



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGENF

**NADJA DE CARVALHO MOREIRA DE OLIVEIRA**

**VISITA DOMICILIAR: PROJETO DE AÇÃO DO ENFERMEIRO NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Rio de Janeiro

2017

NADJA DE CARVALHO MOREIRA DE OLIVEIRA

**VISITA DOMICILIAR: PROJETO DE AÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentado à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como requisito para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Florence Romijn Tocantins

**Área de concentração:** Enfermagem, Saúde e Cuidado na Sociedade.

Rio de Janeiro

2017

048

Oliveira, Nadja de Carvalho Moreira de  
VISITA DOMICILIAR: PROJETO DE AÇÃO DO ENFERMEIRO  
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA / Nadja de Carvalho  
Moreira de Oliveira. -- Rio de Janeiro, 2017.  
61 f.

Orientadora: Florence Romijn Tocantins.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do  
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação  
em Enfermagem, 2017.

1. Visita Domiciliar;. 2. Saúde da Família. 3.  
Cuidados de Enfermagem. 4. Enfermagem.. I.  
Tocantins, Florence Romijn , orient. II. Título.

NADJA DE CARVALHO MOREIRA DE OLIVEIRA

**VISITA DOMICILIAR: PROJETO DE AÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovada por:

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Florence Romijn Tocantins  
Presidente - UNIRIO

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Vanessa de Almeida Ferreira Corrêa  
1º Examinadora - UNIRIO

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Simone Mendes Carvalho  
2ª Examinadora - UNIRIO

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Sônia Acioli de Oliveira  
Suplente - UFF

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Adriana Lemos Pereira  
Suplente - UNIRIO

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esta pesquisa à minha querida mãe, Marlene Lusia de Carvalho, e aos meus filhos, Edson Rafael de Carvalho Oliveira e Gabriel de Carvalho Oliveira, pessoas que amo e nas quais busquei inspiração e motivação para poder voar alto e alcançar esta conquista.

“Tudo é possível ao que crer (Marcos 9:23)”.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pelas oportunidades e pelos livramentos a mim concedidos.

À Marlene Lusía de Carvalho, minha mãe, que sempre foi um exemplo de dedicação, garra, perseverança e sua luta incessante, com muito amor para alcançar a formação desde o meu caráter ao desejo de ter uma filha formada. Além do incentivo para a realização de mais um sonho com compromisso e responsabilidade. Esta é mais uma conquista que compartilho com você.

Aos meus filhos, Edson Rafael de Carvalho Oliveira e Gabriel de Carvalho de Oliveira, pois demonstraram amor e respeito às minhas escolhas durante este processo, permaneceram ao meu lado me ajudando e, com paciência, lidaram com minhas ansiedades, medos e minhas ausências sociais com compreensão.

À minha tia, Maria da Penha de Carvalho, que abriu mão da companhia de sua família para me auxiliar nos cuidados hospitalares da minha querida mãe, que passou por um procedimento cirúrgico cardíaco com sucesso.

Agradeço aos meus familiares, que me apoiaram durante essa minha trajetória. Minha avó Nelsina Freitas de Carvalho, minhas primas Deise Cristina Carvalho e Crisleane de Carvalho, ao primo Márcio Moreira e minha irmã Mônica Gomes, que demonstraram preocupação diariamente.

À amiga irmã, Giovane de Oliveira, amizade verdadeira. Obrigada por me abrigar, me confortar nos momentos difíceis da vida e, principalmente, ter me apoiado com seus conselhos no propósito de me manter no foco.

Aos meus amigos, que compreenderam o meu afastamento social para conclusão das minhas atividades acadêmicas.

Às minhas amigas e colegas de trabalho, professoras Lana Mara Alves, Érika Barbosa, Antônia Conceição Cilindro Machado, Ana Clementina Vieira de Almeida, Maria de Fátima Amaral, e à equipe da coordenação do curso de Enfermagem UNIGRANRIO, pelo incentivo, apoio e colaboração.

Às minhas companheiras, Milena Quaresma Lopes, Luana Christina Souza da Silva, Lidiane Passos Cunha e Fernanda Gonçalves Granjeiro, no qual compartilhamos momentos de orientação e aprendizado, dividindo nossos anseios e muitas risadas.

Em especial à, minha orientadora, Florence Romijn Tocantins. Por ter compartilhado seus saberes e experiências com muita delicadeza, entendendo minhas dificuldades e limitações,

me conduzindo ao aprendizado através de reflexões tanto para a vida acadêmica quanto para a vida pessoal. E, hoje, percebo que o aprendizado me proporcionou mudanças no contexto geral. Neste momento é hora de dizer, muito OBRIGADA!

OLIVEIRA, Nadja de Carvalho Moreira de. **Visita domiciliar: projeto de ação do enfermeiro na estratégia saúde da família** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, 2017.

## RESUMO

**Introdução:** O tema visita domiciliar (VD) tem sido abordado por diferentes pesquisadores e políticas de saúde sob diversas concepções. Tendo em vista as observações feitas a partir da vivência prática na Estratégia de Saúde da Família, surgiram as seguintes inquietações: Quais as atividades realizadas pelo enfermeiro mediante a realização da visita domiciliar no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF)? Quais são as finalidades da visita domiciliar realizada pelo enfermeiro que atua na Estratégia de Saúde da Família? A compreensão da visita domiciliar desenvolvida pela equipe da Estratégia de Saúde da Família, mais especificamente, pelo enfermeiro, enseja a reflexão desta prática explicitando o seu potencial para fortalecer a atenção e a assistência à saúde de modo integral. **Objetivo:** Este estudo visa analisar as perspectivas do enfermeiro ao realizar visita domiciliar no contexto da Estratégia de Saúde da Família. **Justificativa:** Entende-se que a compreensão da visita domiciliar enseja a reflexão desta prática oportunizando explicitar o seu potencial para fortalecer a atenção e a assistência à saúde de modo integral. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa com enfoque na fenomenologia social de Alfred Schutz. Foi realizada com 10 (dez) enfermeiros que desenvolvem, como suas atividades profissionais, a visita domiciliar em unidades de Estratégia de Saúde da Família no município de Duque de Caxias RJ. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um roteiro de entrevista semiestruturada, com questões de situação biográfica dos participantes do estudo e, com destaque, utilizamos duas questões fenomenológicas de maneira a se captar os motivos “porque” e “para” dos enfermeiros que realizam a visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família. As informações obtidas foram organizadas mediante quadros, focalizando a situação biográfica dos enfermeiros, as ações realizadas durante a visita domiciliar e as motivações, analisadas mediante o referencial teórico de Schutz e literatura correlata. O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). **Resultados e Discussão:** Quanto à situação biográfica dos enfermeiros, a temática VD foi objeto de discussão durante a graduação; todos realizaram curso de especialização em Saúde da Família; realizaram curso introdutório e desenvolvem a VD na sua prática profissional, que é de 6 meses a 16 anos. Quanto às atividades realizadas durante a VD, destacam-se orientação e realização de curativos, tal qual previsto na PNAB e PNAD. A razão que fundamenta a realização das VDs localiza-se na impossibilidade de locomoção e na falta à consulta agendada por parte do usuário cadastrado na unidade. O enfermeiro tem por propósito central, quando realiza a VD, a resolução de problemas ou agravos apresentados, caracterizando-se como o típico desta ação. Destacam-se as ações curativas individuais, em detrimento daquelas de promoção de saúde e de prevenção de doença voltadas para grupos da população. **Considerações Finais:** Os enfermeiros, ao realizar a VD, têm como projeto de ação ou propósito resolver problemas, seja do usuário, seja do funcionamento da unidade, e fundamentalmente centrada na doença.

**Palavras-chave:** Visita Domiciliar. Saúde da Família. Cuidados de Enfermagem. Enfermagem.

OLIVEIRA, Nadja de Carvalho Moreira de. **Home Visiting: nurse's action project in Family Health Strategy**. Dissertation (Master's in Nursing). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, 2017.

## ABSTRACT

**Introduction:** the home visiting theme has been approached by different researchers and health politics in several conceptions. In view of the comments made from the practical experience in the family health strategy following the concerns: what are the activities made by a nurse through the home visiting in the context of the family health strategy? What are the purposes of the home visiting by a nurse in the family health strategy? Understanding the home visit developed by team of the family health strategy, more specifically by the nurse, requires the reflection of this practice explaining the potential to strengthen your attention and healthcare of full mode. **Objective:** this study aims to analyze the perspectives of nurses to perform home visiting in the context of the family health Strategy. **Rationale:** it is understood that the understanding of the home visiting requires the reflection of this practice explicitly giving your potential to strengthen the attention and healthcare of full mode. **Methodology:** this is a qualitative research focusing on social phenomenology of Alfred Schutz. Was held with 10 (ten) nurses who develop as their professional activities the home visiting in units of the family health strategy in the municipality of Duque de Caxias - RJ. Used as data collection instrument a semi-structured interview with biographical situation questions of the participants of the study and highlighted two issues of phenomenological way used to capture the reasons "why" and "for" of the nurses who perform home visiting in the family health strategy. The information obtained through frames were organized, focusing on the biographical situation of nurses, the actions taken during the home visit and the motivations, and analyzed by the theoretical benchmark of Schutz and related literature. The study had approval of the Research Ethics Committee of the Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). **Results and discussion:** the biographical situation of nurses, the theme was the subject of discussion during home visiting graduation; all course of specialization in family health; conducted introductory course and develop the home visiting in your professional practice, which is of 6 months to 16 years. With regard to the activities carried out during the home visiting include orientation and realization of bandages, as provided for in PNAB and PNAD. The reason that justifies the implementation of home visits is located in impossibility of locomotion and the lack consultation scheduled by the registered user on the drive. The nurse has the central purpose when performs home visiting solve problems or aggravations presented characterized as typical of this action. The individual healing actions to the detriment of those of health promotion and disease prevention focused on groups of the population. **Final thoughts:** The nurses performing the home visiting have the action project or purpose of solving problems of the user, of the operation and mainly focused on the disease.

**Keywords:** Home Visit. Family Health. Nursing Care. Nursing.

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
1.1	<b>Problema de Pesquisa</b> .....	14
1.2	<b>Objetivo do Estudo</b> .....	15
1.3	<b>Justificativa e Relevância do Estudo</b> .....	15
2	<b>MARCOS CONCEITUAIS</b> .....	18
2.1	<b>Visita Domiciliar e seu Contexto Histórico</b> .....	18
2.2	<b>A Visita Domiciliar e Modelos Assistenciais de Saúde</b> .....	21
3	<b>ABORDAGEM TEÓRICA E METODOLÓGICA</b> .....	26
3.1	<b>Referencial Teórico-Metodológico</b> .....	26
3.2	<b>Trajetória da pesquisa</b> .....	27
3.2.1	<u>Cenário do estudo</u> .....	27
3.2.2	<u>Participantes do estudo</u> .....	28
3.3.3	<u>Obtenção dos depoimentos</u> .....	28
3.2.4	<u>Procedimentos éticos</u> .....	29
4	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	31
4.1	<b>Situação biográfica dos enfermeiros entrevistados</b> .....	31
4.2	<b>Ações realizadas pelos enfermeiros na unidade de ESF</b> .....	33
4.3	<b>Concepções dos enfermeiros sobre a VD na ESF</b> .....	37
4.4	<b>Concepção de conhecer a realidade</b> .....	37
4.5	<b>Organização da Visita Domiciliar</b> .....	37
4.6	<b>Grupos da população visitados</b> .....	38
4.7	<b>Ações desenvolvidas durante a Visita Domiciliar</b> .....	40
4.8	<b>Com relação à razão (motivo “por que”) de realizar a VD</b> .....	42

## SUMÁRIO

4.8	Quanto ao Motivo para “significado da ação”.....	45
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
	REFERÊNCIAS.....	52
	ANEXOS.....	57
	Anexo A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ETICA.....	57
	APÊNDICES.....	59
	Apêndice A - Instrumento de Pesquisa Fenomenológica.....	59
	Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	60

## 1 INTRODUÇÃO

Durante minha vivência profissional como enfermeira, atuando como integrante de uma equipe de saúde da família tive a oportunidade de estar em contato com outros enfermeiros que desenvolviam seu trabalho na realidade concreta da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Dentre as atividades executadas pela equipe de ESF estava a visita domiciliar (VD), atividade esta que tive oportunidade de realizar acompanhada do agente comunitário de saúde, do técnico de enfermagem e do médico.

Desde que comecei a desenvolver a VD, despertei para as possibilidades de conhecer as condições de vida e situações de saúde que a mesma traz consigo. Porém, ao mesmo tempo pude identificar, ainda que de modo empírico e através de conversas informais, que alguns enfermeiros não realizavam a VD de modo programado, os mesmos comentavam que somente se deslocavam ao domicílio do usuário do serviço em caso de situações em que recebiam solicitações dos agentes comunitários de saúde, ou quando um familiar de algum usuário cadastrado se dirigia até a unidade solicitando comparecimento de um integrante da equipe.

Em uma experiência profissional posterior, supervisionando a atuação de equipes de saúde da família, também pude observar nos registros das fichas de produção dos profissionais de saúde que havia registro da realização de consultas e procedimentos dentro da unidade, com uma frequência muito maior que a realização da visita domiciliar.

Desde 2009, atuando como docente e acompanhando graduandos de enfermagem durante o ensino prático e estágio supervisionado em cenários de Atenção Básica em Saúde identificou que, ao executar a VD, os discentes apresentavam dificuldade de compreender e valorizar esta atividade como contribuindo para o processo de atenção e assistência à saúde, tal qual especificado por Cunha e Gama (2012).

A Política Nacional de Atenção Básica 2488/2011 (BRASIL, 2012), tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica, destacando os princípios e diretrizes gerais da atenção básica, que caracterizam-se por:

...um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012, p.19).

Para melhor compreensão do termo, destaca-se que a:

Visita domiciliar consiste em uma atividade para subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou o planejamento de ações visando à promoção de saúde da coletividade [...] no domicílio (TORRES et al, 2012, p: 23).

Merece salientar que, o vocábulo exato para designar essa atividade é Visita Domiciliar, pois segundo Cegalla (2012, p 138), “Domiciliar pode ser: Adjetivo. 1. Referente a domicílio, feito em domicílio: entrega domiciliar, prisão domiciliar”.

Ressalta-se que nas publicações aparece tanto o termo visita domiciliar, como visita domiciliária. Situação esta que requer esclarecimento, portanto, este estudo utiliza o termo visita domiciliar (VD) para tratar esta ação.

Esse tema, visita domiciliar (VD), tem sido abordado por diferentes pesquisadores sob diversas concepções.

Dentre estas concepções, destaca-se que para Vasconcelos, Grillo e Soares (2009), a visita domiciliar é:

Um instrumento essencial para que a equipe conheça a realidade das famílias sob sua responsabilidade, identifique as situações de risco às quais a população está exposta e conheça os problemas de saúde prevalentes em um território, uma área adscrita. É um instrumento potente para a vigilância à saúde, pois possibilita que os profissionais conheçam não só o quadro clínico e problemas de saúde, mas também as condições de vida da população, em termos econômicos, culturais, sociais e familiares. Deve compreender ações sistematizadas que considerem o antes e o depois da visita, a partir de um plano de ação consistente [Destaque em negrito dos autores] (VASCONCELOS, GRILLO E SOARES, 2009, p. 51).

Considerando a concepção de Vasconcelos, Grilo e Soares (2009), a visita domiciliar é um instrumento para a equipe de saúde da família, ter conhecimento sobre o território, condições de vida das famílias e não só problema de saúde.

Para os autores Lopes, Saube e Massaroli (2008), a visita domiciliar tem concepção de tecnologia:

A visita domiciliar reúne pelo menos três tecnologias leves a serem aprendidas e desenvolvidas, as quais são: a observação, indicando a atenção aos detalhes dos fatos e relatos apresentados durante a visita; a entrevista, implicando o diálogo com a sua devida finalidade e não apenas uma conversa empírica; e o relato oral ou história, espaço onde as pessoas revelam como dão sentido às suas vidas, dentro dos limites e da liberdade que lhes são concedidos (LOPES, SAUPE E MASSAROLI, 2008, p. 243).

Cunha e Gama (2012) acrescentam que no contexto da ESF, a visita domiciliar implica:

Uma 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. Estabelece o rompimento do modelo hegemônico, centrado na doença, no qual predomina uma postura profissional tecnocrática e de pouca interação com o usuário, voltando-se à nova proposta de

atendimento integral e humanizado do indivíduo inserido em seu contexto familiar (CUNHA E GAMA, 2012, p.336).

Já os autores Vasconcelos, Grillo e Soares (2009) referiam que como não há especificação quanto a VD, nem qual o (os) profissional (ais) que deverão executá-la. Esclarecem que: “... é preciso estabelecer momentos formais e sistematizados em que essas informações possam ser discutidas, encaminhadas, e as visitas programadas” (VASCONCELOS, GRILLO e SOARES, 2009, p. 56).

Para tanto todas as atividades realizadas pelo enfermeiro, membro da equipe da ESF, deve orientar-se pelas diretrizes das Políticas vigentes, as quais trazem, além das especificidades de atuação, também as atribuições de atenção à saúde:

Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários [...]. Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea (BRASIL, 2012, p. 46).

Para realizar atenção à saúde observada na leitura do documento Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), faz-se necessário que a equipe que atua na estratégia de saúde da família atente para reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade; Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população.

Neste sentido Stotz (2004) e Cecílio e Lacaz (2012) apontam que as necessidades de saúde são biológicas, sociais e historicamente determinadas e satisfazê-las socialmente é um sinal de reconhecimento.

Campos et al. (2014), em seu estudo, apontam a VD como um instrumento capaz de reconhecer necessidades de saúde, pois em sua concepção essas necessidades são de cunho social e historicamente construída.

Desta forma apoiado em Campos et al. (2014), entende-se que existe uma relação entre necessidades de saúde e VD a partir do momento que a equipe de saúde da família tem como foco a necessidade de saúde do indivíduo/família (CUNHA e GAMA, 2012) e que em resposta a este reconhecimento há possibilidade de prestar assistência no domicílio por meio da VD considerando que deve adotar uma concepção saúde doença interligando aspectos individuais e coletivos e nela desenvolver ações de promoção, prevenção e reabilitação de doença (BRASIL, 2012 p. 21).

## **1.1 Problema de Pesquisa**

O enfermeiro tem um papel relevante na sua atuação junto ao indivíduo/famílias. Neste modelo de atenção à saúde, que é a Estratégia de Saúde da Família, há possibilidades de desenvolver ações de saúde no domicílio por meio da visita domiciliar na busca de contribuir para melhoria da qualidade de vida do indivíduo no ambiente familiar (LOPES, SAUPE E MASSAROLI, 2008).

A visita domiciliar é uma ação de saúde que se apresenta sob diferentes concepções que ora se apresenta como instrumento para coleta de informação (VASCONCELOS, GRILO E SOARES. 2009), em outros momentos é citada como tecnologia para reconhecer as situações de saúde “in loco” (LOPES, SAUPE e MASSAROLI, 2008; BRASIL, 2016).

Tendo em vista a diversidade de concepções na qual a VD se apresenta e as observações feitas a partir da vivência prática e reflexão dos textos, surgiram às seguintes inquietações:

Quais as atividades realizadas pelo enfermeiro mediante a realização da visita domiciliar no contexto da Estratégia Saúde da Família – ESF? Quais são as finalidades da Visita domiciliar realizada pelo enfermeiro que atua na Estratégia de Saúde da Família?

## **1.2 Objetivo de Estudo**

Este estudo tem como objetivo: analisar as perspectivas do enfermeiro ao realizar visita domiciliar no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

## **1.3 Justificativa e Relevância do Estudo**

Ao realizar uma revisão bibliográfica de modo sistematizado, em maio de 2016, nas bases de dados LILACS e MEDLINE, em publicações nos anos de 2004-2015, utilizando o termo “Visita Domiciliar”, obtivemos 90 artigos. Esta revisão possibilitou identificar, em síntese, as seguintes características da VD no âmbito da atenção primária à saúde:

- É realizada no contexto assistencial da ESF em 34,4% das produções científicas;

- 22% desta produção focaliza a VD realizada pela equipe de enfermagem e 18% pelo Agente Comunitário de Saúde;
- Quanto aos indivíduos que recebem a VD: 50% são usuários da ESF sendo 7,8% portadores de doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes mellitus, câncer, cardiopatias;
- A produção científica focaliza a VD como fundamento de humanização para educação em saúde, criação de vínculo (57,8%) e como motivação de atenção à saúde tal como orientação, acompanhamento e criação de vínculo (66,7%).

Deste modo, observou-se que a visita domiciliar na atenção primária está voltada fundamentalmente à assistência (BRASIL, 2016) e apresenta características dicotômicas quanto a finalidade de se realizar a VD, focalizando tanto a promoção como a prestação de assistência à saúde (BRASIL, 2012). Contudo há uma lacuna nos estudos analisados, pois 7,7% dos artigos analisados discutem a VD como prática de promoção de saúde no âmbito da ESF como objeto de pesquisa. Portanto mediante aos resultados encontrados nesta revisão, justifica-se e se torna relevante ampliar a produção do conhecimento quanto à VD realizada na atenção primária para subsidiar e fortalecer esta prática com destaque ao enfermeiro que atua na ESF.

O enfermeiro que atua na ESF tem suas ações voltadas para a educação em saúde, para a investigação das necessidades de saúde das famílias, para a realização de atividades assistenciais da enfermagem e nestas ações inclui-se a atividade de visita domiciliar (BRASIL, 2012; KEBIAN e ACIOLI, 2011).

Ao desenvolver um estudo sobre a prática da visita domiciliar, realizada pelo enfermeiro que atua na Estratégia de Saúde da Família, traz em foco uma reflexão considerando o contexto de modelo de atenção à saúde voltada a família que é a Estratégia de Saúde da Família proposto na Política Nacional de Atenção Básica, vigente em nosso país (BRASIL, 2012). A compreensão da visita domiciliar desenvolvida pela equipe da Estratégia de Saúde da Família, mais especificamente pelo enfermeiro, enseja a reflexão desta prática explicitando o seu potencial para fortalecer a atenção a assistência à saúde de modo integral (CUNHA e GAMA, 2012).

Entende-se que este estudo possa contribuir para ampliar e fortalecer o processo de reflexão e debates acerca da produção de conhecimento sobre a realização da visita domiciliar neste modelo de atenção à saúde que é a Estratégia de Saúde da Família. Percebe-se ainda que haja possibilidade de trazer contribuições para a enfermagem como área de conhecimento e

profissão, para o ensino e a pesquisa na área da saúde e para população assistida na Estratégia de Saúde da Família.

## 2 MARCOS CONCEITUAIS

### 2.1 Visita Domiciliar e seu Contexto Histórico

Ao longo da história, a visita domiciliar aparece como uma prática que tem sido utilizada por diversos profissionais no âmbito do setor saúde. Entretanto, ressalta-se que teve importante influência na história da criação e formação profissional de enfermeiras no início do século XX. Para compreendermos a relação da visita domiciliar com a enfermagem e a saúde pública, destacaremos na história as suas concepções teóricas no contexto sócio político dos períodos.

De acordo com Augusto e Franco (1980) permitem compreender a visita domiciliar em dois períodos distintos. O pré-científico, marcado por uma assistência no domicílio voltada para a prestação de caridade no sentido religioso aos pobres, doentes e mulheres por pessoas leigas.

Este período se inicia na Grécia antiga (443 a.C.), com relatos de médicos que iam às casas para fornecer orientações quanto ao ambiente físico, provisão de água, alimentos puros, alívio da incapacidade e do desamparo (LOPES, SAUPE e MASSAROLI, 2008).

Ainda num contexto religioso citado por Maza (1994), por volta do ano de 1500, a assistência domiciliar passa a ter um caráter mais metódico, através do Instituto das Filhas de Caridade, criado por São Reticente de Paula, no qual seguia a realização da visita de acordo com descrito no manual, na parte específica sobre a visita domiciliária denominada “A Procura de Doentes”.

O Período Científico foi marcado por uma sistematização dos procedimentos da visita domiciliária ocorrida por volta de 1850. Sendo difundido na Europa e nos Estados Unidos.

Em Londres, nos anos de 1854 e 1856, as visitas eram realizadas pelas visitadoras sanitárias, mulheres da comunidade treinadas pela Sociedade de Epidemiologia de Londres, e tinha como objetivo levar para famílias carentes orientações quanto a cuidados de saúde. Este trabalho culminou na formação de mulheres no ensino superior para aperfeiçoar a assistência aos pobres (LOPES, SAUPE e MASSAROLI, 2008).

Maza (1994), traz que o Conselho Municipal de Londres disciplina e regulamenta em 1909 a formação das visitadoras. Nos Estados Unidos, mais especificamente em Nova York, a

visita domiciliária teve início aproximadamente em 1900, sendo criada a instituição “Visiting Nurses Association”, que logo se estendeu para outros estados do país.

Segundo Lopes, Saupe e Massaroli (2008) no início do século XX a enfermagem tem sua inserção na saúde pública e, no ano de 1951, haviam nos Estados Unidos 25.461 enfermeiras de saúde pública, das quais 12.556 trabalhavam com visitas domiciliares e atendiam a comunidade em seus problemas como um todo.

Maza (1994) destaca em seu estudo que, em 1902, Lina Rogers cria a primeira escola de serviço especializado, que também logo se expandiu por todo o país. Nesta escola, as enfermeiras visitadoras formadas dedicavam-se ao trabalho com grupo materno-infantil e com pacientes acometidos de tuberculose, e posteriormente agregou todo tipo de cuidado de enfermagem necessário no domicílio.

A visita domiciliar no Brasil começa a ser citada a partir da década de 20, época na qual o país apresentava graves problemas de epidemias, entre elas: cólera, tifo, varíola, febre tifóide e outras doenças contagiosas. O Brasil importava, então, dos Estados Unidos, o modelo médico sanitário, que tinha como pressupostos a valorização das ações e medidas sobre o meio ambiente externo como foco de doenças (MAZA, 1994).

No Brasil, o nascimento da visita domiciliária tem seu marco inicial em artigo publicado em 15/10/1919 pelo “O Jornal”, onde o Dr. J. P. Fontelle aborda a educação sanitária e a necessidade de formação de enfermeiras visitadoras, sugerindo a criação desse serviço, e é marcado com o objetivo de prevenção (SANTOS e KIRSCHBAUM, 2008).

Merece destaque a instituição filantrópica Liga Brasileira Contra a Tuberculose (LBCT), criada para implantar medidas de profilaxia e cura da enfermidade, por Amaury de Medeiros. Onde os doentes eram separados em dois grupos: o primeiro, considerado não produtivo, deveria ocorrer o isolamento hospitalar ou domiciliar; e o segundo, o produtivo, formado por indivíduos que ainda conseguiam trabalhar. Foi criada uma seção educativa por meio das monitoras de higiene ou enfermeiras visitadoras (FONTENELLE, 1941; AYRES, 2012).

O valor das enfermeiras visitadoras era ressaltado por J.P. Fontenelle, sustentando que elas, os guardas sanitários e os auxiliares técnicos que constituiriam o quadro técnico subalterno, deveriam substituir parcialmente o número excessivo de médicos no serviço sanitário das ações de educação sanitária, vigilância sanitária e avaliação das relações familiares (FONTENELLE, 1922; AYRES, 2012).

No ano de 1920, Amaury de Medeiros introduziu na escola de Enfermagem da Cruz Vermelha um curso de visitadoras sanitárias. E criado o serviço de visitadoras com parte da saúde pública como parte do serviço de profilaxia da tuberculose (MAZA, 1994).

Em 1921, chegou ao Rio de Janeiro, a pedido de Carlos Chagas, diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, um grupo de enfermeiras visitadoras americanas sob o patrocínio e cooperação da Fundação Rockefeller e lideradas por Ethel Parsons, e possuía a intenção de melhorar o serviço de enfermagem e capacitar às enfermeiras visitadoras (AYRES, 2012).

Em 1922, a Escola Anna Nery inicia o curso formação de enfermeira em Saúde Pública, com caráter de assistência primária e substituindo as enfermeiras visitadoras e em 1926, o curso de educadoras sanitárias em São Paulo com a mesma finalidade (MAZA, 1994).

Outro exemplo de visita domiciliar ocorreu com a criação da Fundação SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), em 1942, com objetivo de promover o saneamento de áreas afetadas por agentes da febre amarela, malária e filariose, nas regiões Amazônicas e Vale do Rio Doce. Essas visitas domiciliárias eram executadas por pessoal de nível médio para gestantes/mães, crianças e doentes de moléstias contagiosas, preparado pela própria Fundação como visitadoras sanitárias (MAZA, 1994).

No ano de 1946, na Faculdade de Saúde Pública, seis enfermeiras egressas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, juntamente com dez educadoras formadas pela Faculdade de Saúde Pública/USP, formaram o grupo de visitadoras cuja função era a prestação de assistência domiciliária à saúde de pessoas residentes na área programática do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza, isto é: gestantes, crianças e portadores de doenças transmissíveis. O serviço de visitação ocorreu até 1963, momento em que o Centro de Saúde foi desativo. Neste mesmo ano foram criados os dispensários e centros de saúde, os quais tinham como objetivo o tratamento da tuberculose, hanseníase, tracoma e a diminuição da mortalidade infantil. Dentro desses programas, a visita domiciliária restringia-se apenas ao doente (MAZA, 1994).

Em 1947, foi criado o Serviço Especial de Saúde de Araraquara (SESA), assistência de enfermagem domiciliária e caracterizada por uma sistematização do processo de visitação (MAZA, 1994).

Historicamente, o processo político e social de atenção e assistência à saúde continuou apresentando mudanças, contudo, tanto o termo como a ação VD não aparece em destaque (EGRY E FONSECA, 2000).

A visita domiciliar retoma a evidência após a criação do sistema de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988. Onde posteriormente, no início da década de 90, teve a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no qual a visita domiciliar era realizada por agentes comunitários de saúde, com a finalidade de prevenir doenças por meio de orientações (BRASIL, 2001a).

Diante das afirmações anteriores, é possível perceber muitas características dessa visita domiciliar realizada no início do século XX, hoje empregada na atual conjuntura dos serviços públicos de saúde, destacando-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A VD traz consigo a oportunidade do profissional da ESF conhecer as condições de vida, observar “in loco” os determinantes e condicionantes sociais de saúde, bem como identificar e reconhecer as necessidades de saúde de cada indivíduo/família adscrita com suas peculiaridades. Podendo facilitar ao mesmo analisar e compreender as situações de saúde vivenciadas e propor intervenções, considerando a perspectiva da Atenção Básica, mais apropriadas com a realidade do indivíduo/família em questão (CUNHA e GAMA, 2012).

Diante deste histórico, observa-se que essa prática era utilizada, predominantemente, visando o combate a doenças transmissíveis específicas e, posteriormente, se percebe uma preocupação com as ações de saúde voltadas para prevenção de doenças. Contudo, a VD realizada pela ESF tem como finalidade ações que contribuam para promoção da saúde (TAKAHASHI e OLIVEIRA, 2001).

## **2.2 A Visita Domiciliar e Modelos Assistenciais de Saúde**

Os denominados modelos de atenção e assistência à saúde, são combinações de tecnologias estruturadas para resolução de problemas e para atendimento das necessidades de saúde da população, e se concebem por meios de normas, padrões e referências para o campo prático técnico-científico (GIL e MAEDA, 2013).

Neste sentido, ressalta-se que o Brasil passou por lutas e discussões quanto a necessidades de mudanças dos modelos até a concretização do SUS.

Tais modelos assistenciais estão fortemente associados ao cenário histórico social de interesses de classes e à evolução dos sistemas de saúde e das políticas de saúde. No Brasil, a partir do século XX, podem ser identificados quatro modelos assistenciais que de certo modo coexistiram com maior ou menor predominância:

1. No início do século XX até 1929, o sanitário campanhista, concepção para o controle de endemias, assistência individual de forma privada e filantrópico pela caridade para os que não tinham condições de pagar. Era o período da economia de agroexportação do café.

2. Do ano de 1920 a 1945, ocorreu o combate de doenças endêmicas, assistência individual, modelo médico assistencial previdenciário com as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), e os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs).

3. De 1945 até meados de 1970, o modelo médico privatista, centrado na assistência médica em práticas curativas altamente especializadas e fragmentada no cuidado individual e na organização voltada ao complexo médico hospitalar. Ocorreu no período pós-guerra, acelerada urbanização, assalariamento da população e reivindicação por assistência médica e benefícios sociais, criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) após o golpe militar de 1964.

A partir da década de 1970, as políticas de saúde estavam relacionadas à assistência hospitalar com uma influência do modelo médico hegemônico com foco na doença (CAMPOS, 2011).

4. No final da década de 1970, as discussões sobre a necessidade de mudanças nos modelos de assistência, dando início ao movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB), formada por intelectuais, lideranças políticas, profissionais e dirigentes de saúde e por representantes da sociedade civil.

Dentre as práticas de saúde, podemos ressaltar que a partir da segunda metade dos anos de 1980, o modelo biomédico (Flexneriano) foi reconhecido e incorporado pelos serviços de saúde no Brasil, pois promovia o alívio da dor e o tratamento de doenças, tendo como foco as ações curativas e no tratamento das doenças; a medicalização; a atenção hospitalar. Sem considerar os determinantes do processo saúde-doença (FERTONANI et al, 2015).

Com as discussões durante a Reforma Sanitária Brasileira e as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, subsidiou e apontou para uma mudança no paradigma para a construção de um modelo assistencial capaz de resolver os problemas da população e que atendesse os anseios no que concerne o processo saúde-doença, buscando garantir uma assistência universal, integral e equânime a toda população brasileira (SANTOS E KIRSCHBAUM, 2008).

Para consolidar essa mudança de paradigma na saúde na década de 1990, configura-se a Saúde da Família como proposta de um novo modelo assistencial em saúde, com objetivo de atender ao prescrito na constituição de 1988 e aos princípios do SUS.

Neste novo modelo de assistência à saúde, as visitas domiciliares são retomadas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no ano de 1991, com uma proposta de melhor organizar e assistir os usuários do SUS de modo mais próximo, tendo se firmado principalmente nas regiões Norte e Nordeste (SANTOS E KIRSCHBAUM, 2008).

A partir de 1994, surge a formulação do Programa Saúde da Família, depois denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF) pelo Ministério da Saúde, o qual se constitui em uma das principais tentativas de superação dos problemas decorrentes do modelo biomédico.

Este modelo de assistência é inspirado na concepção da Atenção Primária à Saúde (APS), que articula ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, e reabilitação. Propõe a atenção à saúde com foco na família, grupos e comunidades. Resgata o conceito de integralidade, indicando a atenção básica como porta privilegiada de acesso, articulada aos demais níveis de atenção e complexidade (FERTONANI et al, 2015).

Destaca-se que, a promoção de saúde citada neste modelo de assistência, tem o conceito que a carta de Ottawa coloca, “é o processo que capacita a população a exercer e aumentar o controle sobre sua saúde, sendo dessa forma relativa ao bem-estar individual e coletivo” (KEBIAN et al., 2012, p. 93).

Neste contexto, atenção básica está caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Como fundamentos e diretrizes estão à orientação de desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2012).

Para realizar tais ações, com proposta de mudança de paradigma, orienta-se que os profissionais que atuam na ESF, por ser uma prática de reorganização do setor saúde, precisam ser capacitados para atuar de maneira crítica e resolutiva. Para tal, o Departamento de Atenção Básica, criou a proposta do denominado Curso Introdutório como educação permanente (BRASIL, 2000).

Esse curso visa trazer uma discussão dos princípios e diretrizes do SUS e do PSF, bem como aborda aspectos de atenção à saúde individual e coletiva. Além de subsidiar os profissionais para traçar diagnóstico da comunidade e traçar ações e atividades para enfrentamento dos problemas identificados (BRASIL, 2000).

Neste contexto, o Ministério da Saúde elaborou o Manual de Enfermagem (BRASIL, 2001b), onde apresenta alguns temas de caráter introdutório, com destaque para a visita

domiciliar realizada pelo enfermeiro e que a mesma só configura como intervenção quando planejada e sistematizada.

A saída do profissional da unidade de saúde até ao domicílio dos usuários cadastrados na ESF, só terá caráter de VD desde que “tal atividade deve compreender um conjunto de ações sistematizadas, que se iniciam antes e continuam após o ato de visitar o usuário no domicílio” (TAKAHASHI e OLIVEIRA, 2001, p.43).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), a equipe utilizará a visita domiciliar como Instrumento para o agente comunitário de saúde, prevendo a média de uma visita/família/mês, visando o acompanhamento do indivíduo e da família. Esta deve ser programada juntamente com a equipe e apoiada em critérios de risco e vulnerabilidade e tecnologia, para o profissional de saúde aplicar o conhecimento as famílias cadastradas pela equipe. Vale ressaltar que não fica explícito em que momento o profissional Enfermeiro deverá realizar a VD, nem tão pouco como fazê-la.

Os autores Cunha e Gama (2012) ressaltam que, para a ESF, a VD é uma tecnologia de interação no cuidado à saúde, voltando-se à nova proposta de atendimento integral e humanizado do indivíduo inserido em contexto familiar.

Entende-se que a VD é utilizada pela ESF, porém para se configurar como instrumento de intervenção de atenção no domicílio deverá ser planejada e sistematizada pelos profissionais que a realizam, visando o alcance do objetivo de acordo com a necessidade de saúde apresentada pelo indivíduo e família (TAKAHASHI e OLIVEIRA, 2001; CUNHA e GAMA, 2012).

Cabe neste momento pontuar que o termo visita domiciliar também se encontra em outra modalidade de atenção à saúde, no qual a Atenção Primária dará suporte quando necessário, que é a Política de Atenção Domiciliar (PAD). A prestação da assistência à saúde na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, 1 (uma) vez por mês (BRASIL, 2016, p. 3).

Na PNAD, a VD é uma tecnologia utilizada pelos profissionais de saúde para se aplicar o conhecimento, visando o atendimento à intervenção hospitalar de baixa e média complexidade, e referida como uma nova modalidade de atenção à saúde (BRASIL, 2016).

Atenção domiciliar, modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2016, p. 1).

A VD configura-se como uma das modalidades de atenção domiciliar à saúde, abrangendo a atenção, o atendimento e a internação domiciliares. Cada uma dessas atividades tem finalidades, objetivos e práticas específicas (CUNHA E GAMA, 2012).

Ao se falar dos modelos de assistência à saúde, é notório que houve mudanças de paradigma com vistas a suprir a necessidade de saúde da população com o propósito de pôr em prática e legitimar ações descritas nas políticas de saúde vigentes que, de fato, traga resolubilidade.

Contudo, Fertoni et al. (2015), trazem em seu estudo quanto a modelo assistencial de saúde que:

Identifica-se, também, a significativa influência do modelo biomédico hegemônico nas práticas assistenciais e que apesar de existirem propostas e políticas estruturantes de um modelo que rompa com o paradigma biomédico, as dificuldades para sua implementação são significativas (FERTONINI et al., 2015, p. 1876).

Neste sentido, o enfermeiro que atua na ESF pode se apropriar da VD como uma ação de saúde com possibilidade de fortalecer o processo de mudança de paradigma centrado na família proposto neste modelo assistencial, bem como torná-la um espaço que viabiliza a realização de práticas de atenção no domicílio de modo sistematizado, com vistas a otimizar o processo de consolidação das políticas de saúde.

### 3 ABORDAGEM TEÓRICA E METODOLÓGICA

#### 3.1 Referencial Teórico-Metodológico

Este estudo visa analisar as perspectivas do enfermeiro ao realizar visita domiciliar no contexto da ESF. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com enfoque na fenomenologia social de Alfred Schutz.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode, ou não deveria, ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes (MINAYO, 2010).

Deste modo, o conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações, dentro e a partir da realidade vivida e partilha com seus semelhantes (MINAYO, 2010).

Com vistas a analisar as perspectivas do enfermeiro ao realizar visita domiciliar na estratégia de saúde da família, propõe a utilização do método fenomenológico do pensador austríaco, Alfred Schütz (1899-1959). Que, de acordo com Wagner (2012), buscou na metodologia das ciências sociais e na fenomenologia, conhecimentos de maneira a estabelecer os fundamentos de uma sociologia fenomenológica compreensiva.

Este método possibilitará desvelar a intencionalidade do enfermeiro ao realizar a visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família, ou seja, o que se tem em vistas quanto à realização desta prática, isto é, qual objetivo a ser alcançado.

Entendendo que toda a ação tem sua significação, propósito, um motivo para ser desenvolvida; possui uma intencionalidade, pois, para Schutz (1979), as ações humanas só são compreensíveis se encontrarmos nelas motivações (WAGNER, 2012).

De acordo Zeferino e Carraro (2013, p.827) têm-se que:

Os homens agem em função de motivações dirigidas a objetivos, que apontam para o futuro, denominadas de “motivos para”, e as razões para as suas ações estão enraizadas em experiências do passado, na personalidade que desenvolveu durante sua vida, chamadas de “motivos porque” (ZEFERINO e CARRARO, 2013, p. 827).

Jesus et al. (2013, p.738), referem que “o conjunto de motivos “para” e “porque” referem-se às situações típicas, com meios e finalidades típicas”. Remetendo, então, a uma

das concepções mais importantes e representativas da fenomenologia social, que é a tipificação no qual se refere a uma estrutura conceitual que une as experiências de uma pessoa ou de um grupo no mundo social, apontando para o projeto de ação.

Ao analisar as razões e as perspectivas (o que se tem em vista) do enfermeiro ao realizar VD, no contexto da ESF, mediante os motivos “porque” e “para”, tem-se subsídios para identificar os fundamentos (razão) e a intencionalidade da realização da visita domiciliar. Emergindo, assim, categorias concretas do vivido que por sua vez permitirá construir o típico da ação (JESUS et al., 2013).

### **3.2 Trajetória da Pesquisa**

#### **3.2.1 Cenário do Estudo**

Como cenário, foi delimitado Unidades de Estratégia de Saúde da Família do município de Duque de Caxias – RJ. O município de Duque de Caxias possui uma população total de 855.045 de habitantes, 99,6% da população é urbana e apenas 0,4% é rural (IBGE 2010), cujo Produto Interno Bruto (PIB) per capita do município em 2007 era de R\$ 33.398,00. Possui uma base territorial de 468 km<sup>2</sup>, divide-se em 4 (quatro) distritos e 40 bairros (BRASIL, 2010).

O município conta com 70 equipes de ESF cadastradas no sistema e possui cobertura de 27,85% da população no ano de 2016 (BRASIL, 2010). A opção pelo Município de Duque de Caxias se deu pelo fato do mesmo desenvolver a ESF nos moldes descritos pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL 2012). E por desenvolver ações da ESF, incluindo a visita domiciliar (BRASIL, 2010).

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIRIO (anexo A), entrei em contato por telefone com a coordenação da ESF do Município, que agendou para me receber pessoalmente.

No dia agendado, compareci à sala da coordenação da ESF quando, após elucidar aos enfermeiros sobre o tema da pesquisa, fui informada que haveria uma reunião no dia seguinte com os facilitadores (profissionais selecionados pelos membros das equipes de saúde da família para representar a unidade durante um período nas reuniões que ocorre mensalmente

com a coordenação) das unidades de saúde da família, cujo tema abordado seria visita domiciliar. Por solicitação de um dos profissionais da coordenação, nesta mesma data, fui convidada a participar da reunião como palestrante sobre o tema visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família.

Dirigi-me ao local da reunião e realizei a palestra com os facilitadores. Ao término da palestra, conversei com a enfermeira da coordenação sobre a seleção das unidades para dar início às entrevistas. Solicitei a possibilidade de que as unidades indicadas fossem do mesmo distrito, e que houvesse registro de visita domiciliar realizada pelo enfermeiro da equipe.

Posteriormente, em contato por telefone, o coordenador me indicou a realizar a pesquisa nas unidades de um distrito, além de disponibilizar os contatos dos enfermeiros.

### 3.2.2 Participantes do Estudo

Os participantes da pesquisa foram 10 (dez) enfermeiros que desenvolvem como suas atividades profissionais a visita domiciliar em unidades de ESF, no município de Duque de Caxias – RJ, com no mínimo seis meses de atuação e inclusão dos participantes da pesquisa, foi quanto realização da visita domiciliar pelo enfermeiro.

### 3.2.3 Obtenção dos depoimentos

Fiz contato com os enfermeiros das unidades indicadas e agendamos um encontro para realizar a entrevista, de acordo com a disponibilidade dos mesmos e interesse em participar da pesquisa.

No dia e hora marcada compareci a unidade e me apresentei na recepção das unidades como pesquisadora e aguardei os enfermeiros.

Agendei entrevista em cinco unidades de ESF, por indicação da coordenação da ESF do município, com 11 (onze) enfermeiros, porém 1 (um) enfermeiro não teve interesse em participar, por estar com problemas pessoais, alegando não está se sentindo bem, portanto foram realizadas 10 entrevistas.

Foi utilizada uma entrevista semiestruturada seguindo o roteiro (Apêndice A), com questões de situação biográfica dos participantes do estudo. E, com destaque, utilizamos duas questões fenomenológicas de maneira a se captar os motivos “porque” e “para” dos enfermeiros que realizam a VD na ESF:

- Razão que fundamenta a realização da VD na ESF (motivo por que);
- Objetivos, propósito (o que pretende alcançar) quando desenvolve esta visita domiciliar (motivo para).

Com relação à entrevista Jesus et al. (2013, p. 739) especificam que:

A entrevista pressupõe uma relação face a face – encontro direto e autêntico entre os sujeitos tomada como o modo mais expressivo de relação social. Possibilita à pessoa manter-se aberta e acessível às ações intencionais do outro, constituindo uma relação-nós permissível para que o fluxo da consciência de um apresente-se ao do outro. Deve ser norteada por questões que evoquem a motivação, a qual fundamenta e impulsiona a ação (JESUS et al., 2013, p.739).

A análise do conteúdo das entrevistas, com destaque para as questões fenomenológicas, ocorreu a partir dos pressupostos metodológicos Alfred Schutz.

A leitura cuidadosa e análise crítica do conteúdo dessa fala possibilitam a identificação e descrição dos significados da ação – a categorização, com consequente compreensão do fenômeno investigados (JESUS et al., 2013, p.740).

As informações obtidas foram organizadas mediante quadros, focalizando a situação biográfica dos enfermeiros, titulação e qualificação, ações realizadas pelo enfermeiro na unidade, planejamento da visita domiciliar, organização da visita domiciliar, concepção de visita domiciliar, situações que realiza a VD e ações realizadas durante a visita domiciliar.

Para identificar as perspectivas, ou seja, o projeto de ação do enfermeiro ao realizar a VD na ESF, as informações foram organizadas em quadros que descrevem a razão e os objetivos ao realizar a VD.

#### 3.2.4 Procedimentos Éticos

Por envolver seres humanos, o Projeto de dissertação foi submetido aos procedimentos éticos cabíveis, com base na Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde de 12/12/2012 com a avaliação do projeto por Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e aprovado. CAAE nº 55220216800005285. (ANEXO – A)

Destaca-se que os esclarecimentos aos sujeitos da pesquisa, a partir do termo de consentimento livre e esclarecido e a autorização da instituição onde se pretende realizar a pesquisa encontra-se em Apêndice – B.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Situação biográfica dos enfermeiros entrevistados

WAGNER (2012) descreve o termo situação biográfica, entendendo uma situação que leva em conta o “ambiente físico e socioculturalmente definido pelo indivíduo, dentro do qual tem sua posição em termos de espaço físico, do papel dentro do sistema social e da postura moral e ideológica”. A situação biográfica e o acervo de conhecimentos, disponíveis e acessíveis, condicionam a projeção da ação. Neste sentido, a situação biográfica permite captar a maneira como os enfermeiros entrevistados estão localizados no campo da ação profissional.

Para caracterizar a situação biográfica dos enfermeiros que atuam na ESF que realizam VD, foram obtidas informações quanto à idade, ano de graduação, curso de especialização, tempo de atuação na ESF no município. Realizou-se curso introdutório e discussão do tema "visita domiciliar" durante a Graduação. Pois, todos, ou a maioria, tiveram essa experiência, vivência como tal compõe situação biográfica mediante ao acervo de conhecimentos. (Quadro 1)

**Quadro1 – Informações quanto a Situação Biográfica dos Enfermeiros Entrevistados. Duque de Caxias (RJ), 2016.**

<b>Pseudônimo</b>	<b>Idade</b>	<b>Ano de graduação</b>	<b>Especialização</b>	<b>Tempo de Atuação na ESF no Município</b>	<b>Realizou Curso Introdutório</b>	<b>Visita Domiciliar na Graduação</b>
Hortência	31	2007	Saúde da Família	8 anos	Sim	Não
Rosa	30	2008	Neonatologia, Oncologia e Saúde da família	7 anos e meio	Não	Não
Cravo	34	2012	Enfermagem do trabalho, Educação permanente em saúde.	Quase 3 anos	Sim	Sim
Camélia	52	1986	Saúde pública, PSF, Saúde do trabalhador e Saúde da mulher	16 anos	Sim	Sim
Rosa Rosa	31	2007	CTI, Saúde da mulher e Saúde do trabalhador	8 anos.	Sim	Sim
Lírio	60	1987	Infecção hospitalar, Sistema de qualidade e produtividade e Programa de Saúde da Família	1 ano	Sim	Não
Azaléia	32	2008	Saúde da família e neonatal e de pediatria.	1 ano	Não	Sim
Margarida	28	2012	Saúde da Família	3 anos	Sim	Sim
Girassol	43	2012	CTI	6 meses	Não	Sim
Rosa Amarela	43	2010	Saúde da Família	2anos e meio	Sim	Sim

Fonte: Conteúdo das falas a partir das entrevistas realizadas, 2016.

De acordo com o quadro 1, os enfermeiros entrevistados apresentam idade variando de 28 a 60 anos. O ano de graduação em enfermagem é de 1986 a 2012, com o predomínio no período de 2007 a 2012, cabe ressaltar que, as alterações nas políticas públicas de saúde com relação à ESF tiveram seu início nas publicações a partir do ano de 2000, recebendo ênfase com a PNAB/2006 e PNAB/2011, que trouxe uma articulação do Ministério da Educação propondo estratégias de indução às mudanças curriculares com vistas à formação de profissionais com perfil adequado à Atenção Básica.

Dos enfermeiros entrevistados, 70% tiveram a temática VD discutida durante o período da graduação. Fato esse que, se justifica, existe uma correlação entre as políticas públicas de saúde e formação dos profissionais Enfermeiros, pois, as Diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem, em 2001, focalizam a formação de profissionais generalistas, que atendam às necessidades de saúde de acordo com os princípios do SUS, citando a importância da atenção básica (BRASIL, 2001c, p. 3).

Todos, os enfermeiros entrevistados, realizaram curso de especialização, sendo que 60% relatam especialização em Saúde da Família, além disso, 60% também fizeram referência a outro curso, relacionado à área hospitalar.

Quanto ao tempo de atuação na ESF, varia de 6 meses a 16 anos que implica numa vivência na perspectiva de Schutz (Wagner, 2012).

No que se refere especificamente ao denominado Curso Introdutório, 70% dos enfermeiros entrevistados realizaram, este, é considerado um treinamento com o propósito de inserir a concepção de atenção à saúde com foco na família, na comunidade e em capacitar os profissionais que atuam na ESF, através do processo de educação permanente para discutir os princípios e diretrizes do SUS e da ESF (BRASIL, 2000). O Manual de Enfermagem (2001b) aponta como tema introdutório, a visita domiciliar.

Então neste sentido, entende-se que essa perspectiva de VD no contexto da ESF, faz-se presente para esse grupo de enfermeiros entrevistados.

#### **4.2 Ações realizadas pelos enfermeiros na unidade de ESF**

Quanto às ações realizadas pelo Enfermeiro na unidade da ESF, estas podem ser visualizadas no Quadro 2.

**Quadro 2 – Ações realizadas pelo enfermeiro na unidade ESF. Duque de Caxias (RJ), 2016.**

Pseudônimo	Hipertensão	Diabetes	Hanseníase	Tuberculose	Puericultura	Pré natal	V.D	Atividade Educativa	Prog. de saúde na escola	Pr. do bolsa família	Planejamento familiar	Preventivo	Vacinação	Adulto	Idoso	Ed. permanente	Gerência	Clinica do enfermeiro	Livre demanda
Hortência																			
Rosa																			
Cravo																			
Camélia																			
Rosa Rosa																			
Lírio																			
Azaléia																			
Margarida																			
Girassol																			
R.Amarela																			

Fonte: Conteúdo das falas a partir das entrevistas realizadas, 2016.

Identifica-se no Quadro 2 que, todos os entrevistados contemplam critérios de inclusão ao realizarem visita domiciliar. Merece destaque que as atividades desenvolvidas na unidade da ESF estão localizadas em grupos específicos, voltadas para doenças crônicas não transmissíveis, atenção à saúde da mulher e da criança. Tal qual é identificado na PNAB (BRASIL, 2012). Destaca-se que, a operacionalização da ESF, no município de Duque de Caxias, oriente-se pelas diretrizes da PNAB 2011 (BRASIL, 2012), onde estão especificadas as principais atividades do enfermeiro, não tendo protocolos e manuais próprios, como em outros municípios, tal qual no Rio de Janeiro. Ex: protocolo de atenção básica para enfermagem. (SMSDC/RJ, 2011)

Teoricamente, os enfermeiros entrevistados se guiam pela PNAB 2011 (BRASIL, 2012) ao desenvolverem suas atribuições como a VD, porém, apontam para a realização com menor frequência de outras atividades realizadas na unidade de ESF que também são atribuições, mas nem todos executam tais como gerência, vacinação e clínica do enfermeiro (sendo esta última a denominação da consulta de enfermagem do município de Duque de Caxias - RJ).

#### **4.3 Concepções dos enfermeiros sobre a VD na ESF**

No que se refere às questões da VD, as concepções dos enfermeiros entrevistados podem ser visualizadas no Quadro 3.

**Quadro 3 – Concepções dos enfermeiros sobre a visita domiciliar na ESF. Duque de Caxias (RJ), 2016**

Pseudônimo	Concepções
Hortência	...O atendimento domiciliar, a visita domiciliar é um dos carros chefe do saúde da família juntamente com a promoção né da saúde.
Rosa	...Eu acho um instrumento bastante importante até pra fazer um diagnóstico de saúde da situação dele.
Cravo	...A visita domiciliar (silêncio) é, a meu ver, é uma ferramenta para diagnóstico situacional de uma família essa pra mim é a grande prioridade, a segunda é quando o paciente não tem possibilidade de mobilização e precisa de um cuidado mais como eu posso te falar isso, mais profissional, profissionalizado.
Camélia	O aprendizado, a troca, a experiência.
Rosa Rosa	...Acho uma estratégia importante porque a gente consegue né acessar as pessoas que não consegue vir ao posto né ou até que consegue, mas não está no melhor momento, você consegue também ver a rotina da pessoa né como que o ambiente no domicilio dela, questões pra você prescrever alguma coisa é complicado né, você ver mesmo a realidade, você entra no interior da família né. Dá pra fazer busca ativa, então é uma estratégia que eu acho fundamental assim no saúde da família.
Lírio	...O preventivo dela deu um problema... até agora ela não veio, e ela tem que fazer o tratamento... na casa da pessoa, ver mil e outros problemas né...É um momento da gente observar as condições sanitárias,
Azaléia	...que a visita é muito válida principalmente para os pacientes que não tem condições de virem até a unidade, na minha concepção é o principal alvo são as pessoas que não tem condições de vir a unidade ou que tem grande dificuldade pra se locomover até aqui...
Margarida	É muita das vezes o paciente não consegue chegar até a unidade né, é acamado, ta com uma ferida, é um pouco distante pra vir andando não tem condição de chegar aqui... A gente tem que buscar... É fundamental...
Girassol	...Pra mim eu tenho que pegar aqueles paciente que são acamados, são os pacientes que não conseguem vir até a unidade, são aqueles pacientes que tem maior dificuldades, que a gente chega lá ou às vezes tem os pacientes que conseguem vir aqui, mais não conseguem, não tem noção muito das coisas então a gente tem que ir até lá pra ver se eles estão conseguindo se medicar, que são os hipertensos, cardíacos, tem problemas cardíacos, tem diabetes, pra saber como eles estão conseguindo administrar as medicações deles... observar às vezes como é a relação familiar, a situação que eles estão passando ali, como é que ta.
Rosa amarela	...é para os necessitados que não deambulam, que não conseguem vir a unidade, os pacientes de TB que fazem acompanhamento aqui e faltam dois dias de medicamento assistido, que não vão fazer o exame de Rx e a gente precisa, pacientes com feridas, úlceras por pressão que precisa estar avaliando...quando o paciente não consegue vir até a mim pra fazer vacina, pra fazer curativo ai sempre marca um dia com os familiares para que eles assistam...

Fonte: Conteúdo das falas a partir das entrevistas realizadas, 2016.

A concepção de VD para os enfermeiros entrevistados, conforme pode se identificar no Quadro 3, se apresenta como uma estratégia para conhecer a realidade, promover acesso de atenção e assistência, busca ativa, e a criação de vínculo. Tal qual especificado pelos autores (KEBIAN e ACIOLI, 2011; GALLASSI et al, 2014; NASCIMENTO et al., 2013; GAIVA E SIQUEIRA, 2011).

#### 4.4 Concepção de conhecer a realidade

“... eu acho um instrumento bastante importante até pra fazer um diagnóstico de saúde da situação dele.” ROSA

Concepção de promover acesso a atenção e assistência:

“... que a visita é muito válida principalmente para os pacientes que não tem condições de virem até a unidade...” AZALEIA

Concepção de busca ativa:

“... os pacientes de TB que fazem acompanhamento aqui e faltam dois dias de medicamento assistido, que não vão fazer o exame de Rx...”. ROSA AMARELA

Concepção de criação de vínculo:

“... você entra no interior da família né...” ROSA ROSA

Pode-se identificar que a concepção de VD por parte dos enfermeiros entrevistados articula-se, fundamentalmente, com a concepção apresentada na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), e necessidade de saúde (CECÍLIO, 2002).

#### 4.5 Organização da Visita Domiciliar

No que se refere às fases que envolvem a organização da VD, o posicionamento, quanto a sua realização, dos enfermeiros entrevistados 9 relatam realizar o planejamento, 10 executam e 4 informaram que não avaliam. Observa-se que as VD acontecem, contudo, a fase de avaliação quando não é realizada prejudica a equipe, no que tange a promover atenção e assistência à família visitada e na questão da autoavaliação da equipe quanto à realização da VD. Tal qual especificado por (CUNHA E GAMA, 2012; TAKAHASHI E OLIVEIRA, 2001).

Gallassi et al. (2014), descrevem o termo visita domiciliar de acordo com os objetivos propostos para a sua execução, a saber, visita domiciliar fim (execução de cuidado, atenção e assistência terapêutica) e visita domiciliar meio (busca de informações, orientações, observação das necessidades de saúde, criação de vínculo) (COELHO e SAVASSI, 2004). Dos entrevistados que não fazem a avaliação da VD, então, esses enfermeiros estão trabalhando com a lógica da VD como meio (BRASIL, 2012), pois não tem continuidade da ação.

Cabe neste momento fazer um adendo que os autores médicos, Coelho e Savassi (2004), em seu estudo sobre a Escala de Coelho, trazem consigo uma vertente com foco centrado no usuário do sistema que apresenta uma doença ou mesmo o agravamento dela. A escala de Coelho é apontada como uma maneira de priorizar as famílias que necessitam de VD, é de fácil aplicação, porém seu score é pautado na doença, que diverge da ESF que visa à necessidade de saúde, não sendo um instrumento aplicável para as questões da realização da VD com propósito de promoção de saúde.

#### **4.6 Grupos da população visitados**

No que diz respeito aos grupos da população visitados pelos enfermeiros entrevistados que atuam na ESF, estes podem ser observados no Quadro 4.

**Quadro 4 – Grupos da população visitados pelos enfermeiros entrevistados que atuam na ESF. Duque de Caxias (RJ), 2016.**

Pseudônimo	Acamados e com dificuldades de deambulação	Puérperas	Puericultura	Portador de ferida	Idosos	Psiquiátrico que entrou em surto
Hortência						
Rosa						
Cravo						
Camélia						
Rosa Rosa						
Lírio						
Azaléia						
Margarida						
Girassol						
Rosa.Amarela						

Fonte: Conteúdo das falas a partir das entrevistas realizadas, 2016.

Com relação aos grupos da população visitados pelos enfermeiros entrevistados, observa-se no Quadro 4, que a situação que determina se o indivíduo cadastrado na ESF irá receber a VD é a possibilidade de se locomover ou não até a unidade. Sendo elencados os usuários do sistema que se encontram acamados, e os que apresentam dificuldade de locomoção, em acordo com descrição de atenção domiciliar descrita na PNAB (BRASIL, 2012). Esta é uma situação também encontrada nos seguintes estudos (SOSSAI E PINTO, 2010; NASCIMENTO et al., 2013; GALLASSI et al., 2014; KEBIAN E ACIOLI, 2011).

#### **4.7 Ações desenvolvidas durante a Visita Domiciliar**

No que tange às ações desenvolvidas durante a VD, pelos enfermeiros entrevistados que atuam na ESF, estas estão apresentadas no Quadro 5.

**Quadro 5 – Ações desenvolvidas durante a visita domiciliar, pelos enfermeiros entrevistados que atuam na ESF. Duque de Caxias (RJ), 2016.**

Pseudônimo	Realizar curativo	Consulta	Olhar o ambiente/ Observação	Orientação	Vacinação	Atenção	Aferir PA	Teste de glicemia
Hortência								
Rosa								
Cravo								
Camélia								
Rosa Rosa								
Lírio								
Azaléia								
Margarida								
Girassol								
Rosa .Amarela								

Fonte: Conteúdo das falas a partir das entrevistas realizadas, 2016.

Ao analisar as informações quanto às ações desenvolvidas durante a visita domiciliar, pelos enfermeiros entrevistados, apresentados no Quadro 5, identifica-se que os entrevistados realizam ações durante a VD com características de uma visita “meio”, ou seja, pautada em orientação (BRASIL, 2012).

Quando os enfermeiros realizam uma ação terapêutica como o curativo, durante a VD, neste sentido ela pode ser uma visita fim, voltada para atenção domiciliar, porém, o fato deles não realizarem a etapa de avaliação da mesma, esta deixa de ser visita fim e segue para os critérios de visita meio (CUNHA E GAMA, 2012; BRASIL, 2012; TAKAHASHI E OLIVEIRA, 2001).

Ao realizar a leitura das políticas tanto de atenção domiciliar (BRASIL, 2016) quanto de atenção básica (BRASIL, 2012), observa-se que ambas trazem informações que se entremeiam, em específico quanto à realização da atenção domiciliar pela equipe de Atenção Básica com a ESF.

Quando se remete a uma atenção domiciliar para o usuário cadastrado na ESF que apresenta uma situação de saúde específica, não contemplada na PNAB 2011 (BRASIL, 2012), e que no curso introdutório os temas com essas especificidades não estão contemplados, isso pode trazer prejuízo desta atenção a saúde.

Os estudos sobre a atenção domiciliar tornam-se confusos, pois não trazem clareza nas apresentações quanto à realização da VD com propósito de atenção domiciliar, como cita Gallassi et al. (2014).

Entende-se que esta falta de clareza com relação as especificidades de atenção à saúde dificulta a realização da VD, pois os profissionais que atuam na ESF são generalistas ou especialistas em ESF, e como tal, possui como dificuldades e fragilidades, a escassez de educação permanente para os profissionais que a realizam, para enfrentamento das situações de saúde específicas que surgem (SOSSAI E PINTO, 2010).

Com educação permanente é possível capacitar os profissionais da ESF, e fazer uma atualização contínua, oportunizando a abordagem de temas específicos de acordo com a realidade concreta, e com as necessidades loco-regional (BRASIL, 2000).

#### **4.8 Com relação à razão (motivo “por que”) de realizar a VD**

Os enfermeiros entrevistados que atuam na ESF, posicionaram-se de acordo com os trechos apresentados no Quadro 6.

**Quadro 6 – Razão (Motivo “Porque”), segundo enfermeiros entrevistados que atuam na ESF, para realizar a visita domiciliar. Duque de Caxias (RJ), 2016.**

Hortência	Pela demanda trazida, pela necessidade trazida pelo ACS que o usuário ta necessitando mesmo daquele atendimento, 2-como não pode vir aqui a gente vai no domicílio.
Rosa	Porque as vezes o paciente esta em alguma condição que ele não possa vir; Ou por uma impossibilidade dele. Porque eu acho importante eu ir até lá
Cravo	Porque eu preciso avaliar a ferida, preciso avaliar a cirurgia, eu preciso ver aquela ferida cirúrgica, eu preciso ver se mudou alguma coisa a situação daquela família mudou... Eu preciso ver qual é a situação real dessa família porque a situação muda do dia pra noite. Então eu ver como está a situação real deles “hoje”. Eu preciso ver como está a ferida pra ver se eu entro com outra medida terapêutica... Mas quando é uma situação complicada eu gosto de ir lá pra ver.
Camélia	Ué pela necessidade exigida né. A necessidade do paciente. Quem traz pra gente é o agente de saúde
Rosa Rosa	Eu acho que é essa questão mesmo, ou de busca ativa ou de uma limitação do paciente chegar a unidade.
Lírio	Eu atendo muito aqui, mais quando eu sei que tem aquela pessoa que deixou de vir, um tuberculoso que não veio pra consulta, tuberculose sou eu que atendo. Uma hanseníase eu que atendo, não veio então ai eu vou... Eu, eu trabalho na visita domiciliar em cima daquela listagem que eu tenho de cadastrado que precisa ser acompanhado uma vez por mês, então não veio a consulta comigo, a doutora também sinaliza, que as vezes eu não dou conta, tem muita tuberculose, aí eu vou atrás.
Azaléia	...estou indo buscar uma pessoa que deveria está vindo e não está vindo, na busca ativa... Pacientes que não tem condições em vir aqui, ele não ter como vir.
Margarida	Depende da necessidade do paciente.
Girassol	Os ACS... Elas vem me passando a demanda do paciente, as necessidades.
Rosa Amarela	(Paciente)...que tá lá esperando uma solução

Fonte: Conteúdo das falas a partir das entrevistas realizadas, 2016.

No Quadro 6, observa-se que os enfermeiros entrevistados relatam que a razão (motivo “por que”) de realizar a VD, apontam para duas intencionalidades, uma é por que o usuário / paciente não comparece à unidade por impossibilidade de locomoção, e a outra é porque o paciente faltou a consulta agendada (busca ativa).

Tem uma lógica de assistência com execução de procedimentos com foco centrado no indivíduo com alguma situação/problema de saúde, ao mesmo tempo, tem uma lógica de controle de agravos de pacientes que estão inscritos no programa de controle de alguma doença, que no caso, foi citado as doenças transmissíveis como tuberculose e hanseníase.

A razão de o enfermeiro realizar a VD localiza-se na questão do usuário/ paciente não comparecer a unidade. Quando ele não comparece na unidade por dificuldade de mobilização, o enfermeiro entende que é importante fazer a VD. Tal qual a fala:

“...como não pode vir aqui a gente vai no domicílio”. HORTÊNCIA

“...de uma limitação do paciente chegar a unidade”. ROSA ROSA

“...Porque as vezes o paciente está em alguma condição que ele não possa vir;” ROSA

Quanto a esta razão dos enfermeiros entrevistados, de realizar a VD na ESF, pautada na Atenção domiciliar para assistência, ou seja, como tecnologia. Tais quais nos estudos dos autores Nascimento et al. (2013); Kebian e Aciole (2011); Gaiva e Siqueira (2011).

Os enfermeiros entrevistados também citam que tem como razão, realizar a VD como instrumento, ou seja, para busca de pacientes que se encontram em acompanhamento e controle de alguma situação de saúde, e se encontram faltosos (BRASIL, 2012). Como descrito nas falas:

“...Eu acho que é essa questão mesmo, ou de busca ativa...” ROSA ROSA

“...pessoa que deixou de vir, um tuberculoso que não veio pra consulta, tuberculose sou eu que atendo. Uma hanseníase eu que atendo, não veio então ai eu vou...” LÍRIO

“Uma pessoa que deveria está vindo e não está vindo... na busca ativa...” AZALÉIA

A busca ativa é descrita na PNAB (BRASIL, 2012) como atribuição comum a todos os profissionais que compõem a ESF. Entendendo que essa busca ativa para levantar informações VD como instrumento, pois não voltou à consulta aquele que está em acompanhamento ou tenha questão assistencial VD como tecnologia. (BRASIL, 2016)

A VD tem como motivo/razão o acompanhamento de doença, situação de risco. Esta perspectiva já é trazida por Coelho e Savassi (2004), mas não contempla a questão da

proposta da VD nas políticas, mediante um critério que deveria ser de promoção de saúde numa concepção ampliada de saúde, não apenas como ausência de doença.

#### **4.8 Quanto ao Motivo para “Significado da Ação”**

No que diz respeito à motivação, para “significado da ação” dos enfermeiros entrevistados, de realizar a visita domiciliar, estas estão apresentadas no quadro 7.

**Quadro 7 – “Motivo Para” Objetivo, propósito, segundo enfermeiros entrevistados que atuam na ESF, para realizar a visita domiciliária. Duque de Caxias (RJ), 2016.**

Hortência	Tentar resolver a demanda trazida ... tentar resolver mesmo a pendência que te levou até lá né ... é uma resolutividade né ...estreitar vínculo...criar mais um vínculo com aquela comunidade.
Rosa	Pretendo resolver a demanda pretende resolver, criar vínculo, estabelecer uma relação de confiança né pra poder enriquecer as nossas informações, ...pra poder planejar as ações de uma forma melhor né ... pra poder estabelecer um diagnóstico mais preciso. pra enriquecer os meus dados assim pra fazer um diagnóstico
Cravo	... acontece alguma coisa, precisa trocar um curativo ou uma pessoa internou, voltou pra casa, fez cirurgia e precisa de capacitação dos familiares pra fazer um curativo ai eu vou, pra ver se eu entro com outra medida terapêutica né. Planejar ações Todo paciente...sem exceções, ele quer uma resolutividade no problema dele
Camélia	...eu pretendo alcançar o sucesso (Resolutividade) ... Então assim é ver o sucesso, o meu objetivo assim eu fico muito satisfeita quando eu vejo que você aquilo foi importante, que a pessoa deu importância aquilo...
Rosa Rosa	Ah primeiro seria assim avaliar aquela situação, que a princípio é uma situação de vulnerabilidade né, e fazer as intervenções que aquela família precisa ou então prestar um cuidado mesmo.
Lírio	...atender a necessidade daquela pessoa...

Azaléia	<p>... ter uma ação efetiva de necessidade  ...no convívio familiar  ...pra ver se ta cuidado... você consegue pegar algumas coisas mais na incerta  ...É dar o cuidado, dignidade, possibilidade de acesso a todas as ferramentas de saúde  ...possibilidade a ela a conseguir ter acesso a todas as tecnologias...  ... possibilidade de prestar uma boa assistência de dar realmente uma possibilidade de acesso a saúde que ele não teria se não tivesse a visita, melhorar a condição de vida daquela pessoa, dignidade, levar as vezes orientações...  ... aquela pessoa ter acesso...  ... observar as interações, o cuidado</p>
Margarida	<p>Um prognóstico né. Uma melhora né  Assistir. (Silêncio) Dar assistência, uma melhor assistência ao paciente</p>
Girassol	<p>... para avaliar, assistir, levar um cuidado, um conforto melhor, orientar...  ...alcançar uma melhor eficiência...  ...uma melhor eficiência na assistência...  ... orientar ajudar de uma melhor forma pra conduzir a doença...</p>
Rosa.Amarela	<p>Solucionar o problema do paciente. Cessar algumas coisas, isentar os malefícios...  ...Dar uma qualidade melhor...  ...levar uma esperança...  ...sendo assistido...</p>

Fonte: Conteúdo das falas a partir das entrevistas realizadas, 2016.

A motivação para, “significado da ação” (Wagner, 2012) dos enfermeiros entrevistados ao realizar a visita domiciliar, localiza-se como resolução de problemas de agravos denotados, apresentando-se como única categoria concreta do vivido, e que expressa o típico da ação deste grupo.

É possível evidenciar nas falas dos enfermeiros entrevistados, que o motivo para (objetivo/ propósito), o projeto de ação de realizar a VD visa resolver problemas, para eles com sentido de resolutividade, concebida como resolver problema baseado limitado em orientação e assistência de fazer para. Contudo, de acordo com a PNAB, 2011 (BRASIL, 2012) “às equipes de Atenção Básica se somam as equipes do Melhor em Casa para ampliar em muito o leque de ações e resolubilidade da atenção domiciliar”. Apoiado na concepção de resolubilidade, entendida como “à combinação dos graus de eficácia e eficiência das ações em saúde”, que a ESF traz consigo (BRASIL, 2002).

Após a leitura e a análise das falas dos entrevistados, fica evidente que a visita domiciliar realizada para atenção domiciliar (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016) é pautada na orientação e atividades assistenciais quando necessário. Atendendo as diretrizes das políticas que estabelecem ações de ida ao domicílio que está sob sua responsabilidade territorial, para realização de atenção domiciliar, contemplando tanto orientações quanto atividades assistenciais como a realização de curativos, como apresentados nas falas:

“...Tentar resolver a demanda trazida ... tentar resolver mesmo a pendência que te levou até lá né... é uma resolutividade né” HORTÊNCIA

“...Pretendo resolver a demanda... pretende resolver...” ROSA

“...possibilidade de prestar uma boa assistência...”. AZALÉIA

“...precisa trocar um curativo ...precisa de capacitação dos familiares pra fazer um curativo ai eu vou”. CRAVO

A visita domiciliar é utilizada pela ESF para atenção domiciliar como descrito tanto na Política de atenção Domiciliar, modalidade AD1 (BRASIL, 2016), como na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), e destina-se aos usuários cadastrados no território de abrangência e que apresente problemas de saúde controlados/compensados, e, com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde.

Destaca-se neste estudo, que a visita domiciliar na ESF é uma ação de atenção domiciliar fundamentada na lógica do modelo assistencial centrado na saúde da família (BRASIL, 2012). Contudo, ao se tratar da VD realizada pelos enfermeiros da ESF entrevistados, as ações de promoção de saúde e de prevenção de doença não são evidenciadas. Fato este também demonstrado nos estudos de KEBIAN et al. (2012).

Neste sentido, a prática da realização da VD corrobora para este modelo de atenção, desde que sejam inseridas, ações de promoção de saúde previstas na Política Nacional de Promoção da Saúde - PNSP (BRASIL, 2014, p. 15), que tem dentre suas diretrizes no parágrafo VII:

Incorporação das intervenções de promoção da saúde no modelo de atenção à saúde, especialmente no cotidiano dos serviços de atenção básica em saúde, por meio de ações intersetoriais.

Entende-se que mesmo o enfermeiro realizando ações assistenciais e de orientação, não é possível evidenciar ações de promoção de saúde conforme as políticas orientam (BRASIL, 2012), pois esta VD tem o objetivo de resolutividade voltada para usuários que apresentam dificuldade de locomoção/mobilização para se realização de procedimentos.

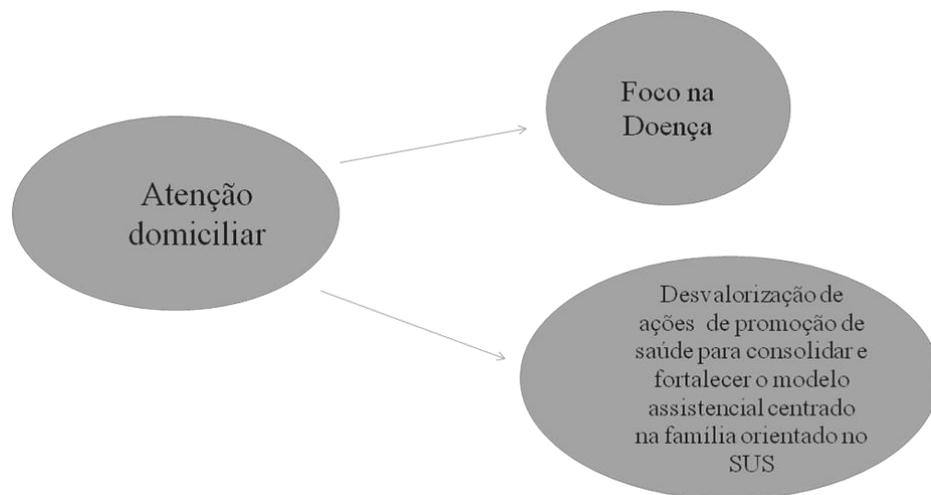
Neste sentido, fica claro que esta VD está sendo realizada com foco enraizado no modelo hegemônico biomédico, ou seja, centrado na realização de ações de saúde centradas na doença, não se percebe contribuições quanto às ações de promoção de saúde.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo desvelou que os enfermeiros apresentam conhecimento sobre a temática VD, possuem vivência prática, sendo realizado tanto com instrumento de ação, ou seja, atividade meio, quanto como tecnologia assistencial, isto é, atividade com fim em si mesmo.

Ao realizar a VD, os enfermeiros têm as seguintes concepções: conhecer a realidade, promover acesso à atenção e assistência, busca ativa e criação de vínculo. As VDs são destinadas, principalmente, a usuários cadastrados na unidade com dificuldades de locomoção.

Quanto às atividades realizadas durante a VD, ressalta-se a realização de curativos e orientação. Esta VD tem como razão e foco os usuários que apresentam impossibilidade de locomoção e a busca ativa dos faltosos à consulta agendada, tendo como projeto de ação ou propósito resolver problemas, seja do usuário seja do funcionamento da unidade.



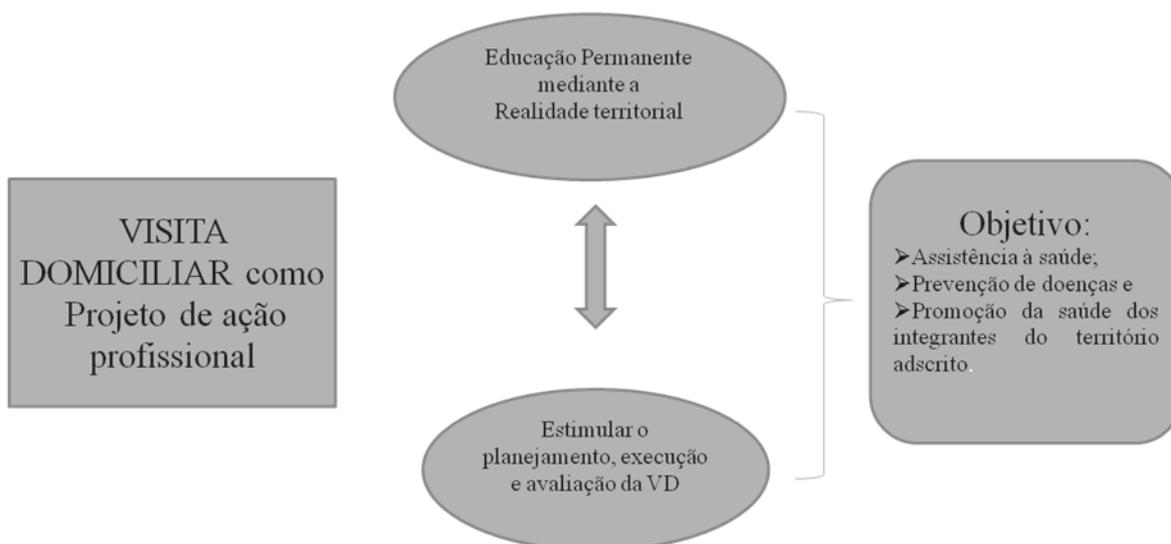
A VD visando à atenção domiciliar tem sido realizada, contudo, esta segue numa lógica fundamentalmente centrada na doença. Esta lógica apresenta-se com uma desvalorização de ações práticas voltadas para atuação na ESF, com objetivo de promoção de saúde e para consolidar e fortalecer o modelo assistencial centrado na família orientado no SUS.

Neste sentido, entende-se como importante a construção de um roteiro que notei e viabilize a VD como uma proposta voltada para efetivar ações de promoção da saúde, considerando o conceito ampliado de saúde.

Observou-se que a temática vem sendo discutida durante a graduação, porém se faz necessário criar possibilidades para a inserção dos acadêmicos de enfermagem no cenário de prática junto a ESF para vivenciar a realidade do serviço.

Conclui-se quanto à relevância de ampliar e aprofundar o conhecimento dos enfermeiros que atuam na ESF quanto à VD realizada no contexto da Atenção Básica de Saúde, com foco nas diretrizes das políticas de saúde vigente, pois as o estudo aponta que as discussões sobre a VD durante a graduação e no curso Introdutório são insuficientes para uma execução de uma prática efetiva.

Esse entendimento implica na mobilização dos gestores para utilização de ferramentas da Promoção da Saúde como propulsora da produção de cuidado tais como: a educação permanente de acordo com a realidade territorial, visando estimular o planejamento, execução e avaliação da VD como um projeto de ação profissional, e tendo como objetivo tanto a assistência à saúde, a prevenção de doenças como a promoção da saúde dos integrantes do território adscrito.



Neste sentido o estudo aponta, para a necessidade de realização de cursos de capacitação específico sobre a VD para os profissionais que atua na ESF, além de manter as reuniões de equipe pautada em resultados a fim de promover sensibilização.

## REFERÊNCIAS

AYRES, L. F. et al. As estratégias de luta simbólica para a formação da enfermeira visitadora no início do século XX. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 861-881, set. 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v19n3/05.pdf>> Acesso em: 15 mar. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2011c. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Disponível em:< <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação Permanente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. (Cadernos de Atenção Básica Programa Saúde da Família, n. 6). Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cad03\\_educacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cad03_educacao.pdf)> Acesso em 16 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 135). Disponível em: < <https://pt.scribd.com/doc/34807294/Livro-Manual-de-Enfermagem-USP-Ministerio-Da-Saude>> Acesso em 16 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia do conselheiro: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: < <http://sna.saude.gov.br/download/Guia%20do%20conselheiro%20de%20saude.pdf>> Acesso em 16 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em: 01 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001a. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>> Acesso em: 01 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Competência: junho de 2010**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000146&pid=S1414-3283201200020000500005&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000146&pid=S1414-3283201200020000500005&lng=es)> Acesso em 16 set. 2016.

CAMPOS, A. C. **Satisfação do usuário na saúde da família sob a perspectiva da responsividade**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo. 2011. Disponível: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-28112011-081245/pt-br.php>> Acesso em: 07 maio. 2014.

CAMPOS, C. M. S. et al. Práticas emancipatórias de enfermeiros na Atenção Básica à Saúde: a visita domiciliar como instrumento de reconhecimento de necessidades de saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. spe, p. 119-125, ago. 2014. Disponível em:<[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt\\_0080-6234-reeusp-48-esp-119.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-119.pdf)> Acesso em: 15 mar. 2017.

CECILIO, L.C.O. **Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicado ao setor governamental aplicado ao setor governamental**. In: MERHY, E. E., ONOCKO, R. Agir em saúde: um desafio para o público. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2002. 161- 167 p.

CECÍLIO, L. C. O.; LACAZ, F. A. C. **O trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

CEGALLA, D. P. **Dicionário de dificuldades da língua portuguesa**. Rio de Janeiro, L&PM EDITORES, 2012. 138 p.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação da Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 19-26, nov. 2004. Disponível em:<<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/104/98>> Acesso em: 15 mar. 2017.

CUNHA, C. L. F; GAMA, M. E. A. A visita Domiciliar no Âmbito da Atenção Primária em Saúde. In: MALAGUTTI, W. **Assistência Domiciliar- Atualidades de Assistência de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. 37-48 p.

EGRY, E. Y.; FONSECA, R. M. G. S. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 233-239, set. 2000. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n3/v34n3a02>> Acesso em: 15 mar. 2017.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>> Acesso em: 15 mar. 2016.

FONTENELLE, J. P. **A enfermagem de saúde pública**: sua criação e desenvolvimento no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Canton & Reile; 1941.

FONTENELLE, J. P. **Dicionário histórico, geográfico e etnográfico do Brasil**. Dispõe sobre diversas monografias completas sobre o Brasil em geral e sobre cada um dos estados. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 1922.

GAÍVA, M. A. M.; SIQUEIRA, V. C. A. Prática da visita domiciliária pelos profissionais da estratégia saúde da família. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 10, n. 4, p. 697-704, 2011. Disponível em:< <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/18313/pdf>> Acesso em: 15 mar. 2017.

GALLASSI, C. V. et al. Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional. **ABCS Health Sci**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 177-185, 2014. Disponível em:< <https://www.portalnepas.org.br/abcs/hs/article/viewFile/653/652>> Acesso em: 15 mar. 2017.

GIL, C. R. R. ; MAEDA, S. T. . Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: SOARES, C. B.; CAMPOS, Célia Maria Sivalli (organizadores). **Fundamentos de Saúde Coletiva e o Cuidado de Enfermagem**. 1. ed. Barueri: Manole; 2013, 325-348 p.

JESUS, M. C. P. et al. A fenomenologia social de Alfred Schutz e sua contribuição para a enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 47, n.3, p. 736-41, jun. 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00736.pdf>> Acesso em: 15 mar. 2017.

KEBIAN, L.V. A.; ACIOLI, S. Visita domiciliar: espaço de práticas de cuidado do enfermeiro e do agente comunitário de saúde, **Rev. Eletr. Enf.**, v. 16, n. 1, p. 161-169, jan./mar. 2014. Disponível em:<<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a11.pdf>> Acesso em: 15 mar. 2017.

KEBIAN, L. V. A. et al. As práticas de saúde de enfermeiros na visita domiciliar e a promoção da saúde. **Revista APS**, Minas Gerais, v. 15, n. 1, p. 92-100, jan./mar. 2012. Disponível em:< <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1192/596>> Acesso em: 15 mar. 2017.

LOPES, W. O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 241-247, abr./jun. 2008. Disponível em:< <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5012/3247>> Acesso em: 15 mar. 2017.

MAZA, M. M. P. R. A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde, **Rev. Bras. Cresc. Des. Hum**, São Paulo, v. IV, n. 2, p. 60-68, 1994. Disponível em:< <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/38143/40877>> Acesso em: 15 mar. 2017.

MINAYO, M. C. S. (organizadora). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes; 2010. 108 p.

NASCIMENTO, J. S. et al. Visitas domiciliares como estratégias de promoção da saúde pela enfermagem. **Rev Bras Promoc Saude**, Fortaleza, v. 26, n. 4, p. 513-522, out./dez. 2013. Disponível em:< <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3116/pdf>> Acesso em: 15 mar. 2017.

SANTOS, E. M.; KIRSCHBAUM, D. I. R. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 220-227, 2008. Disponível em:< [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v10/n1/pdf/v10n1a20.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/pdf/v10n1a20.pdf)> Acesso em: 15 mar. 2017.

SOSSAI, L. C. F.; PINTO, I. C. A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades x potencialidades. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 569-576, jul./set. 2010. Disponível em:< <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/6856/6633>> Acesso em: 15 mar. 2017.

STOTZ, E. N. **Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde**. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **VER - SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 284-299 p.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A. C. **A visita domiciliária no contexto da Saúde da Família**. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 43-46 p.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. **Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**. Unidade didática I: organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde **Módulo 4. Práticas pedagógicas em atenção básica à saúde. Tecnologias para abordagem do indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2009.

ZEFERINO, M. T.; CARRARO, T. E. Alfred Schütz: do referencial teórico-filosófico aos princípios metodológicos de pesquisa fenomenológica. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 826-834, set. 2013. Disponível em:<  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000800122](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000800122)> Acesso em: 15 mar. 2017.

WAGNER, H. T. R. **Sobre fenomenologia e relações sociais**: Alfred Schutz. Petrópolis: Vozes, 2012. 357 p.

## ANEXOS

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ETICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-  
UNIRIO



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família perspectiva da enfermagem

**Pesquisador:** Nadja de Carvalho Moreira de Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 55220216.8.0000.5285

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.554.402

**Apresentação do Projeto:**

Projeto de dissertação de mestrado que estudará as atividades de visita domiciliar realizada por enfermeiros no município de Duque de Caxias e será uma pesquisa qualitativa com abordagem teórico metodológica da fenomenologia.

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar as perspectivas do enfermeiro ao realizar visita domiciliar no contexto da Estratégia de Saúde da Família

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos são mínimos e a pesquisadora refere que: "Os riscos que a pesquisa apresenta são considerados mínimos por utilizar a entrevista e nela pode conter questões que possa desencadear variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais ao participante."

Quanto aos benefícios, são indiretos e a pesquisadora refere: "Entende-se que este estudo irá contribuir para ampliar e fortalecer o processo de reflexão e debates acerca da produção de conhecimento sobre a realização da visita domiciliar neste modelo de atenção à saúde que é a Estratégia de Saúde da Família, depreende-se que há possibilidade de trazer contribuições para a enfermagem, para o ensino e para pesquisa. Poderá trazer benefício para equipe que realizam visita domiciliar na Estratégia de saúde da família e para os usuários do serviço"

**Endereço:** Av. Pasteur, 296

**Bairro:** Urca

**CEP:** 22.290-240

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2542-7796

**E-mail:** cep.unirio09@gmail.com

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ETICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-  
UNIRIO



Continuação do Parecer: 1.554.402

Ausência	TCLE.pdf	11/04/2016 20:58:18	Nadja de Carvalho Moreira de Oliveira	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	11/04/2016 20:57:51	Nadja de Carvalho Moreira de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoautorizacao.pdf	11/04/2016 11:32:49	Nadja de Carvalho Moreira de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	11/04/2016 11:28:18	Nadja de Carvalho Moreira de Oliveira	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 20 de Maio de 2016

Assinado por:  
Paulo Sergio Marcellini  
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

## APÊNDICES

### APÊNDICE A -INSTRUMENTO DE PESQUISA FENOMENOLÓGICA

Roteiro de coleta de dados:

Pseudônimo:

1-Idade

2-Ano de graduação em enfermagem

3-Realização de curso de especialização área e quais

4-Tempo de atuação na estratégia de saúde da família

5-Realização do curso introdutório em estratégia de saúde da família do município de Duque de Caxias período (temáticas que você considerou mais importante. Por que e as temáticas você considerou menos importante. Por que)

6-A temática visita domiciliar foi discutido durante a graduação

8- Atividades que realiza no dia a dia na ESF (realiza a visita domiciliar)

10-Concepção de visita domiciliar

11- Organização da visita domiciliar planejamento, execução e avaliação

12-Situações que faz visita domiciliar; principais ações desenvolvidas na visita domiciliar.

13-Razão que fundamenta a realização da VD na ESF (motivo porque)

14 - Objetivos (o que pretende alcançar) quando desenvolve esta visita domiciliar (motivo para)

15-Gostaria de falar algo mais

## **APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), do Projeto de Pesquisa sob o título: VISITA DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM.

Meu nome é Nadja de Carvalho Moreira de Oliveira, Enfermeira, especialista em Saúde da Família e mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Florence Romijn Tocantins. O Projeto de dissertação tem por objetivo analisar as perspectivas do enfermeiro ao realizar visita domiciliar na estratégia de saúde da família.

Entende-se que este estudo irá contribuir para ampliar e fortalecer o processo de reflexão e debates acerca da produção de conhecimento sobre a realização da visita domiciliar neste modelo de atenção à saúde que é a ESF depreende-se que há possibilidade de trazer contribuições para a enfermagem, para o ensino e para pesquisa. Poderá trazer benefício para equipe que realizam visita domiciliar na Estratégia de saúde da família e para os usuários do serviço.

Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista individual que durará aproximadamente 30 minutos, que será gravada em áudio e transcrita na íntegra e arquivadas por período de cinco anos. O pesquisador propõe que as entrevistas sejam realizadas em ambiente calmo, seguro respeitando a individualidade do participante. Este procedimento será realizado apenas uma vez. Sua identificação e dados confidenciais serão mantidos em sigilo.

Sua participação é isenta de quaisquer tipos de despesas ou gratificação financeira: você tem a garantia de acesso aos resultados e de esclarecimento de dúvidas a qualquer tempo. Os riscos que a pesquisa apresenta são considerados mínimos por utilizar a entrevista e nela pode conter questões que possa desencadear variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais ao participante.

A qualquer momento poderá recusar-se de participar e retirar o seu consentimento, antes ou durante todas as fases da pesquisa, sem que haja penalidade, prejuízo ao seu trabalho na instituição.

Eu, \_\_\_\_\_,  
concordo em participar voluntariamente no estudo e estou ciente de que a minha participação é isenta de quaisquer tipos de despesas, gratificação financeira e que tenho garantia de acesso aos resultados e de esclarecimento de dúvidas a qualquer tempo. Poderei retirar o meu

consentimento a qualquer momento, antes ou durante todas as fases da pesquisa, sem que haja penalidade, prejuízo ou perda de qualquer benefício. Foi garantida manutenção do sigilo e da privacidade em relação a minha participação nesta pesquisa. Concordo ainda que a entrevista seja gravada, sendo esta transcrita posteriormente e armazenada por um período de cinco anos. Recebi uma cópia deste documento, assinada pela pesquisadora e tive a oportunidade de discuti-lo com a mesma, entendendo ser a minha participação de risco mínimo. Sendo assim autorizo a pesquisadora a utilizar as informações fornecidas ao responder o roteiro de entrevista para a elaboração de sua dissertação de mestrado, bem como na produção de artigos científicos para publicação e apresentação em eventos científicos.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 2016

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura da Pesquisadora: \_\_\_\_\_

Pesquisadora: Nadja de carvalho Moreira de Oliveira – Mestranda em enfermagem – UNIRIO  
Enfermeira Especialista em ESF – Cel: (21) 969256909 – E-mail: **nadjaenf@yahoo.com.br**

Comitê de Ética em Pesquisa CEP – UNIRIO

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Avenida Pasteur, 296 – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-240.

Telefones: (21) 25427796. E-mail: cep.unirio09@gmail.com