



ORIGINAL ARTICLE

HOME VISIT BY NURSES IN WESTERN TOWNS OF RIO GRANDE DO SUL, BRAZIL
WEST REGIONVISITA DOMICILIAR REALIZADA POR ENFERMEIROS EM MUNICÍPIOS DA REGIÃO OESTE DO
RIO GRANDE DO SUL, BRASILVISITA DOMICILIAR REALIZADA POR ENFERMEROS EN LOS MUNICIPIOS DE LA REGIÓN OESTE DEL RÍO
GRANDE DO SUL, BRASIL

Vilma Constancia Fioravante dos Santos¹, Naiana Oliveira dos Santos², Maiana Pinheiro dos Santos³, Adriana Roese

ABSTRACT

Objective: to discuss the work of professional nurses within the Family Health Strategy (FHS) and the production of second-order data concerning home visit (HV) activities. **Method:** it is an epidemiological and cross-sectional study. The data collection was carried out in SIAB/DATASUS/MS, and they concerned the number of families registered in each FHS and the number of HVs carried out per year, in the six towns of the Western region of Rio Grande do Sul, in Brazil. The data were collected on February 23, 2010, and the period studied was from 1998 to 2008. **Results:** there are data from the registers provided by the teams, which do not match the values presented. Through the graphic representation of the data, it was possible to identify a mismatch between the number of HVs carried out and the number of families registered in the period under study. **Conclusion:** these data are associated with an unreal configuration of FHS in the towns under study. Thus, we will discuss with the Regional Health Coordination concerned in which measure the health care demands have been met and also the benefits of using HV for professional nurses and the community, as well as the use of the indicators produced in the health care area. **Descriptors:** home visit; primary health care; Family Health Program; family health.

RESUMO

Objetivo: discutir a atuação do profissional enfermeiro dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a produção de dados secundários referentes às atividades de visita domiciliar (VD). **Método:** estudo de natureza epidemiológica e transversal. A coleta de dados foi realizada junto ao SIAB/DATASUS/MS, com dados referentes ao número de famílias cadastradas por ESF e número de VDs de enfermagem realizadas por ano, nos seis municípios que fazem parte da região Oeste do Rio Grande do Sul, no Brasil. Os dados foram coletados no dia 23 de fevereiro de 2010, e o período estudado foi de 1998 a 2008. **Resultados:** existem dados referentes aos registros oferecidos pelas equipes que apontam algumas disparidades entre os valores apresentados. Por meio da representação gráfica dos dados, verifica-se determinada disparidade entre o número de VDs realizadas e famílias cadastradas no período estudado. **Conclusão:** associa-se a esses dados a não-configuração real da ESF nos municípios estudados. Dessa forma, discutir-se-á, junto à Coordenadoria Regional de Saúde responsável pela região, em que medida as demandas em saúde estão sendo satisfeitas e, também, os benefícios da utilização da VD para os profissionais de enfermagem e a comunidade, bem como a utilização dos indicadores produzidos na área da saúde. **Descritores:** visita domiciliar; atenção primária à saúde; Programa de Saúde da Família; saúde da família.

RESUMEN

Objetivo: discutir la actuación del enfermero en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) y la producción de datos secundarios referentes a las actividades de visita domiciliar (VD). **Metodología:** se trata de un estudio de naturaleza epidemiológica y transversal. La recopilación de datos se realizó junto al SIAB/DATASUS/MS, con datos referentes al número de familias registradas por la ESF y al número de VDs de enfermería realizadas por año, en los seis municipios de la región Oeste del Rio Grande do Sul, en Brasil. Los datos fueron colectados en el 23 de febrero de 2010 y el período estudiado fue de 1998 a 2008. **Resultados:** existen datos referentes a los registros ofrecidos por los equipos que apuntan disparidades entre los valores presentados. Al observar la representación gráfica de los datos, verificase determinada disparidad entre el número de VDs realizadas y de familias registradas en el período estudiado. **Conclusión:** asociase a estos datos la no configuración real de la ESF en los municipios estudiados. Así, será discutido, junto a la Coordinadoría Regional de Salud responsable por la región, en cual proporción las necesidades de salud están siendo satisfechas y, también, los beneficios de la utilización de la VD para los profesionales de enfermería y la comunidad, así como el uso de los indicadores producidos en el área de salud. **Descriptores:** visita domiciliar; atención primaria de salud; Programa de Salud de la Familia; salud de la familia.

^{1,2,3}Graduandas em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa. Rio Grande do Sul (RS), Brasil. E-mails: enf-vilma@bol.com.br; naiaoliveira07@gmail.com; maia.enf@hotmail.com; ⁴Profa. Dda. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas/UFPEL. Pelotas (RS), Brasil. E-mail: adiroese@gmail.com

INTRODUÇÃO

A visita domiciliar (VD) pode ser compreendida como um dos instrumentos que os profissionais da saúde podem lançar mão para produzir saúde, sendo este historicamente utilizado pela Enfermagem. Nos Estados Unidos, na metade do século 20, surgiu como um modo de afirmação da classe de Enfermagem com o ensino advindo da graduação. Já no Brasil, surgiu acompanhando as mudanças políticas e sociais. Essa atividade possibilita a prática da promoção de saúde e a intervenção nos perfis epidemiológicos das famílias cadastradas em determinada área de abrangência, de uma dada unidade. Assim, permite um olhar singular sobre a realidade do usuário e uma infinidade de possibilidades de intervenção, dentro do contexto social dos indivíduos.¹

Para o enfermeiro, a VD é desenhada como um trabalho de intenso interesse, pois é uma alternativa de investigação que esse profissional dispõe, ou seja, um caminho para ampliar a promoção da saúde e também um meio para a prevenção e detecção precoce de agravos em usuários de uma família.² É um instrumento que permite ao profissional da saúde interagir com o usuário no meio em que vive, observando e conhecendo sua realidade.³ O conhecimento das condições desse meio é relevante para o estabelecimento de medidas de promoção da qualidade de vida do indivíduo.⁴ Assim, a VD pode ser compreendida como uma técnica e um método para a escuta qualificada, o vínculo e o acolhimento, favorecendo melhores condições à produção de saúde.⁵ Acredita-se, ainda, que possa favorecer as potencialidades dos indivíduos para o enfrentamento dos possíveis riscos à saúde.

A partir da VD, resgata-se o pensamento de que a formação dos vínculos entre profissionais e usuários pode ser entendida como um recurso terapêutico, o qual qualifica os profissionais a atenderem demandas individuais e coletivas em saúde e a responsabilizarem as pessoas pelo seu próprio cuidado. Tal recurso permite a identificação de pessoas que requerem maior atenção e o favorecimento das potencialidades de cada indivíduo. Desse modo, o enfermeiro assumiria papel de destaque na execução, promovendo um sistema mais pessoal e menos burocrático e proporcionando maior segurança e autonomia aos usuários.⁶

Os profissionais da saúde têm notável potencial de intervenção, pois gozam da íntima relação entre conhecimentos específicos e ações cuidadoras. Além disso,

esses profissionais têm à disposição diferentes tecnologias para o trabalho em saúde, ressaltando-se que o termo tecnologias é compreendido amplamente como a formação de vínculos, o acolhimento, a produção de processos relacionais, as tecnologias leves, os saberes estruturados, a clínica, as tecnologias leve-duras, as condutas normatizadas, as máquinas, os equipamentos diagnósticos e as tecnologias duras.⁷

Considera-se a VD como uma das tecnologias leve-duras, pois, ao ser descrita como um método que por tal caracterização exige conhecimento prévio, esta permite à equipe de saúde o contato com a comunidade em que está inserida e o reconhecimento das necessidades em saúde dos usuários.⁵

A VD tem proporcionado o cuidado no território, podendo ser mais valorizada como estratégia de inclusão das ações de saúde em razão do potencial que essa tecnologia em saúde proporciona ao cuidado. A estratégia de saúde da família (ESF) surge em meio à discussão do trabalho em saúde e da necessidade de serem construídas novas práticas de saúde. Esta se constitui num novo modelo de atenção, que visa à reorientação do modelo assistencial, viabilizando a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Pressupõe o desenvolvimento de ações no nível de atenção mais próxima da realidade vivenciada pela população, a atenção básica (AB), e tem como objeto de intervenção a família, em seu espaço de produção de interações, ou seja, o domicílio. A partir disso, destaca-se o potencial desse dispositivo na viabilização dos princípios indiscutivelmente importantes, tais como a universalidade da assistência, instrumentalizada por meio de ações inovadoras no setor da saúde e pelas equipes multiprofissionais.^{1,8} Porém, a integralidade das ações, humanização e satisfação das demandas dos usuários ainda são temas a serem discutidos no âmbito dessa estratégia.⁸

A ESF surgiu com expectativas de ampliar a rede de apoio aos usuários, bem como descentralizar as ações e os serviços de saúde nos Municípios e ainda pôr em prática o reconhecimento da saúde como um direito, incentivando dessa forma a autonomia dos usuários. Esta tem como base uma nova prática de atenção à saúde, com a finalidade de cuidar da saúde das famílias, por meio da formação de vínculos e práticas humanizadas.⁹

Acredita-se que objetivos tão amplos requerem uma equipe de saúde composta por profissionais que desenvolvam ações dinâmicas, contínuas, integradas, de maneira humana e resolutiva. Entre as atividades que

Santos VCF, Santos NO, Santos MP et al.

Home visit by nurses in western towns...

contemplam o novo perfil de atenção em saúde está a VD, que tem, no território de abrangência da ESF, finalidades como monitorar a situação da saúde das famílias, identificar situações de risco e garantir um espaço domiciliar de maior qualidade e humanização da atenção prestada. Para tanto, são utilizados indicadores de saúde como métodos avaliativos do trabalho em saúde realizado.⁹

Ressalta-se, nesse novo modelo de atenção, a relevância da utilização dos Sistemas de Informação em Saúde disponíveis, uma vez que os dados secundários referentes à determinada região, dialogados a partir de documentos que possam avaliá-los, podem oferecer subsídios para o planejamento de ações e a gestão em saúde, não havendo a necessidade de buscar o local em que o serviço é prestado.¹⁰

O enfoque do trabalho da ESF conta com um modelo de atenção domiciliar à saúde, relacionando-se diretamente com a atuação dos profissionais em saúde com os usuários e suas famílias. A VD é uma estratégia valiosa para a formação de vínculos e o reconhecimento da realidade vivida pelos usuários.¹¹ Resgata-se a consideração de que visitar uma família não necessariamente pressupõe a resolução dos problemas de todas as pessoas desse espaço.² Porém, essa ação oferece ao profissional o conhecimento de quais são as dificuldades enfrentadas por esses sujeitos. Esta seria uma forma de reconhecer as demandas e ampliar a satisfação das necessidades em saúde dos sujeitos, adentrando e permeando as relações dos indivíduos que compõem o foco de atenção em saúde dos profissionais, os usuários.

Portanto, reconhece-se a VD como um dos instrumentos viabilizadores do processo de

reorganização do modelo assistencial e das ações em saúde. Acredita-se que a discussão acerca dos dados secundários relativos ao trabalho do enfermeiro e, em especial, das VD realizadas por ele pode auxiliar na expansão das ações e na reflexão das atividades que são realizadas por esses profissionais. Bem como fomentar a produção científica acerca deste tema, pois tem-se conhecimento da pequena produção teórica sobre o mesmo.¹²

O presente estudo tem como objetivo analisar a produção de dados secundários referentes às atividades da VD, a partir da atuação do profissional enfermeiro dentro da ESF.

METODOLOGIA

O presente estudo é de natureza epidemiológica e transversal. A coleta de dados secundários foi realizada junto ao Sistema de Informação de AB (SIAB), na base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do Ministério da Saúde.¹³ Os dados são referentes ao número de famílias cadastradas por ESF e número de VDs, realizadas por enfermeiros nos municípios que fazem parte da região Oeste do Rio Grande do Sul, no Brasil. Na base de dados, foram identificados os municípios pertencentes à 10ª Coordenadoria Regional de Saúde do referido Estado (Figura 1), sendo então disponibilizados no sistema os seguintes municípios: Alegrete, Itaqui, Manoel Viana, Rosário do Sul, São Borja e Uruguai. Destaca-se que, conforme o Plano Diretor de Regionalização da Saúde, de 2002, pertencem a essa Coordenadoria mais sete Municípios, que não registraram VD realizada por enfermeiro no SIAB.¹⁴

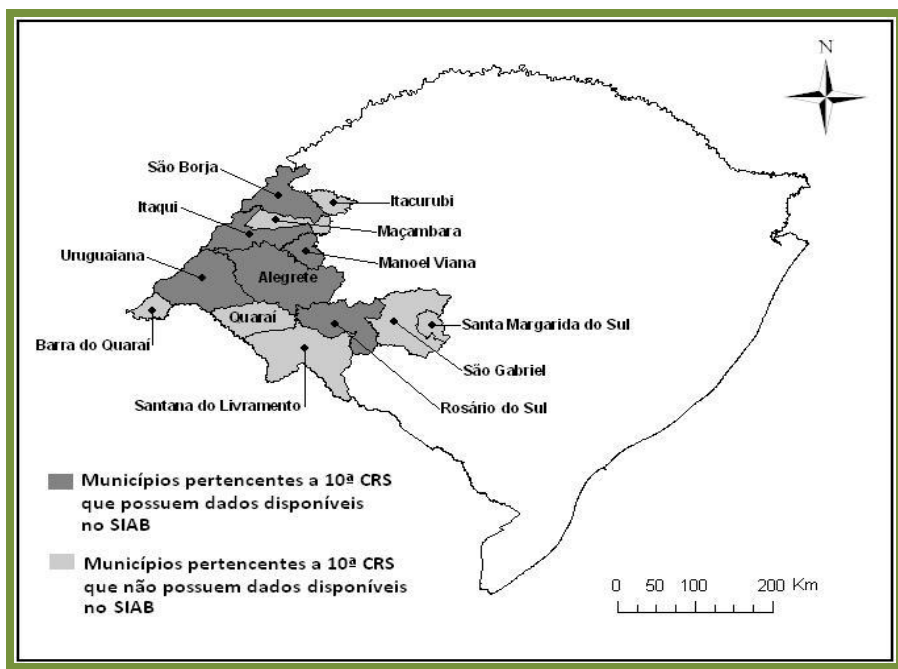


Figura 1. Mapa dos municípios pertencentes à 10ª Coordenadoria Regional de Saúde dos municípios que disponibilizam dados no SIAB. Fonte: Rio Grande do Sul, 2002. Secretaria Estadual da Saúde. Plano Diretor de Regionalização da Saúde. (SIM/MS/DATASUS).

O estudo dedicou-se à análise dos indicadores apresentados pelos Municípios no período de dez anos, compreendendo de 1998 e 2008. Ressalta-se que a escolha desse ocorreu em virtude da pretensão de análise de tendência.

A coleta de dados ocorreu em 23 de fevereiro de 2010. Elegeu-se tal região pela localização geográfica, em função dos *campi* da Universidade Federal do Pampa, denotando-se a necessidade de um olhar crítico acerca dos marcadores de saúde que a região apresenta.

Os aspectos éticos foram respeitados, no presente estudo, sendo observadas as normas do Conselho Nacional de Saúde e sendo considerada a Resolução nº 196/96¹⁵, referente às fontes consultadas e aos dados de domínio público disponíveis no endereço eletrônico do Sistema de Informações sobre Mortalidade, no Departamento de Informática do SUS, do Ministério da Saúde

RESULTADOS

A partir dos dados secundários, foram elaboradas representações gráficas para melhor visualização dos valores disponíveis. Destaca-se que, no processo de obtenção dos dados, deparou-se com a fragilidade de o Sistema de Informação não ofertar a identificação do ano de implantação das equipes de saúde da família em cada município. São disponibilizados somente dados acerca dos marcadores de saúde, que identificam as Visitas de Enfermagem realizadas a partir de 1998 e sobre a situação cadastral das famílias a partir de 1999. Além disso, até 2001, constavam cadastrados dados relativos à VD de apenas um dos municípios, o de Alegrete.

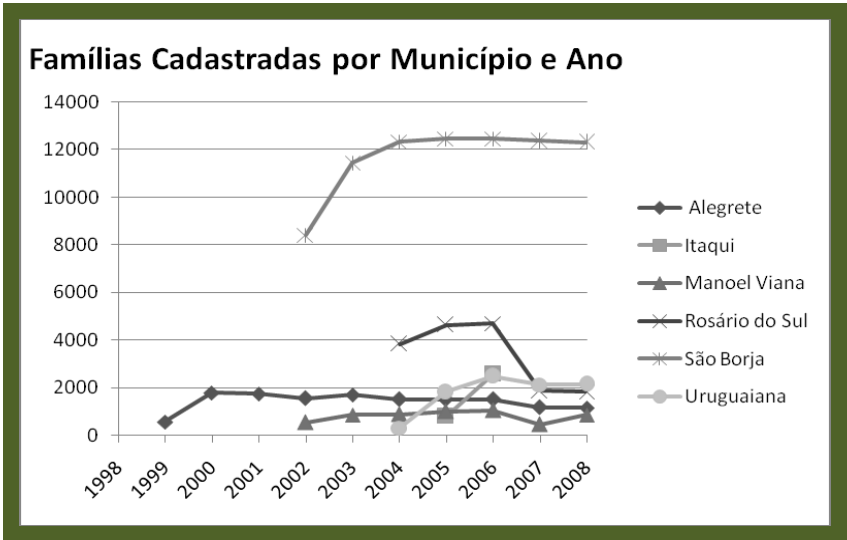


Figura 2. Ilustração gráfica do número de visitas de Enfermagem realizadas nos municípios discutidos, sendo considerado o período de dez anos.

Em 2002, além deste, surgem dados de mais dois municípios, Manoel Viana e São Borja, e um ano mais tarde, Rosário do Sul e Uruguiana registram as atividades de VDs realizadas por enfermeiros. Até 2004, ainda não haviam dados registrados acerca das VDs realizadas pelo município de Itaqui. Somente em 2005 os municípios computaram dados referentes a essas VDs. No que confere às famílias cadastradas, já em 1999 o município

de Alegrete possuía um número relevante de famílias cadastradas, tendo um aumento quantitativo considerável no ano seguinte, com sensíveis oscilações desde então. Em 2002, mais dois municípios iniciaram a computar dados, Manoel Viana e São Borja, e apenas em 2005 os municípios disponibilizaram dados acerca do número de famílias cadastradas para o Sistema de Informação (Figura 2).



Figura 3. Ilustração gráfica do número de famílias cadastradas por município, de acordo com o ano.

São observados consideráveis contrastes entre os valores oferecidos pelas equipes, pois Alegrete vem diminuindo consideravelmente o número de VDs computadas, de acordo com a Figura 3, apesar de os registros de VD e o número de famílias cadastradas terem iniciado entre os municípios avaliados. O município de Itaqui não registrou VD no último ano, nem mesmo o número de famílias cadastradas no município, nos dois últimos. A partir de 2006, houve uma diminuição importante nas atividades de VDs computadas por Manoel Viana e, em 2007, em Rosário do Sul. São Borja e Uruguaiana mantêm seus dados ainda constantes, apesar de São Borja ter diminuído o número de VDs.

DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados secundários oferecidos pelo DATASUS, pode-se perceber que existem alguns dados referentes aos registros oferecidos pelas equipes, os quais indicam disparidade dos valores apresentados. Enfatiza-se que, conforme Avaliação do Ministério da Saúde acerca da implantação desse novo modelo de atenção, até 2002, 95,8% dos enfermeiros que atuavam na AB realizariam VD e 77,2% desempenhariam atividades educativas com a comunidade. Segundo o informe, isso indicaria o amadurecimento do processo de consolidação do SUS e a organização da AB no Brasil.¹⁶ Porém, discute-se a real implantação deste tipo de atenção, uma vez que, ao observar a representação gráfica dos dados registrados na referida base consultada, verifica-se determinada disparidade entre o número de VDs realizadas e famílias cadastradas no período estudado.

Com base nesses dados, podem ser questionados os motivos que levaram à formulação da presente representação gráfica, tendo em vista a relevância da VD

realizada pelo enfermeiro e os destaques da literatura, os quais demonstram a necessidade de profissionais com recursos teórico-práticos para utilizar esse recurso em saúde,^{1,4} bem como a importância da formação de vínculos para a plena instituição dessa nova e inovadora estratégia.⁶

Na análise dos dados, a partir dos anos, com mais famílias cadastradas em cada município, foram encontrados dados com importantes disparidades e que fazem jus a determinados questionamentos, pois apesar de fazer parte da rotina semanal do cronograma de atividades do profissional enfermeiro, muitas vezes, a visita é realizada apenas para atender a uma demanda específica e não como um instrumento de ação para promover ações de saúde.²

Por meio dos dados oferecidos pelo município de Alegrete em 2000, foram cadastradas 1.778 famílias e 409 VDs de Enfermagem realizadas, demonstrando que, das famílias cadastradas, talvez um pouco mais de 25% recebeu VD do enfermeiro naquele ano. Além disso, pondera-se que, em relação às VDs cadastradas, não pode-se afirmar que todas se destinaram à atenção prestada diretamente às famílias, uma vez que podem indicar a produção de outras atividades, como o chamado da comunidade ou até mesmo a busca ativa.

A VD pode dar-se em função do atendimento dos problemas já detectados na unidade de saúde, mediante uma solicitação do agente comunitário de saúde, sob notificação dos casos de doenças contagiosas, riscos ambientais, problemas de saúde envolvendo a família em seu todo ou, ainda, uma visita de promoção de saúde.²

O município de Itaqui, em 2006, possuía 2.557 famílias cadastradas no sistema e 761 VDs registradas. Ressalta-se que, a partir do ano seguinte, não foram registrados dados

referentes à quantidade de famílias cadastradas no município, mas registraram-se dados referentes à VD, ilustrando um valor maior do que o do ano anterior, e nenhuma VD foi computada a partir de 2008. O referido município demonstra uma situação em particular, na qual visualiza-se que existe o registro de VDs no sistema, porém não existe o registro de famílias adscritas no território de abrangência das ESF. Frente ao exposto, pensa-se na hipótese de que, a partir de 2007, houve falha no planejamento entre a oferta e a demanda por serviços oferecidos pelo município ou ainda determinada fragilidade na organização dos serviços de saúde.

Nesse sentido, destaca-se a relevância de registros detalhados, como relatos orais, encaminhamentos, observações e conclusões referentes à VD, pois esses registros configuram-se como documentos comprobatórios da assistência prestada à família.⁵ O profissional enfermeiro precisa ter seus sentidos apurados para que tenha a capacidade de captar o que é concreto e também o que é subjetivo, a fim de que possa verdadeiramente conhecer a população que habita o território onde ele atua e, a partir disso, indicar as intervenções necessárias.²

A seguir, enfatizam-se importantes exemplos dentro dessa discussão, isto é, dois municípios apresentaram, nesse período, situações opostas, em que um caracterizou mais VDs do que famílias cadastradas, e outro, mais famílias cadastradas do que VD realizadas. Em relação a esse aspecto, resgata-se a consideração de que a VD não é a simples ação de ir ao domicílio do usuário ou o ato de responder a uma demanda em particular da comunidade; está fortemente ligada a princípios e técnicas coerentes com a prática e formação de Enfermagem.¹ Dessa forma, a realização da VD pode ser vista como uma nova forma de modelo assistencial do SUS, o qual proporciona mudanças e confronta-se com o modelo hegemônico.⁸

O município de Manoel Viana, em 2006, contabilizou 1.031 famílias cadastradas e 3.446 VDs realizadas. Na visualização dos dados, pressupõe-se que grande parte da população adscrita recebeu visita do enfermeiro. Nesse sentido, entende-se que existe a possibilidade de o profissional realizar, no mínimo, mais de uma visita por ano para cada família, situação não-visualizada nos municípios citados. Pensa-se em duas possibilidades para a configuração desses dados: uma refere-se à realização efetiva de três visitas de enfermagem por família durante o ano, ou seja, a real efetivação desses dados em ação de VD; e a

outra refere-se à alguma incongruência entre os dados oferecidos pelos profissionais e os computados no DATASUS. Noutra realidade, no município de Rosário do Sul, em 2006, foram cadastradas 4.685 famílias e realizadas 1.579 visitas. Esses dados indicam que nem um terço da população adscrita foi coberta pelas visitas realizadas pelos enfermeiros. A partir da literatura, que descreve o enfermeiro como um dos profissionais melhor preparado durante sua formação para o desenvolvimento dessa ação,¹ avalia-se estes dados como insuficientes para articular novas propostas que confrontem o modelo fragmentador da atenção em saúde, uma vez que os profissionais enfermeiros podem estar restringindo suas atividades e deixando de reconhecer o espaço geográfico do serviço de saúde.

Os dados computados pelas equipes de São Borja, referentes a 2006, indicaram 12.457 famílias cadastradas e 4.745 visitas realizadas, demonstrando importante disparidade entre os dados apresentados, uma vez que as famílias são cadastradas, mas o enfermeiro pode não conhecer o contexto social no qual o usuário está inserido, considerando-se a VD realizada e computada. Consoante disso, em relação aos dados pesquisados no município de Uruguaiana, em 2006, em relação às famílias cadastradas, foram registradas 2.483 famílias e 673 VDs. Mesma situação foi vista nos dados ofertados por São Borja em 2005, onde indicam que este possuía 12.456 famílias cadastradas e 4.363 VDs de Enfermagem realizadas no mesmo ano.

Na avaliação dos referidos dados, questiona-se a utilização e o conhecimento dessa produção por parte dos profissionais no planejamento das ações em saúde, nos territórios discutidos. Da mesma forma, questiona-se se os profissionais enfermeiros têm real conhecimento das necessidades em saúde das famílias cadastradas. Estima-se que esses dados indiquem determinado desconhecimento por parte dos profissionais da importância da realização da VD ou até mesmo da necessidade de computar dados fidedignos na base de dados do Ministério da Saúde. Além disso, os dados apontam o grau de acessibilidade do sistema por parte dos profissionais, e ações destinadas a eles como a educação continuada para que esses profissionais trabalhem com o sistema de informação e compreendam sua aplicabilidade no planejamento de ações voltadas para a comunidade.¹⁰ Também vale destacar o valor da presença e do engajamento do profissional enfermeiro na prática da VD, mas, além disso, é preciso ponderar as possíveis limitações

desse trabalhador em exercer a atividade.²

Ao serem comparados esses valores, levanta-se uma importante discussão envolvendo as ações desenvolvidas nos municípios. Em um estudo realizado, observou-se que o contato com o campo estudado a partir das VDs realizadas pela enfermeira oferece a identificação de famílias em situação de risco e a caracterização dos indicadores de saúde que o espaço apresenta.³

Essa situação traz a inferência de que o enfermeiro necessita ter contato com o espaço geográfico no qual está inserido, pois assim terá condições de planejar e implantar ações em saúde. Esta comparação levanta o questionamento de quão abrangentes são as práticas dos enfermeiros daquele espaço, pois acredita-se que, a partir da comparação entre famílias adscritas e visitas realizadas, os enfermeiros que atuam em equipes de saúde da família daquele Município ainda não tiveram contato com, no mínimo, as condições de moradia e o saneamento de boa parte das famílias cadastradas pelos ESFs do Município.

Contrapondo-se a esses dados, destaca-se a responsabilidade do enfermeiro em desenvolver atividades tanto no espaço da unidade da ESF como na comunidade, pois é atribuída a ele a participação no processo de territorialização da área de abrangência do serviço, no acompanhamento do cadastramento e na atualização dos dados das famílias da área de atuação da equipe.⁹ Uma vez que sabe-se da necessidade deste profissional de saúde em reconhecer o espaço de vivência do usuário como um local de cuidado, bem como do registro das atividades realizadas neste espaço e da utilização destes registros em seu trabalho.

Dessa forma, sendo a VD uma ação em saúde e que possibilita uma interação mais efetiva entre o enfermeiro e a comunidade, podendo ser facilitadora da assistência integral à família, pensa-se que o enfermeiro, algumas vezes, desconhece a validade dessa ferramenta, deixando, inclusive, de realizá-la, por julgar que outras atividades sejam mais importantes. Assim, denota-se que o enfermeiro deve utilizar a VD, considerando-a como uma das tecnologias em saúde que dispõe, e deve-se registrá-la, pois os dados estudados, muitas vezes, deixam a dúvida se essas visitas estão realmente ocorrendo ou ainda se houve alguma falha nos registros.

Essa situação pode ser ilustrada por um estudo exploratório realizado com 20 enfermeiros que atuavam em equipes de saúde da família. Nesse estudo, verificou-se que estes poderiam ser categorizados em dois grupos. Faziam parte do primeiro grupo 11

enfermeiros que realizavam VD uma vez por semana, quando tinham disponível um carro da Secretaria de Saúde; já o segundo grupo era composto por nove enfermeiros que realizavam visitas mais de uma vez por semana, independente da disponibilidade de transporte. Ao acompanhar um enfermeiro de cada grupo, foram verificados alguns aspectos interessantes sobre a prática da VD. Estas tinham caráter curativo e individual e, quando registradas, não apresentavam descrição sistematizada das informações obtidas nas famílias, não era considerado o levantamento de problemas ou a história de vida pessoal ou familiar, bem como o acolhimento, reconhecido como uma tecnologia, não sendo observado como rotina do trabalho dos profissionais.¹⁷

Pensando-se na veracidade dos dados apresentados, tem-se como possível hipótese a fidedignidade do registro desses dados no sistema. Destaca-se que o enfermeiro assume um papel de relevância na busca por dados fidedignos, sendo importante na identificação dos riscos reais e embasando estratégias para possíveis intervenções nos problemas de saúde.³ Também pode-se pensar na adequada utilização da carga horária de, no mínimo, quatro horas semanais, preconizadas para o enfermeiro dedicar-se a atividades de VDs.¹⁸

Confrontando-se com esse pressuposto, tem-se que o tempo despendido para a VD é muito limitado para poder dar-se conta de um discurso e da realização de ação que demanda tempo, tendo em vista que, em muitas das visitas, há a necessidade de promover a educação em saúde e, para isso, deve-se explicar e mostrar à família o que se deseja.²

Então, põe-se à prova esse tempo determinado pelo Ministério da Saúde para destinar a realização das VDs ou até mesmo a limitação de enfermeiros que atuam nesse modelo. A partir dos dados levantados, é possível fazer os seguintes questionamentos: se o tempo mínimo destinado é suficiente, por que deparar-se com a atual representação gráfica dos indicadores de saúde? Destaca-se que as condições de trabalho influenciariam diretamente a realização dessa atividade, pois tempo chuvoso no dia agendado, indisponibilidade de transporte para o deslocamento ao domicílio e endereço incorreto da família podem ser motivos que não permitem a otimização do tempo de trabalho.

Considerando-se as representações gráficas, é possível fazer o seguinte questionamento: nesses municípios, a VD foi utilizada como uma ferramenta facilitadora do trabalho do enfermeiro em planejar ações que

necessitem levar em consideração o contexto no qual os usuários estão envolvidos?

Um ponto a ser avaliado quando se questiona o dimensionamento dos enfermeiros na AB é a discussão de que os dias de trabalho de um profissional durante um ano que se constituiu de feriados e férias podem diminuir consideravelmente a realização quantitativa da VD.² Essa contribuição faz-se pertinente ao questionamento dos possíveis motivos da disparidade entre os dados a cada ano, pois se a equipe dispõe de um único enfermeiro, durante o período de afastamento do profissional, as famílias adscritas não recebem a Visita de Enfermagem. Além disso, destaca-se o comprometimento do enfermeiro em promover a fidedignidade dos dados computados, sendo de suma importância para a gestão e prestação dos cuidados em saúde.

Também se reflete acerca do tempo disponibilizado para a realização dessa atividade, uma vez que, em estudo realizado, percebeu-se que, mesmo os ACS, identificados como profissionais que realizam VDs diariamente, não conseguem visitar todas as famílias cadastradas num mês de trabalho. A partir do estudo, o tempo foi identificado como um dos fatores limitantes para a realização satisfatória dessas atividades entre os profissionais que compunham a equipe multiprofissional da ESF entrevistada. Outra dificuldade enfrentada pelos profissionais que realizam atividades, principalmente o enfermeiro, diz respeito ao grande número de atividades a serem desenvolvidas, mais especificamente, no que se refere a metas quantitativas do trabalho em saúde.¹⁹

Sendo a VD direcionada à educação e conscientização dos indivíduos e das famílias, com relação aos aspectos de saúde no seu próprio contexto, deve-se refletir sobre essa prática de cuidado e os fatores envolvidos. Acredita-se que é preciso criar espaços para discussão dos dados registrados no Sistema de Informação, investigando como ocorre o cadastramento, uma vez que, sabe-se que existe um pensamento equivocado por parte dos gestores das ESF em não utilizar os dados oferecidos pelo SIAB no planejamento das ações desenvolvidas, por desconhecimento da importância ou desconfiança nos dados oferecidos.²⁰

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que a VD realizada pelo enfermeiro seja uma das principais ferramentas em Saúde Coletiva para a promoção da saúde. Dessa forma, o trabalho do enfermeiro na ESF aproxima-o da realidade da comunidade e integra-o ao serviço de

saúde, qualificando a assistência de enfermagem.

A VD vem somar esforços na reorganização do modelo assistencial, devendo ser considerada no contexto de educação em saúde, pois promove a qualidade de vida por meio da prevenção de doenças e promoção da saúde. Além disso, garante um atendimento mais amplo por parte dos enfermeiros que a realizam, pois acompanham as famílias, fornecendo subsídios educativos para que tenham condições de se tornar independentes.

A consolidação dessa prática pode influenciar positivamente os indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida. Assim, a VD realizada por enfermeiro inclui um conjunto de ações de saúde voltadas para a comunidade, em especial, oferece a oportunidade ímpar de promover uma assistência voltada ao sujeito e à família. Por meio dela, são avaliadas as condições ambientais e físicas vivenciadas pela comunidade, visando, dentre outros aspectos, à educação, promoção e recuperação da saúde.

Pensa-se que a discussão acerca da comparação entre os dados referentes às VDs realizadas pelo enfermeiro e ao número de famílias cadastradas no Sistema de Informação demonstrou a necessidade de maior reflexão sobre a otimização dessa prática pelos enfermeiros das equipes, bem como a nítida disparidade entre a proporção de famílias cadastradas e as VDs realizadas pelo profissional enfermeiro no período estudado. Assim, infere-se a importância do planejamento estratégico nas ESF, uma vez que a VD exige preparo do enfermeiro, predisposição pessoal e disponibilidade de tempo na sua execução.

A discussão referente aos dados estudados proporcionou o levantamento de algumas hipóteses importantes, sendo necessários outros estudos que venham a discutir esses dados, tendo em vista a importância da VD realizada pelo enfermeiro. Outro aspecto importante refere-se à responsabilidade do enfermeiro em promover a fidedignidade desses dados, sendo de grande relevância para a prestação dos cuidados em saúde.

Dessa forma, para que essa ação seja bem-sucedida, é preciso que o enfermeiro compreenda a importância da VD e analise criticamente as concepções, os valores e as atitudes, buscando a compreensão do local onde a realiza. Isso se constitui na construção de um processo de cuidado que contemple e respeite a diversidade cultural, a relação socioeconômica e os aspectos determinantes

que se procura intervir.

Ao observar os dados coletados, verificou-se que a atividade da VD pode não estar sendo registrada ou considerada como uma ferramenta de trabalho que aproxima as famílias e as ESF. Assim, avalia-se a importância da utilização da VD realizada pelo enfermeiro no cuidado à saúde, na qual, muitas vezes, essa atividade não é realizada ou não é registrada.

REFERÊNCIAS

1. Egray EY, Fonseca RMG. A família, a visita domiciliar e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2000 Set; 34(3): 233-9.
2. Silva ROL. A visita domiciliar como ação para promoção da saúde da família: um estudo crítico sobre as ações do Enfermeiro [Dissertação]. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ): Rio de Janeiro; 2009.
3. Roese A, Lopes MJM. A visita domiciliar como instrumento de coleta de dados de pesquisa e vigilância em saúde: relato de experiência. *Rev Gaúch Enferm*. 2004 Abr; 25(1): 98-111.
4. Azeredo CM, Cotta RMM, Schott M, Maia TM, Marques ES. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007; 12(3):743-753.
5. Lopes WO, Saupe R, Massaroli A. Visita Domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Ciênc, cuid saúde*. 2008 Abr; 7(2):241-247.
6. Campos GWS. **Saúde Paidéia**. 3ª ed. São Paulo (SP): Hucite; 2007.
7. Merhy EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2002.
8. Albuquerque ABB; Bosi MLM. Visita Domiciliar no âmbito da estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. saúde pública* 2009 Mai; 25(5):1103-1112.
9. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (São Paulo). Documento norteador: Responsabilidades da Rede de Apoio à Implantação do PSF. São Paulo (BR): 2002.
10. Gerhardt TE, Pinto JM, Riquinho DL, Roese A, Santos DL, Lima MCR. Utilização de serviços de saúde de Atenção Básica em municípios da Metade Sul do Rio Grande do Sul: análise baseada em sistemas de Informação. *Ciênc saúde coletiva* [internet]. 2009 Mar 2 [acesso em 2010 Mar 27]; Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3935
11. [Giacomozzi CM](#), [Lacerda MR](#). A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto & contexto enferm*. 2006; 15(4):645-53.
12. Costa RKS, Holanda CSM, Azevedo DM, Gomes LF. A visita domiciliar como estratégia de intervenção em saúde na Atenção Básica: a realidade de Caioacó-RN. *Rev de Enfermagem UFPE online* [periódico na internet]. 2010 Abr/Jun [acesso em 2010 Jun 20]; 4(2):479-82. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/803/pdf_x
13. Ministério da Saúde (Brasil). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde [base de dados da internet]. Brasília (Ministério da Saúde). [acesso em 2010 Jan 30]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>
14. Secretaria Estadual da Saúde (Rio Grande do Sul). Plano diretor de regionalização da saúde. Porto Alegre: SEGRAC; 2002.
15. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética* 1996; 4(2):15-25.
16. Ministério da Saúde (Brasil). Avaliação Normativa da Estratégia da Saúde da Família no Brasil. Informe da Atenção Básica [internet]. 2003 [acesso em: 2010 Mai 19]; 18(7): s/p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/php/level.php?lang=pt&component=44&item=58>.
17. Oliveira RG, Marcon SS. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá - Paraná. *Rev Esc Enferm. USP* 2007; 41(1):65-72.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Auto-Avaliação nº 4: Equipe Saúde da Família: Parte 1, 3ª ed. - Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009. [acesso em 2010 Maio 5]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/caderno_autoavaliacao_n4_sau_de_familia_parte1.htm.
19. [Sakata KN](#), Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. *Rev bras enferm*. 2007; 60(6); 659-664.
20. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil). Atenção Primária da Saúde. Brasília (DF): CONASS, 2007. Disponível em: <http://www.conass.org.br/publicacao/index.html>.

Santos VCF, Santos NO, Santos MP et al.

Home visit by nurses in western towns...

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2010/08/03

Last received: 2011/05/19

Accepted: 2011/05/20

Publishing: 2011/06/01

Address for correspondence

Adriana Roese

Faculdade de Enfermagem

Universidade Federal de Pelotas

Rua Gomes Carneiro, 1 – Campus Porto

CEP: 96010-610 – Pelotas (RS), Brazil