



Revista de Enfermagem

UFPE On Line

ISSN: 1981-8963

ORIGINAL ARTICLE

THE PRACTICE OF DOMICILIARY VISIT IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

A PRÁTICA DA VISITA DOMICILIÁRIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA*

LA PRÁCTICA DE LA VISITA DOMICILIARIA EN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

Dulcian Medeiros Azevedo¹, Roberta Kaliny de Souza Costa², Cristyanne Samara Miranda de Holanda³,
Isabelle Campos de Azevedo⁴

ABSTRACT

Objective: to investigate the enforcement and implementation of home visits by the staff of the Family Health Strategy (FHS) of Caicó/RN. **Methodology:** exploratory and descriptive study with quantitative and non-experimental approach. Data collection was conducted from October to November 2009 using structured questionnaires applied to nurses of FHS. The project was submitted to the Ethics in Research Committee of the State University of Rio Grande do Norte and approved under the protocol number 032/09 (CAAE 0006.0.428.000-09). The information was tabulated in Microsoft Excel software and presented in tables. **Results:** the teams made the visit in order to know reality, prevent disease and promote health. The activity meets the specific groups, being performed by all professional on staff. Among the factors that hinder the development of the visit are the high demand from the health unit and work equipment. **Conclusion:** the health professionals recognize the importance of home care and are trained to perform the activity, although many factors still undermine the development of service to the community. **Descriptors:** home visit; primary health care; the family health program; single health system.

RESUMO

Objetivo: investigar a execução e implementação da visita domiciliária por parte das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Caicó/RN. **Método:** pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem quantitativa não experimental. A coleta de dados foi realizada de outubro a novembro de 2009, utilizando entrevista estruturada e aplicada aos enfermeiros da ESF. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte e aprovado mediante o protocolo 032/09 (CAAE 0006.0.428.000-09). As informações foram tabuladas no Microsoft Excel e apresentadas em tabelas. **Resultados:** as equipes realizaram a visita com a finalidade de conhecer a realidade, prevenir doenças e promover saúde. A atividade atende aos grupos específicos, sendo realizada por todos os profissionais da equipe. Entre os fatores que dificultam o desenvolvimento da visita estão a demanda elevada da unidade de saúde e os equipamentos de trabalho. **Conclusão:** os profissionais de saúde reconhecem a importância da assistência domiciliar e são capacitados a realizar a atividade, embora muitos fatores ainda comprometam o desenvolvimento do atendimento à comunidade. **Descritores:** visita domiciliar; atenção primária à saúde; programa saúde da família; sistema único de saúde.

RESUMEN

Objetivo: investigar la ejecución y aplicación de la visita domiciliar por el personal de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) de Caico/RN. **Método:** estudio exploratorio y descriptivo, con un enfoque cuantitativo no experimental. La recolección de datos se realizó en octubre y noviembre de 2009, utilizando una entrevista estructurada y aplicada a los enfermeros de la ESF. El proyecto fue sometido al Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Estado de Rio Grande do Norte y aprobado a través del protocolo 032/09 (CAAE 0006.0.428.000-09). Los datos fueron tabulados en Microsoft Excel y presentados en las tablas. **Resultados:** los equipos hicieron la visita con el fin de conocer la realidad, para evitar enfermedades y promover la salud. La actividad atiende a los grupos específicos, siendo realizada por todo el personal profesional del equipo. Entre los factores que impiden el desarrollo de la visita están la alta demanda de la unidad de salud y las herramientas de trabajo. **Conclusión:** los profesionales de la salud reconocen la importancia de la atención en el domicilio y están capacitados para realizar la actividad, aunque muchos factores dificulten todavía el desarrollo del servicio a la comunidad. **Descriptores:** visita domiciliar; atención primaria de salud; programa de salud familiar; sistema único de salud.

¹Enfermeiro. Mestre em Enfermagem (PGENF-UFRN). Professor Assistente II do Curso de Graduação em Enfermagem (UERN), Campus Caicó, Caicó-RN, Brasil. Líder do Grupo de Pesquisa << A enfermagem no processo saúde-doença individual/coletiva, na educação em saúde e na assistência/gerência de serviços de saúde >>. E-mail: professordulcian@gmail.com; ²Enfermeira. Mestre em Enfermagem (PGENF-UFRN). Professora Assistente III do Curso de Graduação em Enfermagem (UERN), Campus Caicó, Caicó-RN, Brasil. E-mail: robertaksc@bol.com.br; ³Enfermeira. Mestre em Enfermagem (PGENF-UFRN). Professora Assistente III do Curso de Graduação em Enfermagem (UERN), Campus Caicó, Caicó-RN, Brasil. E-mail: csmhnh@hotmail.com; ⁴Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem (UERN), Campus Caicó, Caicó-RN. Bolsista PIBIC/CNPq (vigência 2010-2011). E-mail: isabellebr2511@gmail.com

INTRODUÇÃO

Há pouco mais de uma década, a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem se constituindo em uma iniciativa de reorganização dos serviços e das práticas assistenciais de saúde no nível primário de atenção, a partir do desenvolvimento de atividades voltadas para as ações de vigilância à saúde da coletividade, através da atuação de uma equipe multiprofissional.¹

O trabalho dessa equipe está voltado para o atendimento da clientela que ocupa um território delimitado, a partir da assistência organizada em novas bases, pautada na interação e no compartilhamento de atividades com vistas ao desenvolvimento de um planejamento estratégico situacional para intervenção no ambiente familiar.² A centralidade da família como foco da atenção na ESF implica na utilização de instrumentos de cuidado que facilitam o acesso dos usuários às ações e serviços, além de possibilitar o conhecimento do contexto de vida das famílias, a criação de vínculo e acolhimento entre os profissionais do serviço e a comunidade.

A visita domiciliária, um desses instrumentos de cuidado, constitui-se na atenção à saúde prestada no domicílio com o objetivo de promover, prevenir, recuperar e manter a saúde dos indivíduos e seus familiares no contexto de suas residências.³

Esse instrumento oferece conhecimento de quais são as dificuldades enfrentadas por esses sujeitos, constituindo-se como uma forma de reconhecer as demandas do processo saúde-doença e ampliar a satisfação das necessidades em saúde dos indivíduos, adentrando e permeando as relações que compõem o foco de assistência à saúde dos usuários.⁴

No município de Caicó/RN, a ESF teve início no ano de 2000. Atualmente atuam 16 equipes, sendo 13 na zona urbana e 3 na zona rural, perfazendo uma cobertura de 69% da população, com a realização de atividades assistenciais e preventivas, no âmbito individual e coletivo, entre essas as visitas domiciliárias.

Considerando o valor dessa atividade para o alcance dos princípios da ESF e a intervenção no processo saúde-doença da população, constata-se a existência de dificuldades de ordem prática que limitam a realização deste tipo de assistência, tais como o deslocamento da equipe, o número elevado de famílias cadastradas, a grande demanda de

serviços/procedimentos na unidade de saúde, equipamentos de trabalho, entre outras.

O conhecimento sobre como a visita domiciliária é desenvolvida pelas diferentes equipes de saúde fornecerá subsídios para a reflexão e orientação prática dos profissionais, especialmente para os enfermeiros que coordenam o trabalho desenvolvido nas unidades de saúde, indicando caminhos de superação e melhoria no atendimento às necessidades das famílias.

A carência de instrumentos metodológicos que fundamentam esse tipo de assistência e a pequena produção teórica sobre a visita domiciliária justificam a necessidade de investigação sobre como esta atividade vem sendo operacionalizada pelas equipes de saúde da família. Assim, o estudo objetivou investigar a execução e implementação da visita domiciliária por parte das equipes da ESF no município de Caicó/RN.

MÉTODO

O percurso metodológico utilizado neste estudo fundamentou-se nos critérios da pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem quantitativa não experimental. O cenário de desenvolvimento da pesquisa foi a ESF da zona urbana do município de Caicó-RN.

A coleta de dados ocorreu no período de outubro a novembro de 2009, sendo entrevistados os enfermeiros que realizavam e coordenavam as atividades de saúde nas equipes da zona urbana, incluídos na pesquisa por atenderem aos seguintes critérios: ser enfermeiro, membro da ESF da zona urbana de Caicó/RN. Todos os sujeitos que atenderam aos critérios de inclusão foram convidados e esclarecidos sobre os propósitos do estudo, sendo respeitado, principalmente, o interesse e a concordância em participarem.

Das treze equipes de saúde da família do município de Caicó/RN, foram entrevistados nove enfermeiros. Os outros quatro que completavam o universo dos sujeitos participantes da pesquisa não foram encontrados nas unidades durante a realização da entrevista, pois dois estavam de férias, um de atestado médico e o último se encontrava liberado para curso de pós-graduação.

As equipes da zona rural não participaram do estudo em virtude da acessibilidade e de suas especificidades no tocante à visita domiciliária, entendendo que estas características são diferentes na zona urbana.

Como instrumento de coleta de dados utilizou-se a entrevista estruturada, contendo questões de múltipla escolha, referentes a três categorias de análise: a primeira

referente ao perfil dos sujeitos da pesquisa; a segunda caracterizando a formação profissional dos participantes do estudo; e as dezesseis restantes alusivas à execução de implementação da visita domiciliária por toda a equipe da ESF, não somente aquelas realizadas pelo enfermeiro.

O estudo tem como referencial ético a Resolução de nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde,⁵ sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (CEP-UERN), e aprovado mediante o protocolo 032/09 (CAAE 0006.0.428.000-09), com parecer de aprovação homologado em 18 de setembro de 2009. A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos enfermeiros precedeu a aplicação do instrumento de coleta de dados, sendo todos

informados quanto aos objetivos e aos procedimentos da pesquisa, ressaltando a voluntariedade de sua participação e a garantia do anonimato.

RESULTADOS

Os dados da pesquisa revelaram que os enfermeiros coordenadores de atividades na ESF da zona urbana de Caicó/RN, em sua maioria, concentraram-se nas faixas etárias de 20 e 29 anos (56%), caracterizando a população estudada como de adultos jovens.

No que se refere ao gênero, houve um predomínio de enfermeiros do sexo feminino (89%), sendo 78% solteiros e 56% naturais da cidade de Caicó/RN (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização do perfil dos profissionais enfermeiros da Estratégia Saúde da Família - ESF de Caicó/RN. Caicó, Rio Grande do Norte, 2009.

Variáveis	Categorias	n	%
Idade	20 a 29 anos	05	56
	30 a 39 anos	02	22
	40 a 49 anos	02	22
Gênero	Masculino	01	11
	Feminino	08	89
Estado civil	Solteiro	07	78
	Casado	02	22
	União estável	05	56
Naturalidade	Outra cidade do RN	02	22
	Outro estado da federação	02	22
Total		09	100

Sobre a formação profissional, verificou-se que os enfermeiros da ESF tem, em sua maioria, até 3 anos de formados (67%), demonstrando um quadro de profissionais relativamente recente no mercado de trabalho.

É interessante destacar que 56% desses profissionais graduaram-se em Instituições de Ensino Superior (IES) privadas e 44% em instituições públicas, como demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2. Perfil de formação profissional dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família - ESF de Caicó/RN. Caicó, Rio Grande do Norte, 2009.

Variáveis	Categorias	n	%
Conclusão da graduação	2008	03	33
	2007	01	12
	2006	02	22
	2003 ou anos anteriores	03	33
Instituição de ensino	Pública	04	44
	Privada	05	56
Curso introdutório PSF	Sim	07	78
	Não	02	22
Formação específica PSF	Sim	08	89
	Não	01	11
	Menos de 6 meses	01	12
Atuação no PSF	De 6 meses a 1 ano	02	22
	De 2 a 3 anos	03	33
	Mais de 5 anos	03	33
	Menos de 6 meses	02	22
Atuação UBSF atual	De 6 meses a 1 ano	03	34
	De 2 a 3 anos	02	22
	Mais de 5 anos	02	22
	Sim	02	22
Capacitação semestral	Não	07	78
	Sim	06	67
Experiência anterior ao PSF	Não	03	33
Total		09	100

Em relação à capacitação, a partir da participação no curso introdutório para a ESF, 78% dos enfermeiros entrevistados foram treinados por ocasião do ingresso no Programa Saúde da Família (PSF).

Outro dado a ser ressaltado refere-se à formação específica dos enfermeiros para atuação na ESF (89%), sendo 50% desta realizada em nível de especialização.

Quanto ao tempo de atuação na estratégia, constata-se que o maior percentual de entrevistados concentrou-se em mais de dois anos de trabalho (66%). Deste, 34% atuavam, há menos de um ano, na unidade de saúde da família pesquisada.

Os dados da pesquisa evidenciaram ainda que 78% dos enfermeiros não participaram de capacitações semestrais em saúde da família e apenas 22% freqüentaram cursos de qualificação no intervalo de seis meses.

Sobre a experiência anterior de trabalho, foi constatado que 67% dos pesquisados iniciaram suas atividades profissionais antes

da ESF, sendo 50% com tempo inferior a um ano, em grande parte no setor hospitalar (50%).

Quando questionados sobre a existência da visita domiciliária na prática cotidiana da ESF de Caicó/RN, os enfermeiros informaram que a atividade se caracteriza como um dos serviços oferecidos pelas unidades básicas de saúde do município.

De acordo com os enfermeiros, a visita domiciliária se faz presente como uma prática que propicia o conhecimento da realidade e necessidades locais (89%), que favorece o desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção de doenças e a promoção da saúde (89%), possibilitando a criação e consolidação de vínculo entre a equipe, família e comunidade (77%), dentre outras finalidades (33%) (Tabela 1).

Tabela 1. Execução da visita domiciliária na Estratégia Saúde da Família/ESF de Caicó/RN. Caicó, Rio Grande do Norte, 2009. *Possibilidade de múltipla escolha do participante da pesquisa ao responder a questão.

Variáveis	Categorias	n	%
Objetivos da visita*	Propiciar o conhecimento da realidade	08	89
	Prevenção de doenças a promoção à saúde	08	89
	Criação e consolidação de vínculo	07	77
	Outros	03	33
Clientela atendida	Grupos específicos	05	56
	Destinada a toda população	04	44
Profissionais que realizam*	Enfermeiro	09	100
	Auxiliar/técnico de enfermagem	09	100
	Médico	09	100
	Agente comunitário de saúde	09	100
A equipe planeja a visita	Dentista	06	66
	Auxiliar de consultório dentário	05	55
	Sim	09	100
	Não	00	0
Atividades desenvolvidas*	Consulta de enfermagem	09	100
	Educação em saúde	09	100
	Encaminhamentos quando necessário	07	77
	Procedimentos clínicos	08	88
Situações que facilitam a visita*	Solicitação de exames	08	88
	Acesso a área	07	77
	Vínculo com a comunidade	08	88
	Equipamentos de trabalho	02	22
Situações que dificultam a visita*	Conhecimento das necessidades	08	88
	Programação das atividades	06	66
	Demanda elevada na UBSF	06	66
	Tempo dispensado na atividade	03	33
Registro da visita domiciliária	Número elevado de famílias	03	33
	Sobrecarga de um profissional	03	33
	Falta de transporte	05	55
	Equipamentos de trabalho	06	66
	Prontuário	09	100
	Ficha específica	00	0
	Outra forma de registro	03	33

Na maior parte das equipes, o serviço de visita domiciliária se destina ao atendimento de grupos específicos (56%), estando orientado

para toda população somente em 44% das unidades de saúde.

De acordo com os entrevistados, os profissionais da ESF que realizam a visita

domiciliária são os enfermeiros (100%), os auxiliares/técnicos de enfermagem (100%), os médicos (100%), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (100%), dentistas (67%) e os auxiliares de consultório dentário (55%).

No cronograma de atendimento das unidades de saúde de Caicó/RN, a visita domiciliária é agendada para realização de acordo com a demanda, sendo programada por toda a equipe (100%).

Os resultados mostram que a comunidade solicita a realização da visita domiciliária (100%) pelas equipes de saúde da família, nas quais se destacam o desenvolvimento de atividades como: consulta de enfermagem (100%); educação em saúde (100%); encaminhamentos (78%) e solicitação de exames (89%); procedimentos clínicos (89%); além de outras atividades (22%) realizadas de acordo com a especificidade e do objetivo da atividade.

Segundo os enfermeiros da ESF de Caicó/RN, as facilidades encontradas na realização do acompanhamento no domicílio são o acesso à área (78%), o vínculo com a comunidade (89%), os equipamentos de trabalho (22%), o conhecimento das necessidades da área (89%) e a programação das atividades (66%).

Na realidade de trabalho das equipes de saúde da família em Caicó/RN, os principais entraves para a efetivação das visitas domiciliárias estão relacionados aos equipamentos de trabalho (66%), à demanda elevada de serviços na unidade de saúde (66%), dificultando a saída da equipe para a visita domiciliária, que por sua vez é prejudicada pela falta de transporte para o deslocamento do profissional (55%). Além desses, o tempo dispensado à atividade foi posto como elemento dificultador por 33% dos entrevistados, seguido da concentração da atividade em um profissional (33%), do número elevado de famílias cadastradas (33%), tornando inviável o conhecimento da população adscrita.

Os entrevistados afirmaram realizar o registro da visita domiciliária, utilizando o prontuário familiar (100%) e outra forma de registro (33%).

DISCUSSÃO

Observou-se que, há uma predominância de profissionais com idade abaixo de 30 anos, inseridos nas equipes de saúde da família⁶ e que em muitos casos, esses profissionais de enfermagem são recém-formados ou com pouca experiência de trabalho, que

encontraram na ESF a primeira oportunidade de inserção no mercado.⁷

O predomínio de mulheres na população do estudo caracteriza-se como um fato corrente, uma vez que a enfermagem, em sua maioria, é composta por profissionais do sexo feminino, embora o número de homens enfermeiros e cursando enfermagem venha aumentando, progressivamente, nas últimas décadas. Estes dados são compatíveis com outros estudos que revelam algumas tendências de feminilização das profissões de saúde, inseridas tanto na atenção básica, como no âmbito hospitalar.⁸

Nesse estudo houve predominância de enfermeiros solteiros. Na literatura também existem pesquisas que corroboram com os nossos achados. Estudos relacionando o estado civil com a idade dos profissionais de saúde mostram que, geralmente, as pessoas com idade entre 23 a 47 anos são solteiras,⁹ enquanto as com idade superior a 41 anos são casadas.¹⁰

Quanto ao tempo de formação acadêmica, estudos nacionais apontam um perfil de profissionais formados há mais de 4 anos, inseridos no setor hospitalar. Já na atenção básica é encontrado um perfil profissional com formação que varia de um a três anos, ou seja, profissionais recém-formados que podem ter fragilidades quanto à experiência de trabalho, mas que contribuem por suas características motivadoras, criativas e inovadoras.¹¹

A formação inicial dos profissionais ocorreu em grande parte nas Instituições de Ensino Superior (IES) privadas. Esse resultado pode estar associado à inexistência de IES públicas, com oferta de cursos na área da saúde, na Região do Seridó, até a implantação do Curso de Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), no segundo semestre de 2006.

Os enfermeiros do estudo informaram um tempo de atuação na ESF superior a dois anos, caracterizando um período considerável de experiência na área, aprimorando sua prática profissional. Entretanto, considerando que o programa saúde da família foi implantado em Caicó no ano 2000, estes dados também apontam para a ocorrência de rotatividade de profissionais nas unidades básicas de saúde, bem como no desenvolvimento da estratégia no município.

Sobre a experiência anterior de trabalho, os dados revelam que a maioria dos profissionais de saúde iniciou sua carreira na ESF, demonstrando um crescimento na contratação de profissionais recém-formados para atuação na estratégia, embora um

número considerável ainda tenha iniciado suas atividades no hospital antes de migrar para as unidades de saúde da família.⁸

Em relação à participação em treinamentos introdutórios, a maioria dos entrevistados desse estudo relatou ter sido treinado previamente para atuar na estratégia de saúde da família. A realização dessas capacitações trouxe muitos avanços para o processo de qualificação das equipes e melhoria da assistência prestada, contribuindo para que os profissionais compreendessem e contribuíssem com a implementação dos princípios e diretrizes da ESF.¹²

Além da participação em treinamentos introdutórios, a titulação de especialista em saúde da família se faz presente entre os entrevistados. Esse dado demonstra não só a preocupação dos enfermeiros com sua qualificação profissional, mas também um compromisso com a melhoria da qualidade da atenção prestada ao usuário no serviço, além da exigência de formação específica para inserção no mercado de trabalho.¹¹ De fato, estudos apontam que a categoria de enfermeiros é a mais encontrada nos cursos de especialização e residência em saúde da família.⁸

Os resultados da pesquisa evidenciaram ainda que os profissionais não participaram de capacitações semestrais em saúde da família. Esse dado envolve outras questões não abordadas nesse estudo, uma vez que a não participação pode estar vinculada a pouca oportunidade de acesso a cursos de capacitação, à falta de oferta de treinamentos semestrais, ou ainda a uma diminuta frequência da equipe de saúde nos cursos oferecidos pela secretaria municipal ou estadual de saúde.

A participação dos profissionais em cursos de capacitação, além do treinamento introdutório, por ocasião do ingresso na ESF, representa um suporte de apoio, uma vez que favorece o envolvimento dos recursos humanos com atualizações permanentes e processos educativos aplicados ao trabalho, contribuindo para a sua preparação e qualificação, na perspectiva da superação das práticas tradicionais.¹²

Na ESF de Caicó-RN, a visita domiciliária se constitui em um dos serviços oferecidos pelas equipes de saúde, ocupando espaço no cronograma de atividades direcionado ao atendimento no domicílio da população residente na área de abrangência das unidades básicas de saúde.

A atenção domiciliar à saúde abrange quatro diferentes modalidades, com objetivos

e atividades específicas que são: a atenção domiciliar, o atendimento domiciliar, a internação domiciliar e a visita domiciliar. Esse tipo de assistência está em processo de ascensão no Brasil, no âmbito do setor público e privado, em função das diversas alterações sofridas pela sociedade, do desenvolvimento de mudanças sociais e no sistema de saúde.¹³

No âmbito da atenção básica, a visita domiciliária é instrumento de cuidado da equipe de profissionais da ESF, que tem a finalidade de ampliar o acesso dos usuários ao serviço de saúde, especialmente aqueles impossibilitados de se deslocarem até a unidade de saúde, bem como de aproximar os profissionais de saúde com a realidade complexa e dinâmica do território, considerando as diferentes necessidades de saúde das famílias e a infra-estrutura existente na comunidade.

No presente estudo a visita domiciliária é realizada, principalmente, com a finalidade de conhecer a realidade e necessidades locais, desenvolver ações voltadas para a prevenção de doenças e a promoção da saúde, além de criar e consolidar o vínculo entre a equipe, família e comunidade.

Estudos envolvendo profissionais de saúde da atenção básica apontam que os mesmos realizam a visita domiciliária com o objetivo de desenvolver um conjunto de ações assistenciais e preventivas voltadas ao usuário do serviço de saúde e sua família, tais como: reconhecer e acompanhar as várias situações de saúde; realizar busca ativa de casos; conhecer o ambiente e as relações intrafamiliares; contemplar o programa de monitoramento do recém-nato, puérperas e crianças que receberam altas hospitalares; realizar educação em saúde e orientação quanto à realização de cuidados; executar procedimentos técnicos.¹³⁻⁴

Outros objetivos da atividade dizem respeito à prestação de cuidados de enfermagem; orientação e educação a um ou mais membros da família para a prestação de cuidados no domicílio; supervisão dos cuidados delegados à família; fiscalização e vistoria restrita ao controle dos aspectos biológicos de algumas doenças.

No serviço pesquisado a visita domiciliária se destina ao atendimento de grupos específicos, especialmente aqueles com necessidade de acompanhamento residencial e/ou com dificuldade de deslocamento até a unidade de saúde, embora a atividade se configure, a priori, como uma atividade acessível a toda a população.

Apesar da visita domiciliária não ser uma prática nova de assistência em saúde coletiva no atendimento de alguns grupos específicos, ainda se caracteriza como uma atividade bastante recente como é o caso da visita destinada às pessoas com transtornos mentais. Nesse contexto, o atendimento no domicílio se apresenta como um cuidado prestado em um cenário extra-hospitalar, na qual é possível estabelecer uma aproximação eficaz com a família, com o cotidiano e o mundo real do indivíduo, na perspectiva da melhoria da sua qualidade de vida e da assistência em saúde mental.¹⁵

De acordo com os entrevistados todos os membros da equipe de saúde realizam a visita domiciliária, embora alguns estejam mais envolvidos que outros. A visita, nos últimos anos, deixou de ser uma atividade privativa de um único membro da equipe de saúde, passando a ser desenvolvida conjuntamente por profissionais de diversas áreas, com vistas à interdisciplinaridade e ao compartilhamento da assistência e das responsabilidades,¹⁴ embora em algumas realidades demonstrem a sobrecarga de alguns membros da equipe na realização da atividade, entre estes, o enfermeiro e o agente de saúde.

Entre todos os profissionais de saúde, somente o ACS realiza as visitas diariamente, uma vez que este desenvolve suas atividades de vigilância à saúde e prevenção de doenças e agravos por meio das mesmas. Isto porque o ACS exerce o papel de mediador da integração entre a equipe de saúde e a população.¹⁶

A programação da visita domiciliária pela equipe de saúde foi apontada por todos os entrevistados, evidenciando o seu agendamento para realização de acordo com a demanda. Por se tratar de uma prática realizada por diversos profissionais da área da saúde, o conhecimento de como é desenvolvida a visita domiciliária pelas diferentes equipes de saúde permite propor e reordenar ações de forma a ampliar o potencial de intervenção dos profissionais, bem como organizar suas práticas para responder às necessidades das famílias no seu *lôcus* de vida.¹⁶

Além do conhecimento sobre como é desenvolvida a atividade, o sucesso da visita domiciliária também está associado à realização do planejamento, execução, registro de dados e avaliação.¹⁶⁻¹⁷ Isso porque o cuidado no domicílio exige sistematização de ações capazes de dinamizar a atividade e torná-lo mais específico para cada situação, permitindo que cada profissional alcance seu objetivo assistencial, focando a atenção nas prioridades estabelecidas pelo planejamento

que deve coincidir com as reais necessidades da família e do usuário.

Na pesquisa em questão, a visita domiciliária é solicitada pela comunidade, mesmo fazendo parte do cronograma de ações realizadas pela equipe de saúde da família. Tal fato demonstra que os usuários reconhecem a importância e a disponibilidade desse tipo de atendimento, participando e buscando melhorias para o acesso e assistência à saúde, contribuindo para que as visitas sejam planejadas, realizadas e centralizadas em suas necessidades.¹⁸

Na maioria dos casos, as solicitações de atendimento no domicílio estão voltadas para a consulta de enfermagem, práticas educação em saúde, realização de encaminhamentos, solicitação de exames e procedimentos clínicos, dentre outras atividades.

Nessa perspectiva, a visita domiciliária também pode ser conceituada como atendimento domiciliar, uma vez que diversos procedimentos, simples ou complexos, são realizados pela equipe multiprofissional no âmbito do domicílio, compreendendo ações educativas e assistenciais, em busca da prevenção de agravos, manutenção e recuperação da saúde do usuário ou de sua própria família.¹³

No que diz respeito à enfermagem, o foco central da assistência é o cuidado do indivíduo. Os aspectos humanísticos e científicos do cuidado dessa categoria profissional são executados através do processo de enfermagem, que deve ser realizado por meio da consulta de enfermagem e complementado com as medidas educativas.¹¹

Estudos apontam a existência de muitas situações que impedem a realização da visita tais como: a sobrecarga de trabalho, expressa ao referirem falta de tempo; fatores sociais e distâncias territoriais; sobreposição de atividades; atuação de um profissional em várias unidades de saúde; falta de infraestrutura necessária para locomoção dos membros da equipe; além de fatores ligados ao horário que as famílias dispõem para receber a visita, que demanda a necessidade de organização da atividade, tanto no seu itinerário como na questão temporal.¹⁴

Quanto ao registro da visita domiciliária, constata-se a atitude dos profissionais da equipe em historiar seu conteúdo, demonstrando a importância da sistematização das observações, relatos, encaminhamentos e conclusões obtidas com a realização da atividade.

O registro das atividades e procedimentos realizados durante a visita é um método sistemático importante para o seu sucesso, além de ser um instrumento de avaliação da assistência realizada, que deve ser incluída no prontuário familiar presente na unidade de saúde, junto aos documentos que historiam o atendimento da família ou de seus membros individualmente, imediatamente após a atividade.^{17,19}

A utilização de instrumentos específicos para o registro da visita domiciliária pela equipe de saúde é fundamental para a coleta apropriada de dados, possibilitando a avaliação das necessidades e das potencialidades da família, facilitando a organização dos dados e direcionando o foco da intervenção.¹⁹

CONCLUSÕES

A visita domiciliária constitui-se num importante instrumento de cuidado a ser utilizado pelos profissionais de saúde, especialmente por aqueles em atuação na ESF, para promover e facilitar o acesso da população às ações e serviços, favorecendo ao mesmo tempo o conhecimento das reais necessidades de saúde para intervenção na comunidade.

Na realidade do município de Caicó/RN, o estudo demonstrou que, de maneira geral, os profissionais atuantes nas equipes de saúde da família reconhecem a importância da assistência domiciliar, são capacitados e sentem-se aptos a realizar a atividade, embora muitos fatores ainda comprometam o desenvolvimento desse tipo de atendimento à comunidade como esperado.

A visita domiciliária é planejada e realizada por todos os profissionais da equipe com o objetivo de consolidar o vínculo com a família, promover saúde, prevenir doenças e conhecer a realidade, atendendo a demanda da própria comunidade, muitas vezes apresentada pelo ACS. Porém, dificuldades de ordem operacional ainda entravam o desenvolvimento da atividade da forma como é sistematizada.

Percebe-se que investimentos ainda precisam ser realizados na atenção básica, principalmente no tocante a equipamentos de trabalho e infra-estrutura adequada, como também, uma adaptação do padrão de atendimento, a fim de reorganizar a demanda, possibilitando mais momentos para que a visita domiciliária possa realizar-se, tornando-se mais efetiva e resolutive.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica. Rev Bras de Saúde Matern Infant. 2003 jan/mar;3(1):113-25.
2. Franco TB, Merhy EE. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-123.
3. Omizzolo JAE. O Princípio da integralidade na visita domiciliar: um desafio ao enfermeiro do Programa de Saúde da Família [dissertação]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
4. Santos VCF, Santos NO, Santos MP, Roesse A. Visita domiciliar realizada pelo enfermeiro em municípios da região oeste do rio grande do sul. Rev Enferm UFPE on line[periódico na internet]. 2011 jun[acesso em 2011 jun 10]; 5(4):852-61. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1324/pdf_506
5. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília; 1996.
6. Escorel S. Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
7. Costa RKS. A formação acadêmica do enfermeiro para o SUS na percepção de docentes e discentes da Faculdade de Enfermagem/UERN [dissertação]. Natal (RN): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2007.
8. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad Saúde Pública. 2005 mar/abr;21(2):490-98.
9. Cavaleiro AM, Moura Júnior DF, Lopes AC. Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva. Rev Latino-am Enfermagem. 2008 jan/fev;16(1):25-32.
10. Silva RM, Bech CLC, Guido LA, Lopes LFD, Santos JLG. Análise quantitativa da satisfação profissional dos enfermeiros que atuam no período noturno. Texto Contexto Enferm. 2009 abr/jun;18(2):298-305.

11. Salmeron NA, Fucíalo AR. Programa de saúde da família: o papel do enfermeiro na área de saúde da mulher. *Saúde Coletiva*. 2008;4(19):25-9.
12. Germano RM, Formiga JMM, Melo MNB, Vilar RLA, Almeida Júnior JJ. Capacitação das equipes do PSF: desvendando uma realidade. In: Castro JL, organizadora. *Gestão do trabalho no SUS: entre o visível e o oculto*. Natal (RN): Observatório RH NESC/UFRN; 2007.
13. Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Sociedade*. 2006 mai/ago;15(2):88-95.
14. 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 nov/dez;60(6):659-64.
15. Oliveira RMP, Loyola CMD. Pintando novos caminhos: a visita domiciliar em saúde mental como dispositivo de cuidado de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2006 dez;10(4):645-51.
16. Drulla AG, Alexandre AMC, Rubel FI, Mazza VA. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. *Cogitare Enferm*. 2009 out/dez;14(4):667-74.
17. Lopes WO, Saupe R, Massaroli A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Cienc Cuid Saúde*. 2008 abr/jun;7(2):241-47.
18. Mandú ENT, Gaíva MAM, Silva MA, Silva AMN. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2008 jan/mar;17(1):131-40.
19. Ministério da Saúde (BR). Grupo Hospitalar Conceição. Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição; 2003.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2011/08/05

Last received: 2011/12/13

Accepted: 2011/12/14

Publishing: 2012/01/01

Corresponding Address

Roberta Kaliny de Souza Costa
Rua Raimundo Galdino, 37 – Boa Vista
CEP: 5605-070 – Mossoró (RN), Brazil