en la profesión entre 5 y 15 años; 49,4% más de 5 años en el actual equipo; 77,2% de las visitas son motivadas por presentar diabetes y/o hipertensión; 94,9% registran la visita en algún instrumento o sistema de información; 83,5% dijeron planear la visita y 72,2% priorizan los agravios crónicos. El principal motivo citado para la no realización de la visita fue la violencia (27,8%) y 81,0% citaron como principal facilidad ser conocido por la población y 98,7% creen la visita importante. Los usuarios de la visita, 50,5% tenían más de 60 años, 77,8% del sexo femenino, 68% analfabetos funcionales, 41,7% residen desde hace más de 20 años en la misma dirección, 49,1% jubilados, 31,0% desempleados; 77,3% poseen renta de hasta 2 sueldos mínimos, 65,3% tiene apoderado; 99,5% creen la visita importante y 94,4% se sienten bien recibiendo; 75,9% saben que es derecho del usuario. El estudio mostró que la visita domiciliar permite dar visibilidad a los usuarios encamados y con dificultad de locomoción configurando en oportunidad única de emerger en el ambiente donde viven los usuarios y su familia, el domicilio. El desarrollo de las acciones de salud a través de la visita domiciliar amplía el acceso y la interacción del vínculo entre equipo de salud, usuario, familia y comunidad. La visita domiciliar, por su complejidad es un reto, evidenciando la necesidad de planear y definir criterios, apuntar caminos para su fortalecimiento; sugerir la implantación y presentar ficha de acompañamiento que podrá servir como herramienta de planificación, monitorización y evaluación, permitiendo obtener información siempre que sea necesario, además de posibilitar su análisis periódica.

Palabras Claves: visita domiciliar; usuario; Equipo de Salud de la Familia,

XIII

1. INTRODUÇÃO

Visita Domiciliar (VD) é uma atividade realizada pelos profissionais de saúde no domicílio com o objetivo de prestar ações e serviços para a promoção, prevenção, manutenção ou recuperação da saúde. No Brasil, o primeiro registro sobre visita domiciliar data de meados de 1920, realizada pelo médico para atendimento às pessoas com problemas de saúde que tivessem condições de pagar pelo serviço prestado (CARVALHO, 2001). No período de 1998 a 2001, o Grupo Hospitalar Conceição, localizado no sul do Brasil, estabeleceu o parâmetro de 3 visitas domiciliares para cada 1.000 habitantes, entretanto, sem detalhar qual o usuário necessitaria dessa atividade, assim como o motivo que gerou esse tipo de atendimento. (REHEM, 2005).

O tema visita domiciliar é relevante, visto que em qualquer região do Brasil existem usuários dos serviços de saúde sem condições de freqüentar as unidades de saúde, por estarem acamados ou por apresentar dificuldade de se locomover, de forma definitiva ou temporária, refletindo em expressiva demanda por VD. No entanto, para a eficiência deste tipo de atendimento, para realizar ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e acompanhamento, faz-se necessário subsidiar gestores e profissionais com informações locais para planejar e organizar a realização das visitas, definindo critérios para sua sistematização.

O levantamento do número de visitas domiciliares realizadas desde a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e posteriormente pelo Programa de Saúde da Família (PSF) no município de Aracaju, até o ano de 2004, segundo dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) da Secretaria Municipal de Aracaju, foi de 1.240.195, sendo que 1.199.205 referem-se às visitas realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ARACAJU, 2009). A visita domiciliar é uma das atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família que está implantado no município de Aracaju, desde 1998 e, considerando a ocorrência de diversas denúncias dos usuários sobre a necessidade de visita domiciliar aos seus familiares e a não realização das mesmas, levou os pesquisadores as seguintes questões: *Qual o perfil do usuário da VD? Quais ações são realizadas durante a visita? Quais as facilidades e dificuldades para sua realização?*

Os resultados desse estudo poderão possibilitar traçar um cenário sobre a VD em Aracaju/SE, enumerar suas potencialidades e fragilidades e configurar-se em um banco de dados sobre as condições de saúde dessa parcela da população, além de possibilitar e sistematizar os critérios para sua realização, fortalecer esse tipo de atendimento, pois se caracteriza como uma das atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família.

1.1. OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a visita domiciliar na visão dos profissionais das Equipes de Saúde da Família e dos usuários no município de Aracaju.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.1.2.1 Identificar o perfil dos profissionais de saúde e sua compreensão sobre a visita domiciliar;

1.1.2.2 identificar o perfil dos usuários e sua compreensão sobre a visita domiciliar;

1.1.2.3 verificar existência de sistematização para a operacionalização da visita domiciliar;

1.1.2.4 verificar conhecimento dos profissionais de saúde sobre legislação da visita domiciliar;

1.1.2.5 verificar a ocorrência de capacitação dos profissionais de saúde para a realização da visita domiciliar;

1.1.2.6 determinar os aspectos positivos e desfavoráveis advindos da realização da visita domiciliar na percepção dos profissionais de saúde e dos usuários.

2. CAPÍTULO 01

2.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Desde a idade média, vem sendo realizada visita domiciliar (VD) às pessoas acamadas, através do atendimento prestado inicialmente por pessoas leigas, consideradas caridosas e, posteriormente, por profissionais de saúde. Em Londres, entre os anos de 1854 e 1856, essa prática era realizada por mulheres da comunidade, sem muita instrução, que recebiam salário do Estado para educar as famílias carentes quanto aos cuidados de saúde (SOUZA *et al.*, 2004).

O atendimento à saúde no Brasil na década de vinte, era realizado apenas pelo profissional médico, para atender individualmente no domicílio o paciente que apresentasse problemas de saúde e tivesse condições de pagar pelo serviço prestado. O atendimento hospitalar era público e servia apenas para abrigar e isolar os portadores de doenças infecto-contagiosas como a hanseníase, tuberculose e portadores de desequilíbrio mental (CARVALHO, 2001). A visita domiciliária no Brasil originou-se nessa década, com finalidades e características específicas e articuladas ao modelo assistencial hegemônico daquela época, o Modelo Sanitarista Campanhista, que consistia em interpor barreiras na cadeia de transmissão das doenças (SANTOS, 2008).

Em 1920, no Brasil, Amaury de Medeiros introduziu na Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha um curso de visitadoras sanitárias; no mesmo ano, foi criado o serviço de visitadoras, como parte do serviço de profilaxia da tuberculose, marcando a inclusão da visita domiciliar como atividade de saúde pública, uma vez que o referido serviço fazia parte do Departamento Nacional de Saúde Pública. Em 1923, foi criada a escola de enfermeiras visitadoras com apoio da Fundação Rockefeller (SOUZA *et al.*, 2004).

Nos Estados Unidos, a primeira unidade de Assistência Domiciliar surgiu em 1947 e teve como motivações iniciais descongestionar o hospital e proporcionar aos pacientes e familiares um ambiente psicológico mais favorável, ficando clara a preocupação com a questão econômica. O primeiro relato oficial sobre a assistência domiciliar no Brasil evidencia que, provavelmente foi realizada, pelo Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência – SAMDU, implantado em 1949 (REHEM, TRAD, 2005).

A Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), criada em 1960 desenvolvia atividades na unidade, no domicílio e na comunidade, sendo que a visita domiciliar era realizado pelo visitador sanitário e pelo auxiliar de saneamento com atividades

de promoção, prevenção de doenças, monitoramento de grupos de risco e vigilância sanitária, destacando-se as visitas domiciliares a puérperas e recém-nascidos (FLORIANÓPOLIS, 2006).

Há na literatura uma variedade de termos para designar o cuidado no domicílio: assistência domiciliar, atenção domiciliária, atenção médica domiciliária, internação domiciliar, hospitalização domiciliar, visita domiciliar, visita domiciliária programada e *Home Care*. Esta polissemia conceitual deriva das dificuldades históricas de expressar claramente as características dessa modalidade assistencial, diferenciando-a das outras formas de assistência (REHEM e TRAD, 2005). Verifica-se, o que diferencia as denominações é a complexidade do cuidado prestado, não significando necessariamente uso de tecnologia avançada e também a um maior ou menor período de acompanhamento do usuário (KERBER e KIRCHHOF, 2008).

A Organização Mundial da Saúde define Assistência Domiciliar como a realização de serviços de saúde por profissionais ou pessoas leigas com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas em alto nível, incluindo cuidados para uma morte digna. Esses serviços podem ser classificados como preventivos, de tratamento, reabilitadores, acompanhamento longitudinal e cuidados paliativos (BRASIL, 2003).

Duarte e Diogo (2000) definem atendimento domiciliar como ações de saúde desenvolvidas no domicílio por uma equipe de saúde, a partir do diagnóstico da realidade em que o mesmo está inserido, assim como de seus potenciais e limitações. Visa favorecer o restabelecimento da independência e a preservação da autonomia do usuário (REHEM e TRAD, 2005).

A visita domiciliar no Brasil passou a fazer parte das ações de saúde com a implantação, pelo Ministério da Saúde (MS) em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que nasceu de uma bem sucedida estratégia criada no Ceará para reduzir a mortalidade infantil. O PACS, composto por um enfermeiro e até trinta agentes comunitários de saúde (ACS), tem como uma de suas atividades a visita domiciliar. Com o passar do tempo verificou-se que o PACS não seria suficiente para continuar avançando na melhoria da qualidade de saúde da população, necessitando agregar profissionais de diferentes áreas, em virtude da demanda de outras ações de saúde necessárias à população (ALBUQUERQUE, 2009). Outras experiências vêm sendo desenvolvidas em algumas regiões brasileiras, tais como as VD realizadas na área metropolitana de Curitiba/PR, nas quais se identifica o acesso facilitado dos indivíduos ao sistema de saúde e o cuidado mais humanizado (DRULLA *et al.*, 2009).

Após a implantação do PACS, foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF); recentemente, foi atualizado através da portaria GM/MS nº 648 de 28 de março de 2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica

(PNAB) que define a Estratégia Saúde da Família como prioridade para a re-organização das ações de saúde no Brasil e reafirma a VD como uma das atribuições dos profissionais da Saúde da Família (BRASIL, 2006). Ainda segundo BRASIL (2006a), cada equipe multiprofissional deve ser composta no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde, responsáveis por um território definido, chamado área e com uma população adstrita de até 4.000 habitantes.

Estudo realizado por BRASIL (2000a) mostrou que no PSF a distribuição do sexo entre os profissionais médicos apresentava relativo equilíbrio, apesar da profissão ser predominantemente masculina. Em contraponto, estudo revela predominância do sexo feminino entre os profissionais enfermeiros, mostrando que persiste a feminização na enfermagem brasileira, seja no nível universitário, técnico ou médio, (LOPES *et al.*, 2005).

A partir de 1991, com a implantação do PACS e posteriormente do PSF, na história da saúde no Brasil, uma equipe multiprofissional deverá realizar visita domiciliar, individual ou coletiva, de acordo com a necessidade do usuário. A visita realizada no ambiente domiciliar permite a ampliação do acesso, a integralidade da atenção e a equidade, baseado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). É um momento único e ímpar que possibilita conhecer o usuário no contexto familiar e no ambiente em que vive, com interação e conhecimento das suas fragilidades, necessidades e carências, agregando ao processo de trabalho, o educar e o cuidar. Ao mesmo tempo, esse tipo de atendimento permite que o profissional reconheça o domicílio como um espaço de cuidado, valorizando os recursos físicos, ambientais e o apoio familiar no cuidado do usuário (KERBER *et al.*, 2008).

Para a mulher e sua família, o puerpério é um momento decisivo, em virtude da necessidade de novos aprendizados, de consolidação da unidade familiar e de laços afetivos. Estudo realizado por CESAR *et al.* (2008) no Rio Grande do Sul, no período entre 2004 e 2005, mostrou que gestantes visitadas pelos ACS iniciaram o pré-natal mais precocemente, realizaram maior número de consultas, exames clínicos, laboratoriais e receberam mais orientações sobre amamentação. No outro extremo do país, no estado do Piauí, estudo destaca a importância do cuidado da Equipe de Saúde da Família e do processo educativo para a adaptação à nova dinâmica familiar, fornecendo subsídios à mulher para autonomia em sua saúde, por meio do autocuidado e autoconfiança no cuidado com o recém-nascido. Constatou-se ainda que, as equipes fazem as orientações necessárias, mas associam a estas alguns problemas socioeconômicos e políticos que estariam prejudicando o processo vivenciado (TEIXEIRA *et al.*, 2009a).

Souza *et al.* (2007) evidenciaram que outra grande área de atuação dos enfermeiros das Equipes de Saúde da Família no domicílio é o atendimento em Saúde Mental. Para isso é necessário sensibilizar e preparar todos os profissionais da equipe para que realizem esse

atendimento de acordo com as mudanças propostas pela reforma psiquiátrica brasileira. Pietroluongo e Resende (2007), tendo como base a experiência em um hospital psiquiátrico do Distrito Federal/DF, afirmam que é a partir do questionamento de conceitos já naturalizados sobre a doença mental como incapacitadora e alienante, e a família como culpada e incapaz de cuidar, que o usuário pode ter a sua cidadania retomada. Por ser conhecedor da importância das relações para a construção de sentidos e pela sua disponibilidade para a escuta, definiu-se como importante o papel do psicólogo dentro da equipe, na visita domiciliar, como precursor dessa mudança relacional.

Para implementar um programa de saúde dirigido à família torna-se necessário conhecer como vive, seu cotidiano, sua comunidade, sua cultura, seus costumes, crenças e padrões de comportamento. É importante conhecer o território onde está inserida, podendo tal fato ser facilitado por meio da VD, considerada como um dos instrumentos de compreensão do viver em família, que possibilita uma visão das reais condições de vida e amplia o olhar para além dos problemas de saúde, tornando-se uma vivência enriquecedora para todos (SAVASSI, 2006).

Rehem e Trad (2005) concordam que um dos desafios do sistema público brasileiro consiste em integrar a atenção domiciliar com os outros pontos de atenção à saúde do sistema, incluindo as Equipes de Saúde da Família. Embora não tenham sido publicadas diretrizes para regulação da atenção domiciliar no contexto da atenção básica, nos documentos do Programa Saúde da Família (PSF), a internação domiciliar é referida como uma prática incentivada pelo PSF, ressaltando que esta não substitui a internação hospitalar tradicional, mas deve ser sempre utilizada no intuito de humanizar e garantir maior qualidade e conforto ao paciente. Vale ressaltar que a internação domiciliar e a visita domiciliar são classificados como formas de atenção domiciliar.

Sakata *et al.* (2007) concluíram que as VD são atividades onde se utiliza tecnologia leve que permite cuidar da saúde de maneira mais humana, acolhedora, envolvendo laços de confiança entre os profissionais e os usuários, a família e a comunidade. É uma tecnologia leve porque permite a interação, favorecendo uma comunicação dialógica e a integralidade do cuidado no ambiente familiar. No entanto, os profissionais das equipes de saúde de Ribeirão Preto, interior de São Paulo, relatam também que as visitas ora são compreendidas como acompanhamento da saúde, ora como fiscalização; e que dificuldades existiram relacionadas à escassez de tempo disponível e impotência da equipe frente aos problemas detectados.

Estudos como os de Rehem e Trad (2005), afirmam que alguns aspectos não foram contemplados na proposta brasileira, tais como o quantitativo de usuário por equipe de Assistência Domiciliar (AD). A proposta brasileira tem como parâmetro à média de três usuários de AD para cada 1.000 habitantes. Esta média foi encontrada na Assistência

Domiciliar da Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, no Sul do país, nos anos de 1998 e 2001 (BRASIL, 2003).

Baseado nesse estudo e considerando que atualmente uma equipe mínima de Saúde da Família (SF) deve atender até 4.000 habitantes, a cada equipe caberia atender em média 12 usuários em AD. Para facilitar o planejamento dessas visitas, esta proposta sugere como parâmetro para os enfermeiros, cirurgiões-dentista e médicos, a proporção de 1:12 usuários, podendo realizar uma visita a cada três meses. No caso do auxiliar de enfermagem, a proporção passa a ser de 1:6 usuários, podendo realizar uma visita a cada mês. Uma dificuldade para a definição destes parâmetros, particularmente no contexto do PSF, é o fato de que a atenção domiciliar convive com uma série de outras atividades realizadas pelas equipes, necessitando um planejamento eficiente, eficaz e efetivo, em relação à organização do processo de trabalho dos profissionais das equipes (REHEM e TRAD, 2005).

Takahashi (2001) afirma que há duas razões para a realização da visita domiciliar; uma é subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou no planejamento de ações visando à promoção da saúde e não apenas esperar que as pessoas adoecem. Entretanto, o que se observa atualmente é a visita domiciliar sendo realizada principalmente para intervir ou minimizar o processo saúde-doença.

Para Souza *et al* (2004), a visita domiciliar é um instrumento que possibilita conhecer a família, as formas de trabalho e vida dos seus familiares, os padrões de solidariedade que se desenvolvem no interior do universo familiar e como podem contribuir para o cuidado, cura ou recuperação de um dos seus membros. Além da identificação dessa situação familiar, a sua prática compreende ainda entender as funções sociais, econômicas, ideológicas e de reprodução da força de trabalho da família na sociedade. Os autores afirmam ainda que a visita domiciliar deve ser realizado de forma racional, com objetivos definidos, e pautados nos princípios da eficiência.

Segundo Almeida (2002), é importante lembrar que atualmente muitas famílias não têm a mesma estrutura de outrora. No novo cenário familiar encontram-se casais de homossexuais, mães solteiras, pais solteiros, aumento de casais divorciados, fertilização assistida e outros. Assim, a nova família está modificada, mas continua sendo o primeiro grupo de vital importância com o qual o ser humano se relaciona. Outro fator observado é que muitas famílias não têm mais no homem o provedor de recursos financeiros, mas a mulher trabalhadora ou um familiar idoso, que muitas vezes é acolhido por possuir auxílio benefício e não por solidariedade. Assim, os profissionais devem estar preparados para atender a demanda dessa diversidade de núcleos familiares que necessite da visita domiciliar e identificar as situações específicas que possam interferir no processo saúde-doença.

É necessário entender saúde para além da concepção de ausência de doenças, expandindo-a em direção aos aspectos econômicos, sociais e psicológicos. Um dos fatores que interferem na saúde do trabalhador é que o trabalho convoca o corpo inteiro e a inteligência para enfrentar o que não é dado pela estrutura técnico-organizacional, considerando o trabalho como um dos espaços de vida determinante na construção ou desconstrução da saúde. Dessa maneira, o trabalho pode contribuir para causar danos a saúde ou favorecer a melhoria da qualidade de vida (ASSUNÇÃO, 2003).

No século XIX, Engles descreveu a associação entre as condições de vida dos operários na Inglaterra e o perfil de morbidade e mortalidade decorrente do processo de industrialização; o estudo de Villermé, na França, também analisou as taxas de mortalidade, as condições de vida e as doenças dessa população, ficando evidente a distribuição das doenças e as desigualdades sociais (ASSUNÇÃO, 2003).

Para Brasil (2002a), trabalhador é toda pessoa que exerce uma atividade de trabalho, no mercado formal, informal, no espaço familiar ou doméstico. As atividades desenvolvidas no espaço do domicílio têm transferido os riscos laborais para dentro das residências, fenômeno conhecido como *domiciliação do risco*. As trabalhadoras domésticas não reconhecem a existência de riscos de acidentes por se tratar de um ambiente doméstico; algumas reconhecem o risco de acidentes como quedas, cortes e queimaduras e consideram uma fatalidade. Já os trabalhadores da construção civil têm consciência dos riscos laborais, como ser atingido por objeto, carregar peso, contato com substância tóxica, objetos perfuro-cortantes e queda. Ambos os trabalhadores percebem o acidente como produto de um descuido, desatenção ou displicência e caso ocorra algum acidente que não seja fatal, poderão configurar-se como usuários da visita domiciliar (MORENO, 2003).

No sistema capitalista globalizado, o mercado exige trabalhadores polivalentes, instruídos, com iniciativa, divisão de tarefas rígidas, prazos a ser cumprido, atender a necessidade do cliente, levando a competição entre os trabalhadores. Não há espaço para o diálogo e as vivências humanas e as pessoas só se encontram para resolver conflitos. Aliado a esses problemas, soma-se a precarização do trabalho devido aos baixos salários, falta de condições do trabalho, instabilidade no emprego, sentimento de insegurança, levando muitas vezes a problemas de saúde que deixam seqüelas (ASSUNÇÃO, 2003).

Segundo Moreno (2003), a situação se agrava quando o trabalho é em turnos ou noturno o que representa cerca de 10% da população brasileira ativa. Isso acontece pelas mudanças que vêm ocorrendo nos processos tecnológicos (uso de redes de computadores, internet), a globalização, produção de bens cada vez maior e a prestação de serviços que funcionam ininterruptamente, como rede de farmácias, supermercados, bares, restaurantes e outros, a chamada sociedade 24 horas. Esses trabalhadores ficam expostos a fatores psicossociais que interferem na saúde e no bem-estar orgânico e social. Apresentam

problemas, como baixo desempenho, riscos de acidentes de trabalho, diminuição da velocidade de resposta, diminuição dos padrões de segurança, erros de leitura, inversão do ciclo vigília/sono, que se exarcebam quando faz hora extra e avanço na idade do trabalhador.

Ainda segundo Moreno (2003), outro problema vivenciado por esse trabalhador é o isolamento social, dificuldade de convivência familiar e com amigos. A situação se agrava quando o trabalhador é do sexo feminino, em virtude das adicionais tarefas domésticas, com os filhos e a família. Assim, muitos trabalhadores e principalmente as mulheres que desenvolvem trabalho diurno, pelo acúmulo de tarefas, estão mais sujeitos a apresentar problemas de saúde e aos acidentes que podem levar a seqüelas temporárias ou permanentes, podendo vir a necessitar da visita domiciliar.

Para Iriart (2008), a situação tem se agravado nos últimos anos; em virtude do aumento crescente de desempregados, trabalhadores não registrados com remuneração abaixo do mínimo, trabalhadores informais, todos sujeitos a incidentes e acidentes. Dados apontam que 50% da mão de obra urbana estão no mercado informal. Esses trabalhadores comumente são negros, jovens e mulheres, com pouca escolaridade e baixa qualificação ocupacional. Assim, o subemprego e o desemprego podem levar a diversos problemas, como uso de álcool e drogas, risco de acidentes, baixa auto-estima, estresses, depressão e outros, gerando ou aumentando a violência e fatalmente podendo vir a ficar sequelados, necessitando de atendimento de saúde no domicílio.

Néri (2002) mostrou que, quanto maior o poder aquisitivo maior o acesso às ações e serviços de saúde, enquanto que quanto menor o poder aquisitivo mais adoecimento e maior a necessidade de ações e serviços de saúde, entretanto, menor é o acesso. Também verificou que a proporção de acamados decresce ao longo da distribuição de renda, ou seja, há mais acamados quanto menor a renda, mostrando mais uma vez o aprofundamento da desigualdade em favor dos mais privilegiados. Assim, o poder aquisitivo do usuário é outro fator que deve ser levado em consideração quando do planejamento das visitas domiciliares.

Marasquin (2004) identificou que a visita domiciliar realizada pelos profissionais das equipes de saúde da família é priorizada para a população que tem acesso apenas às ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), em sua maioria, com pouca escolaridade, considerados analfabetos funcionais, de baixa renda, trabalhadores informais, aposentados, constituindo-se numa parcela da massa de excluídos sociais, e que de fato deve ser prioridade, de acordo com o princípio do SUS, a equidade.

Araujo *et al.* (2006) verificaram em seu estudo que os usuários visitados durante o ano de 2005 no município de Tiradentes, Minas Gerais, em sua maioria eram mulheres, idosas, residentes na área urbana, recebiam benefício do Instituto Nacional de Seguridade

Social (INSS) e não estavam acamadas; o principal motivo para a visita foi a idade avançada e as principais co-morbidades que apresentavam foram hipertensão arterial seguida do diabetes mellitus, e a maioria não necessitou de atendimento médico, mostrando a necessidade de planejamento e sistematização da visita para otimizar recursos financeiros e humanos.

Pellegrini Filho (2004) defende que, a informação e o conhecimento, são bens públicos essenciais e que as iniquidades de acesso a esses bens são importantes determinantes das desigualdades em saúde. Ainda segundo o autor, é necessário ampliar o acesso à informação para os grupos excluídos dos processos de tomada de decisão, trazendo como consequência o “empoderamento” desses grupos, sua constituição como ator social e o fortalecimento do próprio processo democrático, transformando a informação e o conhecimento em bens públicos globais, diminuindo as desigualdades sociais.

Um aspecto levantado por Souza *et al.* (2004) são os resultados inovadores que a visita domiciliar traz ao fortalecer o vínculo paciente-tratamento-profissional e ao mesmo tempo contribuir para reduzir os gastos com internação hospitalar. Segundo BRASIL (2000b), a visita domiciliar possui um potencial revolucionário capaz de traduzir em resultados incomensuráveis para a promoção da saúde do usuário, da família e da coletividade, e não apenas restritos para a recuperação da saúde individual.

Marasquin *et al.* (2004) afirmam que a proposição do modelo de assistência à saúde que tem a visita domiciliar como uma de suas atribuições, está centrado na prevenção das doenças e no lócus familiar e tem sido um grande desafio para os profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família. O desafio se deve a formação dos profissionais de forma fragmentada, voltada para a cura das doenças, sem compreender ou levar em consideração os fatores condicionantes e determinantes do processo saúde/doença que extrapolam a área da saúde, como o acesso a educação, trabalho e salário digno, lazer, habitação e aos serviços essenciais, assim como a necessidade de entender a dinâmica das famílias e das comunidades que também interferem nesse processo bem como a importância de realizar ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças, antes que elas se estabeleçam ou retardando seu aparecimento.

Para Teixeira *et al.* (1998b) as práticas devem ser respostas sociais aos problemas e necessidades de saúde da população. Assim, têm-se duas abordagens de atenção à saúde: o modelo hospitalocêntrico, com práticas curativas e o modelo da saúde coletiva, com práticas voltadas ao individual e coletivo, com ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento, acompanhamento e reabilitação, tendo como tripé de sustentação a epidemiologia, administração e planejamento em saúde e ciências sociais em saúde, com enfoque transdisciplinar, que é o que propõe a Estratégia de Saúde da Família.

Segundo Kerber *et al.* (2008), muitos fatores têm contribuído para o desenvolvimento da visita domiciliar no Brasil. O primeiro deles refere-se a mudança da direção do sistema de saúde brasileiro, dando ênfase atualmente aos pacientes crônicos na atenção primária à saúde e deixando para as instituições hospitalares os casos agudos. Não deve ser entendida como medida para esvaziar os hospitais, mas para racionalizar custos e implementar conforto e a privacidade do paciente no seu domicílio, de forma integral e humanizada.

A mudança no perfil demográfico como o aumento da expectativa de vida e conseqüente envelhecimento da população, epidemiológico com o aumento de doenças crônico-degenerativas da população brasileira, aliada à inadequação do atual sistema de saúde em atender as demandas de ações e serviços de saúde para a população (hospitais superlotados) e a extensão da cobertura dos programas federais, como a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família devem ser levados em consideração e podem vir a levar a um aumento crescente do número de usuários que necessitem de visita domiciliar (KERBER *et al.*, 2008).

Mañas (2003) afirma que a transição demográfica e epidemiológica que tem acontecido nos países desenvolvidos também modificou o perfil das pessoas atendidas pelos serviços de saúde. Passou-se de um paciente com enfermidade aguda única, de rápida evolução e que não produzia dependência, ao paciente dos dias atuais, muitas vezes idoso sofrendo de vários agravos crônicos, de longa evolução e duração, e que acaba por produzir dependência funcional ou agravando a sua qualidade de vida. O aparecimento desse novo usuário parece ter apanhado os serviços de saúde desprevenidos. O trabalho mostrou os benefícios da atenção domiciliar para os idosos em Madrid/Espanha, em 2 grupos: cuidados imediatos após alta hospitalar, que reduz os retornos hospitalares, e os cuidados de atenção domiciliar por longo tempo, que reduz os riscos de deteriorização funcional e da mortalidade. Entretanto, os benefícios não são universais, se concentram em segmentos da população idosa com baixo risco de mortalidade, mostrando que os benefícios a longo prazo só são percebíveis a partir de 9 visitas.

Chereau *et al.* (2001) evidenciou que estudo realizado no Chile apresentou íntima relação entre gestante adolescente e pobreza. Esse é um problema de saúde pública abordado de forma intersetorial onde um programa específico tem a visita domiciliar como um instrumento de apoio as famílias através de encontros periódicos pelo agente de saúde, com ênfase nas ações de promoção e prevenção. O objetivo é reduzir o estresse da família, educar os pais e ajudá-los a desenvolver habilidades de auto-ajuda e a utilizar os recursos disponíveis.

Ainda segundo Chereau *et al.* (2001), nos Estados Unidos, a partir de 1982 foi desenvolvido um programa de visita domiciliar, cuja meta era melhorar os resultados das

gestantes, da saúde e do desenvolvimento das crianças de famílias de baixa renda, com o patrocínio da Fundação Ford. Na Europa, especificamente na Espanha, existe um programa de visita domiciliar para o “apoio psicológico materno-infantil”, que consiste em melhorar a competência materna. A visita domiciliar surge então como uma estratégia eficiente que permite uma abordagem integral desde o campo da saúde, educação e apoio emocional.

Machado (2005) afirma que a palavra saúde é usada para designar doença e que muitos indicadores de saúde indicam doenças ou morte. O ambiente é visto na medicina e na saúde pública como algo externo. No ambiente estão diversos fatores de risco a saúde, como fatores físicos, químicos, biológicos, nutricionais, econômicos, culturais, psicossociais e ecológicos, sendo necessário perceber que também interferem, por exemplo, nas doenças crônicas degenerativas, nas doenças cardiovasculares, no câncer e nos acidentes. O desafio é mudar o olhar quanto aos fatores determinantes e condicionantes e o corpo do conhecimento, mudando o modelo explicativo do processo saúde/doença, ampliando os horizontes para além da tríade ecológica, do agente infeccioso, o hospedeiro susceptível e o meio ambiente favorável.

Para Silva *et al.* (2005) outro fator que deve ser levado em consideração refere-se à resiliência, ou seja, a capacidade das pessoas em enfrentar e responder de forma positiva às experiências que possuem elevado potencial de risco para sua saúde e desenvolvimento. Falar de resiliência significa, portanto, falar de produção de saúde em contextos adversos. Segundo as autoras, a atenção domiciliária é uma alternativa de reorganização do sistema de saúde que não deve ser pontual e imediatista.

Kerber *et al.* (2008) consideram a visita domiciliar como uma alternativa de reorganização dos serviços de saúde acolhedora e resolutiva. Seu desenvolvimento aponta em dois sentidos: do domicílio para o hospital, do hospital para o domicílio, mostrando ser possível a VD ser parte dos serviços de saúde, e que pode ser ampliada quando realiza atividades de promoção e de prevenção. Entretanto, há entraves para sua concretização, como a formação dos profissionais, a cultura institucional e social e a dificuldade de extrapolar os limites do território quando necessita de um atendimento em outro ponto da rede de atenção à saúde.

Outro critério a se considerar dos usuários que necessitam de visita domiciliar é que normalmente também precisam de um cuidador, que pode ser da família, um conhecido ou amigo da comunidade. Para que um membro da família seja bom cuidador, é imperioso sentir que também são cuidados. Assim, para cuidar bem, a família precisa sentir-se cuidada e aceitar ajuda no enfrentamento das adversidades (SILVA *et al.*, 2005).

Como em toda atividade, programa, serviço, sistema de saúde é necessário acompanhar e avaliar. A etapa de avaliação inicia-se com a coleta, processamento e análise sistemática e rotineira das informações (BRASIL, 2005). CONTANDRIOPOULOS (1997)

conceitua avaliação como o julgamento que se faz sobre uma intervenção ou sobre um dos seus componentes com o objetivo de ajudar na tomada de decisão que pode ser realizada através de normas ou de um procedimento científico.

Para organizar os serviços de saúde no Brasil, ficou estabelecida a divisão dos estados brasileiros em regiões de saúde, composta por municípios. Em cada região, o município que oferta um elenco mínimo de procedimentos de média complexidade é município sede de região; o município capaz de ofertar a totalidade dos serviços de saúde é denominado município pólo. Para realizar essa divisão, utiliza um instrumento de gestão, o Plano Diretor de Regionalização – PDR (BRASIL, 2002b). Em Sergipe, o estado foi dividido em 7 regiões de saúde (Figura 01); Aracaju, por congrega e realizar a totalidade dos procedimentos de saúde, ofertar serviço para os demais municípios do estado, é município sede de região e município pólo, (SERGIPE, 2008).

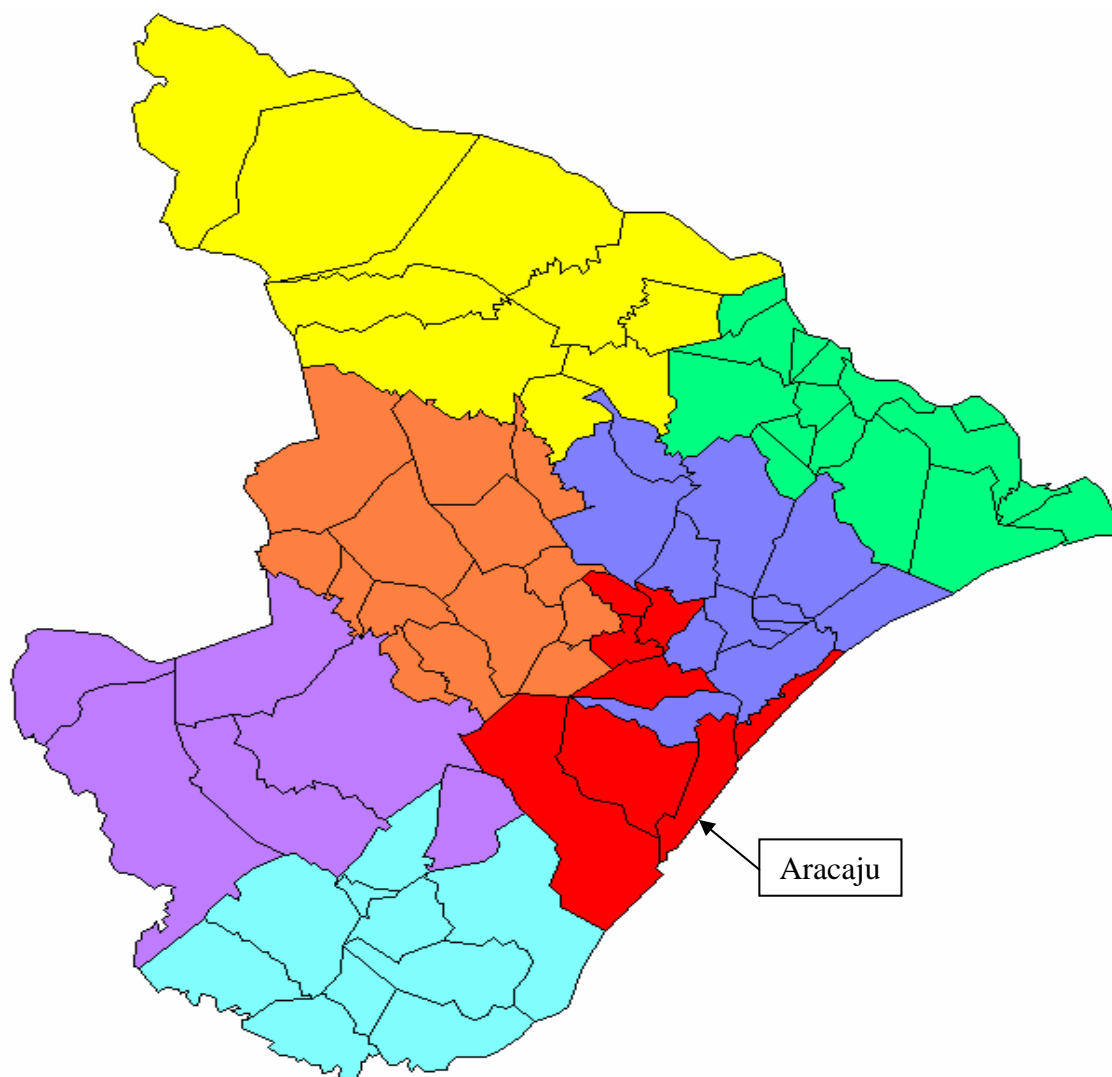


Figura 01: Divisão territorial do Estado de Sergipe segundo Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR) – 2008

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/SE), 2008

O município de Aracaju, em Sergipe, possui uma rede de atenção a saúde instalada e em pleno funcionamento, prestando ações e serviços nos três níveis de atenção a saúde: atenção básica, secundária e terciária. No nível de atenção à saúde, chamada Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde, se situa as Unidades de Saúde e as Equipes de Saúde da Família, como a grande porta de entrada ao sistema de saúde para a população do município de Aracaju.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi implantado em Aracaju concomitantemente com o Programa Saúde da Família em 1998, priorizando as áreas de

maior risco a saúde da população (quadro 01 e 02). É importante verificar que a involução do Programa de Agentes Comunitários ocorreu à medida que evoluiu o Programa de Saúde da Família, atualmente Estratégia Saúde da Família. A implantação iniciou com 17 equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e 12 Equipes de Saúde da Família, chegando atualmente a 128 equipes, cobrindo 97,31% da população do município, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica, da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju (ARACAJU, 2008).

Quadro 01: Involução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde por região de saúde no município de Aracaju, no período de 1998 a outubro de 2008

Região/ Ano	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
1ª	4	4	1	2	1	1	-	-	-	-	-
2ª	5	3	2	2	2	8	1	-	-	-	-
3ª	4	4	1	1	1	4	-	-	-	-	-
4ª	4	4	3	3	2	4	-	-	-	-	-
5ª	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6ª	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7ª	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8ª	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	17	15	7	8	6	17	1	-	-	-	-

Fonte: SMS/ARACAJU, 2008.

Quadro 02. Evolução do número de Equipes de Saúde da Família por região de saúde no município de Aracaju, no período de 1998 a outubro de 2008

Região/Ano	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
1ª	7	7	14	26	30	33	35	39	40	13	13
2ª	-	1	3	7	12	12	21	23	24	18	19
3ª	2	2	13	13	18	18	24	28	28	14	14
4ª	3	4	11	13	24	26	34	36	36	16	16
5ª	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	17
6ª	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	13
7ª	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	17
8ª	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19	19
Total	12	14	41	59	84	89	114	126	128	127	128

Fonte: SMS/ARACAJU, 2008.

2.2 METODOLOGIA

2.2.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa buscou mostrar como está sendo realizado a visita domiciliar, através de entrevista aos profissionais das equipes de Saúde da Família e dos usuários que receberam visita dessas equipes, durante o ano de 2008. A pesquisa é quanti-qualitativa, transversal, exploratória, observacional e descritiva.

2.2.2 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

O local escolhido para a pesquisa foi o município de Aracaju, capital de Sergipe, localizado na região Nordeste do Brasil, na América do Sul que tem como limites o Oceano Atlântico, o município de Barra dos Coqueiros, município de São Cristóvão e o de Nossa Senhora do Socorro (figura 02 e 03); segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) tinha uma população estimada para o ano de 2008 de 536.785 habitantes (IBGE, 2002).

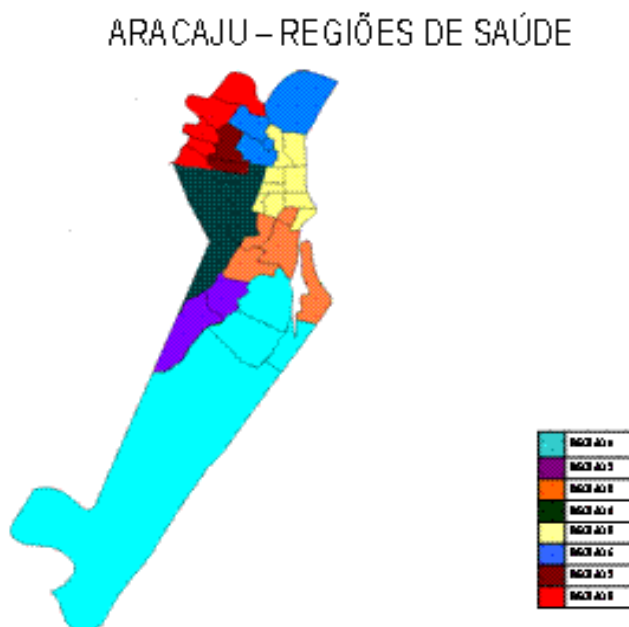


Figura 02: Divisão territorial do município de Aracaju em regiões de saúde.
Fonte: SMS/ARACAJU, 2008



Figura 03: Limites territoriais do município de Aracaju
Fonte: SMS/ARACAJU, 2008.

A Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, prestando ações e serviços nos três níveis de atenção a saúde, atenção básica, secundária e terciária, organizou as ações e serviços de saúde a partir da Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde, onde se localizam 41 Unidades de Saúde com 128 Equipes de Saúde da Família, como a grande porta de entrada ao sistema de saúde do município, e dividiu o território do município em 8 regiões de saúde cobrindo 97,31% da população.

Cada Equipe de Saúde da Família (ESF) deve ser responsável por um território denominado área, com uma população de até 4.000 habitantes, dividido em micro-áreas com população de até 750 habitantes, micro-área essa que é o território de trabalho dos agentes comunitários de saúde.

A pesquisa de campo dos profissionais foi realizada nas Unidades de Saúde da Família das 8 regiões de saúde. Algumas Unidades funcionam como Estratégia de Saúde da Família Ampliada, ou seja, além da equipe mínima de Saúde da Família, que conta com 01 médico, 01 enfermeiro e 01 auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, contam também com o suporte de assistente social, odontólogo, pediatra, clínico, ginecologista, obstetras e auxiliares de enfermagem de apoio; a pesquisa de campo dos

usuários foi desenvolvida no território onde atuam as equipes de saúde da família, entrevistando os usuários em seu domicílio.

2.2.3 AMOSTRA

A amostra foi composta por profissionais das Equipes mínima de Saúde da Família do município de Aracaju e por usuários que receberam visita domiciliar dessas equipes durante o ano de 2008. A amostra foi aleatória e proporcional, uniforme, estratificada por gênero, idade, grau de escolaridade e situação sócio-econômica.

Para o cálculo da amostra das equipes foi utilizado um erro amostral tolerável de 10%, sendo utilizado intervalo de confiança de 95%. Ao total calculado foi acrescido um percentual de 15% como estratégia de prevenção a possíveis perdas de sujeitos e/ou dados. Foi realizado levantamento dos 8 distritos, das unidades por distrito, das equipes por unidade de saúde e dos usuários por micro-áreas. As equipes foram sorteadas aleatoriamente das Unidades de Saúde pertencentes às 8 regiões de saúde do município de Aracaju, sendo que foi sorteado 1 equipe da 1ª, 3ª, 4ª, 5ª, 6ª e 7ª regiões e 2 equipes da 2ª e 8ª regiões por apresentar maior número de Equipes de Saúde da Família. As Unidades de Saúde sorteadas foram: Augusto Franco, Humberto Mourão Guimarães, Osvaldo Leite, Ávila Nabuco, Joaldo Barbosa, Dona Jovem, José Quintiliano da F Sobral, José Machado de Sousa, Carlos Hardmam Cortes e Walter Cardoso. (Anexo 01).

A pesquisa com os profissionais das equipes de Saúde da Família teve como resultado uma amostra de 10 equipes de Saúde da Família das 8 regiões de saúde, que inicialmente contou com 82 profissionais. Entretanto, 3 profissionais foram descartados por terem sido admitidos no ano de 2009 e portanto, não terem realizado VD no ano de 2008. Assim a amostra final dos profissionais foi constituída de 79 entrevistados, conforme fórmula de BARBETA (2001):

$$n = N \cdot n_0 / (N + n_0)$$

n = amostra

N = população

n₀ = primeira aproximação para o tamanho da amostra, calculado pela fórmula: $n_0 = 1/E_0$ (sendo E₀ o erro amostral tolerável).

Para os usuários foi utilizado o universo da amostra, ou seja, 100% dos usuários que receberam visita domiciliar dessas 10 equipes durante o ano de 2008. A amostra final dos usuários entrevistados que receberam visita em Aracaju durante o ano de 2008, ou seu cuidador, foi de 216 pessoas.

2.2.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Aos sujeitos desta pesquisa, profissionais de saúde, usuários ou seus cuidadores, foram garantidos anonimato, sendo apenas distinguidos quanto a ser profissional ou usuário e seu cuidador, já que o objetivo foi avaliar a visita domiciliar na visão dos profissionais de saúde e dos usuários do município de Aracaju/Se. Foram informados sobre os objetivos da pesquisa, seus potenciais benefícios, danos, riscos e foi assegurada a confidencialidade, por meio de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa e garantida à privacidade das informações e a não utilização delas em prejuízo dos mesmos. A pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNIT, obedecendo às disposições da resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, através do cadastro nº 161208, parecer de 08/01/09, e com a prévia permissão da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju.

2.2.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada de janeiro a agosto de 2009 por 2 pesquisadores sendo um enfermeiro e um fisioterapeuta e 7 acadêmicos do curso de enfermagem

Os dados da pesquisa foram coletados em 2 momentos, através de 2 instrumentos estruturados e validados pelo método *face validity*, com 24 questões fechadas que admitiam uma ou múltiplas respostas para os profissionais (apêndice 1) e 20 questões para os usuários (apêndice 2). Questões abertas foram colocadas no instrumento dos profissionais e usuários que abordou a importância da visita domiciliar, permitindo que cada um expressasse sua percepção e opinião acerca do tema e transcrito pelos pesquisadores. Para essas questões foram realizadas análise de conteúdo, o que possibilitou emergir no universo individual dos entrevistados e extrair o significado de suas falas. (MINAYO, 1994).

Os formulários foram analisados e validados por gestores do município de Aracaju: um formulário de entrevista para os profissionais, aplicado pelos pesquisadores na unidade de saúde e outro formulário de entrevista aplicado aos usuários no domicílio. A entrevista foi realizada com o usuário que recebeu a visita domiciliar e na impossibilidade desses responderem, foi respondido pelo familiar responsável ou cuidador, após aceitação de participação na pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 2). Após a validação dos formulários, os entrevistadores foram treinados

previamente pelos pesquisadores para evitar erros, condução de resposta o que levaria a viés na pesquisa.

2.2.5.1 MOMENTO 1: PESQUISA COM OS PROFISSIONAIS

A pesquisa levantou o perfil dos profissionais, quanto ao gênero, idade, tempo de graduação, tempo de trabalho no atual local de trabalho, se realiza VD, diagnóstico dos usuários assistidos pela visita domiciliar, critérios adotados para a visita domiciliar, as facilidades e dificuldades e a importância da visita domiciliar, utilizando formulário de entrevista (Apêndice 1).

2.2.5.2 MOMENTO 2: PESQUISA COM OS USUÁRIOS

Foi identificado o perfil dos usuários atendidos na VD por faixa etária, gênero, renda, inserção no mercado de trabalho, diagnóstico e importância da VD, estabelecendo e investigando relações entre as variáveis (Apêndice 2). Esse momento teve como perspectiva proporcionar um maior conhecimento sobre a Visita Domiciliar e desenvolver/aprimorar a visita domiciliar a fim de que possa formular problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam ser pesquisadas em estudos posteriores.

2.2.5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

O critério de inclusão dos profissionais foi ser membro da equipe mínima da Saúde da Família, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde e aceitar participar da pesquisa.

O critério de inclusão dos usuários foi ser maior de 18 anos, estarem cadastrados como usuário da Equipe de Saúde da Família, ter recebido visita domiciliar durante o ano de 2008 e aceitar participar da pesquisa.

2.2.5.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos os profissionais que desenvolviam atividades profissionais nas unidades de saúde da família, mas que segundo a portaria do Ministério da Saúde nº GM/MS nº 648 de 28/03/2006, não fazem parte da equipe mínima da Saúde da Família, a equipe estar incompleta, fazer parte da equipe ampliada da saúde e não aceitar participar da pesquisa. Foram excluídos os usuários que não estavam cadastrados pelas Equipes de Saúde da Família pesquisada, não terem recebido visita domiciliar no ano de 2008, ter mudado de residência para outra área, ter falecido ou não aceitar participar da pesquisa.

2.2.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis utilizadas foram caracterização dos profissionais, dos usuários, situação sócio-econômica, clínico/diagnóstico e transferidos para um banco de dados de informática (programa Excel).

As variáveis numéricas foram descritas como média e desvio padrão. Para as categóricas utilizaram-se freqüências simples e relativa e intervalo de confiança para 95% (IC 95%) quando adequado. Utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk para avaliar o pressuposto de normalidade e o teste de Levene para avaliar a suposição de igualdade das variâncias. Para a comparação entre dois grupos independentes utilizou-se o teste t de Student e para mais de dois grupos foi usado teste de análise de variância com um fator. A análise de associação entre as variáveis categóricas foi realizada através do teste de qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher por ser mais adequado. Utilizou-se ainda o teste para uma proporção na amostra para avaliação de uma categoria. O nível de significância adotado foi de 0,05 e poder de 0,80 e os testes assumidos como bicaudais. Para os cálculos estatísticos foi utilizado o programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 15.0.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. Visita Domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções dos usuários no Município de Fortaleza. Ceará, Brasil. Cad. Saúde Pública. 25(5): 1103-1112. Rio de Janeiro, maio 2009.

ALMEIDA, M. S. R. Pensando a globalização, a violência e o ser humano. Revista Catharis-artigo. Estado de alerta, 2002. Disponível em: <http://www.revistapsicologia.com.br/materias/estadoAlerta/pensandoGlobalização>. Acesso em: 13/03/2008.

ARACAJU. Secretaria Municipal de Aracaju. Coordenação de Atenção Básica. Sistema de Informação da Atenção Básica. Aracaju. 2009.

ARAUJO, F. E.; COSTA, L. L.; VILASBOAS, L.; DANTAS, D. K. O. Características das visitas domiciliares realizadas pelo médico de uma equipe de PSF, Tiradentes-MG. Revista de APS – Atenção Primária à Saúde, Minas Gerais, 2006.

ASSUNÇÃO, A. A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. Ciência e Saúde Coletiva 8(4):1005-1018, 2003. Associação de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php/scrip_t_sci_serial/Ingpt/pid. Acesso em: 10/05/2009.

BARBETA, P. A. Estatística aplicada as ciências sociais. 2ª ed. Florianópolis: UFSC, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fiocruz/DAB-MS. Perfil dos médicos e enfermeiros do Saúde da Família no Brasil. Rio de Janeiro, 2000a.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. A Implantação da unidade de saúde de Família. Cadernos de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família. v.1, nº 1. Brasília. 2000b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: caderno nº 5, 63p. Brasília, 2002a.

_____, Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde. Portaria nº 373 de 27 de fevereiro. Brasília. 2002b.

_____, Ministério Da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde; organizado por José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Ministério da Saúde. Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília. 2005.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília. 2006.

CARVALHO, B. G., MARTIN, G. B.; CORDONI, J. L. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: Andrade S. M, Soares, D. A. Cordoni, Jr. L. (orgs.). Bases da Saúde Coletiva. Londrina. Uel/Abrasco, 2001.

CESAR, J. A.; SASSI, R. A. M.; ULMI, E. F.; DALL'AGNOL, M. M. Diferentes estratégias de visita domiciliar e seus efeitos a assistência pré-natal no extremo sul do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 24, nº 11: 2622. Nov, 2008.

CHEREAU, B. M.; SILVA C. B.; ALVAREZ M. A. Una Perspectiva Integradora del Embarazo Adolescente: La Visita Domiciliaria como Estrategia de Intervención. Rev. De Psicologia de la Universidad de Chile, vol. 10, nº 1, 2001. Disponível em <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=26410103>. Acesso em: 09/09/2009.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. (1997) A avaliação na área da saúde: Conceitos Métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org). Avaliação em Saúde: dos modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. EDUFBA. Salvador, 2005.

DRULLA, A.G.; ALEXANDRE, A.M.C.; RUBEL, F.I.; MAZZA, V.A. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. Cogitare Enfermagem, vol 14, n 4, p. 667-74, out/dez 2009. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16380/10>. Acesso em: 02/05/2010

DUARTE Y. A. O.; DIOGO M. J. D. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. Atheneu, São Paulo. 2000.

FLORIANÓPOLIS, Secretaria Municipal De Saúde. Assessoria de Desenvolvimento Institucional. Pré-Protocolo de Atenção Domiciliar, 2006.

IRIART, J. A. B.; OLIVEIRA, R. P.; XAVIER, S. S.; COSTA, A. M. S.; ARAUJO, G. R.; SANTANA, V. S. Representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 13(1):jan-fev, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413>: Acesso em 21/04/2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2002. Rio de Janeiro; 2002. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso 10/03/2009

KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF A. L. C.; VAZ, M. R. C. Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo na saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(3): 485-493, mar, 2008.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Caderno Pagu* (24),Campinas/São Paulo, janeiro-junho 2005, pp. 105-125.

MACHADO, A. T. G. M. *Saúde Humana e Ambiente*. 491-510 p, 2005. Disponível em: <www.ufmg.br/biblioteca/index.shtml>. Acesso em 20/08/09

MAÑAS, L. R. Atención Domiciliaria para personas ancianas: no todo vale. *Rev. Española de Salud Pública*, vol 77, nº 5, Madrid, oct. 2003. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272003000500002&script=sci_arttext. Acesso em: 09/09/2009.

MARASQUIN, H. G.; DUARTE, R. V. C.; PEREIRA, R. B. L.; MONEGO, E. T. Visita domiciliar: o olhar da comunidade da quadra 603 Norte. Palmas (TO). *Revista da UFG*, vol. 6, nº especial, dez 2004 on line (www.proec.ufg.br). Acesso em 16/10/2009.

MINAYO, M. C. S. (org). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro. Ed. Vozes. 1994.

MORENO, C. R. C.; FISCHER, F. M.; Rotenberg, L. A Saúde do Trabalhador na Sociedade 24 horas. *São Paulo em Perspectiva* vol 17 nº 1 São Paulo, jan/mar 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100005>. Acesso em 20/03/2008.

NÉRI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(suplemento): 77-87, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v18s0/13795.pdf>. Acesso em: 27/04/2008.

PELLEGRINI, f. A. Pesquisa em saúde, política de saúde e equidade na América Latina. Ciência e Saúde Coletiva. vol 9. nº.2. Rio de Janeiro: Associação de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Apr./June 2004.

PIETROLUONGO, A.P.C.; RESENDE, T.I.M. Visita domiciliar em saúde mental - O papel do psicólogo em questão. Psicologia, Ciência e Profissão, vol 27, nº 1: 22-31, 2007.

REHEM, Tânia Cristina Moraes Santa Bárbara; TRAD, Leny Alves Bomfim. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva* 10 (sup): 231-42,2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a24v10s0.pdf>> Acesso em 29/06/2008.

SAKATA, K. N.; ALMEIDA, C. P.; ALVARENGA, A. M.; CRACO, P. F.; PEREIRA, M. J. B. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. Rev. Bras. Enferm. vol. 60 nº 6. Brasília. Nov/Dez. 2007.

SANTOS, E. M. Dos; Kirschbaum, D. I. R. A Trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. Revista eletrônica de Enfermagem. 2008: 10 (1): 220-227. Available from: URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a20.htm>. Acesso em: 20/11/2009.

SAVASSI, L. C. M.; DIAS, M. F. Visita Domiciliar. Grupo de Estudos em Saúde da Família. AMMFC: Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <http://www.smmfc.org.br/gesf/gesf_vd.htm>. Acesso em 12/11/2009.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. Assessoria de Planejamento. Plano Diretor de Regionalização. Sergipe. 2008.

SILVA, M. R. S. S.; LUNARDI, V. L.; FILHO, W. D. L.; TAVARES, O. T. Resiliência e promoção da saúde. Revista Texto & contexto – Texto e Contexto – Enfermagem. vol. 14 nº especial. Florianópolis. 2005.

SOUSA, A. J. F., MATIAS, G. N., GOMES, K. F. A., PARENTE, A. C. M. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. Rev. Bras. Enferm. vol 60, nº 4. Brasília. July/Aug. 2007.

SOUZA, C. R.; LOPES, S. C. F.; BARBOSA, M. A. A Contribuição do Enfermeiro no Contexto de Promoção à Saúde através da visita domiciliar. Revista da UFM , vol 6, nº especial, dez 2004 online. www.proec.ufg.br

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A. C. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

TEIXEIRA, C. T.; SOARES, L. S.; FRANÇA, L. F.; SANTOS, M. L.; BRITO, M. A.; ROCHA, S. S. Visita domiciliar puerperal. Saúde Coletiva, vol 6, nº 28: 47-53, março 2009a.

TEIXEIRA, C. F; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, Modelos assistenciais e vigilância da Saúde. Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, vol 7, nº 2: 7-28, abril/jun 1998b.

TEIXEIRA, J. C.; LINNA, S. S.; FREITAS F. L.; LEÃO, S. M; ASSIS, B. M.; SANTIAGO, R. S. Visita domiciliar puerperal. Saúde Coletiva, vol. 28, nº 6, março, 2009, pp. 47-53

3. CAPÍTULO 02 – ARTIGO 01

Visita Domiciliar: uma avaliação da equipe de saúde da família e dos usuários

Home Visit: An assessment of the health team, family and users

Visita Domiciliar: una evaluación del equipo de salud de la familia y de los usuarios

Leane de Carvalho Machado^I; Cláudia Moura de Melo^{II}; Enaldo Vieira de Melo^{III}

^IEnfermeira e Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes-UNIT, Aracaju, Se. Professora Assistente do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Tiradentes-UNIT Aracaju, Se. Enfermeira Sanitarista da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. Tutora do Curso de Qualificação de Gestores do SUS pela FIOCRUZ. Aracaju, Se. leanecm@gmail.com

^{II}Bióloga, Doutora pela UNICAMP e Docente do Mestrado Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes-UNIT. Aracaju, Se. claudiamouramelo@hotmail.com

^{III}Médico, Mestre pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, SP. Professor da Universidade Federal de Sergipe. Médico pediatra da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, Se. evm.estatistica@gmail.com

RESUMO

Estudo quantitativo que avaliou a visita domiciliar na visão de 79 profissionais de saúde e 216 usuários do município de Aracaju em 2009. Resultado mostrou 70,9% dos profissionais capacitados, 83,5% planejam visita, 94,9% a registram, 72,2% priorizam condição crônica e 86,1% atendem a família, enquanto apenas 21,8% dos usuários informaram esse atendimento; 70,4% foram comunicados da visita, 83,8%

¹ Artigo elaborado segundo as normas da Revista Brasileira de Enfermagem

relatam que o acamado deve ser priorizado, entretanto, 53,2% apontam hipertensão/diabetes como motivo de sua visita. Profissionais apontaram à violência (27,8%) como principal dificuldade para realizar a visita e 81,0% como facilidade ser conhecido pela comunidade. Estudo mostra necessidade de fortalecimento da visita domiciliar, sugere e apresenta instrumento de registro que possibilita planejamento, acompanhamento e avaliação da visita domiciliar.

Descritores: Atenção Básica à Saúde; Equipe de Saúde da Família; Visita domiciliar; Usuários.

ABSTRACT

Quantitative study that evaluated the home visit in view of 79 health professionals and 216 users in the city of Aracaju in 2009. Results showed 70.9% of trained professionals, 83.5% plan to visit, a record 94.9%, 72.2% prioritize chronic condition and 86.1% meet the family, while only 21.8% of users reported that care, 70.4% were

notified of the visit, 83.8% reported that the bed should be prioritized, however, show 53.2% hypertension / diabetes as the reason for your visit. Professionals pointed to violence (27.8%) as the main difficulty to realize the visit and 81.0% as easily be known by the community. Study shows need for empowerment of home visits and provides hints and record instrument that enables planning, monitoring and evaluation visits.

Descriptors: Primary Health Care, Family Health Team; Home visit; Users.

RESUMEN

Estudio cuantitativo con objetivo de evaluar visita domiciliar en la visión de 79 profesionales y 216 usuarios del municipio de Aracaju en 2009; resultado mostró 70,9% de los profesionales capacitados, 83,5% planean visita, 94,9% la registran,

72,2% priorizan condición crónica y 86,1% atiende la familia mientras 21,8% de los usuarios informaron atención a sus familiares; 70,4% habían sido comunicados de la visita, 83,8% relatan que lo encamado debe ser priorizado, sin embargo 53,2% apuntan hipertensión/diabetes como motivo de su visita. Profesionales apuntaron a la violencia (27,8%) como principal dificultad para realizar la visita y 81,0% como facilidad ser conocido por la comunidad. Estudio muestra necesidad de fortalecimiento de la visita domiciliar; sugiere y presenta instrumento de registro que posibilite planificación, acompañamiento y evaluación.

Descriptor: Atención básica a la salud; Equipo de Salud de la Familia; Visita domiciliar; Usuarios;

3.1 INTRODUÇÃO

Há uma grande variedade de termos para designar o cuidado no domicílio: assistência domiciliar, atenção domiciliar, atenção médica domiciliar, internação domiciliar, hospitalização domiciliar, visita domiciliar (VD), visita domiciliar

programada e *Home Care*⁽¹⁾. O diferencial entre as denominações é a complexidade do cuidado prestado, não significando necessariamente uso de tecnologia avançada⁽²⁾. A VD possibilita cuidar da saúde de forma mais acolhedora, envolvendo laços de confiança entre os profissionais e os usuários, a família e a comunidade, favorecendo uma comunicação dialógica e a integralidade do cuidado⁽³⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), por sua vez, define Assistência Domiciliar como serviços de saúde realizados por prestadores formais e informais para promover e recuperar a saúde das pessoas em alto nível, incluindo cuidados para uma morte digna⁽⁴⁾.

A VD vem sendo realizada para os acamados desde a antiguidade, por pessoas leigas e, posteriormente, por profissionais de saúde. Na década de 20, foi introduzida no Brasil por Amaury de Medeiros através de um curso de visitadoras sanitárias na Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha. Naquela época, o atendimento à saúde era realizado apenas pelo profissional médico no domicílio, a quem tivesse condições de pagar pelo serviço prestado. O primeiro relato oficial da VD no Brasil foi realizado pelo Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), em 1949⁽⁵⁻⁶⁻¹⁾.

Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Programa de Saúde da Família (PSF) e em 2006 o legitimou através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a Estratégia Saúde da Família como prioridade para a reorganização das ações de saúde, reafirmando a VD como uma das atribuições dos profissionais componentes das equipes de saúde⁽⁷⁾. A proposta brasileira delineada pela Assistência Domiciliar da Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, no sul do país, apresentou como parâmetro de atendimento anual a média de três usuários de visita domiciliar/1.000 habitantes⁽¹⁾.

No Japão, a visita domiciliar é realizada pela enfermeira que orienta a pessoa e a família, em atividades de cuidados individuais aos idosos, e a aqueles que necessitam de cuidados especiais e de alta tecnologia, pacientes terminais e doentes mentais⁽⁸⁾.

No Canadá, o atendimento no domicílio ajuda aos pacientes em suas próprias residências com o objetivo de fornecer atendimento de alta qualidade. Já na Coreia é realizado para usuários com doenças crônicas e de longo tratamento sem hospitalização⁽⁹⁾. No sistema de saúde sueco é desenvolvido com o objetivo de promover bem-estar e qualidade de vida, substituindo muitas vezes o hospital⁽¹⁰⁾.

A VD pode ser realizada para subsidiar a intervenção no processo saúde-doença ou no planejamento de ações visando à promoção da saúde. Os indivíduos com agravos crônicos, idosos e o atendimento em saúde mental são algumas das prioridades na VD⁽¹¹⁻²⁻¹²⁾. Com o objetivo de promover à qualidade de vida e reduzir os riscos relacionados aos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, considerando as mudanças ocorridas desde o século XIX e o avanço da tecnologia que produziram alterações significativas, o Ministério da Saúde, lançou em 2006 a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)⁽¹³⁾.

Muitos fatores têm contribuído para o desenvolvimento da VD no Brasil, entre eles, a mudança no sistema de saúde brasileiro, dando ênfase atualmente as condições crônicas e deixando para as instituições hospitalares o atendimento as condições agudas. A mudança no perfil demográfico-epidemiológico, a inadequação do atual sistema de saúde em atender as demandas de saúde da população e a extensão dos programas federais, como a estratégia Saúde da Família, são outros fatores que devem ser levados em consideração neste contexto⁽²⁾. No entanto, existem dificuldades para o fortalecimento da VD, tais como a formação acadêmica fragmentada dos profissionais, a cultura institucional e social e a dificuldade de extrapolar os limites do território quando há necessidade de um atendimento em outro ponto da rede de atenção à saúde⁽²⁻¹⁴⁾.

A VD como qualquer atividade, programa, serviço, demanda a necessidade de realizar monitoramento e avaliação que se inicia com a coleta, processamento e análise sistemática das informações. A etapa de avaliação configura-se no julgamento que se faz sobre uma intervenção ou sobre um dos seus componentes com o objetivo de ajudar na tomada de decisão que pode ser realizada através de normas ou de um procedimento científico⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Desta forma, este estudo teve como objetivo avaliar a visita domiciliar na visão dos profissionais e dos usuários do município de Aracaju/Se, verificando a existência de planejamento, sistematização do desenvolvimento, facilidades e dificuldades para sua realização.

3.2 METODOLOGIA

Estudo quantitativo, descritivo com enfoque na área de Saúde Coletiva, realizado no município de Aracaju/Sergipe, abrigando uma população de 536.785 habitantes⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

O universo do estudo foi composto por profissionais das 128 Equipes de Saúde da Família (ESF) que durante o ano de 2009 foram responsáveis por acompanhar a saúde de 97,31% da população aracajuana.

O município de Aracaju está dividido em oito regiões de saúde, com uma média de cinco Unidades de Saúde cada, abrigando de uma a seis Equipes de Saúde da Família/Unidade de Saúde, perfazendo um total de 41 unidades de saúde com 128 equipes de Saúde da Família⁽¹⁷⁾.

Foram sorteadas uma equipe da 1ª, 3ª, 4ª, 5ª, 6ª e 7ª região e duas equipes da 2ª e 8ª região, considerando que estas apresentavam maior número de Equipes de Saúde da Família. Para o estabelecimento da amostra, foi utilizado um erro amostral tolerável de 10% e intervalo de confiança de 95%. Ao total calculado foi acrescido um percentual de 15%, como estratégia de prevenção a possíveis perdas de sujeitos e/ou dados. A amostra foi selecionada de forma aleatória e proporcional⁽¹⁹⁾ e se constituiu por 79 profissionais de 10 Equipes de Saúde da Família (ESF) e todos os usuários que receberam VD dessas equipes, o que correspondeu a 216 usuários.

As informações foram coletadas em dois momentos distintos: nas Unidades de Saúde, através de entrevistas semi-estruturadas com os profissionais das equipes de saúde e com os usuários que receberam VD, dessas mesmas equipes, nos seus domicílios. Foram utilizados dois instrumentos, um para os profissionais e outro para os usuários, com questões que admitiam uma e/ou múltiplas respostas, enfocando aspectos como a caracterização dos profissionais e dos usuários, sistematização, conhecimento de legislação, facilidades e dificuldades para realização da VD.

A coleta de dados foi realizada após validação dos instrumentos e realizada no período de janeiro a agosto de 2009, por oito entrevistadores: um enfermeiro, um fisioterapeuta e sete acadêmicos do curso de enfermagem, devidamente treinados, após autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, sob cadastro nº 161208.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão dos profissionais, serem membros das ESF; para os usuários, estar cadastrado pela equipe e ter recebido VD durante o ano de 2008, além da aceitabilidade de ambos participarem da pesquisa. Foram estabelecidos como critérios de exclusão profissionais das equipes incompletas e para os usuários terem mudado de residência da área de abrangência da equipe ou terem falecido.

As variáveis quantitativas utilizadas foram idade dos usuários, dos profissionais, tempo de exercício na profissão e foram sumarizadas como média e desvio padrão; as categóricas utilizadas para os profissionais foram sexo, formação profissional, experiência anterior em ESF, conhecimento de legislação sobre VD, número de habitantes por ESF, motivo, horário, periodicidade, registro, facilidades e dificuldades para realização da VD; para os usuários sexo, escolaridade, tempo na residência atual, renda familiar, existência de cuidador, motivo para VD, atendimento realizado e foram apresentadas como frequência simples e relativa; o teste de análise de variância com um fator foi utilizado para a comparação entre grupos. Para testar a associação entre os grupos e as variáveis categóricas utilizou-se o teste de qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher. O nível de significância adotado foi de 0,05 e os testes assumidos como bicaudais. A análise das variáveis foi processada utilizando-se o programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 15.0.

3.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil dos profissionais de saúde

A visita domiciliar é uma atividade fundamental dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) desenvolvida *além dos muros das Unidades de Saúde*. Um dos aspectos relevantes desta ação é o seu potencial de promover maior interação entre equipe de saúde e a população e ampliar o acesso para os usuários que não têm condições de comparecer as unidades de saúde⁽⁷⁾.

Os profissionais de saúde deste estudo eram mais freqüentemente do sexo feminino, nas categorias de auxiliares de enfermagem (90%), agentes comunitários de saúde (85,7%) e enfermeiros (80%); apenas entre os médicos, a proporção foi equitativa entre os sexos (tabela 1). Estudos mostram que há uma predominância do sexo feminino na área da enfermagem ao longo do tempo, tanto nos níveis superior, técnico e médio, o que continua até a atualidade, sendo denominada

feminização da profissão⁽²⁰⁾. É interessante também observar o alto percentual de ACS do sexo feminino (85,7%) o que pode ser favorável para o desenvolvimento da VD, em virtude dos usuários se sentirem mais confortáveis em estabelecer conversas sobre assuntos íntimos com mulheres. Estudos mundiais indicam que, salvo por razões culturais muito específicas, a mulher é a cuidadora tradicional, inclusive no Brasil⁽²¹⁻²²⁾.

Tabela 1. Caracterização dos profissionais das Equipes de Saúde da Família do município de Aracaju/SE, 2009

CARACTERIZAÇÃO	MÉDICO	ENFERMEIRO	AUX/TEC	ACS
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Sexo ² (Feminino)	50 (5)	80 (8)	90 (9)	85,7 (42)
Sexo ² (Masculino)	50 (5)	20 (2)	10 (1)	14,3 (7)
Idade ¹	47,7 ± 12,1a	42,0 ± 8,7a	37,9 ± 10,2a	35,4 ± 7,2a
Formação profissional ²	12,7 (10)	12,7 (10)	12,7 (10)	62 (49)
Tempo profissão ²				
< 5 anos	10 (1)	10 (1)	50 (5)	24,5 (12)
5 ≤ 20 anos	40 (4)	50 (5)	20 (2)	75,5 (37)
> 20 anos	50 (5)	40 (4)	30 (3)	0 (0)
Experiência anterior ESF ²	60,0 (6)	80,0 (8)	30,0 (3)	32,7 (49)

¹Teste de análise variância com um fator

²Valores em % (n);Teste qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher:

ns ≡ não significativo

A idade média dos profissionais foi de 38,1 ± 9,3 anos, sendo a mínima de 24 anos e a máxima de 62 anos. Ao analisar-se por categoria profissional verificou-se uma média de idade maior para o médico (47,4 ± 12,1 anos), seguido pelo enfermeiro (42,0 ± 8,7 anos), auxiliar de enfermagem (37,9 ± 10,2 anos) e ACS (35,4 ± 7,2 anos) (tabela 1). Os dados relativos aos profissionais médicos e enfermeiros estão de acordo com estudo realizado no ano de 2000 que apontou o médico como profissional da ESF com idade mais elevada no Brasil⁽²³⁾. Comumente observam-se médicos recém-formados ou aposentados fazendo parte das ESF, os primeiros, por estarem aguardando participar de residência médica, e os segundos, por já terem garantido seus proventos financeiros com a aposentadoria e desejarem continuar na ativa.

Estudo realizado no Rio Grande do Sul em 2007, mostrou que os auxiliares de enfermagem apresentaram perfil etário mais novo (21-30 anos), diferentemente dos profissionais aracajuanos, cuja idade se situa entre 27,7 e 48,1 anos⁽²⁴⁾. Os ACS do município de Aracaju, em sua maioria, estão na faixa etária entre 28,2 e 42,6 anos enquanto que, estudo realizado em Minas Gerais no ano de 2003, mostrou concentração mais elevada na faixa etária mais baixa (20 a 30 anos)⁽²⁵⁾.

O tempo médio de exercício na profissão dos profissionais das ESF em Aracaju, concentrou-se entre 5 e 15 anos (58,2%; $p < 0,0001$). Em análise do tempo de exercício profissional por categoria, observou-se que 50% dos médicos exerciam a profissão há mais de 20 anos. É relevante ressaltar que médicos com 15 a 25 anos de exercício profissional são considerados profissionais em fase de consolidação⁽²⁶⁾. Considerando que as ESF em Aracaju, foram implantadas em 1998, inexistem ACS com mais de 20 anos de profissão (tabela 1)⁽³⁻²⁷⁾.

Verificou-se que 41,8% dos entrevistados já haviam trabalhado anteriormente em outra equipe de saúde, com experiência prévia relatada por 60% dos médicos, 80% dos enfermeiros, 30% dos auxiliares de enfermagem e 32,7% dos ACS (tabela 2). Estudo realizado no Brasil pelo Ministério da Saúde em 2000 revelou percentual nacional inferiores, da ordem de 20,68% para os médicos e 17,32% dos enfermeiros⁽²³⁾. Dentre os diversos motivos referidos para a rotatividade dos profissionais pode-se destacar a fragmentação da formação, a precarização do vínculo empregatício, a gestão autoritária, e as más condições de trabalho⁽²⁸⁾.

A experiência anterior dos profissionais, possivelmente está relacionada a trabalho desenvolvido em outros municípios, que não ofereciam condições adequadas, tais como: salários compatíveis com a realidade regional, admissão através de concurso público, existência de plano de cargos, carreiras e salários, aliado ao fato de muitos preferirem trabalhar na capital do estado. Outro aspecto a ser considerado é o fato da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju exigir o cumprimento da carga horária, conforme estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica, enquanto que em muitos municípios brasileiros não há cumprimento da carga horária preconizada⁽²⁹⁾. O não cumprimento da carga horária é um fator a ser considerado como provável barreira de acesso aos serviços de saúde, trazendo como consequência a superlotação dos pronto-atendimentos, hospitais de urgência e emergência para atendimento de demandas sensível a atenção básica à saúde.

Na composição básica das ESF em Aracaju, houve uma frequência significativamente maior de ACS (62%; $p < 0,0001$), em relação aos demais profissionais médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, 12,7% cada. Esse cenário era esperado, visto que as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica estabelecem como composição mínima das Equipes de Saúde da Família ter no mínimo 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar ou técnico de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde⁽⁷⁾. Neste universo de profissionais entrevistados, 70,9% informaram ter recebido capacitação.

É importante ressaltar que nas ações de educação permanente dos profissionais de saúde, a VD seja valorizada como direito dos usuários que não podem comparecer a unidade, ampliando o acesso as ações e serviços de saúde e atendendo aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a universalidade, a integralidade e a equidade⁽³⁰⁾. Outro aspecto importante que deve ser ressaltado na capacitação dos profissionais, é que a VD permite emergir na vida sócio-cultural dos usuários, compreender sua história de vida, suas especificidades e particularidades, sem preconceitos e discriminação. É preciso lembrar que o local onde se desenvolve a visita é privativo dos sujeitos e é preciso perceber que a realidade do usuário exige do profissional a visão de seus elementos difíceis, intrigantes e conflitantes, por mais estranhos que eles possam parecer a nossa razão⁽³¹⁾.

Este estudo revelou que, durante o ano de 2008, excetuando-se as visitas domiciliares realizadas pelos ACS, as dez equipes investigadas realizaram 216 visitas domiciliares (média de 21,6 visitas/equipe), mostrando que a efetividade da VD em Aracaju está aproximadamente o dobro da média nacional de 12 VD/equipe⁽¹⁾. O incremento das visitas domiciliares em Aracaju, provavelmente pode estar relacionado ao aumento da expectativa de vida da população local, elevando o percentual de idosos, como também os problemas de saúde da população em geral, especialmente os agravos crônicos degenerativos que apresentam maior necessidade de ações de saúde, cuidados e medicamentos, levando muitas vezes a incapacidade, como também ao aparecimento cada vez maior, em faixa etária mais jovem⁽³²⁾.

Legislação sobre visita domiciliar

Apesar de todos os profissionais das equipes de saúde informarem que realizam a VD, 98,7% desconhecem/não sabem sobre a legislação específica e 1,3% citaram legislação equivocada, correspondendo a 100% de desinformação. A visita domiciliar faz parte das atribuições dos profissionais das equipes desde a criação do Programa de Saúde da família (PSF) em 1994 e foi atualizada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006⁽⁷⁾. No entanto, um dos critérios para fortalecer a VD é capacitar constantemente os profissionais sobre suas atribuições.

Em relação ao quantitativo máximo de habitantes que a ESF tem responsabilidade em acompanhar, foi constatado que apenas 10,1% ($p < 0,0001$) tinham essa informação (gráfico 1). O conhecimento da PNAB possibilita entender e valorizar a importância de cadastrar/atualizar as famílias do território, organizar os processos de trabalho, assumir a responsabilidade das ações de saúde no território, a demanda espontânea e programada, possibilitando entender a importância de realizar ações desde a promoção da saúde até a reabilitação, atendendo ao princípio da integralidade e da equidade e fortalecendo o vínculo com os usuários⁽⁷⁾.

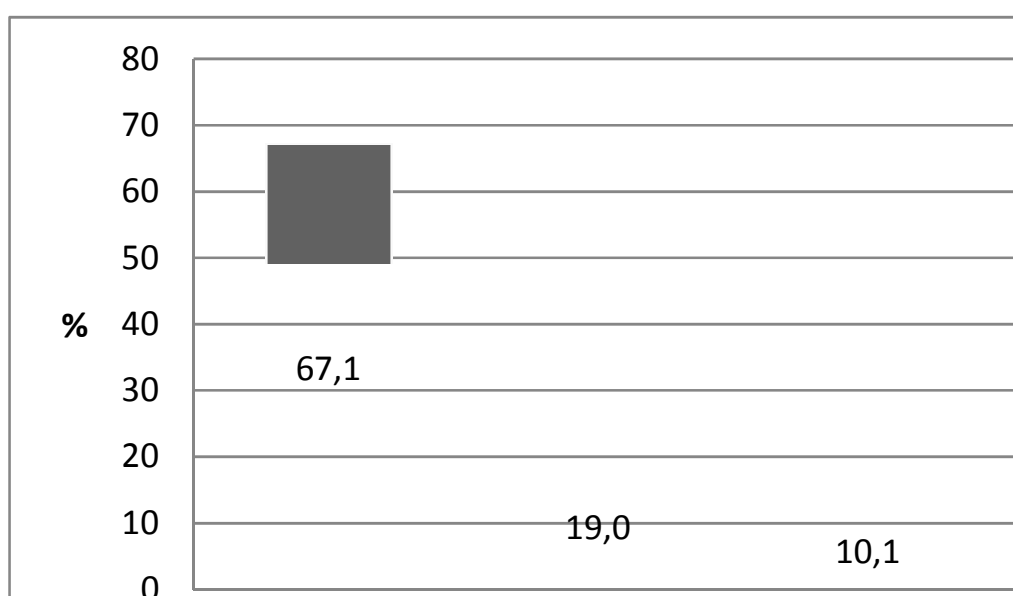


Gráfico 1. Distribuição do nível de conhecimento acerca do número máximo de habitantes a serem atendidos pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família em Aracaju/SE, 2009

Sistematização da Visita Domiciliar

A Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju implantou os primeiros protocolos clínicos no ano de 1999 e os tem revisado regularmente. Atualmente, os protocolos contemplam as áreas programáticas de saúde bucal, criança, adulto, mulher, idoso, vigilância epidemiológica de agravos transmissíveis, doenças sexualmente transmissíveis e saúde mental⁽³³⁾. Observou-se que não existe protocolo específico para a VD e que esta é pouco visualizada nos protocolos existentes. A implantação de protocolos é importante por racionalizar custos e baseados em conhecimentos técnicos científicos, definem como cuidar dos agravos desde o diagnóstico, padronizando medicações para o tratamento, contribuindo para a prescrição segura e eficaz e socializando os conhecimentos, sendo imprescindível para a sistematização da VD⁽³⁴⁾.

Em relação ao planejamento da VD, 83,5% dos profissionais de saúde informaram planejar previamente a visita. Os principais critérios adotados para a priorização no planejamento da VD em Aracaju/Se foram agravos crônicos (72,2%), agravos agudos (58,2%), solicitação dos familiares (31,6%), ACS (26,6%), enfermeiros (24,1%) e auxiliares de enfermagem (16,5%) (gráfico 2). As ações de saúde desenvolvidas no domicílio, portanto, apontam maior frequência de acompanhamento dos agravos crônicos, especialmente a hipertensão e o diabetes mellitus, mostrando coerência com a política nacional, que estima entre os indivíduos com idade igual ou maior de 40 anos na população brasileira, 35,0% de portadores de hipertensão e 11% de diabetes mellitus, podendo futuramente demandar necessidade de visita domiciliar⁽⁷⁻³⁵⁻³⁶⁾. A VD pode ser baseada em sentinelas de risco encontradas na ficha A do SIAB (cadastro da família), como existência de gestantes, portadores de hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, distúrbio mental, deficientes físicos, condições de moradia, número de cômodos⁽³⁷⁾.

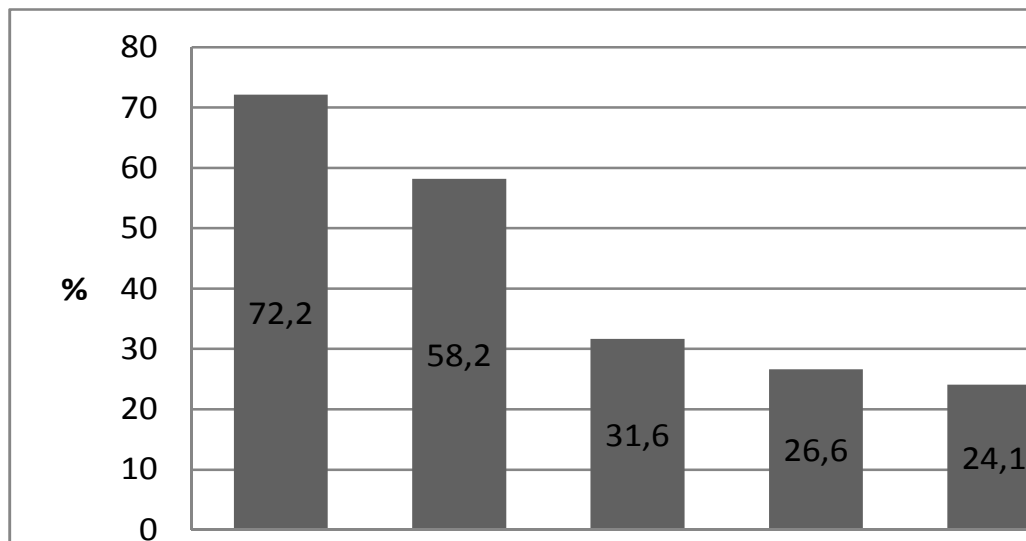


Gráfico 2. Distribuição das freqüências dos critérios prioritários para o planejamento da visita domiciliar relatadas pelos profissionais de saúde em Aracaju/SE, 2009

Na Espanha, a transição demográfica e epidemiológica também modificou o perfil das pessoas atendidas pelos serviços de saúde. Antes, o indivíduo apresentava, na maioria das vezes, enfermidade aguda única, de rápida evolução e não produzia dependência. Atualmente, muitos são idosos, com agravos crônicos, de longa evolução e duração, e que produz dependência funcional. Os benefícios da VD para os idosos em Madrid foram relativos aos cuidados imediatos, após alta hospitalar e por longo tempo, reduzindo os riscos de deteriorização funcional e da mortalidade em pacientes idosos com baixo risco de mortalidade, mostrando que os benefícios só são percebíveis a partir de nove visitas⁽³⁸⁾.

Entretanto, apesar dos profissionais de saúde informar realizar planejamento, não existe um instrumento específico de registro da VD. Na elaboração do cronograma de trabalho semanal dos profissionais, freqüentemente reserva-se um período matutino ou vespertino semanal para a realização das visitas domiciliares. A criação e implantação de um instrumento de planejamento e registro possivelmente possibilitarão o acesso a informações, tais como clientela, escopo de atuação, sistematização, ações que devem ser desenvolvidas, controle de risco e existência de cuidador (apêndice 1); no entanto, os profissionais devem ser sensibilizados e receber capacitação para realizar atendimento e registrar as ações nos sistemas de informação em saúde⁽¹⁻³⁹⁾.

O desenvolvimento da VD em Aracaju/Se se distribui de forma heterogênea no período matutino/vespertino (58,2%), no período vespertino (27,8%), e no matutino (8,9%). É relevante mencionar que apesar de 83,5% dos profissionais relatarem o planejamento prévio da VD, o parâmetro horário de realização algumas vezes, não é considerado (5,1%). O elevado percentual de visitas realizadas no período da manhã e tarde possivelmente está relacionado ao quantitativo de visitas realizadas pelos ACS, que as executam diariamente, durante seu horário de trabalho. Em relação aos profissionais médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, a visita deveria ocorrer preferencialmente no período da tarde, devido à grande demanda por atendimento na Unidade de Saúde no período matutino e não atrapalhar os afazeres domésticos dos usuários. Por outro lado, enquanto a maioria dos usuários entrevistados foram comunicados anteriormente que receberia VD (70,4%), uma grande parcela dos usuários (29,6%) não foram informados ou foram informados eventualmente ou não lembravam. A comunicação prévia sobre a VD pode auxiliar a diminuir a fragilidade deste atendimento em decorrência da interrupção do trabalho e afazeres domésticos, do desperdício de tempo e custo com o deslocamento do profissional e da ausência do cuidador para receber as orientações⁽⁵⁾.

As principais condições identificadas pelos profissionais para a visita domiciliar são idoso/acamado (81,0%), hipertensão/diabetes (77,2%), puérpera e recém nascido (63,3%) e problemas ortopédicos (49,4%) (quadro 1). O usuário idoso/acamado é identificado como aquele sem condições de locomoção, na maioria das vezes restrita ao leito; usuário com problemas ortopédicos são aqueles que apresentam dificuldade de locomoção de forma temporária ou permanente devido a problemas ósseo-articulares.

Pacientes com agravos crônicos e idosos são alguns dos motivos relatados para a realização da visita domiciliar⁽⁵⁾. Essas condições e/ou agravos identificados pelos profissionais para a visita domiciliar mostram coerência com a política do Ministério da Saúde, quando estabeleceu a saúde do idoso como prioridade no Pacto pela Saúde, e reafirmada quando definiu como área estratégica da atenção básica, assim como o controle da hipertensão e da diabetes mellitus⁽⁴⁰⁻⁷⁾.

Questionado aos usuários sobre os motivos para que a população em geral, recebam a visita domiciliar, 83,8% relataram ser acamado, 70,8% deficiente, 57,4% puérpera, 56,9% ter sido submetido a cirurgia, 22,2% problemas sociais e 17,1%

outros problemas. Entretanto, sobre o motivo para terem recebido sua própria visita 53,2% citou a hipertensão/diabetes, 34,7% parto, 19,9% por problemas ortopédicos, 13,9% por outros motivos, 11,6% por deficiência, 2,3% por problemas sociais, 1,9% por cirurgia e igual percentual por acidente (quadro 1). Observou-se que os usuários visitados identificam seus agravos, mas não expressaram como motivo da visita recebida a complicação do agravo, ou seja, ser acamado ou deficiente, mas apontam esses motivos como os principais para receber a visita.

O profissional de saúde identifica a necessidade de VD a puérpera/recém-nascido, com o objetivo de realizar cuidados e educação em saúde ao binômio mãe/filho, mas a puérpera cita como motivo da sua visita, o seu parto.

Quadro 1: Distribuição dos problemas de saúde condicionantes para a visita domiciliar, segundo a perspectiva dos profissionais de saúde e dos usuários, no município de Aracaju/Se, 2009

Condição/Motivo para VD	Profissional % (n)	População em geral % (n)	Usuário entrevistado % (n)
Idoso/acamado	81,0 (64)	83,8 (181)	nc
Hipertensão	77,2 (61)	nc	53,2 (115)
Diabetes	77,2 (61)	nc	53,2 (115)
Puérpera/rec. nascido	63,3 (50)	57,4 (124)	nc
Probl. ortopédicos	49,4 (39)	nc	19,9 (43)
Deficiente físico	nc	70,8 (153)	11,6 (25)
Cirurgia	nc	56,9 (123)	1,9 (4)
Parto	nc	nc	34,7 (75)
Acidente	nc	nc	1,9 (4)
Problema social	nc	22,2 (48)	2,3 (5)
Outros	nc	17,1 (37)	13,9 (30)

Legenda: nc - não citado

Os usuários relataram que 84,2% da VD realizadas pelos ACS ocorrem em intervalos mensais, provavelmente porque estes profissionais devem trabalhar 8 horas diárias e o trabalho deve ser fundamentalmente no território. Desta forma, estes são os profissionais das equipes de saúde com os quais a comunidade tem

maior contato. É atribuição dos ACS acompanhar por meio da VD, todas as famílias e indivíduos de seu território e esse é um indicador de saúde pactuado anualmente pelos municípios brasileiros⁽⁷⁻⁴¹⁾.

Por outro lado, é atribuição do enfermeiro planejar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, além de verificar se o número de habitantes do território dos ACS, a micro-área, está de acordo com a política estabelecida ou se é necessário re-mapear o território⁽⁷⁾.

Apesar de ter havido uma melhoria na qualidade de vida, são os idosos a parcela da população brasileira que mais utiliza os serviços de saúde, apresentando maior carga de doenças e incapacidades. O modelo de atenção à saúde atual se mostra de alto custo e pouco eficiente, reclamando serviços inovadores, como os centros de convivência com avaliação e tratamento de saúde. A agenda da política pública brasileira deveria priorizar serviços para manutenção da capacidade funcional dos idosos, com ações preventivas e diferenciadas de saúde e de educação, com monitoramento das condições de saúde e cuidados qualificados de atenção integral⁽⁴²⁾.

As principais ações implementadas na VD pelos profissionais em Aracaju frente aos seus usuários foram preventivos e curativos, como a verificação de sinais vitais (71,3%), orientações (70,4%), realização de exame físico (59,7%), prescrição de medicação (47,7%), procedimentos de enfermagem (22,7%), entrega de medicação (20,8%) e outro tipo de atendimento (1,9%) (quadro 2). Embora não exista protocolo específico para VD, identificou-se em Aracaju um padrão de atendimentos e procedimentos realizados durante a visita, como prevenção, acompanhamento e tratamento. Para fortalecer a VD, sugere-se a inclusão deste atendimento nos protocolos existentes ou a elaboração de protocolo transversal específico sobre o tema, que atenda as necessidades das ações programáticas desde a criança até o idoso, a exemplo do pré-protocolo do município de Florianópolis⁽⁴⁻⁴³⁾.

Quadro 2: Caracterização da freqüência dos atendimentos realizados durante a visita domiciliar pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família no município de Aracaju/Se, 2009

Nível de atendimento	Tipo de Atendimento	% (n)
Preventivo	Verificação de sinais vitais	71,3 (154)
	Orientação	70,4 (152)
Curativo	Exame físico	59,7 (129)
	Prescrição de medicação	47,7 (103)
	Procedimentos de enfermagem	22,7 (49)
	Entrega de medicação	20,8 (45)
	Outros	1,9 (4)

A maioria dos usuários da VD em Aracaju (65,3%), tem um cuidador, especialmente do tipo familiar (58,8%), em consonância com as observações de estudo em outros municípios brasileiros que evidenciou maioria de cuidadores familiares⁽⁴⁴⁾. Os profissionais da ESF devem identificar o cuidador e perceber a capacidade de resiliência que apresentam, incentivando e fortalecendo essa capacidade⁽⁴⁵⁾; devem ajudar os usuários e suas famílias principalmente as que enfrentam adversidades duradouras como a existência de familiares acamados, portadores de agravos crônicos com dificuldade de locomoção.

Fragilidades e Potencialidades

As principais dificuldades apontadas pelos profissionais de saúde para realização da VD foram: violência (27,8%), grande demanda de consulta (16,5%), dificuldade de acesso as residências (13,9%), falta de transporte (12,7%), número excessivo de habitantes por equipe e falta de tempo (10,1%) respectivamente, não aceitação do usuário/família (8,9%) e 38,0% relataram não existir dificuldades (quadro 3).

Quadro 3: Distribuição da freqüência das dificuldades apontadas pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família para a realização da visita domiciliar no município de Aracaju/Se, 2009

Dificuldade dos profissionais para realizar visita domiciliar	% (n)
Violência	27,8 (22)
Grande demanda por consulta	16,5 (13)
Dificuldade de acesso as residências	13,9 (11)
Falta de transporte	12,7 (10)
Número de habitantes por ESF	10,1 (8)
Falta de tempo	10,1 (8)
Não aceitação usuário/família	8,9 (7)
Não tem dificuldades	38,0 (48)

Estudos realizados nas regiões sudeste e centro-oeste do Brasil, apontaram, no entanto, outro leque de fatores como o pouco tempo para a realização das visitas, os sentimentos de frustração e impotência quando os profissionais identificam situações de fragilidade vividas pelas famílias e não conseguem ajudar, falta de capacitação dos profissionais, falta de integração entre as ações realizadas na visita domiciliar e a referência de especialidades médicas, falta de material para realização do trabalho, resistência à assistência por parte dos usuários atribuída a questões de ordem político-partidária⁽³⁻⁵⁻²⁹⁾. Esta discordância pode estar relacionada a marcantes diferenças sócio-culturais inter-regionais em um país com área territorial extensa. Esse panorama de eco-desigualdades deve ser sempre levado em consideração para o estabelecimento de políticas, propostas, pactuações e metas definidas por Programas Nacionais na área de saúde, afinal *as pessoas não nascem, vivem e morrem da mesma forma em todas as regiões do mundo*.

Quando sobrepõe-se o mapeamento das áreas de risco e o principal tópico apontado como dificuldade para o desenvolvimento da VD em Aracaju, verificou-se que 11,4% foram procedentes do Bairro Santa Maria, 7,6% do bairro São Conrado, 2,5% dos bairros Augusto Franco/Farolândia, Médici e América e 1,2% dos bairros Industrial e a Jetimana. Estas áreas geográficas concentram-se principalmente na zona sul de Aracaju/Se, região de expansão, e algumas, a exemplo do bairro Santa Maria e São Conrado, caracterizam-se por apresentar desestruturação na ocupação

do espaço físico, deficiências na infra-estrutura e saneamento básico. Atualmente a Prefeitura Municipal de Aracaju (PMA) está investindo em ações de drenagem, abastecimento de água, saneamento e a instalação de uma delegacia no bairro Santa Maria, local que concentra grande índice de violência no município e se encontra em andamento o curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Violência, Criminalidade e Políticas Públicas, ofertado pela Universidade Federal de Sergipe (UFS) em parceria com o município de Aracaju, para profissionais das instituições que atuam na segurança pública⁽¹⁷⁾.

A grande demanda por consulta (16,5%) e o número excessivo de habitantes por equipe (10,1%), citados como dificuldade para a VD apontam para a necessidade de verificar a possibilidade dos protocolos existentes estarem perpetuando o modelo médico hegemônico, onde algumas atividades clínicas poderiam ser realizadas por outro profissional da equipe, diminuindo a demanda por consulta médica e ampliando o acesso; verificar também a forma de organização do processo de trabalho destes profissionais, visualizando se houve mudança nos microespaços de trabalho da saúde, seja através da escuta qualificada, do acolhimento, da criação de vínculo, centrado nas necessidades dos indivíduos, das famílias e das comunidades conforme estabelecido na PNAB⁽⁴⁶⁻⁴⁷⁻⁷⁾.

Os fatores facilitadores citados pelos profissionais para realização da VD (quadro 4) foram ser conhecido pela população (81,0%), aceitação do usuário/família (79,7%), fácil acesso as residências (49,4%), definição prévia do dia/horário para a VD (26,6%), outras facilidades (15,2%) e acesso a transporte (6,3%).

Quadro 4. Distribuição da freqüência das facilidades apontadas pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família para a realização da VD no município de Aracaju/Se, 2009

Facilidade dos profissionais para realizar visita domiciliar	% (n)
População conhece profissional	81,0 (64)
Aceitação usuário/família	79,7 (63)
Fácil acesso as residências	49,4 (39)
Dia/horário definido para as visitas	26,6 (21)
Outros motivos	15,2 (12)
Transporte	6,3 (5)

O fator facilitador “ser conhecido pela população” possivelmente é o reflexo da definição de existir um território e de uma população adscrita, que proporciona estabelecer vínculo e responsabilização com a comunidade, conhecer seu modo de vida e ao mesmo tempo ser conhecido pela mesma⁽⁷⁾.

A visita domiciliar favorece o inter-relacionamento na dinâmica usuários-famílias-ESF, fortalecendo a formação do vínculo entre estes. Esta então deve ser valorizada como mais uma alternativa viável ao acesso a cuidados clínicos e suas tecnologias da vigilância à saúde respondendo de forma abrangente às necessidades, à equidade na oferta de ações, acesso a respostas mais amplas e efetivas e a ser bem tratado e respeitado, inclusive em suas recusas e no seu *saber próprio*⁽⁴⁸⁾.

Durante a realização da visita domiciliar, 86,1% dos profissionais disseram também atender as necessidades de saúde dos familiares dos usuários. Entretanto, quando questionamos estes usuários, 78,2% disseram que seus familiares não são atendidos durante a visita, mostrando uma diferença elevada no relato dos profissionais e dos usuários (gráfico 3).

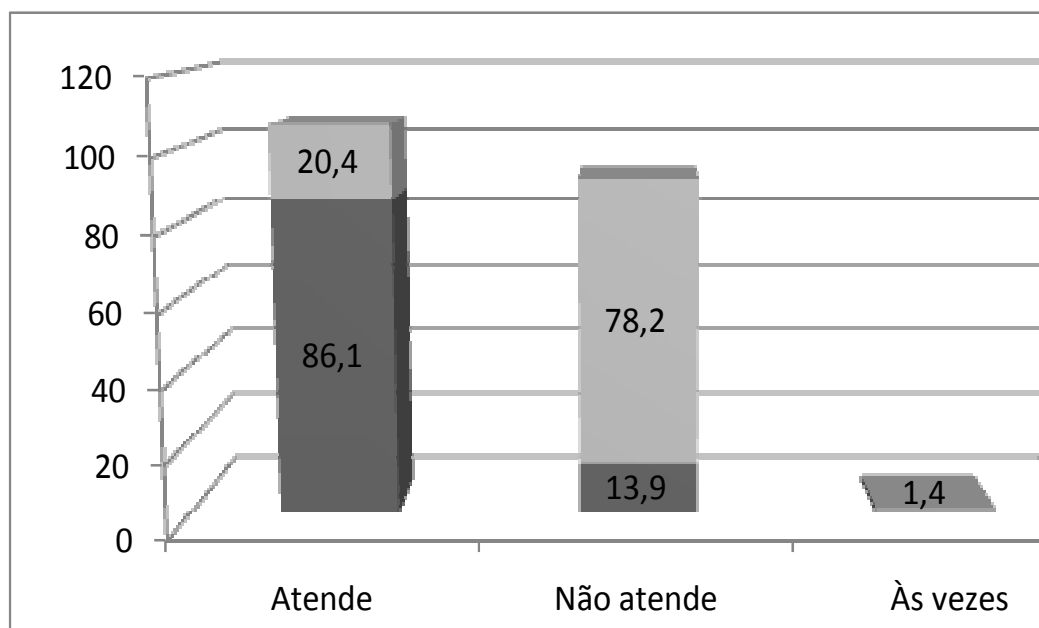


Gráfico 3. Proporção de atendimento integral a família durante a visita domiciliar, citado pelos profissionais de saúde e usuários em Aracaju/SE, 2009

A realização do atendimento das necessidades de saúde dos familiares durante a visita domiciliar favorece a humanização do atendimento, a integralidade da atenção e ao mesmo tempo diminui o fluxo e o tempo despendido pelos usuários para comparecer à unidade de saúde ⁽⁵⁾.

Entender o atual modelo de atenção à saúde que tem como foco a prevenção das doenças e o lócus familiar, tem sido um desafio para os profissionais que compõem as equipes de saúde assim como compreender que a família e a comunidade interferem no adoecer, governando as relações que se estabelecem nos contextos familiares ⁽⁴⁹⁻⁵⁰⁾. Constata-se cada vez mais que o objeto de trabalho dos profissionais das equipes de saúde da família, ora é constituído pelo usuário que necessita de cuidados e não tem condições de comparecer a unidade de saúde, ora pela sua família ⁽²⁾.

Nos últimos anos, inclusive, algumas universidades e escolas de medicina têm utilizado uma metodologia de ensino denominado “Aprendizado baseado em Problemas” (PBL). O PBL promove a interdisciplinaridade diminuindo a distância entre teoria e prática, analisando integralmente um determinado problema de saúde, interagindo com a comunidade nas unidades de saúde e nos hospitais, e por fim promovendo o conhecimento de forma mais contextualizada ⁽¹⁴⁾. Profissionais de

saúde com essa formação mais integradora poderiam em princípio, tornarem-se potenciais profissionais que entenderiam melhor as particularidades da dinâmica social da VD.

Registro das visitas domiciliares

Durante o desenvolvimento deste estudo, observou-se fragilidades com relação ao levantamento de informações sobre os usuários que receberam VD no município de Aracaju. Esse fato se deu pela inexistência de uma ficha de registro das visitas realizadas ou a se realizar, apontando para a possibilidade da quantidade de VD no período pesquisado, ter sido superior a identificada. No Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), existem fichas de acompanhamento de gestante, hipertensão, diabetes mellitus, tuberculose e hanseníase utilizadas pelos ACS⁽⁵¹⁾.

Sugere-se, em vista do exposto, a implantação de uma ficha de acompanhamento da VD (ficha B-VD), onde deverão ser registrados os usuários que necessitam receber VD da equipe (apêndice 1). A implantação deste instrumento possibilitará planejar, executar, monitorar e avaliar, mantendo registro das VD realizadas e permitindo acesso a série histórica. Estudo realizado no sul do Brasil em 2007, já apontava como fragilidade da visita, a ausência de um instrumento padronizado que identifique os atendimentos realizados, assim como o ambiente da VD⁽⁵²⁾.

Entre os profissionais entrevistados, 94,9% informaram registrar a VD em um ou mais de um instrumento. Indagados sobre os instrumentos que utilizaram para registro, 43,0% afirmaram registrar em prontuário, 13,9% no terminal de assistência do cartão do Sistema Único de Saúde, 13,9% no SIAB, 1,3% no boletim de produção ambulatorial (BPA/SIA), 59,5% em outro instrumento e 3,8% não a registram. A elevada frequência encontrada de *outro instrumento* provavelmente se deve a utilização pelos ACS de planilha própria que é lançada mensalmente no SIAB pelo enfermeiro. A VD, assim como os demais atendimentos, além de serem registradas nos prontuários, que são manuais e que ficam arquivados nas unidades de saúde, deve alimentar os Sistemas de Informação em Saúde, para que possam configurar-se em informações fundamentais para o planejamento e avaliação⁽⁵³⁾. Vale lembrar que os sistemas de informação registram apenas o quantitativo das VD realizadas.

Para o problema dos registros dos atendimentos realizados, uma alternativa é a implantação do prontuário eletrônico que possibilita armazenar, acessar e recuperar a informação, aliado ao fator ganho de tempo. Entretanto, é necessário investir na instalação de rede de informática capaz de dar o suporte necessário, aquisição de equipamentos e capacitação dos profissionais⁽⁵⁴⁾.

A VD está em expansão no Brasil e reaparece como um novo lugar de trabalho para os profissionais de saúde, seja no âmbito público, através dos profissionais da estratégia Saúde da Família, como também no privado, a exemplo da Caixa de Assistência do Banco do Brasil (CASSI), Home Care e outros⁽⁵⁵⁾.

Para que o objetivo da VD seja atingindo é necessário planejar, sistematizar, organizar e documentar. Na etapa de planejamento, deve se identificar o usuário, endereço e os fatores de risco que levaram ao motivo da visita. É importante avaliar previamente o prontuário e a ficha de cadastro da família, além de verificar necessidade de transporte para realizá-las. Na etapa de execução faz-se necessário, por ocasião da realização das visitas, levar prontuários dos integrantes da família bem como instrumentos e materiais que se façam necessários ao desenvolvimento das ações, como estetoscópio, esfignomanômetro, termômetro, luvas de procedimento, material para curativo e outros.

Durante a VD deve-se observar relacionamento interpessoal dos moradores/familiares, avaliar grau de urgência e qual profissional deve realizá-la; estabelecer sistematização da assistência; definir intervalo entre as VD e junto com a família definir quem deve ser o cuidador; registrar as informações no prontuário, no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e caso seja necessário, em outros sistemas. Avaliar a realização das VD mensalmente ou quando necessário, discutindo os casos, diagnóstico, tratamento, evolução, prognóstico e o cuidador, com a equipe e com a família. Em função disso, propõe-se a implantação de uma tecnologia social, denominada Ficha de acompanhamento dos usuários que necessitam de VD, a Ficha B-VD (apêndice 1).

3.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estratégia Saúde da Família tem potencializado a visita domiciliar e, embora seja um modelo assistencial com foco na vigilância à saúde, observou-se que muitas das práticas ainda estão baseadas no modelo hospitalocêntrico com ações de acompanhamento e cura das doenças, sobretudo de práticas individuais. O avanço a ser considerado é que essa prática está mais direcionada aos agravos crônicos, como também a realização e identificação pelos profissionais e usuários, de ações de prevenção.

Ao mesmo tempo, a VD é uma ferramenta que fortalece o modelo de vigilância à saúde, possibilitando realizar a integralidade da atenção de forma acolhedora, tornando visíveis os usuários em seu ambiente domiciliar, permitindo conhecer a estrutura das famílias e as interações estabelecidas no recesso do domicílio e na comunidade. A VD se configura como uma oportunidade para realizar uma forma diferente de cuidar, com suporte técnico-científico, em um espaço extra-unidade de saúde, levando em consideração as condições sociais, econômicas e culturais que interferem no processo saúde/doença, e ao mesmo tempo, o momento de fortalecer o vínculo da dinâmica usuário-família-ESF, ampliando o acesso da população às ações de saúde num dos pontos da rede de atenção à saúde, o domicílio⁽⁵⁶⁾.

A mudança demográfica e epidemiológica que vem ocorrendo, sem dúvida, se deve ao envelhecimento e aumento da expectativa de vida da população, o que provavelmente levará a um aumento na necessidade da VD. Esse estudo permite contribuir com o fortalecimento da VD ao propor a implantação e apresentar uma tecnologia social, a ficha de acompanhamento da VD (Ficha B-VD). A Ficha B-VD é de fundamental importância, por permitir e servir como ferramenta de planejamento, programação, monitoramento e avaliação, obter informações sempre que necessário sobre os usuários da VD e ao mesmo tempo, possibilitar a sua análise periódica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rehem ETCM, Santa B, Trad, LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva* 10 (sup): 231-42, 2005. [[Links](#)]
2. Kerber NPC, Kirchof A, Vaz M. Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo na saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(3): 485-493, mar, 2008. [[Links](#)]
3. Sakata KN, Almeida C, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. *Rev Bras Enferm* vol. 60 no. 6 Brasília Nov/Dez. 2007. [[Links](#)]
4. Ministério da Saúde (BR). Grupo Hospitalar Conceição. Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde; organizado por José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.
5. Souza CR, Lopes SCF, Barbosa MA. A Contribuição do Enfermeiro no Contexto de Promoção à Saúde através da visita domiciliar. *Revista da UFM*, vol. 6, n. especial, dez 2004. [[Links](#)]
6. Carvalho BG, Martin GB, Cordoni JL. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: Andrade S. M, Soares, D. A. Cordoni, Jr. L. (orgs.). *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina. Uel/Abrasco, 2001. [[Links](#)]
7. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 648, 28 de março de 2006. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2006.
8. Murashima S, Nagata SM, Magilvy JK, Fukui S, Kayama M. Home care nursing in Japan: a challenge for providing good care at home. *Public Health Nursing*. v. 19, n. 2, p. 94-103, 2002. [[Links](#)]
9. Ryu H, An J, Koabyashi M. Home health nursing care agenda based on health policy in Korea. *Nursing and Health Sciences*, v. 7, n. 2, p. 92-98. 2005. [[Links](#)]

10. Thomé B, Dykes AK, HallbergIR. Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, Oxford, v. 12, n. 6, p. 860-872, 2003. [[Links](#)]
11. Takahashi RF, Oliveira MAC. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 43-46 [[Links](#)]
12. Sousa AJF, Matias GN, Gomes KFA, Parente ACM. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm* vol. 60 n. 4 Brasília July/Aug. 2007. [[Links](#)]
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2006.
14. Soares VA. Aprendizado baseado em problemas aplicado ao curso de Medicina. *Medicina On line - Revista Virtual de Medicina*. vol. 1, n. 1, Jan/Fev/Mar de 1998. Acesso em 26/12/2009 [[Links](#)]
15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Ministério da Saúde. Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
16. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. (1997) A avaliação na área da saúde: Conceitos Métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org). Avaliação em Saúde: dos modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. EDUFBA. Salvador, 2005.
17. Prefeitura Municipal de Aracaju. Apresenta aspectos geográficos da cidade de Aracaju. Aracaju; 2009. Disponível em: URL:

http://www.aracaju.se.gov.br/aracaju/?act=fixo&materia=aspectos_geograficos.

[[Links](#)]

18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2002. Rio de Janeiro; 2002. [citado em: 10 de agosto de 2009]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> [[Links](#)]

19. Barbeta P.A. Estatística aplicada as ciências sociais. 2ª ed. Florianópolis: UFSC, 1998.

20. Lopes MJM, Leal SMC. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. Caderno Pagu (24), Campinas/São Paulo, janeiro-junho 2005, pp. 105-125. [[Links](#)]

21. Kinsella K, Taeuber CM. An Aging World II. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1992. [[Links](#)]

22. Neri AL (org). Qualidade de Vida e Idade Madura. Campinas, São Paulo: Ed. Papyrus. 7ª edição, 2007.

23. Ministério da Saúde (BR). Fiocruz/DAB-MS. Perfil dos médicos e enfermeiros do Saúde da Família no Brasil. Rio de Janeiro, 2000. [[Links](#)]

24. Ferreira MEV, Schimith MD, Caceres NC. Necessidades de Capacitação e Aperfeiçoamento dos Profissionais de Equipes de Saúde da Família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 0560/2007. [[Links](#)]

25. Silva MH, Santos MR. Perfil social dos agentes comunitários de saúde vinculados ao programa de Saúde da Família da zona norte do município de Juiz de Fora. Revista eletrônica de APS/NATES/UFJF. Disponível em: www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v006n2/Pesquisa2, 2003. [[Links](#)]

26. Machado, ATGM. Saúde Humana e Ambiente. 491-510 p, 2005.

27. Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju/Sergipe. Modelo Saúde e Cidadania. www.aracaju.se.gov.br/saude, 2009. [[Links](#)]

28. Medeiros, CRG. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2007. [[Links](#)]
29. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*. [online]. set. 2006, vol.15, n.3, p.7-18. [[Links](#)]
30. Presidência da República (BR). Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Publicado no D.O.U., 20.9.1990, Brasília (DF). [[Links](#)]
31. Amaro S. *Visita Domiciliar: Guia para uma abordagem complexa*. Porto Alegre. AGE. 2003. [[Links](#)]
32. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Demográficas e populacional. População Residente. censo 2000. Disponível na Internet: <http://www.datasus.gov.br/cgi/ibge/popmap.htm>. [[Links](#)]
33. Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Aracaju/Sergipe. *Modelo Saúde e Cidadania. Manual de Ações Programáticas*, 2008. www.aracaju.se.gov.br/saude. [[Links](#)]
34. Beltrame A. Entrevista com o Secretário de Assistência a Saúde SAS/MS. Informe Escola Nacional de Saúde Pública. 2009). [[Links](#)]
35. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica n. 15*. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2006. 58p.
36. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica n. 16*. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2006. 56p.

37. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. São Paulo, vol. 19, n. 1, p 745-57, fev 2002. [[Links](#)]
38. Manãs LR. Atención Domiciliaria para personas ancianas: no todo vale. *Rev. Española de Salud Pública*, vol. 77 nº 5, Madrid, oct. 2003. [[Links](#)]
39. Savassi LCM; Dias, MF. Visita Domiciliar. Grupo de Estudos em Saúde da Família. AMMFC: Belo Horizonte, 2006. Disponível em http://www.smmfc.org.br/gesf/gesf_vd.htm [[Links](#)]
40. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 2006.
41. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva de Assistência à Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. Instrutivo dos indicadores para a pactuação unificada. 100 p. 2009. [[Links](#)]
42. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública* vol. 43 n. 3. São Paulo May/June 2009 Epub Apr 17, 2009. [[Links](#)]
43. Florianópolis. Secretaria Municipal De Saúde. Assessoria de Desenvolvimento Institucional. Pré-Protocolo De Atenção Domiciliar, 2006. [[Links](#)]
44. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Revista Panamericana Salud Publica* vol. 24 n.3 Washington Sept. 2008. [[Links](#)]
45. Silva MRSS, Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Tavares KO. Resiliência e promoção da saúde. *Revista Texto & contexto-enfermagem*. vol.14 n. especial, Florianópolis, 2005. [[Links](#)]

46. Schimith MD, Lima MADS. O Enfermeiro na equipe de Saúde da Família: estudo de caso. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 abr/jun; 17(2):252-6. [[Links](#)]
47. Abraão, AL. Atenção Primária e o Processo de trabalho em saúde. Informe-se em promoção da saúde. v.03, n. 1.p.01-03. jan-jun. 2007. [[Links](#)]
48. Mandú ENT, Gaíva MAM, Silva MA, Silva AMN. Visita Domiciliária sob o olhar e usuários do programa saúde da família. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, 2008 Jan-Mar; 17(1): 131-40. [[Links](#)]
49. Marasquin HG, Duarte RVC, Pereira RBL, Monego, ET. Visita domiciliar: o olhar da comunidade da quadra 603 Norte. Palmas (TO). Revista da UFG, vol. 6, n. Especial, dez 2004. [[Links](#)]
50. Albuquerque ABB, Bosi MLM. Visita Domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções dos usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 25(5): 1103-1112, maio, 2009. [[Links](#)]
51. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2003. 96 p.
52. Marques GQ, Freitas IBA. Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma Unidade Básica de saúde, Porto Alegre, Brasil. Rev Esc Enferm USP, 2009; 43(4):825-32. [[Links](#)]
53. Souza MFM. Dos dados a política: a importância da informação em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*. mar. 2008, vol.17, n.1, p.5-6. [[Links](#)]
54. Belo Horizonte. Prefeitura Municipal. A saúde está em rede: em BH, tecnologia é instrumento de cidadania. Disponível em: <http://portal2.pbh.gov.br>. [[Links](#)]
55. Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. Saúde e Sociedade, vol.15 n. 2. São Paulo May/Aug. 2006. [[Links](#)]

56. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009. 848 p.

APÊNDICE 1

FICHA B - VD	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA												ANO _____		
MUNICÍPIO _/_/_/_/_/_/_/_	SEGMENTO _/_	UNIDADE _/_/_/_/_/_/_/_	ÁREA _/_/_	MICRO- ÁREA _/_	NOME DO ACS _____										
ACOMPANHAMENTO DA VISITA DOMICILIAR PELA EQUIPE															
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO	FATORES DE RISCO	MESES - PROFISSIONAL VISITADOR												OBSERVAÇÃO	
		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ		
NOME: ENDEREÇO:	1.IDADE														
	2.PUERPERA														
	3.ACAMADO														
	4.DIF ANDAR														
	5.DEFICIENTE														
	6.HAS														
	7.DIA														
	8.CUIDADOR														
	9.OUTROS														
	10.CÔMODOS /PESSOAS	_/_													
	11.AGUA/LUZ	_/_													
NOME: ENDEREÇO:	1.IDADE														
	2.PUERPERA														
	3.ACAMADO														
	4.DIF ANDAR														
	5.DEFICIENTE														
	6.HAS														
	7.DIA														
	8.CUIDADOR														
	9.OUTROS														
	10.CÔMODOS /PESSOAS	_/_													
	11.AGUA/LUZ	_/_													
NOME: ENDEREÇO:	1.IDADE														
	2.PUERPERA														
	3.ACAMADO														
	4.DIF ANDAR														
	5.DEFICIENTE														
	6.HAS														
	7.DIA														
	8.CUIDADOR														
	9.OUTROS														
	10.CÔMODOS /PESSOAS	_/_													
	11.AGUA/LUZ	_/_													

Legenda: Preencher corretamente todos os campos. Em fatores de risco registrar idade em anos. No item 10 registrar nº cômodos e nº pessoas. Os demais itens registrar S: sim N:não.

4. CAPÍTULO 03 – ARTIGO 02

Contexto Ecobiológico da Visita Domiciliar sob a Perspectiva dos Usuários no município de Aracaju/Se

Echobiology context from home visits under the perspective of Users in the municipality of the city of Aracaju.

Contexto Ecobiológico de la Visita Domiciliar bajo la Perspectiva de los Usuarios en el municipio de Aracaju/SE

Leane de Carvalho Machado^I; Cláudia Moura de Melo^{II}; Cristiane Costa da Cunha Oliveira^{III}

^IEnfermeira e Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes-UNIT, Aracaju, Se. Professora Assistente do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Tiradentes-UNIT Aracaju, Se. Enfermeira Sanitarista da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. leanecm@gmail.com

^{II}Professora e Doutora pela UNICAMP e Docente do Mestrado Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes-UNIT. Aracaju, Se. claudiamouramelo@hotmail.com

^{III}Odontóloga e Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade de Pernambuco; Docente do Mestrado Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes-UNIT. Aracaju, Se e pesquisadora do Instituto de tecnologia e Pesquisa. criscunhaoliva@yahoo.com.br

RESUMO

Estudo quantitativo e qualitativo, realizado no município de Aracaju/Se em 2009; objetivou construir e analisar ecomapa de 216 usuários que receberam visita domiciliar das Equipes de Saúde da Família e suas percepções sobre a visita; foi utilizado formulário semi-estruturado validado pelo método *face validity*; estudo mostrou 50,5% dos usuários maiores de 60 anos, 77,8% do gênero feminino, 68,0% com baixa escolaridade, 49,1% aposentados; 62,5% desconhecem o auxiliar de enfermagem, 58,8% tem cuidador familiar, 94,4% consideram a visita importante e 75,9% estão informados do direito a visita, mas a consideram um privilégio. A visita domiciliar é perfeitamente exeqüível, humanizadora e acolhedora; é uma oportunidade ímpar de emergir e conhecer o ambiente das famílias, prestando atendimento em espaço mais humano e acolhedor.

Descritores: Ecograma; Visita domiciliar; Equipe de Saúde da Família.

ABSTRACT:

Author: Leane Machado de Carvalho

Advisor: Prof. D.Sc. Claudia Moura de Melo

Quantitative and qualitative study, conducted at the city of Aracaju in 2009, aimed to build and analyze ecomap of 216 users who received home visits from Family Health Teams and their perceptions about the visit, we used a semi-structured validated the method against Validity; study showed 50.5% of users older than 60 years, 77.8% female, 68.0% with low education, 49.1% retired, 62.5% do not know the nurse, 58.8 % have family caregivers, 94.4% considered important visit and 75.9% are aware of the right to visit, but consider it a privilege. The home visit is perfectly feasible, humanizing and cozy, it is a unique opportunity to emerge and meet the environment of families, providing care in more human and welcoming space.

Key words: echograms; Home visit; Family Health Team.

RESUMEN

Autor: Leane de Carvalho Machado

Orientadora: Prof^a D.Sc. Cláudia Moura de Melo

Estudio cuantitativo y cualitativo, llevado a cabo en la ciudad de Aracaju en 2009, objetivó construir y analizar ecomapa bajo perspectiva de 216 usuarios de de la visita domiciliar de los Equipos de Salud Familiar y los sentimientos instigados por la visita; fue utilizado formulário semi-estructurado validado por el método *face validity*; resultado mostró usuarios con edad media de 56,1 años, 77,8% de género femenino, 68,0% de analfabetos funcionales, 49,1% jubilados, 83,8% apuntan encamados para recibir la visita, pero 53,2% refieren agravio crónico para su visita, 62,5% desconocen el agente comunitario de salud, 58,8% tiene apoderado, 94,4% consideran importante la visita, 75,9% son informados del derecho a la visita, pero consideran un privilegio. Es una oportunidad impar de emerger en el ambiente familiar, conocer y entender su vivir, sus necesidades, limitaciones, prestando atendimento en espacio más humano y acogedor.

Descriptor: Ecograma, Visita domiciliar; Equipo de Salud de la Familia.

4.1 INTRODUÇÃO

A visita domiciliar (VD) tem uma grande importância na área da saúde visto que, por meio deste procedimento, pode-se avaliar as condições ambientais e físicas em que vive o indivíduo e sua família, prestar assistência e aplicar medidas de controle, tanto para as doenças transmissíveis ou parasitárias como para as não transmissíveis e, principalmente, educar⁽¹⁾. Apesar de ser um procedimento antigo, a visita domiciliar traz resultados inovadores, uma vez que possibilita conhecer a realidade do usuário e sua família *in loco*, além de fortalecer os vínculos usuário-terapêutica-profissional de saúde⁽²⁾.

O interesse em investigar a satisfação dos usuários, no setor saúde, teve início na década de 70, baseado em aspectos técnicos e estruturais da qualidade da atenção. Nas últimas décadas, esse tema vem sendo considerado como um componente importante na qualidade do cuidado, bem como provedor de informações confiáveis e adequadas sobre a opinião da população em relação aos serviços oferecidos, permitindo seu aprimoramento⁽³⁾. Verificou-se que para continuar avançando na melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos a população, se fazia necessário agregar profissionais de diferentes áreas, em virtude da demanda de outras ações de saúde necessárias à população⁽⁴⁾.

Para implementar um programa de saúde dirigido à família, torna-se necessário conhecer como vive, seu cotidiano, sua cultura, seus costumes, crenças, padrões de comportamento e sua comunidade. É importante conhecer o território onde está inserido, podendo esse aspecto ser facilitado por meio da VD, considerada como um dos instrumentos de compreensão do viver em família, que possibilita uma visão das reais condições de vida e amplia o olhar para além dos problemas de saúde, tornando-se uma vivência enriquecedora para todos⁽⁵⁾.

A visita domiciliar é um instrumento que possibilita conhecer a família, as formas de trabalho e vida dos seus familiares, os padrões de solidariedade que se desenvolvem no interior do universo familiar e como podem contribuir para o cuidado, cura ou recuperação de um dos seus membros. Além da identificação dessa situação

familiar, a sua prática compreende ainda entender as funções sociais, econômicas, ideológicas e de reprodução da força de trabalho da família na sociedade⁽²⁾. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) descreve o processo de trabalho das equipes de saúde da família orientando a prática para o “cuidado familiar ampliado, efetivado por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade”⁽⁶⁾.

Este estudo teve como objetivo construir e analisar ecomapa sob a perspectiva dos usuários da visita domiciliar no município de Aracaju/Se, assim como os conteúdos emocionais instigados a partir do atendimento domiciliar.

4.2. METODOLOGIA

Estudo quantitativo e qualitativo, descritivo, na área de Saúde Coletiva, realizado no município de Aracaju, capital de Sergipe, localizado na região nordeste do Brasil, com uma população de 536.785 habitantes⁽⁷⁻⁸⁾. Participaram do estudo os usuários que receberam VD dos profissionais das 128 Equipes de Saúde da Família (ESF), com cobertura de 97,31% da população, durante o ano de 2008.

A Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju/Se organizou as ações e serviços de saúde a partir da atenção básica ou atenção primária à saúde. Para facilitar a organização do serviço dividiu o município em oito regiões de saúde; cada região tem de cinco a seis Unidades de Saúde e cada Unidade de uma a seis Equipes de Saúde da Família, perfazendo um total de 41 unidades de saúde com 128 Equipes de Saúde da Família⁽¹⁰⁾.

Para o estabelecimento da amostra, utilizou-se o número de Equipes, em virtude da indisponibilidade de dados sobre as visitas domiciliares realizadas em 2008. A seleção da amostra ocorreu de forma aleatória e proporcional, utilizando a fórmula de Barbeta⁽⁹⁾, sendo definida por 10 Equipes de Saúde da Família e investigou-se 100% dos usuários proveniente dessas equipes, o que correspondeu a 216 usuários. Foi utilizado um erro amostral tolerável de 10% e intervalo de confiança de 95%. Ao total

calculado foi acrescido um percentual de 15%, como estratégia de prevenção a possíveis perdas de sujeitos e/ou dados. Procederam-se ao sorteio de uma equipe da 1ª, 3ª, 4ª, 5ª, 6ª e 7ª região e duas equipes da 2ª e 8ª região, considerando que apresentavam maior número de Equipes de Saúde da Família, perfazendo um total de 10 Equipes de Saúde da Família.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista, no domicílio dos usuários, obedecendo à Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, após prévia autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju e avaliação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNIT, através do cadastro nº 161208.

Utilizou-se formulário semi-estruturado e validado pelo método *face validity*, com vinte questões que admitiam uma e/ou múltiplas respostas; continha ainda uma questão aberta que abordou a importância da visita domiciliar, permitindo que cada usuário expressasse sua percepção e opinião acerca do tema e transcritas pelos pesquisadores. Para essa questão foi realizada análise de conteúdo o que possibilitou emergir no universo individual dos entrevistados e extrair o significado das falas dos entrevistados⁽¹¹⁾.

Os critérios adotados para a inclusão dos usuários foi ser maior de 18 anos, estarem cadastrado como usuário da Equipe de Saúde da Família, ter recebido visita domiciliar durante o ano de 2008 e aceitar participar da pesquisa, enquanto que não estar cadastrados como usuários das Equipes de Saúde da Família pesquisadas, não ter recebido visita domiciliar no ano de 2008, ter mudado de residência para outra área, ter falecido ou não aceitar participar da pesquisa se configuraram como critérios de exclusão.

As variáveis numéricas foram descritas como média e desvio padrão, enquanto para as categóricas utilizaram-se frequências simples e proporções. As variáveis relacionadas ao perfil dos usuários foram: faixa etária, gênero, renda, inserção no mercado de trabalho, diagnóstico e percepção quanto à importância da visita domiciliar, investigando e estabelecendo relações entre as mesmas.

A análise da distribuição das classes dentro de uma variável categórica na amostra foi realizada através do teste binomial para uma proporção. O nível de significância adotado foi de 0,05 e os testes assumidos como bicaudais.

4.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quem é o usuário de visita domiciliar em Aracaju/Se?

Os usuários da VD pesquisados no município de Aracaju/Se foram constituídos de 216 indivíduos com idade média de $56,1 \pm 25,6$ anos, sendo a mínima de 13 anos e a máxima de 103 anos e com predominância para o gênero feminino (77,8%; $p < 0,0001$), evidenciando que as Equipes de Saúde da Família realizam visita tanto ao adolescente, quanto aos adultos e idosos (tabela 1).

No sul do Brasil, gestantes acompanhadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS) iniciam o pré-natal mais precocemente, realizam maior número de consultas e de exames clínicos e laboratoriais e receberam mais orientações sobre amamentação e suplementação do sulfato ferroso, mostrando a importância dessa modalidade de atendimento⁽¹²⁾.

Estudo realizado no Chile mostrou que a VD tem sido utilizada como uma excelente estratégia de intervenção para as gestantes adolescentes, através de um agente visitador, com o objetivo de educar, diminuir o estresse da família e ajudar a desenvolver habilidades de auto-ajuda utilizando os recursos disponíveis⁽¹³⁾. Nesse estudo foram identificadas 34,7% (75) de puérperas visitadas.

A saúde da mulher e da criança são áreas programáticas de fundamental importância, implantadas no Brasil desde a década de 30 e priorizadas no Pacto de Saúde e pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁽¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶⁻⁶⁾. Quando a mulher passa da condição de gestante para puérpera deve se sentir confiante o suficiente para assumir o papel de mãe. A enfermagem influencia no binômio puérpera/recém-nascido, ao fornecer orientações, esclarecer, diminuir os anseios e minimizar as dificuldades, principalmente sobre o aleitamento materno, cartão da criança, visita ou consultas subsequentes e cuidados para o restabelecimento fisiológico da mulher⁽¹⁷⁾.

Com relação ao atendimento domiciliar, voltado para os idosos, estudo realizado e publicado no sul Brasil em 2009, evidenciou que estes usuários apresentavam algumas dificuldades financeiras, limitações para realizar atividades diárias, na sexualidade; faziam uso de medicação de uso contínuo, tinham bom acesso aos cuidados de saúde e concluiu que é possível ter boa qualidade de vida mesmo apresentando co-morbidades⁽¹⁸⁾. Do total de usuários visitados 50,4% (109) foram realizadas para os idosos.

Estudo conduzido em diferentes regiões do Brasil apontaram diferenças significativas de acesso aos serviços de saúde, mostrando que as mulheres os utilizam mais regularmente, em contraponto aos homens, tanto para consulta médica quanto odontológica⁽¹⁹⁾. Este contexto reflete a situação descrita por estudos realizados pelo Ministério da Saúde do Brasil, que evidenciaram serem os homens mais susceptíveis aos problemas de saúde, principalmente aos agravos crônicos e que morrem mais cedo que as mulheres, aliado ao fato dos homens não buscarem atendimento na atenção primária à saúde⁽²⁰⁾.

Ao se analisar a escolaridade dos usuários da VD no município de Aracaju/Se, verificou-se que 36,1% eram analfabetos, 31,9% têm o primeiro grau incompleto, 18,5% têm o 2º grau e 10,6% têm o 1º grau completo. Este perfil de escolaridade apresenta concordância com estudo realizado no estado de Tocantins em 2003, onde a maioria das visitas foi para usuários sem escolaridade ou de baixa escolaridade, muitos considerados analfabetos funcionais. A baixa escolaridade e qualificação ocupacional também estão relacionadas a problemas sociais, como a violência, podendo gerar problemas de saúde crônicos com seqüelas físicas⁽²¹⁻²²⁻²³⁾.

Analisando a renda familiar, verificou-se que 77,3% possuem renda até 2 salários mínimos, sendo 34,7% se concentra em 2 salários mínimos, 33,3% em 1 salário mínimo e 9,3% menos de 1 salário. O estudo evidenciou coerência com o trabalho realizado no município de Natal, estado do Rio Grande do Norte, que apontou concentração de renda familiar dos usuários até 2 salários mínimos mostrando a mesma situação de fragilidade sócio-econômica, diferentemente do estudo no município de Palmas, estado de Tocantins que mostrou resultados de 92% de usuários com renda até 2 salários mínimos. Vale lembrar que estudo realizado no Brasil mostrou

que quanto menor o poder aquisitivo, menor é o acesso a serviços de saúde e maior o número de acamados⁽²⁴⁻²⁵⁻²⁶⁻²⁷⁾.

Quanto a inserção dos usuários no mercado de trabalho, mostrou percentual significativo de 49,1% ($p < 0,0001$) de aposentados e 31,0% ($p < 0,0001$) desempregados e apenas 7,4% no mercado de trabalho formal. Diversas pesquisas evidenciam aumento crescente de desempregados, trabalhadores sem carteira assinada, trabalhadores informais, estando esses indivíduos mais sujeitos a acidentes e incidentes⁽²²⁻²³⁾. Por outro lado, a visita domiciliar é priorizada para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre estes aos trabalhadores informais e aposentados, que em sua maioria fazem parte de uma massa de excluídos de outros tipos de serviços de saúde⁽²¹⁾.

Tabela 1: Caracterização dos usuários atendidos no domicílio pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família no município de Aracaju/Se, 2009

<i>Características dos usuários</i>		% (n)	% (n) acumulado
<i>Idade</i>	0 – 9	-	-
	10 – 19	5,0 (11)	5,0 (11)
	20 – 59	44,5 (96)	49,5 (107)
	≥ 60	50,5 (109)	100,0 (216)
<i>Sexo</i>	Feminino	77,8 (168)	77,8 (168)
	Masculino	22,2 (48)	100,0 (216)
<i>Escolaridade</i>	Analfabeto	36,1 (78)	36,1 (78)
	1º grau incompleto	32,0 (69)	68,1 (147)
	1º grau	10,6 (23)	78,7 (170)
	2º grau	18,5 (40)	97,2 (210)
	Superior incompleto	1,4 (3)	98,6 (213)
	Superior	1,4 (3)	100,0 (216)
<i>Renda familiar</i>	<1 SM	9,3 (20)	9,3 (20)
	1 SM	33,3 (72)	42,6 (92)
	2 SM	34,7 (75)	77,3 (167)
	3 SM	12,5 (27)	89,8 (194)
	>4 SM	9,7 (21)	99,5 (215)
	Não sabe	0,5 (1)	100,0 (216)
<i>Inserção mercado trabalho</i>	Aposentado	49,1 (106)	49,1 (106)
	Desempregado	31,0 (67)	80,1 (173)
	Emprego formal	7,4 (16)	87,0 (189)
	Outros	12,5 (27)	100,0 (216)

Legenda: SM- salário mínimo

Avaliando o ambiente do usuário de visita domiciliar

Uma vez que a estratégia da Saúde da Família proposta pelo governo elege a família como núcleo social alvo em território definido, faz-se *mister* avaliar todas as variáveis ambientais do domicílio destes usuários⁽²⁸⁾.

Entre os usuários entrevistados, 41,7% residem a mais de 20 anos no atual domicílio, 27,8% entre 1 e 5 anos, 18,5% entre 5 e 15 anos e 9,3% entre 15 e 20 anos e apenas 2,8% a menos de 1 ano. O tempo de residência no mesmo domicílio é um fator facilitador para o trabalho das Equipes de Saúde da Família que devem cuidar dos usuários e de suas famílias, conhecendo sua estrutura e funcionalidade, de forma contínua ao longo do tempo, coordenando o cuidado, estabelecendo vínculos e se responsabilizando por estes núcleos familiares.

É necessário conhecer o modo de vida dos usuários e a VD proporciona esse conhecimento. A VD permite conhecer a existência de solidariedade entre os familiares e como estes podem contribuir para a realização do cuidado, recuperação ou cura do usuário que está a necessitar da visita⁽⁵⁻²⁾.

O estudo mostrou que apenas 24,5% dos domicílios dos usuários visitados possuem 5 cômodos. A relação número de cômodos/usuário mostrou que 25% tem até um cômodo por pessoa, 50% tem até 1,3 cômodos por pessoa e 75% tem até dois cômodos por pessoa. O pequeno número de cômodos por pessoa é um fator sócio-econômico que contribui para os problemas de saúde dos usuários por ficarem aglomerados em poucos cômodos, principalmente quando algum morador apresenta doença infecto-contagiosa⁽²⁹⁾. Tal condição implica na manutenção da saúde dos moradores, pois há uma diminuição do espaço físico das mesmas, repercutindo diretamente no atendimento de suas necessidades humanas básicas.

Pesquisa conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2000 mostrou que a densidade de moradores por cômodos vem caindo ao longo dos anos indicando maior disponibilidade de cômodos por pessoa e uma melhoria de

conforto; entretanto, não foi questionado o tamanho dos cômodos, podendo levar a possibilidade de diminuição dos mesmos ou a um melhor aproveitamento dos espaços domiciliares⁽³⁰⁻²⁹⁾.

Os dados apontaram 65,3% dos usuários entrevistados têm um cuidador e destes 58,8% são membros das famílias e 34,7% não possuem cuidadores conforme demonstrado no ecograma (figura 1). O ecomapa é um diagrama que retrata as relações entre a família e a comunidade, identificando as relações existentes, sejam conexões de apoio, suporte ou frágeis, como também aquelas consideradas oprimidas por conflitos entre a família e o mundo. Demonstra o fluxo ou a falta de recursos e as privações⁽³¹⁾.

Os cuidadores devem ser identificados pelos profissionais das equipes e verificar a capacidade de resiliência que apresentam, incentivando e fortalecendo essa capacidade; devem ser capazes de ajudar as pessoas e as famílias principalmente as que enfrentam adversidades duradouras como a existência de familiares acamados, com dificuldade de locomoção e/ou portadores de agravos crônicos degenerativos. Os profissionais das Equipes de Saúde da Família devem capacitar e/ou orientar os cuidadores domiciliares leigos para as tarefas mínimas de atenção básica no domicílio, como cuidados com a higiene corporal, dejetos, alimentação, administração de medicamentos, curativos e alerta para sinais e sintomas de complicações.

Estudo realizado em municípios das regiões sul, sudeste e nordeste do Brasil, mostrou que a maioria dos cuidadores geralmente são familiares⁽³²⁾; alguns municípios no interior de São Paulo já aprovaram portaria criando o serviço de assistência domiciliar, onde um dos critérios para seu recebimento é a existência de cuidador⁽³³⁾.

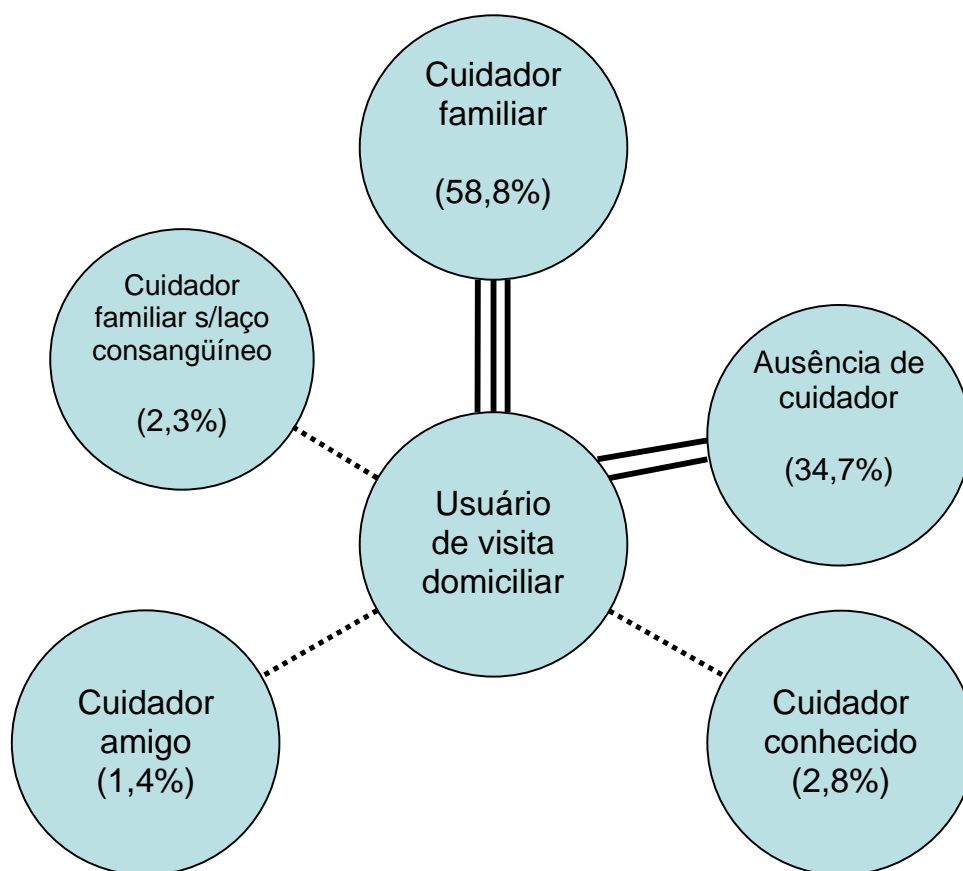


Figura 1: Ecomapa das relações dos usuários de visita domiciliar com seus cuidadores no município de Aracaju/Se, 2009

Avaliando a percepção do usuário quanto à visita domiciliar

A maioria dos usuários de visita domiciliar no município de Aracaju (63,4%) não compareciam a unidade de saúde há pelo menos 6 meses e destes, 13,9% nunca tinham ido a unidade. Estes dados apontam que a grande maioria das VD tem sido realizada para atender usuários com dificuldade de locomoção e acamados com problemas de saúde.

Durante o decorrer da análise da percepção dos usuários de visita domiciliar em Aracaju, verificou-se que 99,5% destes consideram a visita domiciliar importante e

94,4% se sentem bem, satisfeitos em receber a visita domiciliar, conforme relatado pelo usuário:

“A gente se sente confiante e se sente mais valorizado”.

Quando indagado sobre o direito a visita domiciliar, devido à impossibilidade de comparecer a unidade e necessitar de cuidados de saúde, 75,9% responderam afirmativamente, enquanto 24,1% desconheciam esse direito. Quanto a ser comunicado anteriormente que receberiam visita domiciliar, 70,4% relataram terem sido informados, 22,2% não informados, 5,1% às vezes e 2,3% não lembra (Tabela 2).

Tabela 2: Percepção dos usuários sobre a visita domiciliar no município de Aracaju/Se, 2009

Percepção dos usuários	% (n)	% (n)	% (n) acumulado
Percepção sobre a Visita domiciliar	Bem (satisfeito)	94,4 (204)	94,4 (204)
	Mal (envergonhado)	1,4 (3)	95,8 (207)
	Outra percepção	4,2 (9)	100,0 (216)
Conhecimento Direito a VD	Tem conhecimento	75,9 (164)	75,9 (164)
	Desconhece	24,1 (52)	100,0 (216)
Agendamento da VD	Avisado anteriormente	70,4 (152)	70,4 (152)
	Não avisado	22,2 (48)	92,6 (200)
	Às vezes	5,1 (11)	97,7 (211)
	Não lembra	2,3 (5)	100,0 (216)

Verificou-se ainda que, apesar dos usuários perceberem o avanço do SUS, alguns ainda o consideram atendimento para carentes e um privilégio, não tendo entendimento dos seus direitos, conforme relatos abaixo:

“Antigamente não tínhamos isso. Agora está ótimo”.

“Cuida das pessoas carentes, do povo que não tem dinheiro para ir a um hospital”.

“É um privilégio um médico na casa da gente”.

Estudo realizado em Goiânia evidenciou que a maioria dos usuários gosta de receber a visita domiciliar. É um momento de ser assistido, tirar dúvidas, receber esclarecimentos e ser valorizado como ser humano; o profissional ouviu suas queixas e suas dificuldades e se torna um profissional-amigo⁽³⁴⁾. Em relação ao conhecimento dos seus direitos, esse é um momento propício de empoderá-los, divulgando de que forma podem participar dos espaços de negociação e pactuação do SUS, seja nas conferências e nos conselhos de saúde, visto que a informação e o conhecimento são bens essenciais da população⁽³⁵⁾.

É importante avisar com antecedência a família sobre a VD com o objetivo de superar dificuldades que vão desde interromper o trabalho e os afazeres domésticos que são realizados pelos familiares, ao desperdício de tempo e custo com o deslocamento do profissional e ausência do cuidador para receber as orientações⁽²⁾. Por outro lado, cabe analisar se o agendamento prévio da efetivação da visita domiciliar pode interferir de algum modo, como conhecer de modo espontâneo a realidade social dos usuários tal como ela se apresenta.

Questionados sobre o motivo para terem recebido VD, os usuários apontaram 53,2% por hipertensão/diabetes, 34,7% puérpera, 19,9% por problemas ortopédicos, 13,9% por outros motivos, 11,6% por deficiência, 2,3% por problemas sociais, 1,9% por cirurgia e igual percentual por acidente. Quando se comparou as respostas dos usuários com os principais motivos que a população deve apresentar para receber VD, 83,8% apontaram ser acamado, 70,8% deficiente, 57,4% puérpera, 56,9% ter sido submetido à cirurgia, 22,2% problemas sociais e 17,1% outros problemas. Observou-se que o usuário identifica seus agravos, mas não expressaram como motivo da visita ser acamado ou deficiente (Quadro1). Neste estudo, foram considerados “deficiente”, os usuários que apresentavam dificuldade de locomoção; e como problema social, todo fator capaz de interferir na saúde da população.

Outro aspecto relevante é que apenas 34,7% citaram o parto como motivo para ter recebido a VD. Partindo-se do pressuposto que uma Equipe de Saúde da Família deve acompanhar no máximo 4.000 habitantes e sendo a média recomendada de 3.000

habitantes, a estimativa de gestante esperado anualmente é em torno de 2% da população; esperava-se encontrar em torno de seiscentas (600) puérperas ano, que deveriam ter recebido visita domiciliar ao chegar da maternidade⁽⁶⁻³⁶⁾. Esse dado aponta para que provavelmente, não realização de VD e/ou não localização das puérperas visitadas por não existir ficha de registro e acompanhamento das visitas realizadas e a realizar.

Alguns relatos de puérperas:

“Tira as dúvidas, como tratar as crianças, se precisar de ajuda elas resolvem e ajuda na minha saúde”.

“Porque quando a gente tem dúvida tem uma pessoa para explicar, porque tem determinadas coisas que eu não sei e fica fácil quando alguém explica”.

Observa-se no relato das puérperas, a importância da VD mesmo que tenham participado das atividades individuais e coletivas durante o pré-natal, na unidade de saúde, possibilitando tirar dúvidas que ainda persistam sobre o puerpério e o recém nascido, como cuidado com as mamas e o coto umbilical.

Quadro 1: Distribuição da freqüência dos problemas ou condições de saúde condicionantes da visita domiciliar, segundo a perspectiva dos usuários, no município de Aracaju/Se, 2009

Condição/Motivo para visita domiciliar	População Usuária % (n)	Usuário entrevistado % (n)
Idoso/acamado	83,8 (181)	nc
Hipertensão	nc	53,2 (115)
Diabetes	nc	53,2 (115)
Puérpera/recem nascido	57,4 (124)	34,7 (75)
Probl. ortopédicos	nc	19,9 (43)
Deficiente físico	70,8 (153)	11,6 (25)
Cirurgia	56,9 (123)	1,9 (4)
Acidente	nc	1,9 (4)
Problema social	22,2 (48)	2,3 (5)
Outros	17,1 (37)	13,9 (30)

Legenda: RN (recém-nascido) nc (não citado)

A Política Nacional de Atenção Básica considera como prioridade dez áreas de atenção a saúde, entre elas algumas doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão, a diabetes⁽⁶⁾. Os dados anteriormente apresentados apontam coerência com a política nacional estabelecida, quando visualiza que 53,2% dos usuários da VD são hipertensos e/ou diabéticos. Estes usuários, na maioria das vezes, para o controle efetivo dos seus agravos, necessitam também do uso regular e contínuo de medicações. Percebeu-se em muitas citações dos usuários a medicalização da saúde. Sumariamente, o processo de medicalização social pode ser visto como a expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos. Alguns relatos dos usuários:

“Para que conversar? Para que frescuragem? Para saber a vida da gente? Tem que ter é medicamento”

O uso de medicamento é fundamental para o bom controle dos agravos, mas outros fatores são importantes e devem ser considerados por contribuir para o bom controle da saúde, como alimentação saudável, atividade física, o lazer, a diminuição do estresse, que também são fatores que podem levar ao descontrole dos problemas de saúde.

Ao viver em uma sociedade que valoriza a anestesia e a sedação de sintomas, o médico e seu cliente aprendem a abafar a interrogação inerente a qualquer dor ou enfermidade: O que é que não anda bem? Por quanto tempo ainda? Por que é preciso? Por que eu? Por outro lado, o médico que ficar completamente surdo à pergunta implícita na lamentação do paciente, pode até reconhecer sintomas e fazer diagnósticos corretos, mas não compreenderá nada do sofrimento dele⁽³⁷⁾.

Entre os motivos apontados, pelos usuários para a não realização da visita domiciliar pelos profissionais, 48,6% dos médicos, 56,5% dos enfermeiros e 46,3% dos agentes não a realizam por falta de tempo; entre os auxiliares, os motivos relatados foram greve, problemas administrativos, falta de tempo, não querer realizar a visita, não gosta de fazer visita, “preguiça” etc.

Embora a visita domiciliar deva ser realizada por todos os integrantes da ESF, de acordo com as famílias entrevistadas, observou-se que os ACS são os maiores responsáveis pelo acompanhamento domiciliar, uma vez que 96,8% relataram conhecer esses profissionais, seguido do enfermeiro (87%), do médico (85,2%) e auxiliar de enfermagem (37,5%), como pode ser observado no ecograma (figura 2). Observou-se o pouco conhecimento do auxiliar de enfermagem pelos usuários, apontando para um possível distanciamento entre esse profissional e os demais membros da equipe e dos usuários. Há necessidade de resgatar o papel desse profissional na equipe, fazendo com que a comunidade o perceba, o conheça e o identifique como membro da equipe, assim como suas atribuições.

Resultado semelhante referente ao ACS foi encontrado em estudo realizado no município de Vitória da Conquista-BA, no qual se constatou que esse profissional tem visitado, no mínimo, uma vez por mês segundo 87,8% dos entrevistados⁽³⁸⁾.

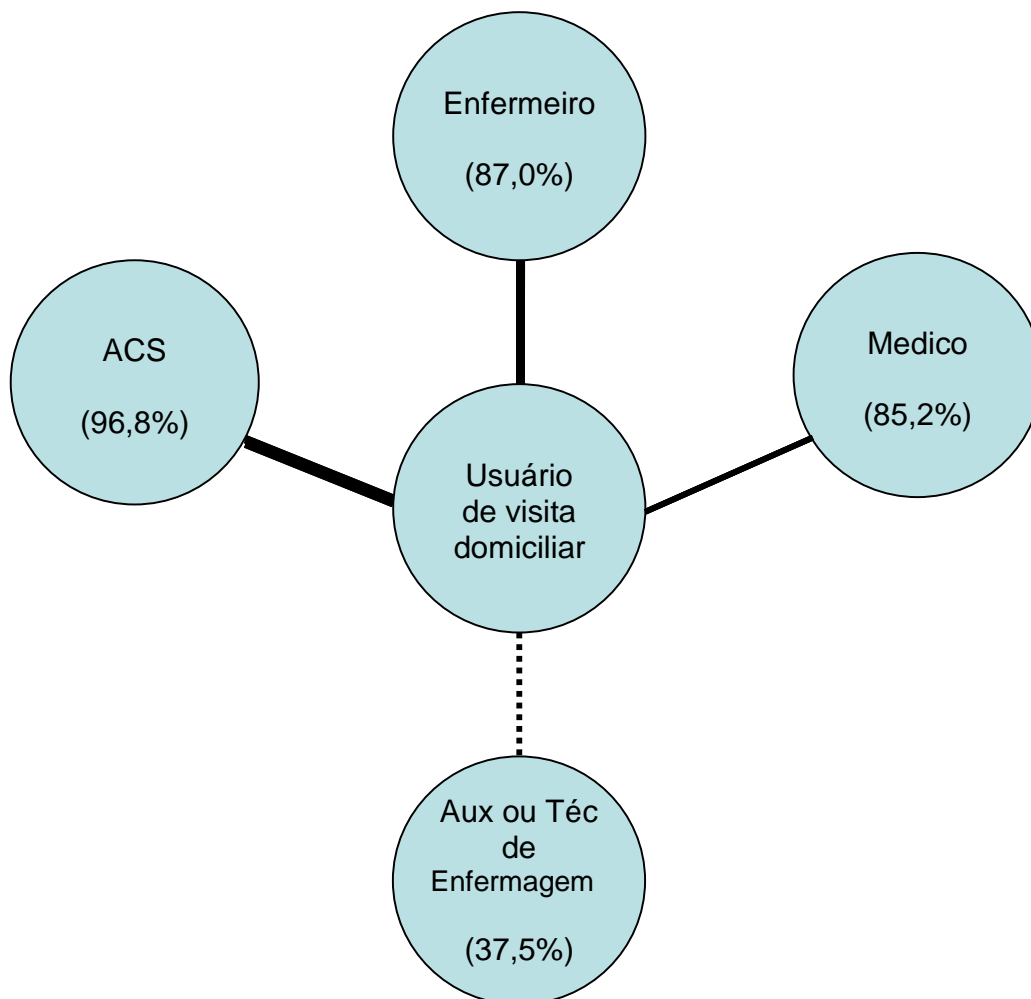


Figura 2: Ecograma acerca existência dos profissionais das Equipes de Saúde da Família pelos usuários no município de Aracaju/Se, 2009

O aspecto relacional usuário-profissional de saúde nas visitas domiciliares realizadas pelas Equipes de Saúde de Família em Aracaju é um ponto favorável, uma vez que em outras regiões do nordeste brasileiro, a dificuldade de diálogo e a falta de comunicação são tão evidentes que se constrói uma espécie de “abismo” entre usuário e profissional, causando uma paralisia na comunicação⁽⁴⁾.

A estratégia Saúde da Família tem como um dos seus princípios, atuação no território, realizando cadastramento das famílias e o cuidado dos indivíduos e famílias de forma longitudinal. O processo de trabalho das equipes deve iniciar com a definição do território de atuação e realizar a prática do cuidado familiar ampliado, conhecendo as

famílias⁽⁶⁾. É um modelo de atenção à saúde com foco na vigilância em saúde, devendo realizar a integralidade da atenção, com ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento, acompanhamento, e a reabilitação, pela equipe multiprofissional. Entretanto, percebe-se nos relatos que a atenção a saúde ainda continua muito centrada e valorizada na figura do médico:

“Quando o médico vem na minha casa eu me sinto muito melhor, é muito importante a presença dele na minha casa”.

“Passa exames, olha se o paciente está com pressão alta ou baixa, examina o coração. Apesar de ser uma raridade o médico vir, ano passado veio apenas uma vez”.

Os achados deste estudo, corroboram com relatos sobre resultado inovador da VD no fortalecimento do vínculo entre os profissionais e os usuários, podendo inclusive influenciar indiretamente na diminuição dos gastos com internação hospitalar⁽³⁸⁾. Alguns relatos:

“Sinto-me mais segura com a presença do médico ou da enfermeira na minha casa”.

“A gente se sente segura, sabe que tem a quem recorrer”.

“Quando tem a presença de um profissional da área da saúde explicando as coisas, para mim eu me sinto mais segura”.

“Às vezes as pessoas estão desconsoladas e dá uma palavra de ânimo e orienta na saúde de todos”.

“A enfermeira explicou muitas coisas que eu não sabia, tirou dúvidas. E em casa a gente fica mais a vontade”.

“Sempre dá orientação para a gente, é muito bom saber das coisas”.

Notaram-se entre os usuários de visita domiciliar de Aracaju/Se alguns sentimentos:

“Satisfação por estar sendo cuidado, por ter assistência quando doente, por ser ajudado quando precisa, por fazer alguma coisa pela gente”.

Os relatos também indicam que a presença do profissional de saúde no domicílio do usuário deflagra experiências tais como:

“Passa segurança, se sente confiante, valorizado, sabe que tem a quem recorrer, dá para conversar direito, é melhor, fica mais a vontade, dá palavra de ânimo, resolve o problema, dá explicação, orientação, tira dúvidas”.

Estes sentimentos e percepções dos usuários tornam-se mais relevantes ainda, ao se considerar que os médicos na Grécia (443 a.C), ao percorrerem as cidades prestando assistência às famílias, de casa em casa, orientando quanto ao controle e à melhoria do ambiente físico, provisão de água e alimentos puros, alívio da incapacidade e do desamparo, já relacionava saúde a “pensamentos sadios”⁽⁴⁰⁾.

Outro aspecto importante da visita domiciliar a ser ressaltado é o fato de configurar-se como uma atividade dirigida à família, ensejando um tipo de ação voltado à solução de problemas em situações da vida real, no ambiente familiar⁽⁴¹⁾. Neste contexto, é uma atividade caracterizada fundamentalmente pela interação entre indivíduos, usuários-cuidadores-familiares-profissionais de saúde, e desta forma, a comunicação assume uma importância decisiva para o aspecto saúde-doença.

No município de Aracaju/Se, 78,2% (169/216) dos usuários informaram que seus familiares não são atendidos durante a VD. Essa é uma oportunidade de pensar a humanização do atendimento, a integralidade da atenção, atendendo as necessidades de saúde da família durante a visita domiciliar, não desperdiçando as oportunidades e ao mesmo tempo diminuindo o fluxo e o tempo dos usuários para comparecer à unidade de saúde⁽⁴⁾.

Os usuários citaram que a visita do ACS 65,7% ocorre em intervalo mensal 15,7% quinzenal e 2,8% diária o que mostra VD regular para 84,2% dos usuários; 14,4% recebem visita em intervalo maior que um mês e 1,4% informaram não receber a visita domiciliar do agente comunitário de saúde. Está definida na Política Nacional de Atenção Básica pelo menos uma visita mensal a cada família e esse é um indicador de saúde pactuado anualmente por todos os municípios brasileiros⁽⁶⁻⁴²⁾. Significa que,

apesar de 96,8% dos usuários conhecerem o ACS, 14,4% dos usuários do território não tem recebido a visita com intervalo mensal e 1,4% não a tem recebido.

A partir dessa construção, é necessário que o enfermeiro realize um melhor acompanhamento do trabalho dos ACS, verifique atualização permanente do cadastro das famílias, observando se o número de habitantes do território dos ACS está de acordo com a política estabelecida ou se é necessário realizar re-mapeamento do território para que os ACS tenham condições de acompanhar todas as famílias.

Em relação à visão dos usuários aracajuanos sobre a importância da visita domiciliar, foi possível perceber que esta se configura de grande importância *por ampliar o acesso, ser entendida como um direito, atender as pessoas que não podem se locomover. Outros relatos:*

“Tem momentos que não tem condições de se locomover até o posto e o médico vem até a casa da gente”.

“É um direito”.

Observou-se, nesse recorte amostral, que a VD é principalmente realizada para intervir ou minimizar o processo saúde-doença, cuidando e tratando dos agravos que os usuários já apresentam e muito pouco para promover saúde dos usuários saudáveis, coerente com o estudo realizado no estado de Tocantins⁽²¹⁻²⁶⁻⁴³⁾.

4.4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu conhecer o usuário da visita domiciliar no município de Aracaju, identificar alguns aspectos do seu viver, verificar que a maioria são idosos e mostrar que os agravos crônicos tem levado a impossibilidade ou a dificuldade de locomoção. Possibilitou construir ecomapa da relação com os cuidadores e verificar que há inexpressiva participação dos amigos e conhecidos no cuidado da saúde dos usuários de visita domiciliar.

A elaboração do ecomapa da relação dos usuários com os profissionais das equipes mostrou que é preciso estabelecer estratégias para dar visibilidade ao auxiliar de enfermagem da Equipe de Saúde da Família.

Foi possível observar ainda nos pronunciamentos dos usuários da VD, a valorização da figura do médico, em detrimento dos demais profissionais, bem como a medicalização da saúde, mostrando a necessidade de fortalecer o vínculo com todos os profissionais da equipe e também a importância de outros meios, como dieta, atividade física para o controle dos agravos.

A visita domiciliar configura-se como um instrumento capaz de ampliar o acesso da população as ações de saúde, tornando-se em oportunidade única de emergir no ambiente onde vivem os usuários e sua família, possibilitando um olhar diferenciado ao conhecer o lócus de vida da população, ampliando a interação e intervenção, conhecendo suas fragilidades e captando suas necessidades, entendendo as limitações próprias de cada família e prestando atendimento em espaço único, com humanização, solidariedade, seja através de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento, acompanhamento e reabilitação.

Por sua complexidade, a visita domiciliar é um desafio, sendo necessário continuar investindo no seu fortalecimento, através do preparo e sensibilização dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, que necessitam ter disponibilidade e predisposição pessoal para realizá-las. É perfeitamente exequível, humanizadora e acolhedora, criando elos de confiança e co-responsabilidade, possibilitando favorecer a autonomia e atender aos princípios do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kawamoto EE, Santos MCM, Mattos, TM. Enfermagem comunitária. São Paulo, E.P.U., 1995.
2. Souza CR, Lopes SCF, Barbosa MA. A Contribuição do Enfermeiro no Contexto de Promoção à Saúde através da visita domiciliar. Revista da UFM , Vol 6, N° especial, dez 2004 online. www.proec.ufg.br [[Link](#)]
3. Cotta, R MM, Marques ES, Maia TM, Azeredo CM, Sachott M, Franceschini SCC, Priore SE. A satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. Scientia Medica. Porto Alegre, v. 15, n. 4, out./dez 2005. [[Link](#)]
4. Albuquerque, ABB, Bosi, MLM. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(5):1103-1112, mai, 2009. [[Link](#)]
5. Savassi, LCM; Dias, MF. Visita Domiciliar. Grupo de Estudos em Saúde da Família. AMMFC: Belo Horizonte, 2006. [[Link](#)]
6. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde. 2006.
7. Prefeitura Municipal de Aracaju. Apresenta aspectos geográficos da cidade de Aracaju. Aracaju; 2009 [citado em 2009 jun 2009]. Disponível em: URL: http://www.aracaju.se.gov.br/aracaju/?act=fixo&materia=aspectos_geograficos [[Links](#)]
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2002. Rio de Janeiro; 2002. [citado em: 10 de agosto de 2009]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> [[Links](#)]

9. Barbeta PA. Estatística aplicada as ciências sociais. 2ª ed. Florianópolis: UFSC, 1998.
10. Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Aracaju/Sergipe. Modelo Saúde e Cidadania. www.aracaju.se.gov.br/saude. [Links]
11. Minayo MCS (org).. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Rio Janeiro, Vozes, 1994.
12. Cesar JÁ, Sassi RAM, Ulmi EF, Dall’Agnol MM, Neumann NA. Diferentes estratégias de visita domiciliar e seus efeitos sobre a assistência pré-natal no extremo sul do Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(11):2614-2622, Nov, 2008. [Links]
13. Chereau BM, Silva CB, Alvarez MA. Uma Perspectiva Integradora Del Embarazo Adolescente: La visita domiciliaria como estratégia de intervención. Revista de psicologia de La Universidad de Chile, vol. X, nº 1, 2001. [Links]
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Política Nacional Atenção Integral à de Saúde da Mulher. Ministério da Saúde: Brasília, 2007. 82 p.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
16. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à descentralização. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. 76 p. - Série A. Normas e manuais Técnicos. Brasília. 2006.

17. Medeiros DS, Rodrigues DP, Siqueira VMC. O cuidado de enfermagem recebido pela puérpera no domicílio. Anais da 58ª Reunião Anual da SBPC - Florianópolis, SC - Julho/2006. [[Links](#)]

18. Josiane JM, Schneider DG, Coelho FL, Nascimento ERP, Luiz G. Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. Acta Paul Enferm. 2009;22(3):265-71. [[Links](#)]

19. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva vol.7 n 4 Rio de Janeiro 2002. [[Links](#)]

20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Princípios e Diretrizes. Ministério da Saúde: Brasília, 2009. [[Links](#)]

21. Marasquin HG, Duarte RVC, Pereira RBL, Monego, ET. Visita domiciliar: o olhar da comunidade da quadra 603 Norte. Palmas (TO). Revista da UFG, Vol. 6, No. Especial, dez 2004 on line (www.proec.ufg.br). [[Links](#)]

22. Iriart JAB, Oliveira RP, Xavier SS, Costa MAS, Araújo GR, Santana VS. Representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil. Ciênc. saúde coletiva vol.13 nº.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2008. [[Links](#)]

23. Santana V, Nobre L, Waldvogel BC. Acidentes de trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: Uma revisão. Ciênc. Saúde coletiva vol 10 no 4 Rio de Janeiro outdez. 2005. [[Links](#)]

24. Dimenstein M, Santos YF, Brito M, Severo AK, Morais C. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. *Mental*. [online]. nov. 2005, vol.3, no.5 [citado

20 Dezembro 2009], p.23-41. Disponível na World Wide Web: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679. [[Links](#)]

25.Sousa AJ F, Matias GN, Gomes K FA, Parente ACM. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. Rev. bras. enferm. Vol 60 nº 4. Brasília. July/Aug. 2007. [[Links](#)]

26.Neves CF, Cavalcante JPR, Bezerra JIA, Pereira JF, Pitteri JSM, Barbosa MA. Percepções da população sobre o programa saúde da família em Palmas-TO. *Revista da UFG, Vol. 6, No. Especial, dez 2004 on line: www.proec.ufg.br*. [[Links](#)]

27.Néri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. Cad Saúde Pública. Vol 18. Rio de Janeiro 2002. [[Links](#)]

28.Costa EMA, Carbone MH. Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro, Ed. Rúbio: 2004. [[Links](#)]

29.Alves JED. As Características dos domicílios brasileiros entre 1960 E 2000. Textos para discussão. Escola Nacional de Ciências Estatísticas, ISSN 1677-7093 Rio de Janeiro, 2004. [[Links](#)]

30.Pinto KDBPC, Maggi RRS, Alves JGB. Análise de risco sócio-ambiental para comprometimento pleural na pneumonia grave em crianças menores de 5 anos. Rev Panamericana de Salud Publica. vol.15 no.2 Washington Feb. 2004. [[Links](#)]

31.Rocha. SMM, Nascimento LC, Lima RAG. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. Ver. Latino-Am. Enfermagem vol 10 nº 5. Ribeirão Preto. Set/out, 2002. [[Links](#)]

32.Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação

de práticas. Revista Panamericana Salud Publica vol.24 no.3 Washington Sept. 2008.

[\[Links\]](#)

33.São José do Rio Preto. Secretaria Municipal De Saúde. Portaria nº 37/2007. Dispõe sobre a implantação e regulamentação do Serviço Municipal de Atenção Domiciliar – SAD, 2007. [\[Links\]](#)

34.Sant’ana ERB, Taia L, Medeiros M. O significado de visita domiciliar para usuários de um programa de diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) em Goiânia. Revista Eletrônica de Enfermagem (online), Goiânia, v.3, n.2, jul-dez. 2001. Disponível: disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista>. [\[Links\]](#)

35. Pellegrini FA. Pesquisa em saúde, política de saúde e equidade na América Latina. Ciência e Saúde Coletiva. Vol 9.no.2 Rio de Janeiro: Associação de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Apr./June 2004. [\[Links\]](#)

36. Aracaju. Secretaria Municipal de Saúde. Modelo Saúde e Cidadania. Coordenação de Saúde da Mulher. Manual de Ações Programáticas. 2008.

37.Tesser C.D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.10, n.19, p.61-76, jan/jun 2006. [\[Links\]](#)

38.Teixeira SA. Avaliação dos usuários sobre o Programa de saúde da Família em Vitória da Conquista – Bahia – Brasil. In: *Projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde*. Brasília: OPAS; 2004. p. 77-101. [\[Links\]](#)

39. Santana ML, Carmagnani MI. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. Saúde e Sociedade. Vol 10 no1 São Paulo Jan/julho 2001. [\[Links\]](#)

40.Rosen, G. Uma história da saúde pública. São Paulo: UNESP/HUCITEC-Abrasco, 1994. [[Links](#)]

41.Costa J. Visitação domiciliária – Base para o ensino de enfermagem na comunidade. Rev. Enf. Novas Dimensões, 1997. [[Links](#)]

42. Ministério da Saúde (BR). Instrutivo dos indicadores do Pacto pela Saúde. 2009 [[Links](#)]

43.Takahashi RF, Oliveira, MAC. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. [[Links](#)]

5. CONCLUSÃO GERAL

A Visita domiciliar definida pelo Ministério da Saúde como uma atividade dos profissionais das equipes, é uma ferramenta que permite ter visão integral dos usuários no contexto do seu ambiente, o domicílio, e da comunidade, ampliando o acesso da população as ações de saúde, necessitando ser melhor entendida, valorizada e sistematizada. É uma experiência única onde cada usuário trás uma história de vida e necessidades diferentes. É um momento de verificar e avaliar as condições ambientais e físicas do usuário, da família, do domicílio e da comunidade, dar o suporte técnico-científico sobre saúde, levando em consideração as características sociais, econômicas, culturais que interferem no processo saúde/doença e utilizar os recursos disponíveis; ao mesmo tempo, é o momento de fortalecer o vínculo entre a família e a equipe de saúde.

Apesar da estratégia Saúde da Família ser um modelo de atenção à saúde com foco na vigilância em saúde, observou-se que a maioria das práticas ainda está baseada no modelo hospitalocêntrico com ações de acompanhamento e cura das doenças e, sobretudo de práticas individuais; o avanço considerado é que essa prática está mais direcionada aos agravos crônicos.

Há inúmeras dificuldades para a realização da visita como a violência na área, número excessivo de habitantes por equipe, grande demanda de consulta, falta de transporte, mas é possível realizá-la em qualquer ambiente. Entretanto, não deve ser impeditivo para sua realização, lembrando que em muitos locais o único recurso da comunidade são os profissionais das unidades de saúde.

É necessário verificar o número de habitantes por equipe, re-mapear território se necessário, organizar o processo de trabalho das equipes e levantar número de usuários que necessitam da visita domiciliar, realizando planejamento que atenda as necessidades de saúde da população, principalmente os mais fragilizados, os acamados e os que apresentam

dificuldades de locomoção, contribuindo para a ampliação do acesso, a integralidade da atenção e a longitudinalidade do cuidado, princípios primordiais da atenção primária a saúde.

A implantação da Ficha de acompanhamento da VD (Ficha B-VD) é de fundamental importância por permitir realizar a integralidade da atenção, servir como ferramenta de planejamento, programação, monitoramento e avaliação, e obter informações sempre que necessário sobre os usuários da VD e ao mesmo tempo possibilitar a sua análise periódica.

É necessário investir nos profissionais das Equipes de Saúde da Família, seja através do acolhimento, da valorização do profissional da atenção básica, das boas condições de trabalho e de salários dignos para todos. É preciso ainda sensibilizá-los e mostrar a importância das ações que desenvolvem na atenção Básica, dentre elas a VD. É preciso que os profissionais se reconheçam como atores sociais do processo, onde a sua participação ativa é de fundamental importância.

Ao mesmo tempo se faz necessário fortalecer a participação da comunidade divulgando os direitos dos usuários através do direito a informação e comunicação e conscientizando-os para que reivindique seus direitos sendo atores sociais de todo o processo.

É necessário realizar mudança na formação dos profissionais que continua de forma fragmentada, centrada no modelo biomédico, fortalecer a integração ensino, serviço e comunidade, criando espaços que promovam a educação permanente em saúde, buscando a integralidade nas práticas de saúde e a valorização da equipe multiprofissional. Esse estudo mostra a necessidade de continuar realizando outras pesquisas sobre o tema, atendendo aos princípios da Universalidade, Integralidade e equidade, para que no futuro o SUS seja a maior e melhor política de inclusão social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAÃO, A. L. Atenção Primária e o Processo de trabalho em saúde. Informe-se em promoção da saúde. vol. 03, nº 01. 01-03. jan-jun. 2007. Disponível em: www.uff.br/promocaodasaude. Acesso em 27/05/2009.

ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções dos usuários no Município de Fortaleza. Ceará, Brasil. Cad. Saúde Pública. 25(5): 1103-1112. Rio de Janeiro, maio 2009.

ALMEIDA, M. S. R. Pensando a globalização, a violência e o ser humano. Revista Catharis-artigo. Estado de alerta, 2002. Disponível em: <http://www.revistapsicologia.com.br/materias/estadoAlerta/pensandoGlobalização>>. Acesso em: 13/03/2008.

ALVES, J. E. D. As Características dos domicílios brasileiros entre 1960 E 2000. Textos para discussão. Escola Nacional de Ciências Estatísticas, ISSN 1677-7093 Rio de Janeiro, 2004.

AMARO, S. Visita Domiciliar: Guia para uma abordagem complexa. Porto Alegre. AGE. 2003.

ARACAJU. Prefeitura Municipal de Aracaju. Apresenta aspectos geográficos da cidade de Aracaju. Aracaju; 2009. Disponível em: URL: http://www.aracaju.se.gov.br/aracaju/?act=fixo&materia=aspectos_geograficos. Acesso em: 10/03/2010.

ARACAJU. Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju/Sergipe. Modelo Saúde e Cidadania. www.aracaju.se.gov.br/saude. 2008.

ARACAJU. Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Aracaju/Sergipe. Modelo Saúde e Cidadania. Manual de Ações Programáticas, 2008.

ARACAJU. Secretaria Municipal de Aracaju. Coordenação de Atenção Básica. Sistema de Informação da Atenção Básica. Aracaju. 2009.

ASSUNÇÃO, A. A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. *Ciência e Saúde Coletiva* 8(4):1005-1018, 2003. Associação de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Disponível em: [http: <www.scielo.br/scielo.php/scrip_t_sci_serial/Ingpt/pid>](http://www.scielo.br/scielo.php/scrip_t_sci_serial/Ingpt/pid). Acesso em: 10/05/2009.

BARBETA, P. A. Estatística aplicada as ciências sociais. 2ª ed. Florianópolis: UFSC, 2001.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. A saúde está em rede: em BH, tecnologia é instrumento de cidadania. Disponível em: <http://portal2.pbh.gov.br>. Acesso em: 30/10/2009.

BELTRAME, A. Entrevista com o Secretario de Assistência a Saúde SAS/MS. Informe Escola Nacional de Saúde Pública. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fiocruz/DAB-MS. Perfil dos médicos e enfermeiros do Saúde da Família no Brasil. Rio de Janeiro, 2000a.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. A Implantação da unidade de saúde de Família. Cadernos de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família. v.1, nº 1. Brasília. 2000b.

_____,Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Demográficas e populacional. População Residente. censo 2000. Disponível na Internet: <http://www.datasus.gov.br/cgi/ibge/popmap.htm>. Acesso em 14/09/2008.

_____,Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: caderno nº 5, 63p. Brasília, 2002a.

_____, Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde. Portaria nº 373 de 27 de fevereiro. Brasília. 2002b.

_____, Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde; organizado por José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003a.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. Brasília . Ministério da Saúde. 2003b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Ministério da Saúde. Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília. 2005.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Brasília. 2006a.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria n. 687, de 30 de março de 2006. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2006b.

_____, Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 15. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2006c.

_____, Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 16. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2006d.

_____, Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 2006e.

_____, Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Política Nacional Atenção Integral à de Saúde da Mulher. Ministério da Saúde: Brasília, 2007. 82 p.

_____, Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva de Assistência à Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. Instrutivo dos indicadores para a pactuação unificada. 100 p. 2009.

_____, Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Princípios e Diretrizes. Ministério da Saúde: Brasília, 2009.

CARVALHO, B. G., MARTIN, G. B.; CORDONI, J. L. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: Andrade S. M, Soares, D. A. Cordoni, Jr. L. (orgs.). Bases da Saúde Coletiva. Londrina. Uel/Abrasco, 2001.

CESAR, J. A.; SASSI, R. A. M.; ULMI, E. F.; DALL'AGNOL, M. M. Diferentes estratégias de visita domiciliar e seus efeitos a assistência pré-natal no extremo sul do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 24, nº 11. Nov. 2008.

CHEREAU, B. M.; SILVA C. B.; ALVAREZ M. A. Una Perspectiva Integradora del Embarazo Adolescente: La Visita Domiciliaria como Estrategia de Intervención. Rev. De Psicologia de la Universidade de Chile, vol. 10, nº 1, 2001. Disponível em <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=26410103>. Acesso em: 09/09/2009.

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. São Paulo, vol 19, n. 1: 745-57. Fev 2002. Acesso em 20/05/2008.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. (1997) A avaliação na área da saúde: Conceitos Métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org). Avaliação em Saúde: dos modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. EDUFBA. Salvador, 2005.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro, Ed. Rúbio: 2004.

COSTA, J. Visitação domiciliária – Base para o ensino de enfermagem na comunidade. Rev. Enf. Novas Dimensões, 1997.

COTTA, R. M. M.; SCHOTT, M.; AZEREDO, C. M.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E.; DIAS, G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*. [online]. set. 2006, vol.15, no.3: 7-18. Acesso em: 05/01/2010.

DIMENSTEIN, M.; SANTOS, Y. F.; BRITO, M.; SEVERO, A. K.; MORAIS, C. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. *Mental*. [online]. nov. 2005, vol.3, no.5: 23-41. Disponível na World Wide Web: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679. Acesso em; 20 Dezembro 2009.,

DRULLA, A.G.; ALEXANDRE, A.M.C.; RUBEL, F.I.; MAZZA, V.A. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. *Cogitare Enfermagem*, vol 14, n. 4: 667-74, out/dez 2009. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16380/10>. Acesso em: 02/05/2010

DUARTE Y. A. O.; DIOGO M. J. D. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. Atheneu, São Paulo. 2000.

FERREIRA, M. E. V.; SCHIMITH, M. D.; CACERES, N. C.; Necessidades de Capacitação e Aperfeiçoamento dos Profissionais de Equipes de Saúde da Família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 0560/2007. Disponível em: www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/. Acesso em 10/03/2010.

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. *Revista Panamericana Salud Publica* vol.24 n. 3 Washington Sept. 2008.

FLORIANÓPOLIS, Secretaria Municipal De Saúde. Assessoria de Desenvolvimento Institucional. Pré-Protocolo de Atenção Domiciliar, 2006.

IRIART, J. A. B.; OLIVEIRA, R. P.; XAVIER, S. S.; COSTA, A. M. S.; ARAUJO, G. R.; SANTANA, V. S. Representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 13(1):jan-fev, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413: Acesso em 21/04/2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2002. Rio de Janeiro; 2002. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso 10/03/2009.

JOSIANE, J. M.; SCHNEIDER, D. G.; COELHO, F. L.; NASCIMENTO, E. R. P.; LUIZ, G. Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(3):265-71.

KAWAMOTO, E. E.; SANTOS, M. C. M.; MATTOS, T. M. Enfermagem comunitária. São Paulo, E.P.U., 1995.

KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF A. L. C.; VAZ, M. R. C. Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo na saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol 24. Nº 3: 485-493, mar, 2008.

KINSELLA, K, TAEUBER, C. M. *An Aging World II*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1992. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci . Acesso em: 10/03/2010.

LACERDA, M. R.; GIACOMOZZI, C. M.; OLINISKI, S. R.; TRUPPEL, T. C. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Sociedade*, vol.15 n. 2. São Paulo May/Aug. 2006. Acesso em 28/06/2008.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Caderno Pagu* (24),Campinas/São Paulo, 105-125. janeiro-junho 2005.

MACHADO, A. T. G. M. *Saúde Humana e Ambiente*. 491-510 p, 2005. Disponível em: <www.ufmg.br/biblioteca/index.shtml. Acesso em 20/08/09

MAÑAS, L. R. Atención Domiciliaria para personas ancianas: no todo vale. *Rev. Española de Salud Pública*, vol 77, nº 5, Madrid, oct. 2003. Disponível em:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272003000500002&script=sci_arttext. Acesso em: 09/09/2009.

MANDÚ, E. N.T.; GAÍVA, M. A. M.; SILVA, M. A.; SILVA, A. M.N. Visita Domiciliária sob o olhar e usuários do programa saúde da família. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, 2008 Jan-Mar; vol. 17. Nº 1: 131-40.

MARASQUIN, H. G.; DUARTE, R. V. C.; PEREIRA, R. B. L.; MONEGO, E. T. Visita domiciliar: o olhar da comunidade da quadra 603 Norte. Palmas (TO). Revista da UFG, vol. 6, nº especial, dez 2004 on line (www.proec.ufg.br). Acesso em 16/10/2009.

MARQUES, G. Q.; FREITAS, I. B. A. Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma Unidade Básica de saúde, Porto Alegre, Brasil. Rev Esc Enferm USP, 2009; 43(4):825-32.

MEDEIROS, D. S.; RODRIGUES, D. P.; SIQUEIRA, V.M.C. O cuidado de enfermagem recebido pela puérpera no domicílio. Anais da 58ª Reunião Anual da SBPC - Florianópolis, SC - Julho/2006. [[Links](#)]

MEDEIROS, C. R. G.; JUNQUEIRA, A. G. W.; SCHWINGER, G.; CARRENO, I.; JUNGLES, L. A. P.; SALDANHA, O. M. F. L. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. Revista Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva. Acesso em 10/01/2010.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009. 848 p.

MINAYO, M. C. S. (org). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro. Ed. Vozes. 1994.

MORENO, C. R. C.; FISCHER, F. M.; Rotenberg, L. A Saúde do Trabalhador na Sociedade 24 horas. São Paulo em Perspectiva vol 17 nº 1 São Paulo, jan/mar 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100005>. Acesso em 20/03/2008.

MURASHIMA, S.; NAGATA, S. M.; MAGILVY, J. K.; FUKUI, S.; AYAMA, M. Home care nursing in Japan: a challenge for providing good care at home. *Public Health Nursing*. vol. 19, nº 2: 94-103, 2002. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed. Acesso em 10/03/2010.

NÉRI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(suplemento): 77-87, 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v18s0/13795.pdf>. Acesso em: 27/04/2008.

NÉRI, A. B. (org). *Qualidade de Vida e Idade Madura*. Campinas, São Paulo: Ed. Papirus. 7ª edição, 2007.

NEVES, C. F.; CAVALCANTE, J. P.R.; BEZERRA, J. I.A.; PEREIRA, J. F.; PITTERI, J. S. M, BARBOSA, M. A. Percepções da população sobre o programa saúde da família em Palmas-TO. *Revista da UFG*, vol. 6, nº Especial, dez 2004 on line: www.proec.ufg.br

PELLEGRINI, f. A. Pesquisa em saúde, política de saúde e equidade na América Latina. *Ciência e Saúde Coletiva*. vol 9. nº.2. Rio de Janeiro: Associação de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Apr./June 2004.

PIETROLUONGO, A.P.C.; RESENDE, T.I.M. Visita domiciliar em saúde mental - O papel do psicólogo em questão. *Psicologia, Ciência e Profissão*, vol 27, nº 1: 22-31, 2007.

PINHEIRO, R. S.; VIACAVAL, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* vol. 7 nº 4. Rio de Janeiro 2002.

PINTO, K. D. B. P. C.; MAGGI, R. R.S.; ALVES, J. G. B. Análise de risco sócio-ambiental para comprometimento pleural na pneumonia grave em crianças menores de 5 anos. *Rev Panamericana de Salud Publica*. vol.15 nº.2 Washington Feb. 2004.

PRESIDENCIA DA REPÚBLICA. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Publicado no D.O.U. de 20/9/1990, Brasília. 1990.

REHEM, Tânia Cristina Moraes Santa Bárbara; TRAD , Leny Alves Bomfim. *Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira*. Ciência e Saúde

Coletiva. Vol 10(sup): 231-42, 2005. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a24v10s0.pdf>> Acesso em 29/06/2008.

ROCHA, S. M. M, NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A. G. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. Ver. Latino-Am. Enfermagem vol 10 nº 5. Ribeirão Preto. Set/out, 2002.

ROSEN, G. Uma história da saúde pública. São Paulo: UNESP/HUCITEC-Abrasco, 1994.

RYU, H.A.J, KOABYASHI, M. Home health nursing care agenda based on health policy in Korea. *Nursing and Health Sciences*, vol. 7, nº 2: 92-98. 2005. Disponível em: www3.interscience.wiley.com/journal. Acesso em 10/03/2010.

SAKATA, K. N.; ALMEIDA, C. P.; ALVARENGA, A. M.; CRACO, P. F.; PEREIRA, M. J. B. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. *Rev. Bras. Enferm.* vol. 60 nº 6. Brasília. Nov/Dez. 2007.

SANT'ANA, E. R. R. B.; TAIA, L.; MEDEIROS, M. O significado de visita domiciliar para usuários de um programa de diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) em Goiânia. *Revista Eletrônica de Enfermagem (online)*, Goiânia, vol. 3, nº2, jul-dez. 2001. Disponível: disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista>.

SANTANA, V.; NOBRE, L.; WALDVOGEL, B. C. Acidentes de trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: Uma revisão. *Ciênc. Saúde coletiva* vol 10 nº 4 Rio de Janeiro outdez. 2005.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saúde e Sociedade*. vol 10 nº1 São Paulo Jan/julho 2001.

SANTOS, E. M. Dos; Kirschbaum, D. I. R. A Trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Revista eletrônica de Enfermagem*. 2008: 10 (1): 220-227. Available from: URL: [http://www.fen.ufg.br/revista/vol10, nº1: 1-20.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/vol10_n01_1-20.htm). Acesso em: 20/11/2009.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. Secretaria Municipal De Saúde. Portaria nº 37/2007. Dispõe sobre a implantação e regulamentação do Serviço Municipal de Atenção Domiciliar – SAD, 2007.

SAVASSI, L. C. M.; DIAS, M. F. Visita Domiciliar. Grupo de Estudos em Saúde da Família. AMMFC: Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <http://www.smmfc.org.br/gesf/gesf_vd.htm. Acesso em 12/11/2009.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. Assessoria de Planejamento. Plano Diretor de Regionalização. Sergipe. 2008.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. O Enfermeiro na equipe de Saúde da Família: estudo de caso. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 abr/jun; 17(2):252-6.

SILVA, M. R. S. S.; LUNARDI, V. L.; FILHO, W. D. L.; TAVARES, O. T. Resiliência e promoção da saúde. Revista Texto & contexto – Texto e Contexto – Enfermagem. vol. 14 nº especial. Florianópolis. 2005.

SILVA, M. H.; SANTOS, M. R. Perfil social dos agentes comunitários de saúde vinculados ao programa de Saúde da Família da zona norte do município de Juiz de Fora. Revista eletrônica de APS/NATES/UFJF. Vol 6, nº 2: 70-76, jul./dez. 2003 Disponível em: www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v006n2/Pesquisa2. Acesso em 10/02/2010.

SOARES, V. A. Aprendizado baseado em problemas aplicado ao curso de Medicina. Medicina On line - Revista Virtual de Medicina. vol 1, nº 1- Ano I. Jan/Fev/Mar de 1998). Disponível em: www.medonline.com.br/med_ed/med1/victor.htm Acesso em 26/12/2009.

SOUSA, A. J. F., MATIAS, G. N., GOMES, K. F. A., PARENTE, A. C. M. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. Rev. Bras. Enferm. vol 60, nº 4. Brasília. July/Aug. 2007.

SOUZA, C. R.; Lopes, S. C. F.; BARBOSA, M. A. A Contribuição do Enfermeiro no Contexto de Promoção à Saúde através da visita domiciliar. Revista da UFM , vol 6, nº especial, dez 2004 online. www.proec.ufg.br

SOUZA, M. F. M. Dos dados a política: a importância da informação em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*. mar. 2008, vol.17, no.1, p.5-6.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A. C. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

TEIXEIRA, C. T.; SOARES, L. S.; FRANÇA, L. F.; SANTOS, M. L.; BRITO, M. A.; ROCHA, S. S. Visita domiciliar puerperal. *Saúde Coletiva*, vol 6, nº 28: 47-53, março 2009.

TEIXEIRA, S. A. Avaliação dos usuários sobre o Programa de saúde da Família em Vitória da Conquista – Bahia – Brasil. In: *Projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde*. Brasília: OPAS; 2004. p. 77-101.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, Modelos assistenciais e vigilância da Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS, Brasília*, vol 7, nº 2: 7-28, abril/jun 1998.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.10, n.19, p.61-76, jan/jun 2006.

THOMÉ, B, DYKES, A. K.; HALLBERG, I. R. Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, Oxford, v. 12, n. 6, p. 860-872, 2003. Disponível em: www3.interscience.wiley.com/journal/118847684/abstract. Acesso em 10/03/2010.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública* vol. 43 nº 3. São Paulo May/June 2009 Epub Apr 17, 2009.

ANEXOS

ANEXO 01

Distribuição das Unidades de Saúde por bairro, região de saúde e número de Equipes de Saúde da Família, Aracaju/SE, 2009

Região de Saúde	Unidade de Saúde/Bairro	Nº ESF	Subtotal
1ª	Antonio Alves – Bairro Atalaia	03	13
	Augusto Cesar Leite Franco – Conjunto Santa Teresa – Bairro Aeroporto	02	
	*Augusto Franco – Conjunto Augusto – Bairro Farolândia	04	
	João Bezerra – Povoado Areia Branca	01	
	Niceu Dantas – Povoado Mosqueiro	01	
	Santa Terezinha – Povoado Robalo	02	
2ª	Celso Daniel – Conjunto Padre Pedro – Bairro Santa Maria	05	19
	Elizabeth Pita – Conjunto Gov Valadares - Bairro Santa Maria	03	
	Geraldo Magela – Conjunto Orlando Dantas – Bairro São Conrado	04	
	*Humberto Mourão Guimarães – Bairro São Conrado	04	
	*Osvaldo Leite – Bairro Santa Maria	03	
3ª	*Ávila Nabuco – Conjunto Médici	03	14
	Hugo Gurgel – Bairro Coroa do Meio	05	
	Max Carvalho Rocha – Bairro Luzia	02	
	Ministro Costa Cavalcante – Jardim Esperança – Bairro Inácio Barbosa	03	
	Dona Sinhazinha – Bairro Grageru	01	
4ª	Adel Nunes – Bairro América	04	16
	Edézio Vieira de Melo – Bairro Siqueira Campos	03	
	Fernando Sampaio – Conjunto Castelo Branco	03	
	*Joaldo Barbosa – Bairro América ou Novo Paraíso	03	
	Manoel de Souza Pereira – Conjunto Sol Nascente	03	
5ª	Amélia Leite – Bairro Suíça	02	17
	Cândida Alves – Bairro Santo Antonio	06	
	*Dona Jovem – Bairro Industrial	04	
	CAIC – Bairro Getúlio Vargas	04	
	Maria do Céu – Bairro Centro	01	
6ª	Eunice Barbosa - Bairro Coqueiral	02	13
	Francisco Fonseca – Bairro 18 do Forte	04	
	José Augusto Barreto – Bairro Cidade Nova (Japãozinho)	03	
	*José Quintiliano da F Sobral – Bairro Jetimana	03	
	Porto Dantas – Bairro Porto Dantas	01	
7ª	Analia Pina de Assis – Bairro Almirante Tamandaré	03	17
	João Cardoso Júnior – Bairro José Conrado de Araujo	03	
	João de Oliveira Sobral – Bairro Santos Dumont	02	
	Renato Mazze Lucas – Bairro Santos Dumont	03	
	*José Machado de Sousa – Bairro Santos Dumont	06	
8ª	Carlos Fernandes de Melo – Bairro Lamarão	03	19
	*Carlos Hardmam Cortes – Bairro Soledade	02	
	Lauro Dantas Hora – Bairro Bugio	06	
	Onésimo Pinto – Bairro Jardim Centenário-	06	
	*Walter Cardoso – Bairro Veneza	02	
TOTAL			128

Fonte: SMS de Aracaju, 2009

* Unidades de Saúde da Família sorteadas

ANEXO 02

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, abaixo assinado, autorizo a Universidade Tiradentes – UNIT, por intermédio da Mestranda Leane de Carvalho Machado, devidamente assistida pela sua orientadora Prof. Dra. Claudia Moura de Melo, a desenvolver a pesquisa abaixo descrita:

1-Título da Pesquisa: “A visita domiciliar na visão dos profissionais e dos usuários no município de Aracaju”.

2-Objetivo: Avaliar a visita domiciliar na visão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e dos usuários do município de Aracaju/SE.

3-Descrição de procedimentos: Será utilizada a técnica de aplicação de questionários aos profissionais das equipes de Saúde da Família e entrevista com os usuários/famílias assistidos pela visita domiciliar. As questões serão objetivas e subjetivas e aplicadas individualmente.

4-Desconfortos e riscos esperados: Não se espera que ocorra nenhum tipo de dano, seja ele físico ou mental, aos participantes da pesquisa. Todo cuidado será tomado e as respostas serão mantidas em sigilo, de acordo com as disposições da resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, após prévia permissão da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju e avaliação e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Tiradentes – UNIT. Entretanto, todos os questionários e perguntas receberão um número o que não permitirá a identificação do entrevistado.

5-Benefícios esperados: Avaliar como está sendo realizada a visita domiciliar na visão dos profissionais da Saúde da Família e dos usuários no município de Aracaju, apontar critérios para a implementação da visita, auxiliando na organização do processo de trabalho dos profissionais e estabelecer prioridades sobre qual usuário deve receber a visita domiciliar.

6-Informações: Os participantes têm a garantia que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa. Também a

pesquisadora acima citada assume o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante a realização do estudo.

7-Retirada do consentimento: O profissional e o usuário têm a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário.

8-Aspecto Legal: Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF.

9-Confabilidade: Os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nomes e sobrenomes) do participante não será divulgada. Porém os voluntários assinarão o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.

10- Quanto à indenização: Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário.

ATENÇÃO: A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes. Av. Mutilo Dantas, 300 – Farolândia – CEP 49032-490, Aracaju-SE, 79-3218-2100, ramal 2593.

Aracaju, 10 de janeiro de 2009.

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO

APÊNDICES

APÊNDICE 1

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA SOBRE “A VISITA DOMICILIAR NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS E DOS USUÁRIOS NO MUNICÍPIO DE ARACAJU”

FORMULÁRIO DE PESQUISA Nº _____

QUESTIONÁRIO: 1. MÉDICO 2. ENFERMEIRO 3. AUX DE ENF 4. ACS

REGIÃO DE SAÚDE _____ ESF(Área)/Micro _____ / _____

DATA ____ / ____ / ____

Unidade de Saúde da Família _____

Este questionário faz parte da pesquisa intitulada “A visita domiciliar na visão dos profissionais e dos usuários em grandes centros urbanos”. Sua participação é de fundamental importância para que possamos avaliar a visita domiciliar no município de Aracaju. Suas respostas serão mantidas em sigilo, de acordo com as disposições da resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, e com a prévia permissão da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju após avaliação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Tiradentes – UNIT.

Ao final do questionário encontra-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 3) que informa os objetivos da pesquisa e que deverá ser assinado, caso você concorde em participar da pesquisa.

Agradecemos sua colaboração e solicitamos responder todas as questões.

Atenção: As questões deverão ter apenas uma resposta. As que porventura admitirem mais de uma resposta possui uma observação: **admite mais de uma resposta**. Todas as questões serão posteriormente codificadas por números.

9.2 : ___tarde

9.3 : ___manhã/tarde

9.4: ___não existe horário programado

10. Para quantos usuários/famílias você realizou visita domiciliar em 2008?

10.1:___até 10

10.2:___11 e 20

10.3:___21 e 30

10.4___31 e 40

10.5___41 e 50

10.6___mais de 50

11. Qual a periodicidade desse acompanhamento?

Responda: 1.SIM 2.NÃO (**admite mais de uma resposta**)

11.1 ___diário

11.2 ___semanal

11.3 ___quinzenal

11.4 ___mensal

11.5 ___semestral

11.6___anual

11.7___ Outros

12. Quais as condições que levam os usuários a necessitarem da VD?

Responda: 1.SIM 2.NÃO (**admite mais de uma resposta**)

12.1:___Hipertensão/Complicação de 12.2:___ Diabetes/complicação de

12.3:___Problemas ortopédicos(fraturas, artrites, bursite, orteses e próteses etc).

12.4:___ Idoso/acamado

12.5:___Puérpera/recém-nascido

12.6: Outros:_____

(Estão incluídos em outros: visita mensal de rotina, curativos, injeções, imunização, verificar sinais vitais, etc.)

13. Quando da realização da visita domiciliar você se faz acompanhar de qual profissional da equipe?

Responda: 1.SIM 2.NÃO (**admite mais de uma resposta**)

13.1:___ACS

13.2:___aux de enf/tec

13.3:___enfermeiro

13.4:___médico

13.5:___outros (ass social, odontologo, etc)

13.6:___depende da necessidade

13.7:___não é necessário/não se aplica

14.Durante a visita domiciliar você também atende as necessidades de saúde dos familiares?

14.1:___Sim

14.2:___Não

14.3:___Não é necessário

14.4:___Não se aplica

15. Você registra a visita domiciliar?

15.1:___Sim 15.2:___Não

16. Onde é registrado a visita domiciliar?

Resposta: 1.SIM 2.NÃO (admite mais de uma resposta)

16.1:___Prontuário 16.2:___TAS (terminal de atend. de saúde)

16.3:___SIAB (ficha D, SSA 2, PMA 2) 16.4:___BPA (SIA/SUS)

16.5:___ outros (planilha própria, agenda, mapa VD, etc) 16.6:___Não registra

17. Você recebeu capacitação específica sobre como realizar visita domiciliar?

17.1: ___Sim 17.2: ___Não 1873: ___Não lembra/Não sabe

18. Qual a legislação brasileira que define como atribuição dos profissionais da equipe de Saúde da Família a realização da Visita domiciliar?

18.1:___lei 8.080 de 19/09/90 18.2:___lei 8.142 de 28/09/90

18.3:___Portaria GM/MS nº 1886 de 18/12/97

18.4:___Portaria GM/MS nº 648 de 28/03/2006

18.5:___não existe legislação específica/não sabe.

19. Quais as dificuldades que você encontra para realizar visita domiciliar?

Resposta: 1.SIM 2.NÃO (admite mais de uma resposta)

19.1: ___falta de transporte 19.2: ___falta de tempo

19.3:___dificuldade acesso às residências 19.4: ___não aceitação do usuário/família

19.5: ___numero de habitantes por ESF 19.6: ___demanda consulta muito grande

19.7: ___violência área 19.8: ___outros (_____)

2199: ___não tem dificuldades

20. Quais as facilidades que você encontra para realizar visita domiciliar?

Resposta: 1.SIM 2.NÃO (admite mais de uma resposta)

20.1:___aceitação do usuário/família 20.2:___transporte

20.3:___fácil acesso as residências 20.4:___dia/horário definido para a visita

20.5:___População conhece profissional 20.6:___outros.

21. Sendo a VD uma atribuição dos profissionais das equipes, os gestores do município acompanham o desenvolvimento da VD?

21.1: ___ Sim

21.2: ___ Não

21.3: ___ Não sabe

22. Como é realizado o acompanhamento da VD pelos gestores?

Resposta: 1.SIM 2.NÃO **(admite mais de uma resposta)**

22.1: ___ Reuniões de Monitoramento e Avaliação

22.2: ___ Visita Técnica as unidades de saúde da família/supervisão

22.3: ___ Envio e Análise dos dados

22.4: ___ Disponibilizando veículo

22.5: ___ Outra forma de acompanhamento (_____)

22.6: ___ Não existe acompanhamento.

23. Você planeja a realização da VD?

23.1: ___ Sim

23.2: ___ Não

23.3: ___ Não tem/dá tempo

23.4: ___ Não é necessário

24. Como você prioriza as VD?

Resposta: 1.SIM 2.NÃO **(admite mais de uma resposta)**

24.1: ___ Quadro clínico agudo

24.2: ___ Quadro clínico crônico (C:compensado/D:descompensado)

24.3: ___ Solicitação de familiares

24.4: ___ Solicitação do ACS

24.5: ___ Solicitação do enfermeiro

24.6: ___ Solicitação do aux de enf

24.7: ___ Outros (_____)

25. Você acha que é importante a realização da visita domiciliar?

25.1: ___ Sim

25.2: ___ Não

Porque?

ENTREVISTADOR: VERIFIQUE SE TODAS AS QUESTÕES FORAM DEVIDAMENTE RESPONDIDAS.

APÊNDICE 2

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA SOBRE “A VISITA DOMICILIAR NA VISÃO DOS
PROFISSIONAIS E DOS USUÁRIOS NO MUNICÍPIO DE ARACAJU”

FORMULÁRIO DE PESQUISA Nº _____

QUESTIONÁRIO RESPONDIDO: 1.USUÁRIO 2.PARENTE/CUIDADOR USUÁRIO

ENDEREÇO: _____

REGIÃO DE SAÚDE _____ ESF(Área)/Micro _____ / _____

DATA ____ / ____ / ____

Unidade de Saúde da
Família _____

Este questionário faz parte da pesquisa intitulada “A visita domiciliar na visão dos profissionais e dos usuários no município de Aracaju”. Sua participação é de fundamental importância para que possamos avaliar a visita domiciliar no município de Aracaju. Suas respostas serão mantidas em sigilo, de acordo com as disposições da resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, e com a prévia permissão da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju após avaliação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Tiradentes – UNIT.

Ao final do questionário encontra-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 3) que informa os objetivos da pesquisa e que deverá ser assinado, caso você concorde em participar da pesquisa.

Agradecemos sua colaboração e solicitamos responder todas as questões.

Atenção: As questões deverão ter apenas uma resposta. As que porventura admitirem mais de uma resposta possui uma observação: **admite mais de uma resposta**. Todas as questões serão posteriormente codificadas por números.

A VISITA DOMICILIAR NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS E DOS USUÁRIOS EM GRANDE CENTRO URBANO

QUESTIONÁRIO DOS USUÁRIOS QUE RECEBERAM VISITA DOMICILIAR

OBSERVAÇÃO: respondido pelo: 1.usuário da VD 2. familiar/cuidador

(As questões se referem ao usuário que recebeu a VD)

1.Sexo: 1.1: ____Feminino 1.2: ____Masculino

2.Idade: ____anos

3. Qual seu nível de escolaridade: (sabe ler e escrever? Estudou até que ano?)

3.1:____nível elementar (1º grau incompleto)

3.2:____1º grau

3.3:____2º grau

3.4:____superior incompleto

3.5:____superior completo 3.6:____analfabeto

4.Há quanto tempo reside nesse endereço:

4.1: ____ < de 1 ano

4.2: ____ 1 a 5 anos

4.3: ____ 5 a 15 anos

4.4: ____Entre 15 e 20 anos 4.5: ____+ de 20 anos

5.Quantos cômodos tem em sua casa? (Considerar cômodos todos os compartimentos integrantes do domicílio, inclusive WC e cozinha separado por paredes, e os existentes na parte externa do prédio, desde que constituam parte integrante do domicílio, com exceção de corredores, alpendres, varandas abertas e outros compartimentos utilizados para fins não residenciais, como garagens, depósitos, etc): ____ cômodos

6. Você atualmente vive na mesma casa, com quantas pessoas: ____pessoas (incluindo o usuário da VD)

7. Qual sua atual inserção no mercado de trabalho: (trabalha?)

7.1:____vinculo trabalhista (carteira assinada)

7.2:____desempregado

7.3:____licença médica

7.4:____aposentado

7.5:____trabalha por conta própria

7.6:____outra

8.Qual a renda familiar mensal?(própria ou da família, caso viva com a família)

8.1:____< de 1 salário mínimo

8.2:____1 salário mínimo

8.3:____2 salários mínimos

8.4:____3 salários mínimos

8.5:____mais de 4 salários mínimos

8.6:____não sabe

9. Você conhece os profissionais da equipe de Saúde da Família de seu território?

Responda: 1.SIM 2.NÃO (admite mais de uma resposta)

9.1:___medico 9.2:___enfermeiro 9.3:___aux/tec de enf
9.4:___agente comunitário de saúde 9.5:___não conhece.

10. Você é avisado antes de receber a visita domiciliar do profissional da equipe de Saúde da Família excetuando-se o ACS?

10.1:___Sim 10.2:___Não 10.3: ___as vezes 10.4:___não lembra

11. Quem cuida (mais) diariamente de você?

11.1: ___familiar 11.2: ___Parente (sem laços consangüíneos)
11.3: ___Amigo 11.4: ___Conhecido
11.5: ___outro 11.6: ___Não tem cuidador.

12. Há quanto tempo não pode comparecer a unidade de saúde:

12.1: ___ 1 semana 12.2:___ 15 dias
12.3:___ 30 dias 12.4:___ 6 meses
12.5:___ mais de 6 meses 12.6:___nunca compareceu.

13. Qual o motivo que levou a necessitar de atendimento em sua residência?

Responda: 1.SIM 2.NÃO (admite mais de uma resposta)

13.1: ___Hipertensão/diabetes (complicação de(AVC, ICC, amputação, etc)
13.2: ___Problemas ortopédicos (fraturas, bursite, etc)
13.3: ___deficiente físico
13.4: ___cirurgias
13.5: ___parto
13.6: ___acidente
13.7: ___problema social
13.8: outros:_____

14. De qual profissional você recebe visita domiciliar e quanto em quanto tempo?

Responda: 1-diária, 2-semanal, 3-mensal, 4-semestral, 5-anual, 6-outros 7-Ñ
recebe VD

(admite mais de uma resposta)

14.1: ___ACS 14.2:___aux/tec de enf

14.3: ___ enfermeiro

14.4: ___ médico

15. Quando você recebe a VD, qual o tipo de atendimento que é prestado?

Resposta: 1-SIM 2-NÃO (admite mais de uma resposta)

15.1: ___ exame físico

15.2: ___ verificação de sinais vitais

15.3: ___ prescreve medicação

15.4: ___ entrega de medicação

15.5: ___ orientações

15.6: ___ procedimentos de enfermagem

15.7: ___ outros

16. Quando vc recebe a VD outras pessoas de sua família tb são atendidas?

16.1: ___ sim

16.2: ___ não

16.3: ___ as vezes

16.4: ___ não sabe/não respondeu

17. Como você se sente recebendo a visita domiciliar de um profissional da unidade de saúde?

17.1: ___ bem (satisfeito)

17.2: ___ mal (envergonhado)

17.3: ___ fragilizado

17.4: ___ depressivo

17.5: ___ outro sentimento

18. Você sabia que o usuário que tem problema de saúde e não pode comparecer a unidade de saúde, caso haja necessidade, pode receber atendimento de saúde no domicílio?

18.1: ___ Sim

18.2: ___ Não

19. Quais os motivos que você acha que o usuário deve receber visita domiciliar dos profissionais de saúde, excetuando-se o Agente comunitário de Saúde?

Resposta: 1-SIM 2-NÃO (admite mais de uma resposta)

19.1: ___ acamado

19.2: ___ deficiente

19.3: ___ cirurgia (operado)

19.4: ___ puerpera/Recem-nascido

19.5: ___ problemas sociais

19.e: ___ outros: (_____)

20. Qual o motivo que leva os profissionais a não realizarem VD a quem necessita?

20.1: medico: 1. falta de tempo; 2.não quer; 3.não gosta; 4.outro
motivo

20.2: enfermeiro: 1. falta de tempo; 2.não quer; 3.não gosta; 4.outro
motivo

20.3: aux enfermagem: 1. falta de tempo; 2.não quer; 3.não gosta; 4.outro
motivo

20.4: ACS: 1. falta de tempo; 2.não quer; 3.não gosta; 4.outro
motivo

21. Você acha que a visita domiciliar é importante?

21.1.____Sim

21.2:____Não

Porque?

Entrevistador: verifique se todas as questões foram devidamente respondidas.

USUÁRIO

