



Visita Domiciliar como ferramenta de atenção integral ao usuário da Estratégia de Saúde da Família

Rosilene Aguiar dos Santos Silveira Lima¹; Arianna Oliveira Santana Lopes²

Resumo: A visita domiciliar é uma importante ferramenta de trabalho da Equipe de Saúde da Família (EqSF), pois permite um olhar direcionado da situação real e local de cada indivíduo e suas famílias. **Objetivo:** verificar o envolvimento dos profissionais de saúde da ESF nas visitas domiciliares de dois municípios distintos do interior da Bahia. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa exploratória e de abordagem quantitativa. A amostra foi constituída de 22 enfermeiros das unidades básicas de saúde que fazem parte de dois municípios baianos. Foi utilizado um questionário adaptado da especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas Especialização em Saúde da Família – UFPEL. O instrumento foi dividido em dois grupos: 1 Cuidado domiciliar - em que foi avaliado a participação dos profissionais e os procedimentos que realizados no domicílio. 02 Limitações e planejamento para efetivação da Visita Domiciliar. **Resultados:** 92,86% dos profissionais mencionaram o levantamento de usuários que necessitam de cuidado domiciliar; 86,36% relataram a realização de procedimentos no domicílio dentre eles curativos e consulta puerperal; quanto a realização das visitas se destacaram 100% dos Agentes comunitários de saúde e enfermeiro seguido do médico 86,36%. Em relação às limitações e fragilidades, 7 31,82% profissionais relataram ter dificuldades de transporte para efetivar a visita domiciliar e 77,27% mencionaram o planejamento da visita. **Considerações Finais:** A VD é um importante instrumento para acompanhamento da situação da saúde das famílias, prestação de cuidados e orientação, e é considerado ponto positivo e facilitador do acesso aos serviços de saúde, no entanto alguns fatores ainda limitam a sua realização de forma plena e integral.

Palavras-Chave: Visita domiciliar, enfermeiros, atenção básica.

Home visit as a tool of integral attention to the user of the Family Health Strategy

Abstract: Home visit is an important work tool to the Family Health Team (FHT), because allows a targeted look of real situation and local of each individual and yours families. **Objective:** To check the involvement of FHT health professionals in home visits, of two different counties in the interior of Bahia. **Methodology:** This is an exploratory research with quantitative approach. The sample was constituted of 22 nurses from basic health units that are part of two counties of Bahia. It was used an adapted questionnaire from specialization in Family Health of Federal University of Pelotas FUPEL. The instrument was divided into two parts: 1 Home Care – It was measured the professional participation and the proceedings that was made in home. 2 Limitations and planning to Home Visit effectiveness. **Results:** 92,86% of the professionals mentioned the survey of users who need home care; 86,36% reported the carrying out procedures at home, among them remedial, puerperal consultation; about the achievement, the most important was the Community Health Agents 100%, and nurse, followed by the doctor 86,36%. About the limitations and fragilities, 7 31,82% professionals reported transport limitation to effect the home visit and 77,27% mentioned the visit planning. **Final Considerations:** The HV is an important tool to accompaniment of family health situation, care delivery, guidance, and is considered positive point and facilitator of health service access, although some facts still limit the home visit as integral and complete.

Keywords: Home visit, nurses, basic attention.

¹ Graduanda em enfermagem. Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR). E-mail: roseaguiar2011@hotmail.com;

² Mestre. Professora do Curso de Enfermagem da Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR). ariannasantana@bol.com.br.



Introdução

A Atenção Domiciliar (AD), prática extremamente antiga, criada por volta de 1950 nos Estados Unidos, tinha o intuito de descongestionar os hospitais. No Brasil, o cuidado domiciliar só passou a ser organizado e institucionalizado em meados dos anos 90. Na Atenção Primária a Saúde (APS), a AD é efetivada por meio da Visita Domiciliar (VD). A visita domiciliar é uma importante ferramenta de trabalho da Equipe de Saúde da Família (EqSF), pois permite um olhar direcionado da situação real e local de cada indivíduo e suas famílias.^{1,2}

Para alguns autores, a visita domiciliar aparece como “tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo de fundamental importância quando adotada pela equipe de saúde no conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade”. Os diversos profissionais que compõem a equipe de saúde da família devem realizar a VD como regulamentado e preconizado pela PNAB: “Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros)”.^{3,4}

No entanto tem se observado algumas divergências entre a prática, e o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Apesar de já existirem algumas mudanças neste padrão, à formação “biomédica” e ambulatorial do médico faz com que este e outros profissionais estejam distantes das atividades domiciliares. Apesar ser um instrumento de extrema importância para o cuidado da população, a VD não é planejada, sua qualidade é insatisfatória e, portanto é pouco valorizada pelos gestores e equipe.⁵

A VD pode ser classificada como uma tecnologia leve, existem definições distintas de tecnologias em saúde, de acordo o autor, a tecnologia leve é caracterizada como um conjunto de ações que não necessitam de máquinas ou equipamentos para sua efetivação, no entanto, a tecnologia leve no cotidiano do trabalho em saúde está além apenas do processo de acolhimento, atenção integral ou vínculo.⁶



Apesar de ser considerada uma ação de tecnologia leve os gestores não buscam e nem oferecem as condições mínimas para sua concretização enquanto que os profissionais da equipe negligenciam algumas atribuições que devem ser desenvolvidas nos espaços dos domicílios, o que reflete na participação insatisfatória de determinados profissionais. Um estudo desenvolvido em um município com uma rede de saúde desarticulada revelou dentre outros dados, que as visitas dos médicos eram raras, descontínuas e demandavam, uma mediação das enfermeiras para que ocorressem. Dentre outros pontos, este é um dos fatores que justifica o desenvolvimento deste trabalho.⁷

Assim diante do exposto, este trabalho tem por objetivo verificar o envolvimento dos profissionais de saúde da ESF nas visitas domiciliares de dois municípios distintos do interior da Bahia. A sua relevância social destaca-se ao passo que ações e pesquisas desenvolvidas no âmbito da saúde pública, podem fomentar políticas de melhoramento do acesso e assistência integral na Atenção Básica, refletindo também na comunidade, uma vez que as ações desenvolvidas nas unidades básicas de saúde (UBS) com o a Estratégia de Saúde da Família (ESF) são direcionadas para o território geográfico, onde a população está inserida.

A relevância para a comunidade acadêmica se deve ao fato de que muitas produções científicas sobre o tema, não relacionam, ou não comparam os dados encontrados na prática, com o que o Ministério da Saúde preconiza. É importante ainda desenvolver trabalhos como estes, diante da necessidade de atendimento de indivíduos que não podem deslocar-se até a unidade de saúde, devem receber o cuidado holístico e integral no domicílio, através dos profissionais reafirmando os princípios e diretrizes do SUS e da estratégia de Saúde da Família.

1. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória de natureza quantitativa, que busca traduzir em números a realidade acerca de um determinado fenômeno, nela são utilizados procedimentos estatísticos.⁸ A pesquisa foi realizada em dois municípios da região sudoeste da Bahia, no município de Vitória da Conquista – BA e os dados comparados com a reaplicação do



instrumento no município de Maetinga, no período de julho de 2016, com a proposta de obter o somatório dos dados já que se trata de realidades e resultados homogêneos.

Os locais foram selecionados para coleta de dados por se tratarem de espaços preconizados pelo Ministério da saúde para a realização de visitas domiciliares como ferramenta de trabalho da equipe. A Unidade Básica de Saúde da Família é o local onde são prestadas ações de atenção primária à saúde, como: promoção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação. De acordo o Ministério da Saúde (MS), a Equipe de Saúde da Família deve ser formada basicamente por: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 téc. em enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).⁴ O MS por meio da portaria 2.488/11 regulamenta a participação dos profissionais da UBS no planejamento e realização das visitas domiciliares.

A amostra do estudo é constituída de 22 enfermeiros das ESFs, uma vez que estes acompanham o desenvolvimento e interação da equipe da Estratégia de Saúde da Família. Utilizou-se como critério de inclusão: ser enfermeiro, participar do processo de trabalho em equipe da UBS e que concordassem participar do estudo.

Para coleta de dados foi utilizado como instrumento um questionário adaptado da especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas Especialização em Saúde da Família -EAD – UFPEL.⁹ O instrumento é constituído de 52 questões sendo extraídas aqui no estudo 04 questões correspondentes a participação dos profissionais na visita domiciliar e acrescido de 02 perguntas referentes as limitações e planejamento das visitas quefoi dividido em dois grupos para melhor compreensão:01 Cuidado domiciliar - em que foi avaliado o levantamento de usuários que necessitam de cuidado domiciliar, profissionais que realizavam o cuidado domiciliar, procedimentos realizados no domicilio. 02 Limitações ou fragilidades para efetivação da Visita Domiciliar e Planejamento das visitas. Os dados foram analisados por meio da análise descritiva simples e posteriormente alocados em gráficos e tabelas do EXCEL.

O projeto principal obteve a aprovação do comitê de ética em pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR) e após parecer favorável com o número 1.031.772, realizou-se a coleta de dados.Os sujeitos da pesquisa foram devidamente orientados quanto aos objetivos, benefícios e riscos ficando os mesmos livres para participarem ou não. Os profissionais que aceitaram participar assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido



(TCLE) que garante o sigilo das informações coletadas obedecendo aos princípios éticos da Resolução 466/12 que trata da pesquisa com seres humanos.

Resultados

Foram entrevistados 8 enfermeiros do PSF no município de Maetinga (denominado aqui de Município 2), e uma coleta de dados prévia no município de Vitória da Conquista (denominado aqui de Município 1), com 14 enfermeiros, totalizando 22 profissionais.

Com relação ao levantamento de usuários que necessitam de cuidado domiciliar, 92,86% dos profissionais responderam que o realizam e quando questionados se realizam procedimentos nos domicílios, 86,36% disseram que sim. Em relação à quais procedimentos são realizados, destaca-se a realização de curativos, realização de consulta de enfermagem e revisão puerperal (100%), aferição de PA e acompanhamento (95,45%), destaca-se as baixas porcentagens para realização de nebulização, troca de bolsa de colostomia, dentre outros. Quando questionados sobre quais profissionais realizam a visita domiciliar, o destaque fica com ACS e enfermeiros (100%), seguido de médicos (86,36%).

TABELA 1: Participação dos profissionais na visita domiciliar. Vitória da Conquista, (Ba); Maetinga (Ba), 2016

Variáveis	N	%
Levantamento de usuários que necessitam de cuidado domiciliar		
Sim	21	92,86
Não	1	7,14
Os profissionais realizam procedimentos nos domicílios?		
Sim	19	86,36
Não	3	13,64
Quais procedimentos são realizados?		
Curativo	22	100,00
Acompanhamento (revisão)	21	95,45
Aferição de PA	21	95,45
Revisão Puerperal	22	100,00
Consulta médica	19	86,36
Consulta de enfermagem	22	100,00
Quais profissionais realizam a visita nos domicílios?		
Médico	19	86,36
Enfermeiro	22	100,00
Odontólogo	16	72,73
Téc. Enfermagem	22	100,00
ASB	13	59,10
ACS	22	100,00
Recepcionista	13	59,10
Outros	15	68,18



Total	22	100
--------------	----	-----

Fonte: Dados dos pesquisadores

Em relação a limitações e fragilidades, 7 (31,82%) profissionais relataram ter dificuldades de transporte para efetivar a visita domiciliar, pois a unidade de saúde não tem veículo próprio e os domicílios são de difícil acesso, devido localização em zona rural. No entanto, 15 profissionais relataram que não tem limitações para efetivação da visita domiciliar, como é possível verificar na tabela abaixo.

TABELA 2:Limitações e planejamento das visitas. Vitória da Conquista, (Ba); Maetinga (Ba), 2016

Variáveis	N	%
Limitações Frequentes para desenvolvimento efetivo da visita domiciliar		
Transporte	7	31,82
Não tem limitações	15	68,18
Planejamento da visita domiciliar		
Sim	17	77,27
Não	5	22,73
TOTAL	22	100,00

Fonte: Dados dos pesquisadores.

Discussão

Para facilitar a compreensão dos resultados aqui encontrados, foram divididos em dois tópicos: O Cuidado domiciliar - em que foi avaliado se os profissionais realizavam levantamento de usuários que necessitam de cuidado domiciliar, se os profissionais realizavam o cuidado domiciliar, quais profissionais o faziam e quais procedimentos eram realizados no domicílio. E tópico 2 Limitações ou fragilidades para efetivação da Visita Domiciliar – em que foram avaliadas quais as limitações para efetivação da VD, limitações como falta de veículos, áreas de difícil acesso.

O Cuidado Domiciliar



O levantamento de usuários que necessitam da atenção domiciliar é caracterizado como um processo de “busca” de pacientes que precisam deste tipo de serviço. É importante destacar que o levantamento destes usuários, quando inexistente, pode ser feito através do mapeamento e territorialização da área de abrangência da unidade, uma vez que ao vincular o cuidado domiciliar prestado no território com as ações do Programa de Saúde da Família, faz-se necessário conhecer o perfil epidemiológico, as condições sócio-culturais da população, dentre outra série de fatores que devem ser considerados.¹⁰

O território é marcado por diversas peculiaridades que interferem no processo saúde-doença e promoção de saúde, e que devem ser levadas em conta no momento do planejamento das ações da VD. O território tem “identidade intrínseca à constituição da vida social” e ao conhecer o território e planejar as ações baseado nesta identidade própria, a VD tem a possibilidade de demonstrar sua potencialidade sobre as condições de saúde da população.¹¹

Em um estudo publicado em 2015, verifica-se a importância da VD, e a necessidade do levantamento dos usuários que necessitam de cuidado domiciliar dizendo que “não reconhecer os limites e as possibilidades da atenção domiciliar condena profissionais e pacientes a um cuidado inadequado frente à possibilidade de acionamento da rede de atenção em saúde, quando apenas a assistência domiciliar não é suficiente”.^{12:16}

Assim, deixar de realizar a busca ativa dos pacientes que necessitam desta modalidade de cuidado, interfere de forma negativa e impactante na saúde daqueles não podem comparecer ao serviço e necessitariam do atendimento domiciliar. Um estudo publicado por em 2011, mostrou o quão impactante é a não realização da busca ativa, no estudo eles avaliaram a incidência dos Sintomáticos Respiratórios (SR) para tuberculose (TB) e casos avançados de TB. O estudo evidenciou altos índices anuais de pacientes SR, com raio-X compatíveis para TB, sem nenhum tratamento, em relação aos locais onde a busca ativa era efetiva.¹³

Com relação aos procedimentos realizados em âmbito domiciliar, os valores mostraram-se satisfatórios uma vez que os profissionais realizam atividades desde o âmbito educativo à assistencial. “a VD [...] se constitui em um conjunto de ações de saúde voltadas ao atendimento tanto educativo quanto assistencial”. Notou-se que além de procedimentos, também são realizados nos domicílios consultas de enfermagem, médica, acompanhamentos e revisões.^{14:197}



Em relação aos procedimentos realizados, destaca-se a aferição de PA (100%), troca de curativos (100%), vacinação (86,36%). No entanto procedimento como troca de bolsa de colostomia, obtiveram baixos escores e verificou-se sua realização apenas no município 01. Fica evidente a realização de procedimentos de grau de complexidade menor, como a troca de curativos e aferição de PA. Um estudo publicado por dois autores em 2012, mostrou que a alta realização de curativos pode estar relacionada ao alto grau de dependência dos usuários acamados acarretando possíveis úlceras de pressão.¹⁵

Com relação aos procedimentos que não são realizados pelo município número 02, fica evidente que esta prática está em desacordo com o que é preconizado pelo Caderno de Atenção Domiciliar do MS, onde fica descrito que os profissionais devem realizar cuidados com as diversas “ostomias”, trocar bolsas, “observar as características de normalidade do estoma, o efluente e a pele. Reforçar e/ou orientar a prevenção de dermatite periestoma, ou ainda tratar as afecções cutâneas instaladas”.^{16:06}

Vale ressaltar que todos os procedimentos que são preconizados pelo MS, devem ser realizados no domicílio quando existe a necessidade, no entanto não basta apenas realizar procedimentos, como já citado anteriormente, por estar vinculado o território às ações do PSF, uma série de fatores individuais devem ser avaliados e orientados no momento da VD:

A prestação de assistência à saúde no domicílio vai além de levar a equipe de saúde ao encontro do paciente com alguma dificuldade de locomoção, ou de oferecer orientações sobre higiene e alimentação. Essencialmente, prestar assistência à saúde no domicílio supõe verificar e compreender o contexto socioeconômico e cultural a envolver o indivíduo/ família em seu ambiente mais particular.^{17:171}

Em relação às consultas médicas e de enfermagem que são realizadas em âmbito domiciliar, estas não se tratam apenas de atendimento residencial convencional, pois o atendimento domiciliar ressalta as habilidades funcionais do paciente, devolvendo ou enfatizando a autonomia do indivíduo.¹⁸

Na consulta de enfermagem em âmbito domiciliar, os mesmos passos preconizados pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) deverão ser seguidos. Nela o enfermeiro realiza anamnese, exame físico, diagnóstico de enfermagem, intervenções, ao utilizar a SAE, o enfermeiro consegue organizar o trabalho favorecendo a sua prática. Além disso, este profissional acompanha a evolução clínica e de saúde do paciente.^{19,20}



Existem poucos estudos que abordam as consultas de enfermagem realizadas em âmbito domiciliar, no entanto os estudos existentes apontam que nem sempre as consultas são de boa qualidade, pois alguns profissionais ainda não se sentem aptos para realização desta modalidade de cuidado. O enfermeiro realiza atividades como: “educação em saúde de modo mais detalhado e aprofundado, para a investigação das necessidades de saúde das famílias, para a realização de atividades assistenciais da enfermagem e para a benfeitoria”^{1:405, 21}

“no domicílio, o enfermeiro acompanha a evolução do quadro clínico do paciente, buscando conhecer as necessidades tanto do usuário como do seu cuidador e captar elementos para gerenciar a produção do cuidado e orientar a forma pela qual ele pode ser realizado”^{19:473}

Quando questionados sobre quais os profissionais que realizam a visita domiciliar, notou-se que a presença do enfermeiro e ACS na ação visita domiciliar é corriqueira (100%), ao passo que profissionais como odontólogos e médicos encontram-se distanciados deste tipo de atividade. A VD pode ser realizada tanto pelo enfermeiro como por outros profissionais que trabalham na ESF.²²

ACS e enfermeiros referem haver diferenças no papel que cada profissional exerce na visita domiciliar. Aos ACS, cabe a identificação das demandas de saúde das famílias, realização da educação em saúde e acompanhamento dos demais profissionais ao domicílio. Ao enfermeiro cabe a educação em saúde mais detalhadamente e aprofundada, investigação das necessidades de saúde das famílias, realização a realização de atividades assistenciais, etc.¹

Além disso, o Ministério da Saúde preconiza por meio da PNAB todas as atividades que devem ser desenvolvidas pelos profissionais e traz uma atribuição comum a todos os profissionais, a realização da visita domiciliar, como é possível ler a seguir: “IX - Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa a propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade”^{4:44}

Observou-se que o médico e odontólogo devem estar mais presentes nesta atividade, pois ainda encontra-se distante, com porcentagens menores em relação ao enfermeiro e ACS. Um estudo realizado por em 2013, apresentou resultados semelhantes aos aqui apresentados, em que o ficou evidente que o médico participa pouco das atividades domiciliares, além disso,



nas unidades em que foram realizadas a pesquisa, a VD era extremamente desvalorizada, como pode lê-se abaixo:

“a consulta do médico nas residências não era uma prática tão regular. Era feita somente em casos em que o enfermeiro não conseguisse dar encaminhamento, ou precisasse de uma opinião médica, e quando o cadastrado não tinha meios de se locomover até a unidade [...] Nota-se que não havia um turno inteiro reservado para as VDs e, sim, pequenos períodos dentro de um turno semanal”.^{7:65}

O fato de estes profissionais estarem distantes destas atividades deve-se em parte a sua formação, pautada em um modelo biomédico, curativista, que preconiza o “atendimento ambulatorial”. Alguns autores problematizam essa questão em um trabalho que avalia as diretrizes curriculares para formação do médico e mostra que “o desafio é imenso, a tarefa é contra-hegemônica — afinal, os colegas médicos, em geral, não consideram importante a APS”^{23:542}

A medida que o médico participa das visitas domiciliares é criado um espaço de interação e o diálogo com a comunidade, porém para que isso ocorra ele deve ser mais presente, do mesmo modo a sua formação deve subsidiar as ações prestadas aos problemas de saúde mais recorrentes na população. Diante das novas demandas sociais que permeiam o SUS, atrelada à necessidade de redefinições em seus recursos humanos, é nítido a necessidade de adequação dos modos de ensino para categoria médica, para melhor atender carências do serviço.⁵

Em relação aos outros profissionais que fazem a visita domiciliar observou-se recorrência dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e profissional fisioterapeuta. O NASF foi instituído por volta de 2008 e tem por objetivo elevar a capacidade operacional das EqSF.²⁴

Neste tópico observou-se que existe a realização do levantamento de cuidado domiciliar, do mesmo modo uma série de procedimentos são realizados em âmbito domiciliar, do mesmo modo são realizadas consultas e revisões. Observou-se também que os profissionais mais presentes são os ACS e enfermeiros, ao passo que médico e odontólogos são mais distantes. Enfatiza-se a presença plena e igual de todos os profissionais, como preconizado pelas portarias e normas do MS.



Limitações para efetivação da Visita Domiciliar

A VD é considerada uma atividade externa a unidade de saúde, desenvolvida no ambiente extraunidade (território/comunidade), para tal necessita de suporte, necessita de recursos humanos e materiais para plena efetivação.¹⁷ Neste tópico, as limitações mais apontadas pelos profissionais foram: a falta de veículos e domicílios de difícil acesso devido localização em zona rural, destaca-se que a localização dos domicílios em Zona Rural é referente ao Município número dois.

Como já mencionado em parágrafos anteriores, a VD caracteriza-se como uma ação de tecnologia leve⁶, uma vez que não necessita de “maquinas ou equipamentos” para a realização do cuidado ao individuo em si pois a aplicação de tecnologias leves envolve o cuidado, o estabelecimento de vínculo, dentre outros, porém necessita de suporte como citado anteriormente e a única exceção se dá quando existe a necessidade de veiculo para deslocamento até a zona rural. Alguns autores salientam que a VD constitui-se como um espaço de construção de saberes, assim os profissionais utilizam de ferramentas como a orientação e a educação em saúde para promover saúde, prevenir doenças, estimular o autocuidado e a reabilitação.^{19, 25}

Assim como em outros níveis de cuidado e atenção a saúde, na Atenção Básica, tanto recursos humanos quanto financeiros são insuficientes ou não são distribuídos de forma equânime baseada na necessidade de cada localidade. Existe uma crise que ainda permeia a atenção básica e os sistemas de saúde, “os sistemas fragmentados têm sido um desastre sanitário e econômico em todo o mundo”^{26:2300}. E escassez destes recursos dificulta da aquisição de veículos e até materiais e insumos necessários para o cuidado domiciliar.

Em relação aos domicílios de difícil acesso, dois estudos também evidenciaram dificuldades para efetivação da VD, relacionada a domicílios localizados em zona rural, ou em locais de difícil acesso. Sabe-se que este é um fator dificultador para acesso aos serviços de



saúde, no entanto não é um impeditivo, apesar das dificuldades encontradas pelos profissionais, é importante criar mecanismos para garantir a prestação do cuidado domiciliar.^{1,7}

O pouco envolvimento de alguns profissionais como o médico e o odontólogo, o também é uma limitação para o desenvolvimento pleno e efetivo não só da VD, mas também da Atenção Domiciliar de modo geral, neste tópico evidenciou-se que as dificuldades para efetivação da VD estão relacionadas prioritariamente à falta de recursos (veículos) e dificuldade de acesso aos domicílios.

Ao estabelecer um mapa de pacientes que necessitam da VD, os profissionais devem fazer um planejamento prévio, ou estabelecer um roteiro para a realização na VD. Um artigo publicado em 2014 traz uma crítica dizendo que a “inexistência de uma ficha de registro padronizada para as visitas realizadas e aquelas a serem efetivadas visitas e articulação com os outros profissionais [...] revela uma lacuna em relação ao levantamento de informações sobre os usuários que as recebem”^{17:166}

Apesar da inexistência de impresso, ou ficha apropriada para o desenvolvimento da VD, ressalta-se a importância de planejar as ações a serem realizadas com o paciente na VD, e ao planejar “o profissional deve ter atitudes e habilidades em prol do coletivo, gerenciando e organizando a USF na qual atua, conciliando recursos humanos e materiais para realização da assistência”.²⁷

Conclusão

Conclui-se que os profissionais que realizam a visita domiciliar são: enfermeiros, ACS e médicos, com destaque para enfermeiros e ACS (100%). Os profissionais realizam uma gama de atividades nos domicílios desde procedimentos, até a realização de consultas e revisões, no entanto, vale destacar que deve ser mais presente a figura do médico nas visitas, uma vez que o MS preconiza que todos os profissionais participem desta atividade.

Dentre as fragilidades encontradas para efetivação da VD ressalta-se a dificuldade de acesso aos domicílios, haja vista estarem localizados em zona rural. Arelado a dificuldade de acesso, a falta de veículos para o deslocamento, também caracteriza-se um fator dificultador.



Percebe-se que a VD é um importante instrumento para acompanhamento da situação da saúde das famílias, prestação de cuidados e orientação, e é considerado ponto positivo e facilitador do acesso aos serviços de saúde, no entanto alguns fatores ainda limitam a sua realização de forma plena e integral.

Pode-se dizer que este trabalho conseguiu alcançar aos objetivos proposto apresentando quais profissionais realizam e estão envolvidos nas atividades de visita domiciliar, quais procedimentos são realizados, quais as limitações, etc. Destaca-se a realização de novos estudos que abordem o mesmo tema, a partir da percepção dos usuários do PSF e gestores.

Referências

- 01 Kebian LVA, Acioli S. Práticas de cuidado na visita domiciliar. Rev. enferm. UERJ. 2011; 19(3): 403-9.
- 02 BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- 03 Cunha CLF, Gama MEA. A visita domiciliar no âmbito da atenção primária em saúde. Atualidades da Assistência de Enfermagem. Rubio. 2012. 336 pp.
- 04 BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.
- 05 Borges R, D'Oliveira AFPLA visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC. Interface - Comunic. Saúde Educ. 2011; 15(3): 461-72.
- 06 Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko, R. Práxis em salud um desafio para lo público. São Paulo (SP): Hucitec; 1997.
- 07 Cunha MS, Sá MC. Home visits within the Family Health Strategy (Estratégia de Saúde da Família - ESF): the challenges of moving into the territory. Interface - Comunic. Saude Educ. 2013; 17(44):61-73.
- 08 Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.



- 09 Silveira et al. Questionário sobre atribuições dos profissionais. ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA Universidade Federal de Pelotas Especialização em Saúde da Família EAD –UFPEl, 2013.
- 10 Machado MC, Araújo ACF de, Dantas JP *et al.* Territorialização como ferramenta para a prática de residentes em saúde da família: um relato de experiência. Rev. Enferm. UFPE online. 2012; 6(11):2851-7. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/2960/4768>.
- 11 Junges JR, Barbiani R. Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. Revista Bioética. 2013; 21(2):207-217.
- 12 Andrade L. Tecendo redes: a assistência domiciliar e busca da integralidade do cuidado. Revista Brasileira de atenção domiciliar. Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar Ano I - Número I - jan./jun. 2015.
- 13 Welch J, Coimbra CEA. Perspectivas culturais sobre transmissão e tratamento da tuberculose entre os Xavante de Mato Grosso, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2011; 27(1):190-4.
- 14 Gaíva MAM, Siqueira VCAA prática da visita domiciliária pelos profissionais da estratégia saúde da família. Cienc. Cuid. Saúde. 2011; 10(4): 697-704.
- 15 Figueiredo RM, Maroldi MAC. Internação domiciliar: risco de exposição biológica para a equipe de saúde. Rev. Esc. Enferm. USP. 2012; 46(1): 145-50.
- 16 BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-geral de Atenção Domiciliar. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.
- 17 Andrade AM, Guimarães AMD, Costa DM, Machado JC, Gois CFL. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. Epidemiol. Serv. Saúde. 2014; 23(1):165-175.
- 18 Santos LR, Ponce de Leon CGRM, Funghetto SS. Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(Supl. 1):855-863.
- 19 Silva DC, Santos JLK, Guerra ST, Bairros SG, Prochnow AG. O trabalho do enfermeiro no serviço de internação domiciliar: visão dos familiares cuidadores. Cienc. Cuid. Saúde. 2010; 9(3):471-478.
- 20 Gasparino RF, Simonetti JP, Tonete VLP. Consulta de Enfermagem pediátrica na perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Rev Rene. 2013; 14(6):1112-22.



21 Campos RMC, Ribeiro CA, da Silva CV, Saporoli ECL. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. RevEscEnferm USP. 2011; 45(3):566-74.

22 Sossai LCF, Pinto IC. A visita domiciliária do enfermeiro: Fragilidades x Potencialidades. Cienc. Cuid. Saúde. 2010; 9(3):569-576.

23 Gomes AP, Costa JRB, Junqueira TS, Arcuri MB, Batista RS. Atenção Primária à Saúde e Formação Médica. Revista brasileira de educação médica. 2012; 36(4):541-549.

24 Oliveira IC, Rocha RM, Cutolo LRA. Algumas palavras sobre o NASF: relatando uma experiência acadêmica. Rev. bras. educ. med. 2012; 36(4):574-580.

25 Tossin BR, Souto VT, Terra MG, Siqueira DF, Mello AL, Silva AA. As práticas educativas e o autocuidado: evidências na produção científica da enfermagem. REME - Rev Min Enferm. 2016. DOI: 10.5935/1415-2762.20160010.

26 Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15(5):2297-2305.

27 Junior DAB, Heck RM, Ceolin T, da Silva Viegas CR. Atividades gerenciais do enfermeiro na estratégia de saúde da família. R. Enferm. UFSM. 2011; 1(1):41-50.

Como citar este artigo (Formato ABNT):

LIMA, R.A.S.S.; LOPES, A.O.S. Visita Domiciliar como ferramenta de atenção integral ao usuário da Estratégia de Saúde da Família. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, Nov-Dez. de 2016, vol.10, n.32, p. 199-213. ISSN: 1981-1179.

Recebido: 18/09/2016

Aceito: 21/09/2016