



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* - MESTRADO EM
ENFERMAGEM

A VISITA DOMICILIAR como ação para promoção da saúde da
FAMÍLIA: um estudo crítico sobre as ações do Enfermeiro

RAFAELA DE OLIVEIRA LOPES DA SILVA

ORIENTADORA: NÉBIA MARIA ALMEIDA DE FIGUEIREDO

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

COORIENTADORA: TERESA TONINI

Rio de Janeiro

2009

RAFAELA DE OLIVEIRA LOPES DA SILVA

**A VISITA DOMICILIAR como ação para promoção da saúde da
FAMÍLIA: um estudo crítico sobre as ações do Enfermeiro**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* – Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito para a conclusão do curso de mestrado, sob a orientação da Prof^a Dr^a Nébia Maria Almeida de Figueiredo e co-orientação da Prof^a Dr^a Teresa Tonini.

Rio de Janeiro
2009

Silva, Rafaela de Oliveira Lopes da.

S586 A visita domiciliar como ação para promoção da saúde da família : um estudo crítico sobre as ações do enfermeiro / Rafaela de Oliveira Lopes da Silva, 2009.
vii, 129f.

Orientador: Nébia Maria Almeida de Figueiredo e Teresa Tonini.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

1. Enfermagem em saúde comunitária. 2. Visita domiciliar. 3. Família – Saúde e higiene. I. Figueiredo, Nébia Maria Almeida de. II. Tonini, Teresa. III. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2003-). Centro de

RAFAELA DE OLIVEIRA LOPES DA SILVA

A VISITA DOMICILIAR como ação para promoção da saúde da FAMÍLIA: um estudo crítico sobre as ações do Enfermeiro

Dissertação submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* – Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito para conclusão do curso de mestrado, na Área de Concentração em Enfermagem, Saúde e Cuidado na Sociedade e Linha de Pesquisa O Cotidiano da Prática de Cuidar e ser Cuidado, de Gerenciar, de Pesquisar e de Ensinar.

1. Prof^a Dr^a Nébia Maria Almeida de Figueiredo
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

2. Prof^a Dr^a Sônia Acioli
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

3. Prof^a Dr^a Enirtes Caetano Prates de Melo
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Aprovada em 31/03/2009, com nota _____ e conceito _____.

Assinaturas dos membros da Banca Examinadora:

1. _____ - Orientadora – Presidente

2. _____ - 1^a Examinadora

3. _____ - 2^a Examinadora

Dedico este trabalho, primeiramente, aos meus Pais: Sônia e Paulo, dos quais herdei a essência do que sou hoje. Eles são exemplos de luta.

À minha orientadora “metahumana”, Nébia Maria Almeida de Figueiredo, que só mesmo sendo metahumana para poder dar conta de tantas orientações e demais trabalhos. Por ela ser uma pessoa “porreta” e um exemplo que orgulha a Enfermagem.

À minha coorientadora, Teresa Tonini, pela confiança depositada em mim, pela proteção carinhosa e pelas orientações. Você e Nébia são uma dupla perfeita em minha vida.

À minha amiga Ticiane (Eterna Faísca) por todas as indas e vindas, a força e o companheirismo nas conquistas e estresses, por termos passado momentos de alegria juntas. Você foi um dos maiores exemplos de força ao longo desta jornada, amiga.

À amiga Renata Hanzelmann pela parceria, pelo auxílio e também pelas palavras de incentivo sempre.

Aos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família e seus Agentes Comunitários de Saúde, por terem sido muito receptivos e cordiais durante o processo de produção dos dados.

Agradeço a Deus por ter me orientado no tortuoso caminho da construção da minha profissão e nesta etapa do Mestrado. Com certeza, sem a força que Deus me deu para nunca esmorecer no caminho, eu não teria chegado até aqui....

Aos meus amigos e companheiros pela paciência comigo, nos meus momentos de estresse total. Em especial: Tatiana, Débora e Fernanda.

Ao Antônio Carlos por ter me dado um suporte emocional, fundamental nesses dois anos.

À minha equipe da Estratégia Saúde da Família por colaborar comigo em todos os momentos que precisei.

Às Equipes da Unidade de Saúde da Família Dr. Jorge Tannus Rejame (Porto Alegre) por terem me ensinado o que é ser uma Enfermeira da Estratégia Saúde da Família

À Coordenação da Estratégia Saúde da Família de São João de Meriti pelo apoio e liberações para que eu concluísse etapas importantes deste estudo.

Às professoras Enirtes e Leila pelos ensinamentos e, também, pelas palavras de incentivo sempre.

SILVA, R.O.L. A VISITA DOMICILIAR COMO AÇÃO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO CRÍTICO SOBRE AS AÇÕES DO ENFERMEIRO. Rio de Janeiro, 2009, 105 p. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

Resumo

Trata-se de uma Dissertação de Mestrado, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. O objeto de estudo é a visita domiciliar como ação de promoção da saúde. Como objetivo geral identificar se os enfermeiros planejam as ações que visem à promoção da saúde da família na visita domiciliar dentro da Estratégia Saúde da Família e os objetivos específicos são identificar as prioridades e os critérios utilizados pelos enfermeiros para a escolha do domicílio a ser visitado e o planejamento das ações voltadas para a promoção da saúde e analisar a atuação dos enfermeiros nas visitas domiciliares

em relação à promoção da saúde. É um estudo descritivo com método qualitativo, foram realizadas uma entrevista semi-estruturada e observação direta nas visitas domiciliares, com 12 enfermeiros de Unidades de Saúde da Família do Município de São João de Meriti. Utilizamos Bardin para análise do conteúdo produzido e chegamos a uma categoria de análise denominada “O observado e o informado: o discurso da doença e da saúde no movimento da visita domiciliar”, contendo duas unidades de registro: ‘observando o trabalho dos enfermeiros na visita domiciliar – a doença é que define as prioridades’ e ‘o que nos dizem os enfermeiros sobre a visita domiciliar’. Concluímos, que a visita domiciliar não é, ainda, uma ação de Promoção da Saúde, mas tem sido um indutor para que futuramente os enfermeiros possam trabalhar como intervenções de promoção da saúde.

Palavras-chave: Visita Domiciliar, Saúde da Família e Enfermagem de Saúde Pública.

SILVA, R.O.L. HOME VISIT AS ACTION OF FAMILY HEALTH PROMOTION: CRITICAL STUDY ABOUT ACTIONS OF NURSES. Rio de Janeiro, 2009, 105 p. Master’s Dissertation in Nursing – Federal University of Rio de Janeiro State – UNIRIO.

Abstract

This is a Master's Dissertation of the Graduate Program in Nursing at the Federal University of Rio de Janeiro State. The object of study was home visits as an action to promote health. The general objective was to identify whether nurses plan actions aimed at promoting family health in home visits in the ambit of the Family Health Strategy. The specific objectives were: to identify priorities and criteria used by nurses when choosing homes to be visited and when planning actions aimed at promoting health; to analyze the performance of nurses in home visits on health promotion. The work is a descriptive study with a qualitative method; semi-structured interview and direct observation in home visits were performed with 12 nurses from the Family Health Unit in the municipality of São João de Meriti. We used Bardin to analyze the produced content and have arrived to a category of analysis called "The observed and the informed: the discourse of the disease and health in the movement of home visits", containing two record units: 'observing the work of nurses in home visits – the disease defines priorities' and 'what nurses tell us about home visits'. We concluded that home visit is still not a health promotion action, but it has been an inducer so that nurses can work as interventions in health promotion in the future.

Keywords: Home Visit, Family Health and Public Health Nursing.

Sumário

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	01
Objetivo do estudo	09
Justificativa do estudo	11
CAPÍTULO 1 - Bases teóricas	
1.1 - A Estratégia Saúde da Família e a Contextualização da Promoção da Saúde na Atenção Básica no SUS	15
1.1.1 – A Atenção Básica no Brasil e sua reorganização através da Estratégia de Saúde da Família	15
1.2 - A Visita Domiciliar do Enfermeiro e as Intervenções de Enfermagem na Saúde da Família	24
1.2.1 – A visita domiciliar de Enfermagem na História da Saúde Pública no Brasil	24
1.2.2 – A visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família	27
CAPÍTULO 2 - Metodologia	31
Sujeitos	32
Cenário	33
Coleta de dados	34
CAPÍTULO 3 – Resultados e Análise dos dados	40
Categoria de análise	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS	96
APÊNDICES	101
A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	102
B – Roteiro da Observação de Campo	103

C – Roteiro da Entrevista	104
D – Cronograma de Atividades	105
ANEXOS	106
A – Carta de Ottawa	107
B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	111
C– Protocolo de ações do Saúde da Família de São João de Meriti.....	112

Considerações Iniciais

No decorrer de três anos de jornada profissional na Estratégia Saúde da Família (ESF) vivenciei e aprendi a exercer a assistência fora do ambiente convencional das unidades de saúde, ou seja, dentro do domicílio das pessoas através das visitas domiciliares (VDs).

A visita domiciliar é, para nós enfermeiros, um trabalho de interesse de investigação como um caminhar para a Promoção da Saúde de forma mais ampliada, onde se vai ao domicílio sem um fator agravante, no sentido de conhecer a família, seus indivíduos ou avaliá-los periodicamente. Isso talvez permita ao profissional voltar-se para ações direcionadas aos membros da família, focadas na prevenção e detecção precoce de seus problemas.

A partir disso, os conhecimentos gerados com esta experiência de cunho profissional, associados aos conceitos do Ministério da Saúde na estruturação desta estratégia remetem, a um distanciamento dos aspectos recomendados pela Política Nacional de Promoção da Saúde onde pretende-se que:

[...] as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que

visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham (BRASIL, 2007, p.11).

Diante da forma de estruturação proposta para a ESF e do recomendado pela Política Nacional de Promoção da Saúde, a VD constitui um diferencial, pois favorece que se ampliação das intervenções no espaço de vida do indivíduo/família. Embora seja muito difícil atualmente a execução de ações de promoção da saúde, tendo em vista que a estratégia é implantada em áreas de alto risco e vulnerabilidade sócio-econômica.

Dessa forma, o estudo tem como pressuposto, que existe uma descaracterização da Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família como instrumento para promoção da saúde conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde, ao propor tal estratégia. Mesmo que, a VD não seja a única forma de ação que favoreça a promoção da saúde, parece fundamental entender que os profissionais de saúde a utilizam como uma ação de detecção; de avaliação do processo saúde-doença; como forma de encontro e articulação, de diálogo, de expressão e de preocupação com o ambiente interno e externo da família.

O Ministério da Saúde em seu Manual de condutas de Enfermagem em Saúde da Família conceitua a visita domiciliar como:

[...] uma atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou o planejamento de ações visando à promoção de saúde da coletividade. A sua execução ocorre no local de moradia dos usuários dos Serviços de Saúde e obedece uma sistematização prévia (TAKAHASHI e OLIVEIRA, 2001, p. 43).

Essa conceituação tem sido a norteadora de ações na visita domiciliar, porém temos detectado que os Enfermeiros vão além dos protocolos, porque nem sempre é possível seguir uma sistematização previamente definida quando se trata da entrada em domicílios de pessoas singulares durante as visitas domiciliares. Pessoas que tem características, desejos e necessidades próprias.

Entendemos que neste cenário diferenciado da assistência, não consultamos necessariamente um indivíduo, mas principalmente, a família desse indivíduo; levando-se em consideração seu espaço social. Compreendendo sempre que o processo saúde-doença ainda que, envolva um único indivíduo, influi nos demais membros da família como um todo, caracterizando-se como um processo que acontece na família e abrange a todos que direta ou indiretamente estejam envolvidos. Isto porque na família seus membros convivem no mesmo espaço, respiram o mesmo ar, ouvem os mesmos barulhos, comem a mesma comida, bebem a mesma água, dividem ou não as mesmas opiniões, assistem aos mesmos programas de TV, convivem com os mesmos problemas de saneamento básico.

A Carta de Ottawa¹(Anexo A), em 1986, já recomendava que as estratégias e programas que visem à promoção da saúde deveriam se adaptar às necessidades locais e atuar a partir das possibilidades existentes. Isto nos remete para o fato da ESF trabalhar com uma população adscrita o que requer profissionais capazes de (re)conhecer o cenário de vida, onde sua clientela vive e se relaciona.

Em março de 2006, através da Portaria nº. 687, o Ministério da Saúde aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Esta política propõe dentre seus objetivos específicos:

- V – Estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/ contributivas no âmbito das ações de promoção da saúde;
- VI – Valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde;
- VII – Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis (BRASIL, 2007).

Tomando-os como ponto de partida, tais recomendações, acreditamos que a Estratégia Saúde da Família é uma forma de reorganizar a Atenção Básica atuando no território de populações adscritas, através do cadastramento domiciliar, de diagnóstico situacional, de ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde o profissional atua, buscando o cuidado aos indivíduos e às famílias ao longo do tempo, mantendo postura pró-ativa frente aos

¹ Na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, onde apresentou-se uma Carta de Intenções que contribuiria para se atingir Saúde para Todos no Ano 2000 e anos subsequentes.

problemas de saúde-doença da população. A visita domiciliar, inserida nesta estratégia se adequa aos objetivos supramencionados.

Contudo, realizar ações voltadas para a família depende de um esforço e disciplina do profissional de saúde inserido na ESF.

As visitas domiciliares permitem ao visitador (re)conhecer, a cada rua e domicílio visitado, as necessidades reais e as possíveis soluções que a comunidade coberta pela ESF oferece. Os enfermeiros devem funcionar como “radares humanos” a captar o que é concreto e o que é subjetivo, o que está ali onde a população habita e que pode indicar intervenções. Essas intervenções podem ser imediatas e concretas, ou induzir a captar nos movimentos expressivos da família algo merecedor de atenção: um nariz que escorre secreção; um choro diferente (da criança); panelas ou geladeiras vazias; torneira sem água; esgoto que passa na calçada; corpo com frio, sem roupa; uma gestante sem controle; crianças ou idosos sem vacinas; poeira no teto, janelas fechadas; pouca iluminação.

É claro, que este reconhecimento da área irá nos revelar problemas que vão além do setor saúde e a Promoção da Saúde não se restringe aos temas desta área, estando atrelada ao lado social e econômico da população. No entanto, mesmo que, a visita faça parte da rotina semanal do cronograma de atividades de cada profissional, notamos que ela tem sido realizada apenas a partir de uma demanda específica, e não como um instrumento cotidiano para ações de promoção da saúde.

E que, quando realizada, a VD atende na maioria dos casos a demanda específica de um indivíduo com agravos instalados, o que se torna prioridade e a atenção à família é esquecida.

Ao nos referirmos à saúde da família devemos considerar o termo família como um todo em interação com o ambiente, um fator significativo neste ambiente. Assim, a saúde da família não deve ser discutida apenas como um estado ou processo da pessoa ou de um único indivíduo a ser atendido. O cuidado prestado deve incluir a saúde e a doença de indivíduos e de coletivos (ANGELO e BOUSSO, 2001, p.14). A família é o todo e o sujeito doente é parte indissociável dela, o que diferencia do que está colocado por Sakata *et al* (2007, p.660) em seu estudo sobre a visita na ESF que relata:

Durante as visitas houve predomínio dos aspectos biológicos na abordagem do processo de saúde e doença das famílias, restringindo-se a aspectos padronizados para cada situação, tais como, hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e acompanhamento de crianças menores de 2 anos.

Assim, na VD pode-se ir à casa das pessoas para tratar de um determinado problema detectado na unidade; por solicitação do agente comunitário de saúde; quando o problema de saúde envolve a família como, por exemplo, a existência de doenças contagiosas, casos característicos de riscos ambientais que contaminem a água e alimentos, bem como uma visita domiciliar de promoção da saúde. Isso indica que temos potenciais situações que demandam a presença do enfermeiro e

outras onde vamos à casa para conhecermos as pessoas ou por uma rotina de visitar a todos os domicílios para identificarmos um diagnóstico situacional.

No entanto, a visita domiciliar implica na necessidade de conhecer a família, criar vínculos para poder entrar em sua casa, a partir do desejo e da permissão de seus membros em aceitar a nossa presença, o que envolve participar de sua dinâmica e de seus problemas. Mesmo sendo a visita domiciliar necessária, não podemos deixar de considerar que somos “invasores”, sujeitos estranhos à família.

A visita surge também como um mecanismo de criação de vínculos, sendo este representado pelos profissionais como um estado de ‘respeito’ e de ‘confiança’ conquistado por eles em relação aos usuários e construído por meio da ‘convivência’ e do ‘contato’ constante [...] (SAKATA *et al*, 2007, p. 662).

Embora a política estabelecida na ESF, nos autorize a visitarmos os domicílios, e assim, assumir o papel de representantes do Estado e das Políticas, nós, profissionais de saúde, somos apenas visitantes, passageiros com tarefas a serem cumpridas, o que exige que detenhamos um conhecimento das condições de saúde e de vida dos indivíduos e das famílias de modo ainda muito superficial. E, esse mergulho só poderá acontecer se as visitas domiciliares permitirem que um vínculo possa ser gerado na atuação do enfermeiro com a família, o que pode ser exercitado e ser alcançado, mas isso não acontece de um dia para o outro. Para intervirmos adequadamente e estabelecermos uma ação sistematizada para cada família, que é diferente da outra, precisamos saber qual é o movimento afetivo,

econômico, político e familiar, como são as relações consangüíneas ou não dentro do domicílio, que comanda cada família.

Falar em família é mergulhar em águas de diferentes e variados significados para as pessoas, dependendo do local onde vivem, de sua cultura e, também, de sua orientação religiosa e filosófica, entre outros aspectos. A família tem sido apresentada, representada e reapresentada, sob diferentes definições, noções, conceitos, tipos e mesmo atribuições, podendo ainda ser vista segundo diferentes linhas teóricas distintas (NITSCHKE, 1999, p.41).

Na atuação domiciliar não podemos padronizar rotinas de ações a serem realizadas, pois cada família tem sua própria singularidade e é ela que irá direcionar nossas ações e intervenções a partir do vínculo que criarmos, vínculo este que deve estar decodificado.

Acreditamos que a visita domiciliar pode ser vista como um importante instrumento para conhecermos o contexto social em que atuamos, além de gerar a aproximação. As ações desenvolvidas na conjuntura da VD devem permitir um atendimento mais particularizado, isto é, uma ação específica para o sujeito que é o indutor da visita e uma outra para a família e o ambiente. É preciso conhecer as normas que são instituídas no grupo familiar, quem manda e quem obedece; quem a família ouve e respeita ou se isso não é assim, saber quais são os códigos que a orientam.

A família é atendida em seu espaço – microterritório – que ela conhece, que domina e onde decide quem entra ou sai. Isto se difere de quando a família está no

ambiente hospitalar ou na unidade de saúde, num espaço que não é de seu domínio pessoal, no qual é ela que tem que obedecer às normas.

Quando iniciamos nossas ações na família devemos conhecer quem paga as contas, quem tem o poder sobre todos os membros da família, quem é a voz de liderança e as normas vigentes no ambiente familiar. Neste cenário, nós tentamos seguir as normas de convivência destas pessoas e, depois, tentar não só trocar informações que sejam úteis para eles e para sua saúde. Nessa ação de orientar estaremos sugerindo novas condutas preventivas e também nos tornando agente de mudança e liderança quanto aos aspectos relacionados ao processo saúde-doença.

Promover saúde no domicílio traz novas e velhas implicações para a atuação do enfermeiro, pois se caracteriza como ações de maior amplitude que devem acontecer durante a visita e nem sempre tem uma agenda pré-definida, de que se trata, qual é o motivo prioritário, que problemas deverão ser abordados, o que falar ou não. Muitas vezes o problema não será de competência da enfermagem e sim relativa às carências sociais do Estado.

A prática diária de atuação na ESF nos mostra que a execução das visitas domiciliares demanda tempo, porque traçamos uma previsão da duração de cada visita, mas esta previsão muitas vezes é falha. Isto porque o problema de um indivíduo da família pode afetar a todos os seus membros e aí todos precisam de intervenção. Sem dúvida, o tempo é uma característica fortemente marcante e

limitadora, pois se tem que trabalhar com a limitação relativa a duração das visitas e a articulação desta com o cumprimento de outras atividades e funções, ou seja, o tempo é reduzido e limita a realização das visitas domiciliares (SAKATA *et al*, 2007, p.662).

Um outro problema que identificamos é que não avançamos no entendimento mais amplo do que representa a visita domiciliar. Sem isso não é possível identificar a necessidade de desvincular essa abordagem de um conceito passado partilhado pelo senso comum, que se baseava em atendimentos domiciliares pontuais. Nesse sentido, as visitas eram centralizadas somente no combate aos focos de doenças instalados, como as epidemias de épocas.

Nesse entendimento anterior, o foco era apenas curativo como uma reprodução do modelo cartesiano biomédico realizado nos primórdios da medicina nos atendimentos domiciliares. A ESF é uma proposta que tem como desafio, propor a construção de uma nova prática, com uma dimensão ética. Ademais, esse desafio está em curso em um cenário profundamente influenciado pelo modelo biomédico, seja na formação profissional, seja na prática assistencial hegemônica (RIBEIRO, PIRES e BLANK, 2004, p. 441).

E, essa necessidade apóia-se na definição de que:

A visita domiciliar só se configura como parte do arsenal de intervenções de que dispõem as equipes de saúde da família quando planejada e sistematizada. De outra forma, configura mera atividade social (TAKAHASHI e OLIVEIRA, 2001, p. 43).

Difícilmente, conseguimos realizar uma visita que priorize a família e que trabalhe nela a promoção da saúde e a prevenção de doenças, pois continuamos atendendo, prioritariamente, pessoas doentes seja fora ou dentro da unidade de saúde. Acreditamos que para alcançarmos uma evolução, neste aspecto, precisamos estar ligados a ambições permanentes, mudanças de orientação quando for o caso e produção de conhecimento sobre a prática da VD.

A ESF tem como objetivo levar os serviços de saúde para mais próximo das pessoas, objetivando resolver a maior parte dos problemas de uma comunidade, com a pretensão de cuidar integralmente dos grupos sociais, incluindo o ambiente interno e externo. Portanto, a visita domiciliar não tem somente a intenção de promover ou tratar da saúde do indivíduo na família, mas requer a definição de prioridades e identificação de signos e sinais no corpo e no ambiente que podem se constituir fatores de risco para a saúde da família.

Com isso, o problema central desse estudo se baseia na identificação de que não se tem priorizado as ações interventoras a partir da condição e natureza da família a ser visitada. Paralelamente, entre todos os problemas levantados há uma lacuna entre o que é orientado pela Estratégia Saúde da Família e o que de fato se faz. Talvez, o que a padronização da política nos orienta, não é o que realmente conseguimos fazer.

Por isso, as questões que norteiam o estudo são:

- Como os enfermeiros programam as visitas domiciliares? e
- Quando planejam as visitas domiciliares é possível verificar ações de promoção da saúde para todos os membros da família?

O *objeto da pesquisa* é a visita domiciliar como ação de promoção da saúde do enfermeiro dentro da Estratégia Saúde da Família.

OBJETIVOS

GERAL: Identificar se os enfermeiros planejam ações que visam à promoção da saúde de toda a família na visita domiciliar dentro da Estratégia Saúde da Família.

ESPECÍFICOS:

- Identificar as prioridades e os critérios utilizados pelos enfermeiros para a escolha do domicílio a ser visitado e o planejamento das ações voltadas para a promoção da saúde; e
- Analisar a atuação dos enfermeiros nas visitas domiciliares em relação à promoção da saúde de todos os membros da família.

JUSTIFICATIVA

A Estratégia Saúde da Família pode ser considerada uma forma possível para se diminuir as entradas nos níveis de média e alta complexidade e atuar, de modo

mais abrangente, na promoção da saúde e na prevenção de doenças e reduzir os danos causados de agravos instalados por falta da descoberta precoce de doenças. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando à maior resolubilidade da atenção, em que a saúde da Família é compreendida como estratégia principal (TEMPORÃO, 2005, p. 4).

Na ESF, temos a visita domiciliar como atividade que favorece que estejamos mais próximos da realidade local, permitindo conhecer melhor as situações que envolvem o processo saúde-doença, que englobam fatores sociais e econômicos, para nos auxiliar a conhecer o modo de vida das pessoas.

Acreditamos que as visitas domiciliares aumentam, na maioria dos casos, a aproximação do enfermeiro com seus clientes e por ser tão rica no seu universo de atuação, exige investigações sobre como os profissionais a realizam e que conseqüências ela tem a partir da estratégia de assistência dentro do âmbito de atuação da ESF.

Em busca realizada nos meses de janeiro de 2008 e março de 2009, servindo-se de algumas bases de dados virtuais da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) utilizando os descritores visita domiciliar, Programa Saúde da Família e Enfermagem foi possível encontrar publicações, sem necessariamente estar inserida na ESF (Quadro 1,2 e 3).

Quadro 1: Busca em base de dados com descritor *Visita domiciliar* - Rio de Janeiro, Brasil, 2008.

Descritor: <i>Visita Domiciliar</i>	
Base de dados	Resultados
LILACS	95
MEDLINE	78
COCHRANE	6
SCIELO	27
ADOLEC	5
BDENF	39
REPIDISCA	3
Total = 259	

BVS.

Fonte:

Nesta primeira

busca com o descritor visita domiciliar, encontramos publicações diversas (manuais, guias, tese, dissertações e artigos) que eram da área de saúde e deste total, 6 artigos tratavam da visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família. O Quadro 2 apresentou que poucos estudos que pesquisam a atuação nas Visitas domiciliares na ESF, a partir da fonte de pesquisa utilizada.

Quadro 2: Busca em base de dados com descritor *Visita domiciliar e Programa Saúde da Família* - Rio de Janeiro, Brasil, 2009.

Descritor: <i>Visita Domiciliar e Programa Saúde da Família</i>	
Base de dados	Resultados
LILACS	19
MEDLINE	-
COCHRANE	1
SCIELO	5
ADOLEC	-
BDENF	-
REPIDISCA	-
Total = 25	

Fonte: BVS.

Quadro 3: Busca em base de dados com descritor *Visita domiciliar e Enfermagem* - Rio de Janeiro, Brasil, 2008.

Descritor: <i>Visita Domiciliar e Enfermagem</i>	
Base de dados	Resultados
LILACS	36
SCIELO	4
ADOLEC	1
BBO	1
BDENF	29
Total = 71	

Fonte: BVS.

Em uma terceira busca, com os descritores visita domiciliar e enfermagem o número de publicações se reduz quando comparada ao Quadro 1, pois totalizamos 71 publicações, sendo duas voltadas para a ESF. Essas duas publicações estão incluídas no total das seis supramencionadas. As demais publicações falam das Visitas domiciliares associadas a áreas específicas como: na Saúde Mental, para atender as demandas Materno-infantil, para Atenção à Saúde do Idoso, para Tuberculosos, para Hipertensão Arterial e Diabetes.

Detectamos que os artigos relacionados à visita domiciliar estão ligados a uma área de conhecimento ou de interesse e centrado no sujeito ou na doença. Isto confirma, nossas indagações sobre as ações para promoção da saúde da família, porque o motivo que leva o profissional a realizar a visita domiciliar na grande maioria dos casos está voltado para alguns indivíduos com agravos ou em situações especiais.

Destacamos os artigos Significados da visita domiciliar realizada pelas enfermeiras de saúde pública nas décadas de 20 e 30 (Esc. Anna Nery R. Enferm.,1998) e Visita Domiciliar uma alternativa assistencial (R. Enferm. UERJ, 1994) que, embora não tivessem ligação com a ESF, são pesquisas que retratam a relação da enfermagem com as visitas domiciliares, mostrando a entrada do Enfermeiro no domicílio e a pontencialidade de sua atuação, sem estar particularmente interligados a situações de doenças do indivíduo, e sim mostrando a relação de Cuidado do Enfermeiro na Família.

Em relação à Promoção da Saúde (Brasil, 2007, p.14), persiste o desafio de organizar estudos e pesquisas para identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde que articulem estratégias mais amplas do que as que foram definidas em Ottawa (Carta de Ottawa, 1986) e que estejam associadas as propostas da Política Nacional da Promoção da Saúde.

Assim, este estudo se justifica na medida em que acreditamos existir um entendimento limitado por parte dos profissionais de saúde de que a VD constitui uma ação voltada para promoção da saúde, devendo ampliar o foco de compreensão desta ação realizada diariamente por aqueles que trabalham na Estratégia Saúde da Família.

Pretendemos iniciar a discussão não só para aqueles que trabalham na área em que se insere este estudo, como também para os que estão na ESF de forma geral e são responsáveis pelas visitas domiciliares. E então, tentar contribuir com a produção de conhecimento sobre a visita domiciliar, a partir da experiência dos profissionais que a priorizam e a realizam.

Para o ensino, podemos incluir outras discussões sobre a visita domiciliar para que os jovens profissionais de enfermagem possam compreendê-la sobre novos enfoques, onde o sujeito e a família são parte e todo de um contexto de saúde, de política, de cultura, de filosofia e de cidadania.

Capítulo 1 – Bases Teóricas

1.1 A Estratégia Saúde da Família e a Contextualização da Promoção da Saúde na Atenção Básica no SUS

1.1.1 – A Atenção Básica no Brasil e sua reorganização através da Estratégia de Saúde da Família

É verdade que vivemos e trabalhamos atualmente no Brasil com um sistema público de saúde muito recente, que vem se consolidando desde 1990. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi um sistema implantado há pouco mais de uma década e meia, e ainda está sendo construído dentro de um contexto de confronto de dimensões políticas, tecnológicas, ideárias e sociais, baseando-se em princípios oriundos da Reforma Sanitária (RAMOS, 2007, p.11).

Este sistema traz ainda, o propósito de alterar a situação da desigualdade na assistência à saúde da população observada no momento anterior à sua implantação. A partir de então o SUS caracteriza uma importante ferramenta de promoção e de concretização da equidade no atendimento das necessidades de saúde dos grupos populacionais (RAMOS, 2007, p.22).

O SUS trouxe consigo a possibilidade de conciliarmos os níveis de atenção à saúde entre si, pois se fortaleceu o pensar em saúde como um processo que vai

além da ausência de doenças e passa a considerar a promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação da saúde.

Assim, as ações deveriam acontecer além das paredes das unidades hospitalares e passam a estar presente em unidades de saúde, no que se denominou atenção primária à saúde.

A trajetória da atenção primária no Brasil trilhou um longo caminho, anterior ao SUS e que pode até mesmo ter favorecido à sua criação, diante de fatos políticos e históricos que resultaram em uma nova forma de pensar a saúde. Em 1977, tivemos a reunião anual da Assembléia Mundial de Saúde, na qual os países participantes criaram a declaração conhecida como 'Saúde para todos no ano 2000'. E foi assim que, um ano depois na Conferência de Alma-Ata (1978), esta declaração ganhou força e os princípios em prol da atenção primária à saúde foram apresentados como essenciais para se chegar nessa meta.

Em 1979, a Assembléia Mundial de Saúde define o conceito de atenção primária à saúde:

A atenção essencial à saúde, baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível dos

locais onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (Starfield apud CORBO e MOROSINI, 2005, p.161).

Embora somente na década de 70 a atenção primária tenha ganhado projeção mundial, no Brasil o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp - 1942) determinou, através das ações que desempenhava na região Amazônica e no Vale do Rio Doce para melhorar as condições sanitárias dos trabalhadores destas regiões, o surgimento de diretrizes e princípios que favoreceriam mais tarde a implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF).

Esse foi um passo inicial para que o Sesp iniciasse ações de assistência médica, educação sanitária, saneamento e controle de doenças em várias regiões do país (CORBO e MOROSINI, 2005, p.158). O modo de atuação do Sesp junto às comunidades demonstrou que cada região e comunidade têm necessidades diferenciadas e, por isso, as ações para serem efetivas devem condizer com sua realidade.

Segundo Silva e Dalmaso (2002) apud Corbo e Morosini (2005, p.185) algumas das principais diretrizes do PACS e do PSF já eram desenvolvidas pelo Sesp:

[...] como a oferta organizada de serviços na unidade, no domicílio e na comunidade, a abordagem familiar, a adscrição de clientela, o trabalho em equipes multiprofissionais, o enfoque intersetorial, o

tratamento supervisionado para o controle de algumas doenças e a realização de visitas domiciliares já fazia parte do modelo de assistência desenvolvido para Fundação Sesp [em 1960 a Sesp para a ser uma fundação de acordo com a Lei n. 3750/60].

Segundo Mendes (2002 apud Corbo e Morosini, 2005, p.164), a implantação do PSF significou o quinto ciclo da etapa de expansão da atenção primária à saúde no país, de acordo com o Quadro 3, que apresenta os demais ciclos.

Quadro 3: Implantação de programas e propostas para a Atenção Básica no Brasil – Rio de Janeiro, Brasil, 2007.

Programas e propostas para a Atenção Básica no Brasil	Ano e local de implantação
Medicina Geral e Comunitária	1983 – Porto Alegre
Ação Programática em Saúde	Dec. 70 – São Paulo
Médico de Família	1992- Niterói/RJ
Modelo de Defesa da Vida	Dec. 80 – Campinas/SP

Fonte: Corbo e Morosini. In: Textos de apoio – políticas de saúde, RJ: Fiocruz, 2005.

Dentre as etapas supracitadas, a que mais se aproxima efetivamente da ESF foi a implantação do Médico de Família pela Fundação Municipal de Saúde de Niterói, que teve influência direta do modelo cubano de medicina familiar, onde através de parceria com Cuba procurou-se adequar o modelo à realidade sócio-político-cultural do nosso país, ou melhor, do município em questão. Essa nova

proposta de atuação levou em consideração as diretrizes e princípios do SUS, tendo como núcleo básico de abordagem a atenção à família.

Em 1991, o Ministério da Saúde torna nacional a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, que já era desenvolvido apenas em algumas regiões brasileiras a nível municipal e estadual. Este programa legitimou a função dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que deveriam ficar responsáveis em média por 100 a 250 famílias, tendo como supervisor de suas atividades o enfermeiro. O ACS tem como atividades principais as visitas domiciliares e as ações de educação em saúde.

Após o êxito do PACS, em 1994, surge o Programa de Saúde da Família (PSF) composto por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e no mínimo 4 agentes comunitários de saúde, e com algumas equipes contando com os profissionais de Saúde Bucal. As equipes ficariam responsáveis por uma área adstrita, com 600 a 1000 famílias. O PSF foi implantado no cenário brasileiro como um importante indutor de mudanças no modelo assistencial. Segundo o Ministério da Saúde (1998), o objetivo do PSF:

[...] é a organização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e o hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da família uma compreensão ampliada do processo saúde doença e da necessidade de intervenções que vão **além das práticas curativas** (CORBO e MOROSINI, 2005, p. 168, grifo nosso).

Em 2006, o Ministério da Saúde, ao aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, estabelece as normas para reorganização do PSF e do PACS na Atenção Básica. Com esta política o PSF, que era consolidado como estratégia prioritária para reorganização da atenção básica, passa a ser denominado Estratégia Saúde da Família.

Corroboramos com Ribeiro, Pires e Blank (2004, p. 441) quando alegam que sua implantação se inicia com uma dicotomia por que:

[...] de um lado, ratifica sua condição de programa que se apresenta com objetivos, metas e passos definidos [...] de outro lado, reivindica a posição de “estratégia” por sinalizar um caminho possível para se atingirem os objetivos do SUS, reorientando o modelo assistencial a partir da Atenção Básica, sendo, portanto capaz de influenciar e produzir impactos no sistema como um todo.

O Ministério da Saúde a cada ano fortalece as ações voltadas para a Atenção Básica e as últimas estratégias escolhidas confirmam a Estratégia Saúde da Família, incluindo o Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família – PROESF e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF.

A Estratégia Saúde da Família é um modelo de organização, que visa reestruturar a Atenção Básica no SUS. Possui também uma estrutura que reforça os princípios de universalidade, integralidade e equidade. Essa estratégia prioriza em

suas bases teóricas a promoção da saúde, o que não significa desconsiderar a clínica, valorizando as ações de saúde (promoção, prevenção, cura e reabilitação) que estão embutidas no conceito amplo de promoção (ANDRADE, BARRETO, FONSECA e HARZHEIM, 2004, p.89).

A Constituição Brasileira (1988), nossa Carta Magna, dá destaque à área de saúde no Brasil, quando estabelece o direito do cidadão a Saúde e ao Estado o dever de garantir condições para se ter saúde.

Assim, cabe ao Estado o dever de promover políticas sociais e econômicas que gerem bem-estar e também as prioridades para orientação da saúde, baseada nos princípios de universalização; atendimento integral com prioridade para ações preventivas; e a participação da comunidade.

A saúde no nosso país, assim como em grande parte do mundo, foi regida por muito tempo somente pelo modelo médico hegemônico orientado para a ação sobre a doença e não para o sujeito portador de necessidades de saúde.

A oferta de serviços e práticas inadequadas às necessidades de saúde, no contexto do processo de desenvolvimento capitalista no século XX, foram alguns dos elementos que permitiram a emergência de novos paradigmas no campo da saúde (CASTRO e MALO, 2006, p.25).

Dentro da ESF trabalhamos inseridos na comunidade e, por isso, temos conhecimento da situação de moradia das pessoas que cuidamos. Essa situação engloba termos noção do ambiente interno do domicílio e do ambiente externo/ao

seu redor deste domicílio. Esta noção da realidade nos insere diretamente nas necessidades sociais das pessoas.

Os profissionais de saúde da ESF reconhecem como espaço físico o caminho que fazem seguindo rotineiramente uma cartografia geográfica, a mesma rua, os mesmos atalhos, as mesmas subidas e descidas, reconhecem através de experiências (vivas) e dos signos (no exercício de sentir) que compõe os espaços familiares, das emoções e dinâmicas que movimentam o viver em família.

O processo de trabalho da ESF (Brasil, 2007, p.28) segue pautado em:

- definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado com atualização contínua;
- diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;
- prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciam os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade; [...]

Ronzani e Silva (2008, p. 24) alegam que trabalhar na ESF exige uma mudança estrutural na formação e nas práticas dos profissionais de saúde. Os profissionais das equipes de saúde da família precisam além da capacidade técnica “se identificar com uma proposta de trabalho que muitas vezes, demanda criatividade, iniciativa e vocação para trabalhos comunitários e em grupo”.

Dessa forma, busca-se entender a família em seu espaço social, rico em interações e conflitos.

As ferramentas do campo da promoção da saúde, como as idéias de construção de ambientes mais saudáveis no espaço familiar, envolvem, além da tecnologia médica, o reconhecimento, das potencialidades terapêuticas presentes nas próprias relações familiares, bem como em outras redes sociais existentes na comunidade, como vizinhos, grupos religiosos e grupos de auto-ajuda (ANDRADE *et al*, 2006, p.93).

A Promoção da Saúde, não é somente da responsabilidade do setor saúde mais com certeza está fortemente interligada as políticas sociais e de saúde, como nos mostra a Política Nacional de Promoção da Saúde:

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder as necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2007, p.10).

Santos *et al* (2008, p. 52) complementa esta afirmativa ao dizer que promover constitui-se um processo contínuo e dinâmico que parte do pressuposto de que sempre haverá possibilidade de melhorar as condições de vida.

Em uma perspectiva mundial, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde a descreve como:

[...] o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade

exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (CARTA OTTAWA, 1986).

Quando se reporta a ESF, como uma proposta capaz de trabalhar a promoção da saúde, deve-se atentar que os usuários necessitam mudar comportamentos e os profissionais de saúde devem rever suas práticas e discursos, de modo que possam estabelecer um processo de sensibilização desses usuários (SANTOS *et al*, 2008, p.58).

Castro e Malo (2006, p. 22) acreditam que:

[...] promover a saúde significa então recuperá-la como valor de uso e resgata-la como instrumento de preservação e de desenvolvimento da vida. Denota interferir nos estilos e modos de vida e na produção de políticas públicas que tomem em primeira mão o desenvolvimento do humano. Desenvolvimento para a saúde entendida, então, como sinônimo de vida.

Muito embora se venha implantando propostas similares a ESF, como foram as ações do Sesp (1942), Medicina Geral e Comunitária (1983), Médico de Família/Niterói (1992) entre outros, ainda temos barreiras estruturais para o desenvolvimento satisfatório na promoção da saúde do indivíduo e da coletividade. Isto porque esbarramos em questões de falta de recursos humanos e materiais para atender a população de forma satisfatória.

Esses conceitos demonstram que trabalhar com a promoção da saúde é algo difícil diante da realidade brasileira, ainda mais dentro de um modelo de atenção à saúde recente como a ESF. É uma estratégia política de saúde inserida, principalmente, em áreas com desigualdades sociais marcantes com acesso precário aos serviços de saúde.

1.2 - A Visita Domiciliar do Enfermeiro e as Intervenções de enfermagem na Saúde da Família

1.2.1 – A visita domiciliar de Enfermagem na História da Saúde Pública no Brasil

Para analisar e entender a atuação do Enfermeiro nas visitas domiciliares do século XXI, acreditamos ser pertinente retomarmos alguns pontos históricos do século XX. Em 1921, a necessidade de uma reforma sanitária resultou na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) que teve como diretor o sanitarista Carlos Chagas. Então em 1922, Carlos Chagas dá início à implantação

do Serviço de Enfermeiras do Brasil sob a direção da enfermeira americana Ethel Parsons (FREIRE e AMORIM, 2008).

Parsons deu seguimento a Missão Parsons, no processo de criação do Serviço de Enfermeiras, no DNSP, e atuou no Brasil por dez anos. Ela pretendia com seu trabalho treinar e diferenciar as “visitadoras de saúde” das “enfermeiras visitadoras” (Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz, 1832-1930).

Um dos objetivos de Ethel Parsons foi exatamente mudar o conceito que se fazia da enfermagem para que ela tivesse condições de atrair elementos de extratos sociais mais aquinhoados. Ela estava preocupada com o padrão de formação das enfermeiras modernas no sentido técnico e moral. A racionalidade do trabalho que queria introduzir estava associada à padronização de condutas e atitudes da enfermeira em sua relação com a sociedade (PEREIRA NETO, 1997).

Para isso, foi criado um Curso de Emergência para visitadoras de saúde (1922) para ampliar os conhecimentos teóricos e práticos de Enfermagem. Um ano após sua criação, este curso apresentava o seguinte quadro de disciplinas (Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz, 1832-1930): tuberculose, doenças venéreas e da pele; higiene individual e pública; arte da enfermeira de saúde pública; higiene infantil; doenças epidêmicas e tropicais; problemas sociais; obstetrícia e ginecologia; e tratamentos médicos.

A implantação da enfermagem moderna no Brasil se deu no bojo da reforma Carlos Chagas (1923 - 1927), onde havia a necessidade de se combater as

epidemias e endemias no âmbito domiciliar. De acordo com Freire e Amorim (2008, p. 117) no início da década de 1920:

[...] as atividades de enfermagem de saúde pública eram realizadas pelas visitadoras domiciliares, cujo trabalho era caracterizado pelo esforço em educar as famílias para melhores condições de saúde e ainda realizar “cuidados de cabeceira” daqueles que elas encontravam enfermos.

Logo, as visitas domiciliares seriam uma prática essencial, porém os médicos resistiam a esta prática por acreditarem ser impróprio a sua profissão e pouco científico, estar de rua em rua, de casa em casa, de quarto em quarto. Assim a enfermagem assume este papel no Brasil.

Neste mesmo período, nos Estados Unidos da América (EUA) um documento denominado Relatório *Goldmark* descreve a importância da atuação da Enfermagem de saúde pública em diferentes comunidades nas visitas domiciliares e como essa atuação se organizava.

[...] organização do serviço das enfermeiras visitadoras, as cidades grandes eram, nos EUA, divididas em distritos, tendo geralmente uma enfermeira visitadora para cada distrito. Para a direção das enfermeiras em campo tinham as enfermeiras supervisoras, que deviam exercer uma supervisão direta sobre o trabalho das enfermeiras visitadoras e aconselhá-las em casos difíceis, sendo a responsável pela qualidade do trabalho prestado dentro de sua jurisdição. Cada enfermeira tinha seu próprio distrito, com um posto de saúde como um centro para suas atividades, e onde os médicos atendiam várias vezes por semana (FREIRE e AMORIM, 2008).

Ainda de acordo com esses mesmos autores e historiadores, nos Estados Unidos da América, o enfermeiro de saúde pública era o melhor que se engajava na missão de ter o contato pessoal direto com as condições de moradia e vida individual da população para se conseguir o sucesso em matéria de higiene, pois para eles a higiene era fundamental para a redução da mortalidade infantil e tuberculose.

Um século depois, estamos diante de uma estratégia que é muito próxima do modelo supramencionado, onde ambas utilizam as visitas domiciliares como instrumento de atenção à saúde das famílias.

O Relatório *Goldmark* (1923), através da ida de Carlos Chagas aos Estados Unidos da América, favorece a criação de um modelo de organização similar ao norte-americano pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que se caracterizou por:

[...] a cidade foi dividida em zonas, com uma enfermeira americana de saúde pública encarregada, como instrutora e diretora, das visitadoras de higiene. As zonas foram subdivididas em distritos, com uma visitadora de higiene em cada distrito. Para maior conveniência das enfermeiras e para diminuir o tempo despendido em transporte, foram abertas filiais do Serviço de Enfermeiras em cada zona da cidade (PARSONS, 1997 apud FREIRE e AMORIM, 2008).

Contudo era necessário o vínculo entre os dispensários e as famílias dos doentes, e a enfermeira de saúde pública passa a ser este elo (FALLANTE e BARREIRA, 1998, p. 74).

Fontenele (apud FALLANTE e BARREIRA, 1998, p.76) diz que “a enfermeira de saúde pública é a melhor propagandista, a professora mais ouvida, a instrutora mais agradável”. Além disso:

[...] sua presença nos lares era vantajosa para as autoridades sanitárias, pois, através das suas qualidades como bondade, paciência e devoção, ela era a pessoa mais indicada para trabalhar em função coletiva.

Além de combater os males do corpo [...] a enfermeira deveria cuidar também dos males da alma, transmitindo carinho, bondade, simpatia, esperança, cuidados estes considerados, indispensáveis para recuperação do todo (FALLANTE e BARREIRA, 1998, p.76).

Faria (2006) relata que era indiscutível a importância das visitadoras² de saúde pública.

As visitadoras e, mais tarde, as enfermeiras de saúde pública, ficavam encarregadas de levar as mães todos os prescritos necessários à criação de seus filhos [...]

[...] e finalmente responsabilizava-se por todas as providências relativas aos problemas de higiene em um distrito sanitário (FARIA, 2006, p.181).

Queiroz e Egly (1983, p.205), na década de 80, desenvolveram a visita domiciliar e alegavam sua importância e eficácia em termos de desenvolvimento global da família no tocante à saúde.

1.2.2 – A Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família

² De acordo com Faria (2006) aos poucos as visitadoras foram sendo substituídas por enfermeiras formadas.

Dentro da ESF a visita domiciliar é uma atividade comum a todos os membros da equipe de saúde da família, sendo uma atribuição específica e obrigatória somente para os Agentes Comunitários de Saúde que deveram:

[...] desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco; [...]
[...] acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; [...] (BRASIL, 2007).

Enquanto, que o enfermeiro possui a seguinte atribuição específica:

[...] realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando **indicado ou necessário**, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade [...] (BRASIL, 2007, grifo nosso).

Quando deixamos as visitas domiciliares a cargo de agentes comunitários de saúde e do técnico de enfermagem, favorecemos o distanciamento do enfermeiro com os membros da família e diminuimos um espaço privilegiado de intervenções.

Marques e Ferreira (2002, p.140) afirmam que:

[...] quando a visita domiciliar é avaliada no âmbito das práticas de saúde pública, observa-se que a sua importância é inquestionável, tanto no diagnóstico de determinados problemas de saúde, como na prevenção e controle de doenças.

O domicílio não é apenas um espaço para se cuidar de doença, falar de saúde, esclarecer dúvidas, criar empatias ou divergências, mas um espaço político, cultural e filosófico não considerado porque não se considera a família como um aglomerado de sujeitos que precisam, criam, pagam impostos, votam, reagem e são cidadãos. Dessa forma, a família é um *locus* privilegiado para intervenções de ações diversas do Cuidado do Enfermeiro.

Ao entrarmos em (con)tato com o ambiente domiciliar, não necessariamente encontramos uma família tradicional composta pelo pai (chefe da família), pela mãe (cuidadora do lar) e pelos filhos; encontraremos também tios, cunhados, sogro(a), sobrinhos ou mesmos um grupo de amigos que convivem e vivem como o que denominamos família.

Assim, as situações supracitadas fazem como que nos deparemos como um novo conceito de família, às vezes repletos de situações conflitantes. A família é a unidade de cuidado e a perspectiva que direciona e rege o trabalho da ESF. Família é:

[...] uma palavra que desperta diferentes imagens dependendo da área (Sociologia, Biologia, Direito por exemplo) e das variáveis selecionadas (ambiental, cultural, social ou religiosa, entre outras) podem-se focalizar aspectos específicos da família o que resulta em uma gama muito ampla de definições possíveis (ANGELO e BOUSSO, 2001).

Ao cadastrarmos uma família e começarmos as visitas domiciliares iremos perguntar e observar como aquela família se constitui e o que ela considera fazer parte da sua “família”.

[...] pode-se considerar a família como um sistema ou uma unidade cujos membros podem ou não estar relacionados ou viver juntos, pode conter ou não crianças sendo elas de um único pai ou não. Nela existe um compromisso e um vínculo entre os seus membros [...] (ANGELO E BOUSSO, 2001).

Na atuação da enfermeira nas visitas domiciliares considera-se que é preciso resgatar uma assistência e um cuidado que não decodifica apenas as questões biopsíquicas, mas que resgata valores de vida, condições sociais e forma de enfrentar os problemas, indo além dos sinais e sintomas, mas também a sua maneira de “andar na vida” (FRACOLLI e BERTROLOZZI, 2001).

Andrade *et al* (2004, p.91) acreditam que cabe à equipe enfrentar, além dos problemas individuais e biológicos de saúde, os problemas coletivos e socioculturais dos indivíduos e da comunidade pela qual tem responsabilidade sanitária.

A visita domiciliar é um importante instrumento para a enfermeira.

A visita domiciliar é um instrumento que possibilita à enfermeira identificar como se expressam, na família, as formas de trabalho e vida os membros que a compõem, como estas formas são socializadas entre os membros, quais padrões de solidariedade se desenvolvem no interior do universo familiar e como estes podem contribuir para o processo de cuidado, cura ou recuperação de um de seus membros. Além de buscar a identificação dessa funcionalidade familiar [...] (FRACOLLI e BERTROLOZZI, 2001).

Por isso, o enfermeiro traz consigo uma trajetória profissional na história brasileira de construção da sua prática no ambiente domiciliar na enfermagem de saúde pública. Foi capaz de nas visitas domiciliares CUIDAR e EDUCAR seus clientes na sua maior intimidade e proximidade, porque superou preconceitos, estigmas e desafios ao conseguir mudar de alguma forma as condições sanitárias a partir da Reforma Carlos Chagas até os dias atuais.

A ESF reafirma a importância do nosso trabalho na comunidade, do individual ao coletivo, onde não obrigatoriamente atuaremos sobre doenças, epidemias/endemias, mas podemos atuar nas condições que favoreçam as pessoas a terem saúde. Uma vez que, já temos mais que comprovado que não trabalhamos somente com a doença, ou seja, não somos profissionais de 'doença' e sim, profissionais de saúde.

Em momento algum, a ESF pretende abandonar a atenção individual, porém seu foco está na coletividade, no qual se entende inserido o indivíduo dentro de suas famílias. Essa reorganização nos moldes da saúde da família nos mostra que o processo saúde-doença é determinado socialmente e que o vínculo proporcionado por este programa, permite-nos estar muito mais próximos das pessoas seja no momento da territorialização ou das visitas domiciliares do dia-a-dia da assistência prestada.

CAPÍTULO 2 - Metodologia

2.1- Caminhar Metodológico

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo qualitativo sustentado pela posição de Lobiondo-Wood e Haber (2001, p.111) quando descrevem o estudo descritivo como aquele que:

[...] busca informações precisas sobre as características dos sujeitos de pesquisa, grupos, instituições ou situações, ou sobre a frequência de ocorrência de um fenômeno, particularmente quando se sabe pouco sobre o fenômeno.

E de Minayo (2007, p. 57) que descreve o método qualitativo como aquele que permite:

[...] desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. [...] Por isso, é também utilizado para elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias.

A pesquisa qualitativa visa, prioritariamente, trabalhar com variáveis subjetivas, que revelam de alguma forma como o sujeito vivencia suas experiências de vida, seus sentimentos, opiniões sobre variadas situações.

A pesquisa qualitativa ocorre num “*setting* natural”[...] envolvendo a observação de situações reais e cotidianas; trabalha a construção não estruturada dos dados [...] e busca o significado da ação social

segundo a ótica dos sujeitos pesquisados (SILVERMAN apud DESLANDES e ASSIS, 2002, p.199).

Ainda segundo Goldenberg (1997, p.50) os estudos qualitativos enfatizam as particularidades de um fenômeno em termos de seu significado para o grupo pesquisado. “É um mergulho em profundidade dentro de um grupo ‘bom para pensar’ questões relevantes para o tema estudado”.

Momento ético

O estudo seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadas de Pesquisa com Seres Humanos da Resolução nº.196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e por isso, todos os sujeitos receberam informações sobre a proposta do estudo. Após estarem cientes e concordarem em participar da pesquisa, todos assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro [Protocolo de pesquisa nº 77/08] e registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa [CAAE – 0086.0.314.000-08], sendo aprovado em 14 de julho de 2008 [Parecer nº 138A/2008 - Anexo B].

Os sujeitos do estudo

Os sujeitos foram 12 enfermeiros que atuam nas Unidades de Saúde da Família, do Município de São João de Meriti, situado na Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro. Ressaltamos que não foi possível atingir a totalidade dos sujeitos potenciais, que representam as 21 equipes de saúde da família deste município, primeiramente porque utilizamos como critério de inclusão, que os enfermeiros deveriam ter um tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família de no mínimo seis meses ou ter experiência anterior em outro município superior a este período de tempo. Este critério foi estabelecido em função das capacitações sobre temas referentes à Saúde da Família a que são submetidos os profissionais e ao fato de que leva algum tempo para a profissional organizar e estruturar as suas atividades dentro da Equipe de Saúde da Família.

Dessa forma, três enfermeiras foram excluídas porque tinham menos de seis meses de atuação na ESF. Além disso, tivemos outras dificuldades como:

- uma enfermeira estava de licença médica devido a uma cirurgia;
- duas enfermeiras estavam de férias;
- uma enfermeira não estava no dia agendado e, posteriormente, não conseguimos agendar um horário dentro do tempo previsto para coleta de dados; e
- com duas enfermeiras não foi possível agendar em tempo hábil de acordo com o cronograma de coleta de dados.

O cenário do estudo

O cenário escolhido foi o Município de São João de Meriti (Figura 1) situado na Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro, onde tive uma experiência profissional anterior, sendo este o motivador do interesse pela temática do estudo.

Este município, de acordo com o IBGE (2009), possui 35 km² e tem 464.282 mil habitantes, sendo considerada a cidade que possui maior número de habitantes por metro quadrado da América Latina. A principal atividade econômica local é o comércio varejista.

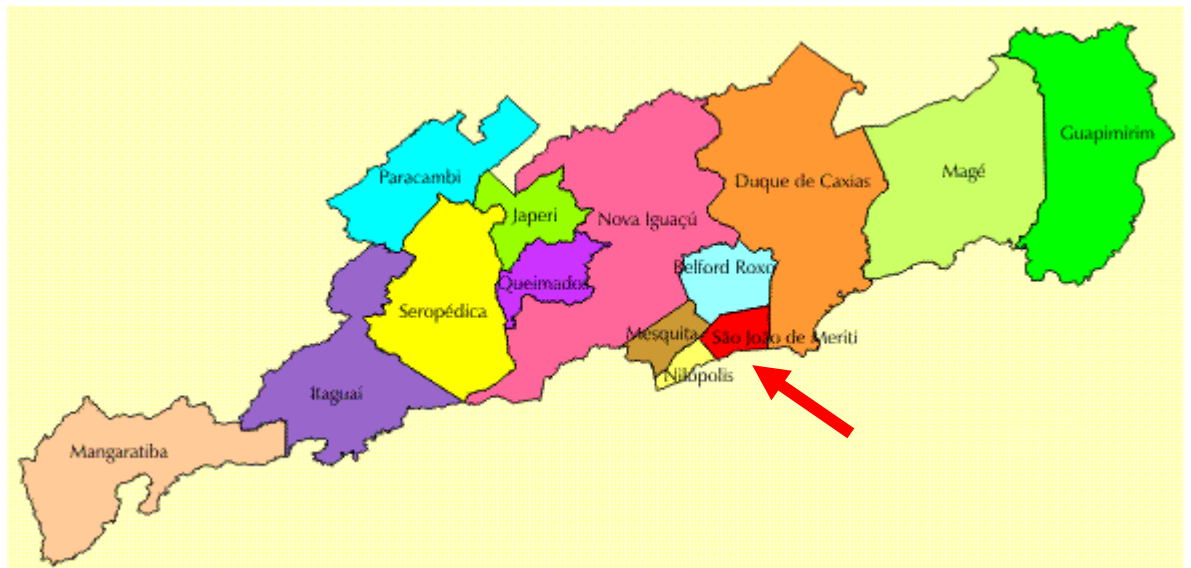


Figura 1: Municípios que compõem a Baixada Fluminense, R.J. Fonte: Instituto de Pesquisas e Análises Históricas e de Ciências Sociais da Baixada Fluminense.

Este município conta com 9 Unidades de Saúde da Família, todas situadas em áreas urbanas e distribuídas por comunidades que apresentam altos níveis de violência urbana e de pobreza. A cobertura atual da Estratégia Saúde da Família no município é de 16,1%.

Uma parte do cenário foram as unidades onde realizamos as entrevistas com os sujeitos. E outra parte foi o espaço de atuação dos enfermeiros nas Visitas Domiciliares, ou seja, os domicílios visitados de acordo com a conciliação da disponibilidade dos sujeitos e do pesquisador.

2.2 - Os MOMENTOS PARA OBTENÇÃO DOS DADOS E RESULTADOS

Tivemos três momentos distintos na estruturação do cronograma para iniciar a produção dos dados:

1) O **primeiro momento** foi o contato para conhecer a localização, os sujeitos e as unidades e obter meios de contato com os enfermeiros para o agendamento em um segundo momento.

2) O **segundo momento** foi em dia e hora determinados pelos sujeitos. Neste dia realizamos o momento ético da pesquisa, informando do que se tratava e convidando os enfermeiros a participarem. Em concordando, explicamos as etapas necessárias para produção dos dados e, assim, agendamos os melhores horários

para eles, para que não atrapalhássemos a rotina do seu trabalho. Os agendamentos foram feitos para o turno da manhã às nove horas e para às quatorze horas no turno da tarde.

3) O **terceiro momento** foi o início efetivo da produção dos dados, sendo realizado durante o turno de trabalho dos enfermeiros que acontece de segunda a sexta-feira no período diurno, em duas etapas:

1ª Etapa) observação direta nas visitas domiciliares – acompanhamos os enfermeiros em um único turno (manhã ou tarde) de visita domiciliar de acordo com a disponibilidade e cronograma de atividades do profissional na unidade;

2ª Etapa) entrevista semi-estruturada – a maior parte das entrevistas foram realizadas no mesmo dia em que acompanhamos a visita domiciliar, exceto três casos que foi necessário agendar outro dia a entrevista. Tais entrevistas foram postergadas pelo fato de passarmos do horário programado e as enfermeiras terem que almoçar para iniciar os atendimentos do turno da tarde ou terem que resolver assuntos gerenciais quando retornamos da visita.

Os enfermeiros escolheram o melhor local para a realização da entrevista dentro da própria Unidade de Saúde da Família, onde trabalham.

Na primeira etapa utilizamos como técnica a observação direta, não oculta e estruturada (Apêndice B). Ao acompanhar o enfermeiro na sua atuação habitual durante um turno de visita domiciliar; compreendemos a sua realidade de maneira

mais completa. A técnica de observação é entendida por Polit e Hungler (1995, p.178) como:

[...] as técnicas de observação podem ser utilizadas para mensurar uma ampla gama de fenômenos. Tanto comportamentos globais quanto aspectos minúsculos da atividade humana podem ser usados como unidades de observação, e as observações podem ser realizadas em laboratório ou em seu ambiente natural.

A observação, também, nos permite diante da realidade investigada a:

[...] obtenção de muitas espécies de informações, necessárias aos pesquisadores de enfermagem, como evidência da eficácia da enfermagem, ou como indicações de aperfeiçoamento das práticas de enfermagem (POLITI e HUNGLER, 1995, p.177).

A observação foi não oculta, porque como observador não se fez qualquer tentativa de mudar o comportamento dos sujeitos da pesquisa e eles foram informados que seriam observados (LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001, p. 178).

Na segunda etapa utilizamos uma entrevista semi-estruturada esquemática (Apêndice C) para que pudéssemos complementar e também elucidar dados importantes acerca dos sujeitos e da sua atuação na visitas domiciliares. Para isso, gravamos, através de dispositivo de MP3, todas as entrevistas para que os dados pudessem ser arquivados de forma segura e prática para posteriores análises e consultas.

Entrevista, tomada no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de coleta de informação sobre determinado tem científico.

E, [...] semi-estruturada, que combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada (MINAYO, DESLANDES e GOMES, 2007, p.64).

A entrevista teve um roteiro que permitiu “flexibilidade nas conversas e a absorver novos temas e questões trazidas pelos interlocutores como sendo de sua estrutura de relevância” (Minayo, 2007, p.191).

Embora, quando se trata de uma sociedade ou de um grupo marcado por muitos conflitos, cada entrevista expressa, de forma diferenciada, a luz e a sombra da realidade, tanto no ato de realizá-la como nos dados que aí são produzidos (MINAYO, DESLANDES e GOMES, 2007, p. 65).

Tivemos dificuldade no andamento da produção dos dados, porque houve mudança de duas enfermeiras entrevistadas durante o período em que realizávamos a coleta de dados.

4) O **quarto momento** foi para trabalhar os dados e chegar a indicação das unidades de registro e, em seguida, definir a categoria como nos orienta Bardin (2008) na análise de conteúdo. Trabalhamos com uma análise temática do material lingüístico escrito (observação) e oral (entrevista) produzidos pelos enfermeiros, buscando itens de significação.

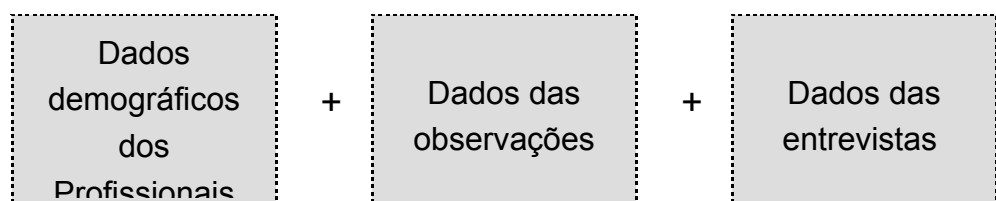
Para tal, nos utilizamos de parte do que nos orienta Bardin (2008, p.121) sobre organização da análise, que se encontra em três pólos distintos:

- a) Pré-análise;
- b) Exploração do material;
- c) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação; e
- d) Categorização.

A leitura flutuante do material para nos permitiu conhecer melhor o que foi produzido, e foi o momento de se deixar invadir por impressões e orientações (BARDIN, 2008, p. 122).

Com isso, foi possível encontrar todos os elementos, produzidos no estudo que respondessem às questões, assim fizemos o que Bardin chama de exaustividade e, em seguida, estávamos diante de dados brutos (falantes e válidos), condensados por informações fornecidas (entrevistas) ou vistas (observação).

A exploração do material possibilitou organizar três tipos de informação a partir do material produzido: Dados demográficos, Dados referentes à observação e os Dados das entrevistas.



A partir disso, fizemos várias reflexões na tentativa de averiguar se havíamos encontrado respostas para as duas questões do estudo: como os enfermeiros programam as visitas domiciliares? e quando planejam as visitas domiciliares é possível verificar ações de promoção da saúde para todos os membros da família?

Na fase de tratamento dos resultados foi necessário codificar todo material. A codificação ocorreu quando transformamos o que encontramos nos dados brutos, através do recorte, em UNIDADES de registro para, em seguida, descrevê-las.

Nesse processo de codificar, nos apropriamos apenas do que Bardin (2008, p.130) define como unidade de registro: unidade de significação a codificar, que pode ser de natureza e de dimensões muito variáveis. Os recortes podem ser a nível semântico (o tema) ou aparentemente lingüístico (palavra ou frase). Detivemos-nos a considerar como unidade de registro que exprime um pensamento – a FRASE.

Desse modo definimos como unidades registro para análise e discussões:

- I) Observando o trabalho dos enfermeiros na visita domiciliar – a doença é que define as prioridades na visita domiciliar; e**
- II) O que nos dizem os enfermeiros sobre a visita domiciliar.**

Essas unidades de registro, após o processo de categorização que consiste em “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia),

com os critérios previamente definidos” (BARDIN, 2008, p.145), deram origem a uma categoria de análise definida como: O observado e o informado – o discurso da DOENÇA e da SAÚDE no movimento da Visita domiciliar. Segundo este mesmo autor, as categorias reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um tipo genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos.

Capítulo 3 – RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

3.1 – Apresentação dos Resultados e Análise dos Dados

Iniciamos a apresentação dos resultados com informações que dão aos enfermeiros uma identidade.

Analizamos neste estudo as ações dos enfermeiros nas visitas domiciliares de 12 Equipes de Saúde da Família através da observação da sua atuação durante as visitas e das entrevistas que auxiliaram a complementar os dados observados.

❖ Caracterização demográfica dos sujeitos

Tabela 1: Tempo de formados dos Enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família de São João de Meriti - Rio de Janeiro, Brasil, 2008.

Tempo de formação	<i>fi</i>	%
6 meses – 1 ano	1	8
2 anos – 4 anos	4	34
5 anos – 7 anos	3	25
8 anos – 10 anos	-	-
11 anos – 13 anos	-	-
14 anos – 16 anos	-	-
17 anos – 19 anos	1	8
20 anos – 22 anos	2	17
23 anos – 25 anos	-	-
26 anos – 28 anos	1	8
Total	12	100

A Tabela 1 nos mostra que a maior proporção dos enfermeiros que trabalham na ESF são profissionais novos no mercado de trabalho e com uma formação em torno de 2 a 7 anos.

Quadro 5: Representação dos Enfermeiros que cursaram Pós-graduação – São João de Meriti, Rio de Janeiro, 2008.

Pós-graduação	Quantidade
<i>Stricto Sensu</i>	1
<i>Lacto Sensu</i>	9
Não possuem	3

Dos nove enfermeiros que possuem pós-graduação *Lacto Sensu*, quatro possuem mais de um tipo de pós-graduação (Quadro 5), e dentre esses um possui pós-graduação *Stricto Sensu*.

O perfil de formação dos enfermeiros revela que eles têm investido em cursos de especialização e dado ênfase para a área que em atuam, Saúde da Família e Saúde Pública, que concentra a maior parcela das pós-graduações realizadas.

Quadro 6: Especializações *Lacto Sensu* dos Enfermeiros da ESF de São João de Meriti – São João de Meriti, Rio de Janeiro, 2008.

Especialização	Quantidade
Saúde da Família	5
Educação em Saúde	1
Neonatologia	1
Saúde Pública	3
Gestão em Saúde	1
Médico-cirúrgica	1
Docência	1

Os dados apresentados pela Tabela 1 e associados ao Quadro 6 permitem dizer que os profissionais, em sua grande maioria, são formados após a implementação do Programa de Saúde da Família (no início da década de 90), o que pode ter gerado o aumento de enfermeiros especializados em Saúde da Família.

O fato de 67% dos enfermeiros terem sido formados depois do surgimento da ESF nos faz acreditar que podem exercer sua experiência, com maior propriedade,

pois já deveriam trazer da graduação e terem reforçado com a pós-graduação um entendimento diferenciado sobre a visita domiciliar como ação de educação e promoção da saúde. Afirmamos isso, pois a jornada da vida acadêmica visa discutir questões que favoreçam uma prática ampliada e melhor conduzida.

Tabela 2: Tempo de trabalho dos Enfermeiros na Estratégia Saúde da Família – São João de Meriti, Rio de Janeiro, 2008.

Tempo de trabalho na ESF	<i>fi</i>	%
6 meses – 1ano	2	17
2 anos – 3 anos	6	50
4 anos – 5 anos	2	17
6 anos – 7 anos	1	8
8 anos – 9 anos	1	8
Total	12	100

Percebemos que o tempo de trabalho dos enfermeiros nas USF não é muito longo, em torno de 2 a 3 anos. Apenas um dos sujeitos participou da implantação das primeiras unidades da estratégia no município. Cabe ressaltar, 4 USF possuem 9 anos de implantação e 5 possuem 4 anos.

Não podemos deixar de pensar na possibilidade de associar o fato de profissionais com poucos anos de formação na ESF (Tabela 1) a uma grande rotatividade dos profissionais neste tipo de vínculo empregatício, que normalmente é precário, frágil e político. A maioria não tem carteira assinada, não é concursado, tendo apenas como vínculo uma nomeação em cargo comissionado ou contrato. Neste aspecto, corroboramos com Barbosa e Dias (2008, p. 32):

As condições de trabalho, todavia são heterogêneas. São comuns os contratos temporários, o que gera instabilidade profissional e estremece um dos princípios básicos do novo modelo assistencial: a criação de vínculo entre equipe e população adscrita.

Confirmamos posteriormente, durante o desenvolvimento do estudo, essa evidência, quando durante o período da produção destes dados, que durou 3 meses, aconteceu a substituição de duas enfermeiras. A rotatividade pode comprometer o vínculo do enfermeiro com a população e assim seu trabalho. Barbosa e Dias (2008) afirmam que:

[...] a necessidade de promover melhor qualidade de vida incentivando diversificação das práticas de saúde e o desenvolvimento de ações integradas contínuas junto à população requer uma permanência mais estável dos profissionais que compõem uma equipe de saúde da família, e isso inclui o enfermeiro (BARBOSA e DIAS, 2008, p.32).

❖ **Conhecimento sobre a Estratégia Saúde da
Família**

Tabela 3: Conhecimento prévio dos Enfermeiros sobre a Estratégia Saúde da Família antes de começarem a trabalhar – São João de Meriti, Rio de Janeiro, 2008.

Conhecimento da ESF	<i>fi</i>	%
Sim	10	83
Não	2	17
Total	12	100

Constatamos que oito dos enfermeiros conheceram a ESF através da formação acadêmica e desses dois já haviam trabalhado na estratégia. Os outros dois enfermeiros relataram nas entrevistas que conheceram a ESF através de outros profissionais, através de palestra e devido a interesse próprio em pesquisar sobre o tema.

Encontramos dois enfermeiros que não tinham conhecimento prévio da proposta da ESF e adquiriram conhecimento com as capacitações e através da vivência.

Tabela 4: Experiência dos Enfermeiros em trabalhar na Estratégia Saúde da Família – São João de Meriti, Rio de Janeiro, 2008.

Experiência em trabalhar na ESF	<i>fi</i>	%
Sim	2	17
Não	10	83
Total	12	100

Por serem enfermeiros cuja formação se deu, em sua maioria, após a implantação e crescimento da ESF no território nacional, 83%, embora não tivessem experiência de trabalho em Saúde da Família, já conheciam a estratégia através, principalmente, do ensino de graduação.

❖ População Adscrita – O Volume de trabalho

Quadro 7: Relação do quantitativo de famílias e pessoas assistidas pelo Enfermeiro nas Equipes de Saúde da Família – São João de Meriti, Rio de Janeiro, 2008.

Identificação dos Sujeitos	Nº de famílias	Nº de pessoas
Sujeito 01	450	2000
Sujeito 02	800	4000
Sujeito 03	1002	3082
Sujeito 04	711	2133
Sujeito 05	1002	3082
Sujeito 06	683	3000
Sujeito 07	913	3600
Sujeito 08	755	3000
Sujeito 09	562	1943
Sujeito 10	860	4200
Sujeito 11	1223	4900
Sujeito 12	1009	4036

Na ESF cada enfermeiro possui uma área adstrita sob sua responsabilidade; o Quadro 7 apresenta quantas famílias cada enfermeiro assiste e o número de pessoas que corresponde ao total de famílias.

Os enfermeiros possuem um grupo populacional sob sua responsabilidade muito elevado, e acima do que é recomendada a ESF, onde o menor número é de 450 famílias e o maior 1223. Não foi possível identificar através dos dados produzidos o motivo dessa diferença entre as equipes. Podemos inferir que essa diferença numérica seja consequência de problemas de acessibilidade, territorialização inadequada na implantação da equipe ou pela falta de serviços de saúde próximo a determinadas localidades, o que favoreceu um cadastramento maior de famílias ao redor da unidade de saúde.

Um fato interessante é que o menor número de famílias não está necessariamente ligado ao menor número de pessoas da população adscrita. Por isso, ao analisar o volume de trabalho do enfermeiro devemos ter como parâmetro o número de pessoas da família.

O Ministério da Saúde estabelece através da Política de Atenção Básica (2006) que cada equipe de Saúde da Família seja responsável por, no máximo, 4000 pessoas, sendo a média recomendada de 3000 pessoas. A crítica que fazemos é relacionada à nossa política de saúde que não define qual o número máximo de pessoas para que um enfermeiro dê conta de cuidar com qualidade, pois

se é recomendo três mil porque o limite é quatro mil. Essas mil pessoas a mais já comprometem a qualidade da assistência ou, quem sabe, o acesso das equipes as elas. O provável é que elas fiquem sem a assistência adequada. Isso se complica mais ainda quando, de acordo com a política de saúde da ESF, o enfermeiro exerce a:

[...] prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade (BRASIL, 2007, p.28).

Essa orientação apóia a nossa afirmação de que a visita domiciliar é o instrumento, dentro da ESF, que melhor possibilita as ações e as intervenções na tríade indivíduo-família-comunidade.

Figueiredo e Tonini (2007, p. 159 -169) destacam reflexões sobre o que pensar sobre a ESF, ao se referir ao número de profissionais quando:

[...] é preciso considerar a formação, a qualificação, o conhecimento, a habilidade na identificação de sinais e sintomas (evidentes) e signos (não-evidentes) do sujeito, da família e do ambiente; avaliação e decisão de acompanhamento para melhoria da qualidade de vida e de definir que ações são direcionadas para identificar e tratar o ambiente e quais estratégias para se conhecer de fato como é a interação e a dinâmica familiar.

Contudo, visitar uma família não significa que consigamos assistir a todas as pessoas daquela família. Além disso, durante os dias de trabalho no ano temos feriados e férias que fazem com que as possibilidades de visita domiciliar diminuam.

Uma vez, que o turno de trabalho é de segunda a sexta-feira, e além das visitas domiciliares o enfermeiro desenvolve outras atividades e ações (Quadro 8) durante esse turno de trabalho o tempo disponível para as visitas é reduzido.

Existe um excesso de famílias em relação ao número de enfermeiros. Sob a hipótese de um cronograma possível de visita domiciliar para atender todas as famílias cadastradas por uma equipe teríamos o seguinte:

- para atender a 450 famílias na VD teríamos que visitar duas famílias por dia, o que daria dez por semana, em todos os dias úteis de um ano.

O que nós questionamos é se isso caracteriza uma opção possível para o enfermeiro em termos quantitativos e qualitativos. Lembrando que o enfermeiro desenvolve outras atividades que demandam tempo além das visitas. Embora, o Ministério da Saúde não trabalhe com o pressuposto de que o enfermeiro deva visitar todas as famílias, sendo recomendado ir ao domicílio quando há um motivo (solicitação).

Os profissionais das equipes da ESF devem: “realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo” (BRASIL, 2007, p.44). Quando identificamos um total de 4900 pessoas não é possível estabelecer um contato suficiente com todo esse segmento populacional, deixando de lado o discurso de “humanização”, porque é impossível afirmar que o enfermeiro consiga

ser responsável por todas essas pessoas. Afinal, talvez o enfermeiro nem conheça as pessoas, que a estratégia afirma que estar sob sua responsabilidade.

Se considerarmos, que a “qualidade da visita” envolve pessoas diferentes na família para ouvir e intervir com promoção, prevenção e recuperação da saúde, presumimos que esses enfermeiros terão um grau de dificuldade em alcançar todos como recomendado pela ESF. É necessário não esquecer que essa ação é fato “*in loco*” e, por isso, mais difícil de ser realizada do que, quando se tem o problema e se planeja a ação.

**❖ Cronograma de Atividades do Enfermeiro na
Estratégia Saúde da Família**

Quadro 8: Atividades e ações desenvolvidas pelos Enfermeiros na Estratégia Saúde da Família – São João de Meriti, Rio de Janeiro, 2008.



Atividades e Ações do Cronograma semanal dos Enfermeiros	Quantidade
Visita Domiciliar	10
Pré-natal	11
Puericultura	10
Preventivo	11
HiperDia (Hipertensos e Diabéticos)	09
Grupo de Controle do Tabagismo	03
Triagem de Exames	01
Administração de assuntos da equipe	01
Planejamento familiar	04
Imunização	01
Livre Demanda	02
Reunião de Equipe	04
Eventos – Educação em Saúde	04
Liberação de exames	01
Saúde da criança	01
Saúde do idoso	01
Saúde da Mulher	01

Os enfermeiros citaram atividades e ações diferenciadas da equipe de Saúde da Família, sendo que nenhuma delas foi citada pela totalidade de enfermeiros (Quadro 8). No exercício dessa ação, o enfermeiro tem como atribuição específica realizar consultas de enfermagem; solicitar exames complementares; prestar assistência integral às pessoas e família na USF; supervisionar as ações do ACS e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade (BRASIL, 2007, p. 46 -7).

Além disso, de acordo com a política da gestão municipal local os enfermeiros das Equipes de Saúde da Família seguem o Protocolo de Ações de Saúde da Família³ (Anexo C), de 24 de março de 2006: pré-natal; preventivo; puericultura; consulta de enfermagem; hiperdia (Hipertensos e Diabéticos); visita domiciliar (priorizando os acamados); reuniões semanais de equipe; capacitação dos ACS e da equipe de enfermagem; educação em saúde (sala de espera e palestras na comunidade, de acordo com a demanda); planejamento familiar; supervisão dos ACS e dos auxiliares ou técnicos de enfermagem; estatísticas; atuação no combate a tuberculose e a hanseníase e vigilância epidemiológica.

Quando analisamos o Quadro 8, as atividades citadas mais comuns são: Pré-natal, Preventivo, Visita Domiciliar, Puericultura e Hiperdia. As demais são citadas por quatro sujeitos ou menos. Ou seja, o padrão de atendimento das unidades segue uma singularidade dada pelo profissional enfermeiro e não o proposto pelo protocolo de ações municipais.

Os enfermeiros de um modo geral não seguem estritamente nem uma orientação (MS) e nem outra (município); eles estabelecem uma relação entre o que essas duas instâncias preconizam. De acordo com suas experiências e prioridades, fazem o que podem e devem fazer, criando novos fluxos, parcerias que resultam

³ Tal protocolo foi estabelecido com base no atendimento de algumas USF que foram tomadas como modelo, por estarem dentro dos moldes da Saúde da Família e por criarem alternativas para melhoria do programa nas unidades.

numa identidade própria. E nesse processo, que é pessoal e singular de um gestor da equipe de saúde da família, os enfermeiros se misturam nas diferentes funções.

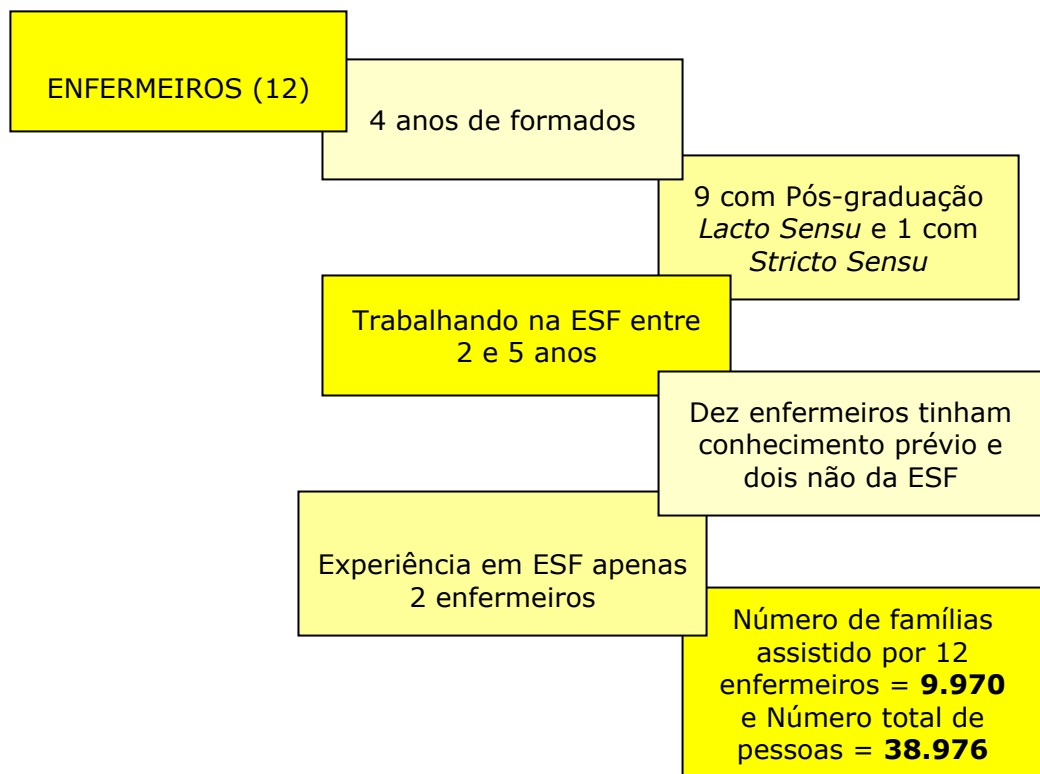


Figura 2: Síntese do Diagnóstico demográfico dos sujeitos e das ações desenvolvidas na ESF

3.1 .1 – A Categoria de Análise e suas Unidades de Registro

Trabalhamos os dados dividindo o estudo em uma única categoria de análise denominada *O OBSERVADO e o INFORMADO: o discurso da DOENÇA e da SAÚDE no movimento da visita domiciliar*, contendo duas UNIDADES de REGISTRO definidas como: I) **Observando o trabalho dos enfermeiros na visita domiciliar – a doença é que define as prioridades** e II) **O que nos dizem os enfermeiros sobre a visita domiciliar.**

- **O OBSERVADO e o INFORMADO: o discurso da DOENÇA e da SAÚDE no movimento da visita domiciliar**

A busca de respostas para nossas questões foi encontrada e carregada de surpresas, até porque, mesmo não afirmando no texto, sempre somos passíveis de enfrentar um obstáculo epistemológico, muito comum em todos nós, que é o de investigar acreditando que já sabemos as respostas.

Quando estamos mergulhados na situação problema tudo aparece mais claro ainda, nos mostrando o que aparentemente não víamos e não sabíamos.

Olhar o que fazem e ouvir o que dizem os enfermeiros que visitam as famílias foi o ponto de apoio no caminho desta investigação. A hipótese assumida de que na visita domiciliar existe sempre um processo educativo nos estimulou a um outro olhar e ouvir, diminuindo a intensidade da hipótese e ampliando novos movimentos no fazer e no entender dos enfermeiros sobre suas práticas na visita.

Acompanhá-los para observar o que fazem e como fazem foi um processo de descoberta e de reflexão, porque mesmo que tenhamos identificado que os enfermeiros têm um CRONOGRAMA e AÇÕES determinados do que fazer, constatamos, que tudo que fazem está voltado para a doença e suas ações são voltadas para identificar e intervir nos sinais e sintomas.

A preocupação com a doença não nos causa estranhamento, pois em muitos estudos os resultados apontam que toda a assistência programada é voltada para sinais e sintomas, tão bem especificado em NANDA ou na produção de conhecimento acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Vale destacar que os dados aqui produzidos estão intimamente ligados a situações EVIDENTES e não há nota sobre as situações não evidentes que são captadas de outra forma.

De acordo com Abdellah (1960, p.6), os problemas evidentes se apresentam como uma condição aparente enfrentada pelo cliente ou família na qual o enfermeiro pode assisti-los ao desempenhar suas funções profissionais. Por exemplo: um

cliente com úlcera por pressão requer cuidado do enfermeiro para promover cicatrização e prevenção do aparecimento de outras. Os não-evidentes são uma condição escondida/encoberta enfrentada pelo cliente ou família, na qual a enfermeira pode assisti-los ao desempenhar suas funções profissionais. Por exemplo: um cliente traqueostomizado que está impossibilitado de dormir à noite devido a sua ansiedade de estar sozinho e impossibilitado de pedir ajuda caso a cânula esteja obstruída com secreções. O evidente aqui é a angústia que o enfermeiro deve identificar e encontrar meios para aliviar.

l) UNIDADE de REGISTRO: observando o trabalho dos enfermeiros na visita domiciliar – a doença é que define as prioridades

Fomos a 40 domicílios selecionados, sendo realizadas 37 visitas domiciliares, porque em três locais não havia ninguém em casa. Não é rotina em todas as visitas domiciliares avisar previamente que a mesma será realizada.

Cabe ressaltar que não foi possível acompanhar duas enfermeiras de uma mesma USF, pois a área coberta estava passando por um período de grande violência urbana.

Os enfermeiros escolheram o melhor dia da semana dentro do seu cronograma de atividade para que pudéssemos acompanhar e supervisionar um turno de visita domiciliar.

O número de visitas domiciliares acompanhadas não foi sugerido ou solicitado aos enfermeiros, eles tiveram a liberdade de atuar livremente de acordo com a demanda da unidade e com a sua realidade.

Constatamos que a maior parte dos enfermeiros realiza suas visitas domiciliares no período da manhã (7 sujeitos) em relação ao período da tarde (3 sujeitos).

❖ **CARACTERIZAÇÃO DO QUE VIMOS -**

Conhecendo um pouco das Áreas Visitadas

Os ambientes das visitas domiciliares favorecem e permitem a atuação dos enfermeiros de forma satisfatória. Todos os domicílios visitados são construções de alvenaria, com bom acesso, as ruas pavimentadas que facilitam o percurso devido e possuem esgotamento sanitário (Tabela 5). Apesar disso, o enfermeiro deve ter um bom preparo físico para caminhar e percorrer trechos de subidas e descidas, sob sol quente por até quatro horas, num turno de visita domiciliar. Embora as ruas fossem

pavimentadas, nem sempre estavam em bom estado de conservação. Existem buracos, muita poeira e movimento do trânsito em algumas ruas.

Não podemos deixar de pensar que a saída da unidade de trabalho e o trabalho externo envolvem outros fatores de risco para o trabalhador relacionados ao aumento de acidentes e à violência urbana.

Em compensação, o caminhar pela área adstrita é uma forma de acompanhar a organização daquelas famílias cadastradas na comunidade, diagnosticar situações de risco ambiental, conhecer as facilidades e as dificuldades das comunidades com relação ao acesso e à vida social (o dia-a-dia).

Tabela 5: Local de moradia das pessoas visitadas – São João de Meriti, Rio de Janeiro, 2008.

Local de moradia	<i>fi</i>	%
Rua	36	97
Vila	-	-
Beco	1	3
Encosta	-	-
Outros	-	-
Total	37	100

Tabela 6: Presença de situação de risco no domicílio visitado – São João de Meriti, Rio de Janeiro, 2008.

Tipo de moradia	<i>fi</i>	%
Sim	9	24
Não	28	76
Total	37	100

Quadro 9: Tipo de risco presente nos domicílios – São João de Meriti, Rio de Janeiro, 2008.

Riscos	Quantidade
Violência	7
Enchentes	1
Precariedade da estrutura domiciliar e sujidade	1
Reside em construção abandonada (invasão)	1

Em 24% das visitas domiciliares identificamos situação de risco (Quadro 9) para a comunidade e para o enfermeiro, que se insere nessa realidade domiciliar. Risco é um conceito de probabilidade e significa a chance que um indivíduo ou uma população tem de sofrer um dano está associada às condições de vida dos indivíduos ou famílias (AKERMAN e BOUSQUAT, 199, p.114).

O fator preocupante fica no que se refere à segurança deste profissional ao transitar pelas comunidades, pois 19% dos locais que visitamos são áreas com alto índice de violência urbana. A violência é reconhecida como questão social e de saúde pública em todos os países (SCHRAIBER, OLIVEIRA e COUTO, 2006, p.113).

Velho (2000, p.57) diz que sem dúvida a pobreza, a miséria e a iniquidade social constituem, historicamente, campo altamente propício para a disseminação da violência. Podemos dizer que a violência identificada durante a visita domiciliar é estrutural, pois é resultante da metropolização, da deteriorização urbana e das desigualdades nas condições de vida (SCHRAIBER, OLIVEIRA e COUTO, 2006, p.116).

Todas as consequências decorrentes de violência social que colocam em risco as condições de vida das pessoas que ali residem. Nas favelas, nos conjuntos habitacionais e nas periferias, os criminosos fazem praticamente o que querem, sequestrando, estuprando e matando. Não há lugar protegido. Escola, igrejas, templos, quartéis, delegacias são frequentemente invadidos (VELHO, 2000, p.58).

Assim estamos vulneráveis, vítimas de atos moderados e atos severos de violência (SCHRAIBER *et al*, 2002, p.472). Os atos moderados são descritos como: ameaças, sem uso de armas de fogo; agressões contra objetos pessoais; empurrões

e beliscões. E os atos severos: agressões físicas com lesões temporária; agressões físicas com cicatrizes, lesões permanentes e uso de arma.

A população acompanhada mora em áreas onde temos que pedir permissão para entrar ou atender a “códigos de segurança” como vivenciamos quando durante a visita tivemos que atender a orientação dos moradores local para andar com os vidros do carro abertos e piscar os faróis ao avançar por uma rua.

Essas comunidades convivem com a parte visível da violência direta e a invisível que: “não resulta em morte ou lesões graves, mas oprime e gera danos físicos, psicológicos e sociais nos indivíduos que se encontram submetidos de forma crônica aos abusos” (SCHRAIBER, OLIVEIRA e COUTO, 2006, p.116).

Para Akerman e Bousquat (1999), os espaços de violência urbana carentes de serviços públicos fazem com que a população local, privada da ação do poder público, torne-se presa fácil de grupos criminosos que passam, em substituição ao poder público a oferecer benefícios na área social.

E nós, ao trabalharmos nessas áreas, somos obrigados a está “de acordo” com os grupos detentores do poder local e, ao mesmo tempo, não podemos negar também o poder instituído pelas forças de segurança do Estado. Acabamos sendo orientados por estes dois lados.

A população também enfrenta o risco de enchentes, que é uma situação delicada da estrutura da arquitetura urbana, pois as pessoas realizam ocupações que não possuem escoamento pluvial adequado ou muito próxima de rios e valões.

Identificamos famílias morando em uma construção abandonada dentro da área cadastrada a aproximadamente 100 metros da unidade de saúde. Mesmo sabendo que necessitamos visitá-los, refletimos até que ponto é nosso dever atender com visita domiciliar esse local. Afinal, é uma ocupação ilegal, com condições precárias de segurança e que o governo está se omitindo a regularizar a situação ou retirá-los de lá. Em contrapartida, nós profissionais que estamos em contato direto com essas pessoas não podemos estar indiferentes a essa situação, pois somos profissionais com o compromisso ético-profissional de cumprir não só o dever instituído.

Quadro 10: Visitas Domiciliares realizadas pelos Enfermeiros em um turno (manhã ou tarde) – São João de Meriti, Rio de Janeiro, 2008.

Identificação	Quantidade de VD
Sujeito 01*	-

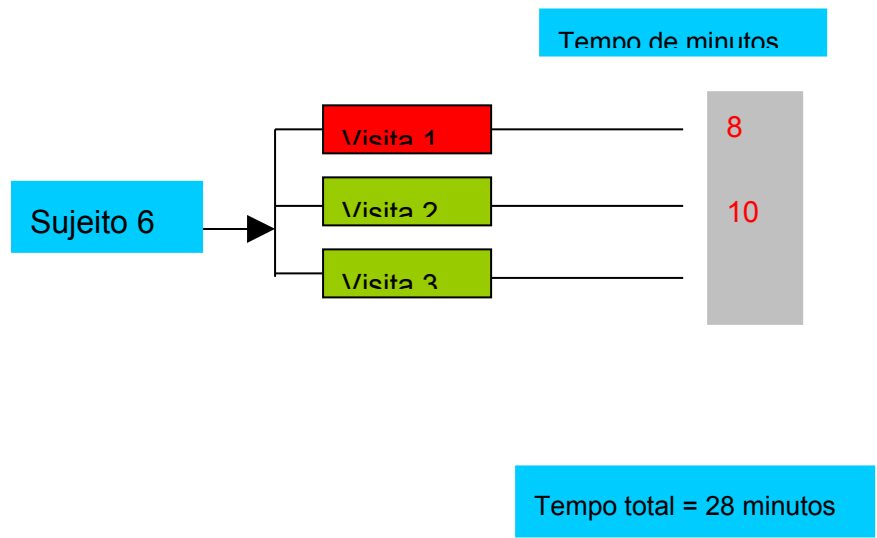
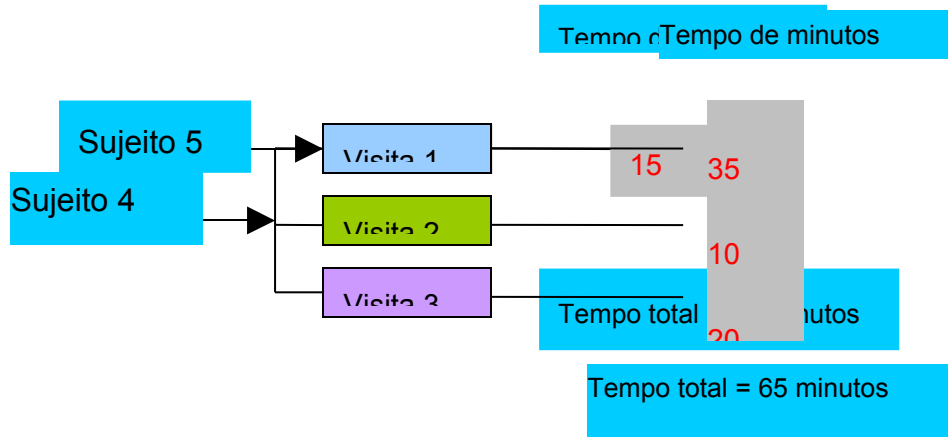
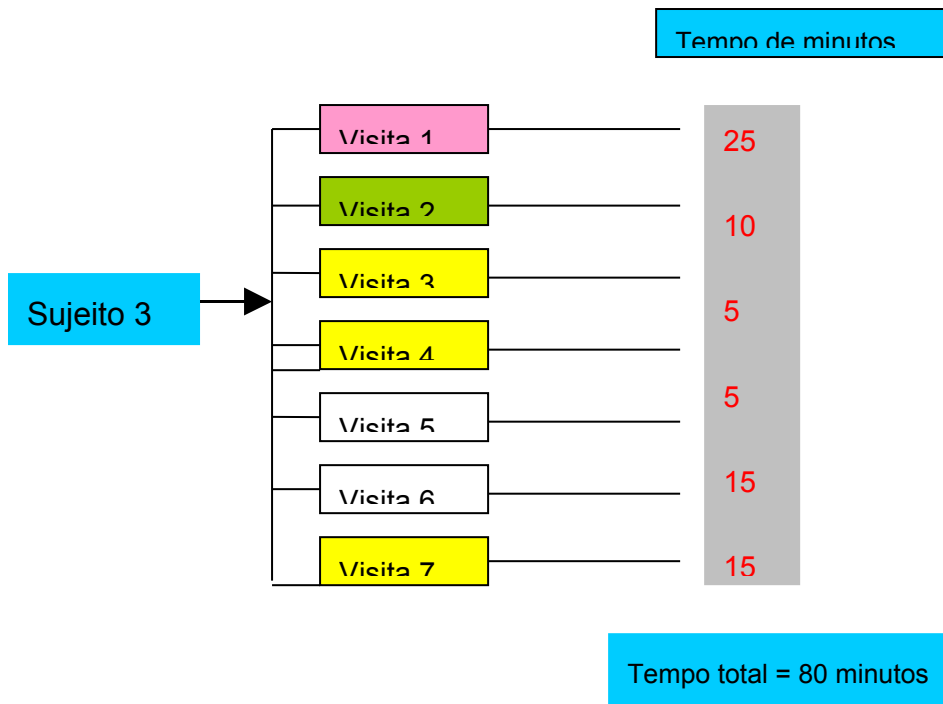
Sujeito 02*	-
Sujeito 03	07
Sujeito 04	03
Sujeito 05	01
Sujeito 06	03
Sujeito 07	03
Sujeito 08	03
Sujeito 09	07
Sujeito 10	04
Sujeito 11	03
Sujeito 12	03

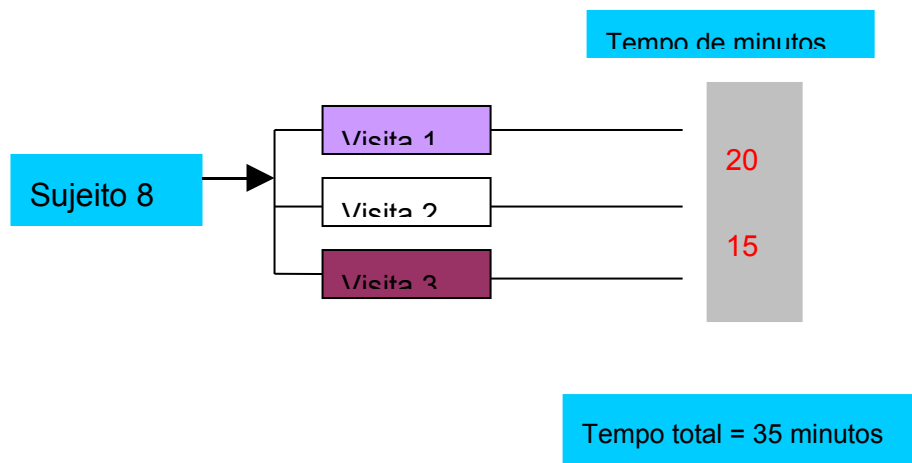
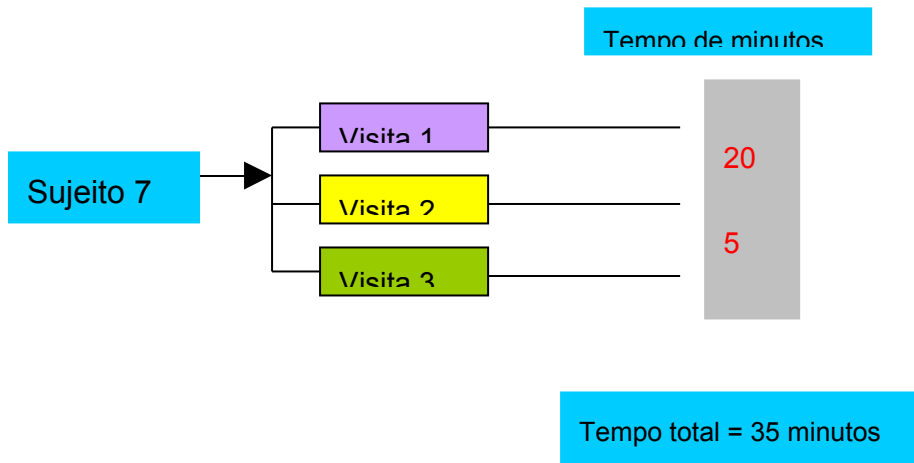
*Não foi possível acompanhar estes enfermeiros na VD, porque suas áreas de atuação passavam por momento de violência urbana.

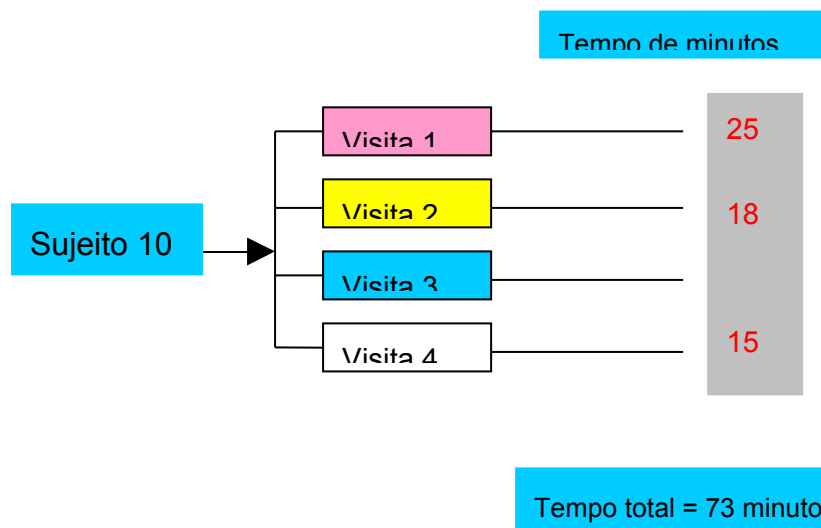
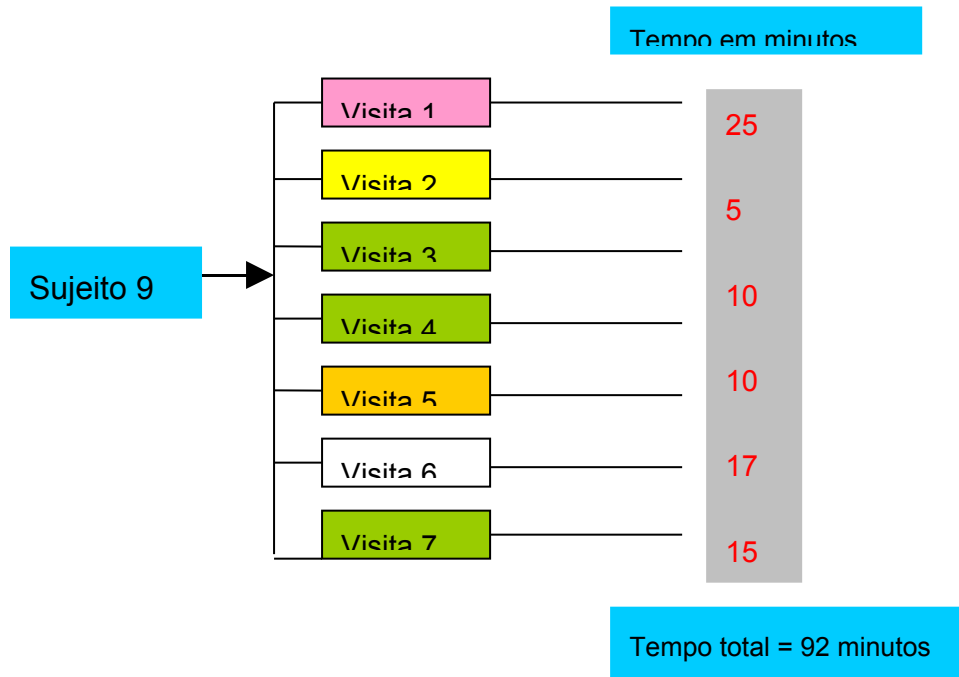
O maior número de visitas por turno de um enfermeiro foi de 7. A média dessas visitas domiciliares foi de 3,8 por turno. Dependendo do local e da distância entre as moradias das famílias, das ações a serem realizadas e se cada visita durar em média duas horas, cada enfermeiro investe em torno de seis horas por dia de trabalho. Com tal jornada lhe faltará tempo para a elaboração do relatório de visitas de forma mais precisa.

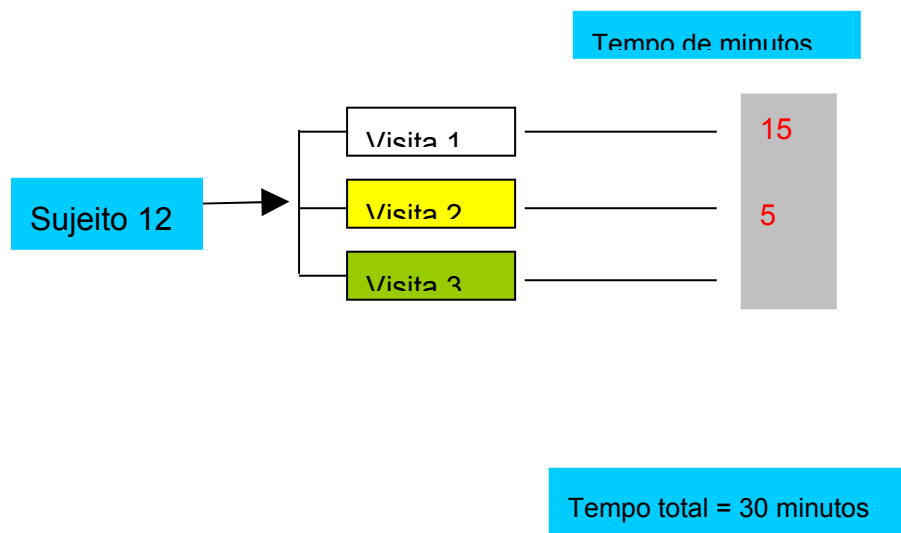
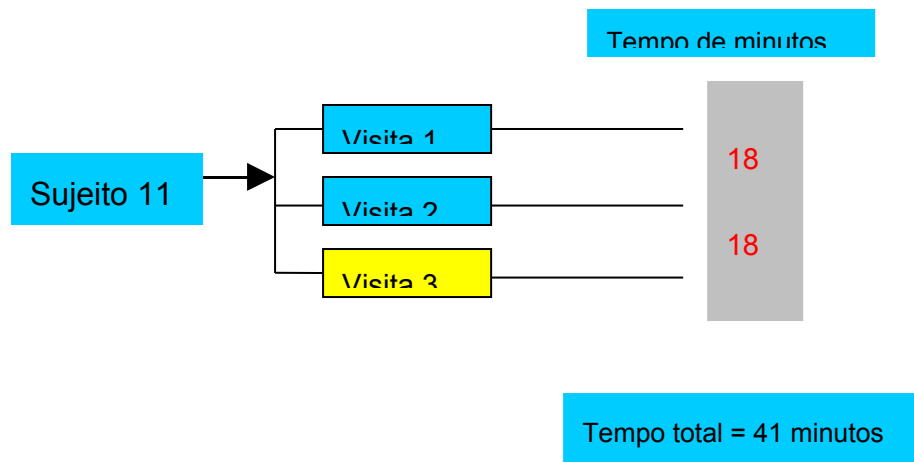
Para uma melhor visualização constatamos o tempo real de uma visita com as ilustrações do Esquema 1.

Esquema 1: Tempo de realização de cada Visita Domiciliar de acordo com a programação dos Enfermeiros – São João de Meriti, Rio de Janeiro, 2008.









Identificamos que, embora cada turno tenha duração de 4 horas, os enfermeiros não conseguem utilizá-lo totalmente. Isto porque, no turno da manhã o enfermeiro, após chegar à unidade e antes de sair para a visita domiciliar, tem que gerenciar situações, atender necessidades dos usuários e dos ACS.

Evidenciamos que o tempo mínimo de atuação dos enfermeiros nas visitas domiciliares foi de 5 minutos e o tempo máximo utilizado de 35 minutos. A reflexão que fazemos é de que aquele que demora cinco minutos numa família vai com uma intenção de fazer alguma coisa, como por exemplo, verificar uma pressão arterial. O que significa dizer que é apenas uma visita domiciliar de controle. Aquela que utiliza trinta e cinco minutos deve desenvolver mais ações, realizar intervenções nos membros da família, dar orientações.

Quadro 11: Caracterização do tempo gasto nas Visitas domiciliares – São João de Meriti, Rio de Janeiro, 2008.

Tempo de realização das Visitas domiciliares		Quantidade
05 minutos	07	
08 minutos	01	
10 minutos	09	
15 minutos	08	
17 minutos	01	
18 minutos	03	
20 minutos	03	
23 minutos	01	
25 minutos	03	
35 minutos	01	

Baseando na
nossa

experiência prática que uma visita de qualidade dure aproximadamente uma hora, onde se avalia membros de uma família e o ambiente familiar; isto sem falar naqueles que podem solicitar intervenções de cuidado como banho, curativos, administração de medicamentos ou quando depende de comunicações com serviço de urgência, fazê-la em cinco ou trinta e cinco minutos é uma realidade de diagnóstico que merece outros estudos. Por isso, pretendemos nesse momento sugerir reflexões de que visita domiciliar é essa realizada em tão curto período tempo, onde se imagina não ser o suficiente nem para se apresentar a família ou nem introduzir o motivo da visita.

Das 37 visitas realizadas, 24,32% utilizou dez minutos. Podemos inferir que talvez este seja o tempo mínimo, não ideal, para a realização de uma visita com todas as ações, de acordo com uma demanda local/real e com orientações (se existissem) de como fazer a visita domiciliar.

Ao mesmo tempo refletimos qual seria o tempo ideal de permanência no domicílio, para se apresentar e iniciar uma conversa (isso se já conhecermos a

situação familiar e da pessoa com o desvio de saúde). Se for uma visita de primeira vez, quando temos que coletar uma história de vida, dinâmica familiar e identificar os sujeitos da família, provavelmente o tempo a ser utilizado aumenta.

E, quando estamos em um espaço de violência urbana, talvez não seja possível utilizar tanto tempo, porque ficar ali significa correr risco de vida, então, a visita não é feita como programada.

Quadro 12: Profissionais que identificaram a demanda das Visitas domiciliares do Enfermeiro – São João de Meriti, Rio de Janeiro, 2008.

Profissional	Qde
Enfermeiro	22
Médico	-
Agente Comunitário de Saúde	19
Técnico de Enfermagem	-
Usuário (cadastrados)	2
Total	43

Não há nenhuma dúvida de que quem identifica a demanda são os enfermeiros e os agentes comunitários de saúde que trabalham sob sua coordenação. O Quadro 12 nos mostra, em algumas situações, que mais de um profissional identifica a demanda por visita domiciliar. Os enfermeiros, seguidos dos ACS, são os profissionais que mais identificam esta demanda pelo que evidenciamos na nossa observação de campo.

Mais uma vez, se tem a confirmação da importância da enfermagem nos Programas de Saúde propostos pelo SUS. Nesse caso é a visita domiciliar que mostra sua importância e amplitude de ação e intervenção.

Um fato inesperado, e que nos chamou a atenção, foi o próprio cadastrado solicitar a visita durante a passagem do enfermeiro em sua rua. Dessa forma, temos uma demanda sentida e direta de VD vinda dos usuários.

Lamentamos, como profissionais de enfermagem que em nenhum dos casos, vimos à presença do técnico de enfermagem nessa identificação. Por todas as unidades que passamos, notamos que os técnicos de enfermagem extremamente voltados para os procedimentos e para as atividades imunização dentro da própria unidade.

De acordo com o Protocolo de Ações do Saúde da Família (Anexo C) o Técnico de Enfermagem tem entre suas atribuições a visita domiciliar junto com o ACS, médico ou enfermeiro, atuando na identificação das famílias de risco; coleta de

sangue no domicílio; teste do pezinho e imunização. Acredita-se que é possível dizer é que os técnicos têm ações já especificadas dentro da unidade da ESF, deixando de participar das visitas domiciliares com os demais profissionais.

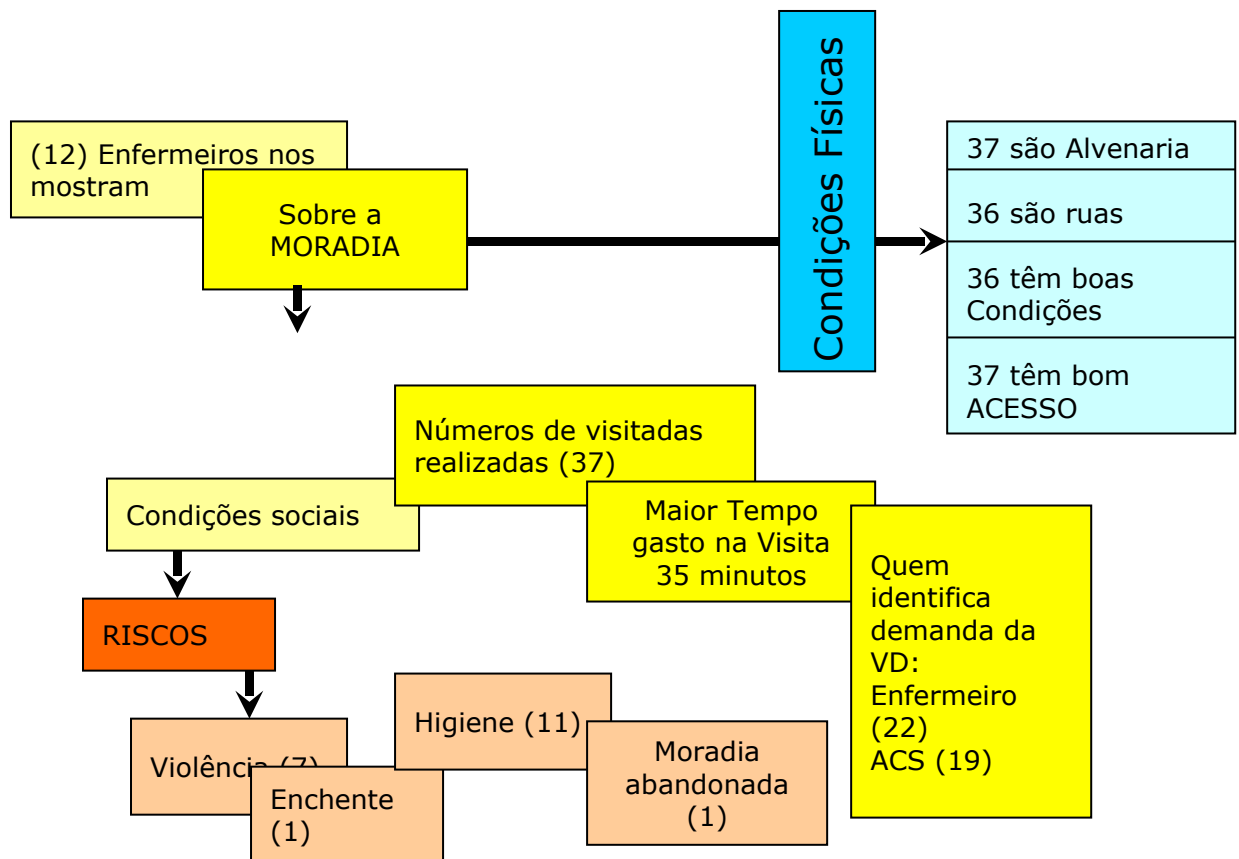


Figura 3: Síntese do Diagnóstico do que vimos – observando o trabalho dos enfermeiros na ESF

Nas informações dos enfermeiros acerca do que os levam a fazer a visita domiciliar, se destacam interesses-motivos que são decorrentes da DOENÇA. Na verdade, eles mostram que a prioridade para a eleição de visitas é a doença e em outras situações as visitas acontecem por solicitação, convite ou vacinação (Quadro 13).

Quadro 13: Caracterização dos motivos para a realização da Visita domiciliar pelo Enfermeiro – São João de Meriti, Rio de Janeiro, 2008.

Identificação	Motivo da Visita Domiciliar
Sujeito 3	Idoso e deficiente visual
	Idosa com Hipertensão arterial sistêmica
	Idosa
	Idosa
	Idoso com Insuficiência Cardíaca congestiva
	Pós fratura de fêmur – mulher adulta
	Doença mental
Sujeito 4	Conhecer o cadastrado que teve Acidente vascular cerebral
	Cadastrado com Hipertensão arterial sistêmica
	Idosa
Sujeito 5	Idoso acamado
Sujeito 6	Suspeita de Tuberculose na família
	Entrega de resultado do Exame preventivo do câncer do colo do útero
	Cadastrado avisou aos vizinhos que estava doente
Sujeito 7	Vacinação e Acompanhamento da Hipertensão arterial da família
	Adulto jovem doente
	Idosas com hipertensão arterial
Sujeito 8	Retardo mental e vacinação
	Rotina
	Pós-acidente vascular cerebral em idosa
Sujeito 9	Rotina
	Alteração no exame preventivo do câncer do colo do útero
	Idoso com hipertensão arterial sistêmica
	Rotina
	Fomos solicitados pelo familiar ao transitar na rua
	Idosa com hipertensão arterial e <i>diabetes mellitus</i>
	Realizar convite para puérpera para atividade educativa

Sujeito 10	Resistência a ir ao médico e retenção urinária
	Idosa com hipertensão arterial sistêmica
	Rotina
	Solicitação da própria cadastrada ao nos ver na rua
Sujeito 11	Idosa acamada e com <i>Diabetes mellitus</i>
	Doença de Parkinson
	Solicitação da cadastrada na rua
Sujeito 12	Pós fratura de fêmur
	Idoso que estava acamado temporariamente
	Rotina

Quadro 14: Representação dos motivos para realização das visitas domiciliares nos domicílios – São João de Meriti, Rio de Janeiro, 2008.

Motivo da VD	Quantidade
Idoso	14
Hipertensão arterial sistêmica	6
Rotina	5
Pós-acidentes	4
Doença mental	2
Vacinação	2
Exame preventivo	2
Suspeita de Tuberculose	2
Solicitação dos cadastrados	2

É possível identificar que a maioria das visitas (14 delas) é para atender idosos com problemas de saúde, seguido de seis atendimentos a pessoas com problemas de hipertensão arterial que presumimos serem estados permanentes do sujeito neste decorrer de sua vida. Porém, temos a presença de motivos que desencadeiam demais ações, assim, é importante destacar que existe uma polissemia de ações desenvolvidas/envolvidas na VD.

Quando os enfermeiros realizam visitas a idosos, pessoas pós AVC(acidente vascular cerebral) e pós fratura de fêmur e um a portador de Doença de Parkinson, podemos fazer uma ressalva que esses são clientes que necessitam de cuidados na área da reabilitação. Mas infelizmente não forma detectadas ações dos enfermeiros nessa área no ambiente domiciliar.

Quando nos referimos aos cuidados fundamentais de enfermagem aplicados à reabilitação, estamos nos detendo aos cuidados profissionais indispensáveis ao resgate das capacidades das pessoas, às suas funções orgânicas e motoras, como também cuidados que possibilitem o resgate social e a integração do sujeito à sociedade, na reconquista da sua cidadania (FERREIRA e ALVIM, 2004, p.1)

Logo o Quadro 14 deveria ser complementado com cinco motivos que nos remetem a necessidade de ações de reabilitação. O processo de reabilitação envolve componentes físicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e profissionais da vida, por isso o processo de reabilitar deve se iniciar o mais breve possível (FIGUEIREDO e MACHADO, 2004, p. 8).

Denominamos de rotina todas as visitas que aconteceram como forma de saber como a família estar, não havendo nesses casos alguma alteração no estado de saúde das pessoas da família ou algum fator merecedor de intervenções de urgência.

O Quadro 15 confirma a doença como motivo principal das visitas domiciliares.

Quadro 15: Clientes atendidos e avaliados pelo Enfermeiro durante a Visita domiciliar – São João de Meriti, Rio de Janeiro, 2008.

Identificação	Visita domiciliar	Clientes atendidos	Intervenções realizadas
---------------	-------------------	--------------------	-------------------------

Sujeito 3	Visita 1	1	Na doença
	Visita 2	1	Na doença
	Visita 3	1	Na doença
	Visita 4	1	Na doença
	Visita 5	1	Na doença
	Visita 6	1	Na doença
	Visita 7	1	Na doença
Sujeito 4	Visita 1	1	Na doença
	Visita 2	1	Na doença e promoção da saúde
	Visita 3	2	Na doença e promoção da saúde
Sujeito 5	Visita 1	1	Na doença
Sujeito 6	Visita 1	2	Prevenção de doença
	Visita 2	1	Promoção da saúde e prevenção de doenças
	Visita 3	1	Na doença
Sujeito 7	Visita 1	3	Na doença e prevenção
	Visita 2	-	Na doença
	Visita 3	2	Na doença
Sujeito 8	Visita 1	2	Na doença e prevenção
	Visita 2	1	Promoção da saúde
	Visita 3	4	Na doença e promoção da saúde
Sujeito 9	Visita 1	2	Promoção da saúde
	Visita 2	1	Na doença e prevenção de doenças
	Visita 3	1	Na doença
	Visita 4	3	Na doença e promoção da saúde
	Visita 5	1	Na doença
	Visita 6	1	Na doença e promoção da saúde
	Visita 7	2	Promoção da saúde
Sujeito 10	Visita 1	2	Na doença
	Visita 2	2	Promoção da saúde
	Visita 3	1	Promoção da saúde
	Visita 4	1	Promoção da saúde
Sujeito 11	Visita 1	2	Na doença
	Visita 2	2	Na doença
	Visita 3	1	Na doença
Sujeito 12	Visita 1	1	Na doença
	Visita 2	1	Na doença
	Visita 3	1	Na doença

Em 37 visitas foram atendidas 53 pessoas que tiveram 45 intervenções ligadas à doença. Isto é, as ações de visitar são decorrentes de doenças e apenas 12 ações (30,18%) são de promoção da saúde e 05 ações (9,43%) prevenção de doenças. O que nos pareceu inesperado é que a visita se aproxima mais de *Home care*, uma vez que é a doença que a norteia.

Também, não podemos desconsiderar a concepção da população nessas comunidades onde a ESF está implantada, uma vez que sem educação a compreensão e o cuidado com a saúde não são prioridades. Quando adoece a clientela quer ser atendida. Isto acontece porque nossa sociedade tem um acesso precário aos serviços de saúde, o que reflete no tipo de atendimento que realizamos nas visitas voltado para um único indivíduo da família, aquele que está doente. Apenas 35% das visitas domiciliares abordaram mais de um membro da família. Assim deixa-se de seguir a filosofia da prevenção na Estratégia Saúde da Família/Atenção Básica.

A prevenção foi pouco evidenciada quando comparada à atuação na doença e até mesmo no âmbito da promoção da saúde.

O que é esperado quando se organizam as visitas domiciliares é que os enfermeiros se fundamentem nas situações-problema de cada família e que a

prescrição da visita esteja voltada para todos que habitam numa mesma casa. Com base neste procedimento, esses enfermeiros deveriam proceder seu plano de intervenção (Quadro 16,18 e 19) que são informações relativas ao que FAZEM na visita domiciliar, destacados como: Procedimentos, Orientações e Educação para saúde.

Quadro 16: Procedimentos desenvolvidos pelos Enfermeiros nas Visitas Domiciliares – São João de Meriti, Rio de Janeiro, 2008.

Sujeito 03
<ul style="list-style-type: none"> - escuta, verificação da pressão arterial, avaliação neurológica; - verificação da pressão arterial, agendamento de coleta de sangue domiciliar; - verificação da pressão arterial, breve histórico do estado de saúde da cadastrada; - verificação da pressão arterial, conversa com os cuidados e agendamento da coleta domiciliar de sangue; - avaliação cutânea, verificação da pressão arterial, conversa com familiares presentes, encaminhamento para angiologista; - verificação da pressão arterial, agendamento da coleta de sangue e da avaliação de fisioterapia; - verificação da pressão arterial.
Sujeito 04
<ul style="list-style-type: none"> - verificação da pressão arterial, verificação da glicemia capilar e avaliação física; - verificação da pressão arterial e avaliação física; - verificação da pressão arterial
Sujeito 05
<ul style="list-style-type: none"> - conversa para avaliação geral, verificação da pressão arterial, avaliação da ferida em membro inferior esquerdo, exame físico e agendamento do curativo.
Sujeito 06
<ul style="list-style-type: none"> - entrega do exame preventivo e verificação da pressão arterial; - conversa, histórico da doença pregressa e atual e encaminhamento para o centro de referência.
Sujeito 07
<ul style="list-style-type: none"> - verificação da pressão arterial, vacinação e conversa; - verificação da pressão arterial
Sujeito 08
<ul style="list-style-type: none"> - conversa sobre o estado dos dois e verificação da pressão arterial, avaliação física, avaliação da cavidade bucal somente de um dos indivíduos; - conversa e verificação da pressão arterial; - conversa com todos e verificação da pressão arterial, avaliação da pele do sujeito com queixa de

prurido.
Sujeito 09
<ul style="list-style-type: none"> - conversa, verificação da data do último preventivo, avaliação dos exames do esposo; - solicitar que retorne ao centro de referência para pegar o resultado do preventivo; - conversa com familiares; - verificação da pressão arterial, conversa e avaliação de úlcera em membro inferior direito; - verificação da pressão arterial e anamnese; - conversa e verificação da pressão arterial;
Sujeito 10
<ul style="list-style-type: none"> - conversa, verificação da pressão arterial e avaliação do estado atual (cliente 1) e temperatura axilar e ausculta pulmonar (cliente 2); - conversa, verificação da pressão arterial, avaliação da medicação, avaliação da pele e da acuidade auditiva; - verificação da pressão arterial, conversa, avaliação das medicações; - conversa, avaliação física, glicemia e verificação da pressão arterial.
Sujeito 11
<ul style="list-style-type: none"> - avaliação de exames dos dois sujeitos, avaliação física, verificação da pressão arterial, agendamento da coleta de sangue e consulta médica, verificação da glicemia capilar; - conversa com a esposa e verificação da pressão arterial; - agendamento da consulta.
Sujeito 12
<ul style="list-style-type: none"> - conversa, anamnese, verificação da pressão arterial, avaliação do histórico da cirurgia e avaliação do ambiente externo (prevenção contra a Dengue); - conversa, avaliação da orientação, avaliação física das queixas e verificação da pressão arterial e glicemia capilar; - verificação da pressão arterial, avaliação da situação do pré-operatório.

Decodificando essas ações as visitas domiciliares indicam, uma ordem – uma sistematização de como FAZEM as ações durante essas visitas (Quadro 17).

Quadro 17: Decodificação dos Procedimentos realizados nas Visitas domiciliares – São João de Meriti, Rio de Janeiro, 2008.

PROCEDIMENTOS DECODIFICADOS	<i>fi</i>
Conversar/Escutar	20
Verificar (sinais vitais)	30
Avaliar (ajuda prestada)	18

Outros	10
--------	----

O Quadro 16 nos mostra que o “COMO” (fazem) envolve 03 procedimentos principais – comunicação/ação/avaliação. Isto nos indica que existe um processo de fazer na VD.

É imprescindível destacar que todos entendem que é preciso interagir com as pessoas para que as tarefas possam ser realizadas, mesmo que a prioridade seja centrada no idoso ou pessoa da família com uma doença.

Quadro 18: Orientações realizadas pelos enfermeiros nas visitas domiciliares – São João de Meriti, Rio de Janeiro, 2008.

Sujeito 03
<ul style="list-style-type: none"> - medicações e sobre o estado geral do cadastrado; - sobre a hipertensão arterial sistêmica; - cuidados gerais e sinais e sintomas da insuficiência cardíaca congestiva; - preparo para a coleta de sangue; - sobre constipação e medicação;
Sujeito 04

- cuidados gerais e medicações e uso do coletor de urina - prevenção de queda no domicílio
Sujeito 06
- coleta de baciloscopia, entrega de material educativo.
Sujeito 07
- Alimentação e os medicamentos;
Sujeito 08
- vacinação e ingesta hídrica; - elevação de membros inferiores e ingesta hídrica
Sujeito 09
- Doenças Sexualmente Transmissíveis; - medicações; - mobilidade e exercícios físicos no domicílio; - orientações de higiene, cuidados com a pele e unhas; - aleitamento materno;
Sujeito 10
- prevenção do câncer do colo e de mama; - realização do preventivo, ingesta hídrica e vacinação contra rubéola para os membros da família; - ingesta hídrica; - acompanhamento médico;
Sujeito 11
- alimentação - sobre a necessidade de acompanhamento com o neurologista

O Quadro 18 nos mostra que as orientações são voltadas para o CUIDADO com o corpo: medicação, alimentação, doenças, procedimentos, cuidados gerais, prevenção, vacinação, higiene, aleitamento materno e ingesta hídrica. Temos uma ênfase nas orientações relacionadas a doenças pré-existentes, alimentação e prevenções de doenças e acidentes no domicílio.

Quando associamos os dados do Quadro 17 com o Quadro 14, as informações sinalizam que as orientações centram-se no indivíduo e não na família e a prevenção centra-se em algumas doenças principais sugeridas nos programas propostos pelo Ministério da Saúde.

Quadro 19: Educação em Saúde realizada pelos enfermeiros nas visitas domiciliares – São João de Meriti, Rio de Janeiro, 2008.

Sujeito 03
- Tema emergente sobre hidratação da pele.
Sujeito 04
- a <i>Diabetes mellitus</i> e as medicações
Sujeito 06
- Tuberculose;
- Exame preventivo do câncer do colo do útero.
Sujeito 09
- Aleitamento materno
Sujeito 10
- A importância da ingestão de água.

As ações de Educação para Saúde são pontuais e individuais e não se apresentam como ações para família, como ponto central da ESF e dizem respeito a: Aleitamento materno, Tuberculose, Preventivo de câncer do colo do útero, *Diabetes mellitus* e Ingesta hídrica. Não há informações sobre como fazem isso. A idéia que temos é de que ela surge no plano da conversa na visita, diante de uma situação problema instalada.

No entanto, é possível perceber que existe uma ordem nas ações nas visitas (Figura 4) onde os enfermeiros executam situações de intervir, orientar e educar como pontos centrais das visitas. E, que durante estas ações muitas situações podem acontecer e isso está acordo com o que Carvalho (1973, p.103) diz:

[...] as situações de enfermagem, com todos os seus fatores influentes e intercorrentes e perfeitamente inter-relacionados não podendo ser pré-elaboradas e arbitrariamente rotuladas, fatalmente terão que configurar-se a partir das próprias funções dos enfermeiros (fazer, orientar é educar); fora desta perspectiva elas não têm sentido. Evidentemente, os enfermeiros, através do criterioso desempenho de suas funções, sejam quais forem as realidades em que se encontrem engajadas, em vez de meros expectadores ou executores, tornam-se efetivamente os criadores e modeladores das situações de enfermagem que vivem, e de que participam [...].

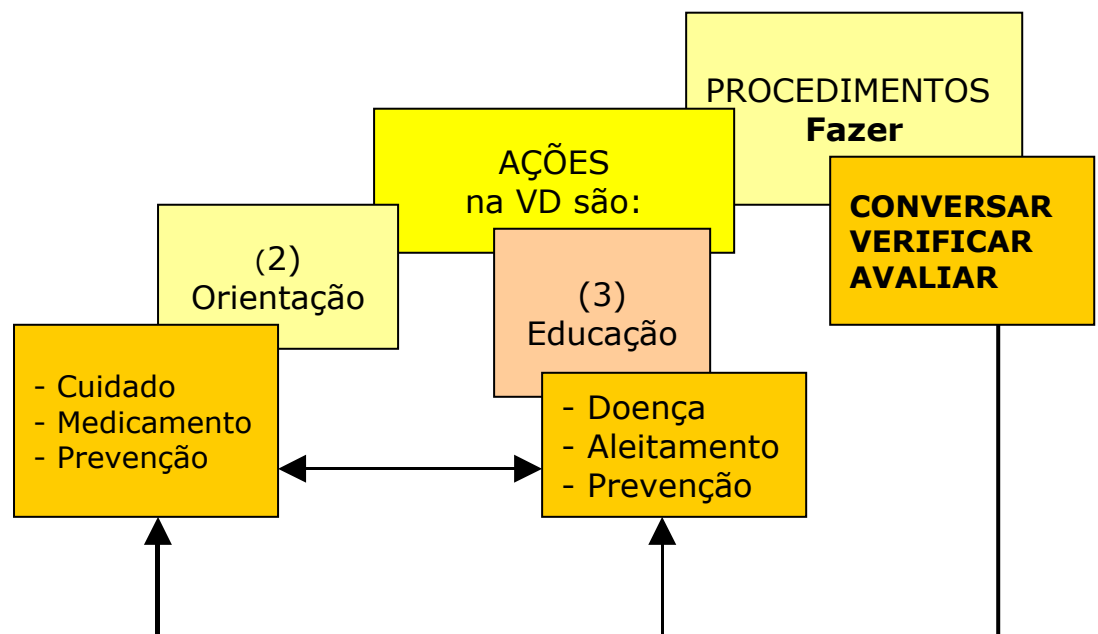


Figura 4: Síntese do Diagnóstico do que fazem – Caracterização das AÇÕES na Visita domiciliar

II) UNIDADE de REGISTRO: o que nos dizem os enfermeiros sobre a visita domiciliar

Depois de acompanharmos os enfermeiros em atuação nas visitas domiciliares, procuramos saber deles, como eles entendem e realizam a visita na ESF. Dessa forma, perguntamos a eles sobre:

- A inserção da visita domiciliar nas atividades do enfermeiro;
- As ações desenvolvidas nas visitas domiciliares;
- Como se trabalha a Saúde da Família na visita domiciliar;
- As prioridades e os critérios para realizar uma visita domiciliar; e
- Promoção da Saúde e a visita domiciliar na ESF.

Com isso, os enfermeiros deixaram que soubéssemos que a visita domiciliar é atividade, é ação, é um trabalho na saúde da família que tem prioridade e critérios além de promover saúde, como algo definido na teorização desta estratégia.

Os enfermeiros demonstram no seu discurso, que a visita tem um movimento no cronograma de atividades da ESF. De acordo com 50% dos entrevistados as visitas acontecem toda semana, mas não necessariamente de acordo com o número de turnos programados no cronograma de atividades. Isso está relacionado ao quantitativo de recursos humanos ou atividades emergenciais, que dizem respeito a alguns fatores que podem influenciar para que a visita não aconteça como planejado, como por exemplo: dias chuvosos; atividades extras como reuniões ou capacitações no horário destinado às visitas domiciliares; ausência de outro enfermeiro para ficar na unidade; intercorrências na própria unidade que necessitem de intervenção do enfermeiro e devido à violência urbana.

Os relatos dos enfermeiros confirmam o que acabamos de definir como dificuldades no planejamento do horário destinado às visitas.

“[...] a gente estava se preparando para fazer uma VD e o paciente se acidentou próximo aqui da unidade e você tem que fazer todo um tramite com a SAMU [...]” E.11.

“em alguns dias não é possível cumprir o cronograma, pois podem surgir atividades que não estão agendadas como reuniões, capacitações etc”. E04

“[...] eu tenho uma ‘favorável’ que às vezes você planeja e é cancelada por um cidadão de ‘força’ maior”. E.11

Este último relato é um discurso implícito que pode ser entendido como uma questão de poder, mostrando que somos de certa forma “controlados” pela situação da violência urbana.

Assim a visita domiciliar acontece toda semana, porém não acontece em todos os turnos definidos em suas escalas, porque os enfermeiros tanto trocam de dias como trocam com os colegas o horário de ir para a visita. Isto se justifica, pois um enfermeiro explicou que sempre deve ficar um na unidade, ou seja, os enfermeiros de uma mesma unidade não podem fazer visita domiciliar no mesmo horário.

Entendemos a partir do discurso dos enfermeiros que a visita tem um cronograma definido, onde ocorrem atividades definidas, principalmente, para atender uma doença.

O Quadro 20 apresenta através do relato dos enfermeiros quantas visitas domiciliares normalmente eles conseguem realizar em cada turno.

Quadro 20: Número de visitas realizadas por turno de acordo com o relato dos Enfermeiros – São João de Meriti, Rio de Janeiro, 2008.

		Domicílios Visitados por turno	Quantidade
Apenas um enfermeiro diz ter sido possível visitar todos os domicílios da sua área		Sujeito 01	12
		Sujeito 02	3
		Sujeito 03	8
		Sujeito 04	5
		Sujeito 05	4
		Sujeito 06	6
		Sujeito 07	10
		Sujeito 08	8
		Sujeito 09	10
		Sujeito 10	8
		Sujeito 11	5
		Sujeito 12	6

adscrita, os demais ainda não conseguiram visitar todos os domicílios. Isso confirma o que constatamos na primeira Unidade de Registro, onde os enfermeiros têm um grande quantitativo de pessoas cadastradas para visitar e Cuidar.

O protocolo de ações do município (Anexo C) propõe que em cada turno o enfermeiro faça oito visitas, porém identificamos que há um número específico para cada enfermeiro e que 67% deles dizem que conseguem fazer mais de cinco visitas por turno. Os enfermeiros fazem ressalva a respeito desse quantitativo, que não é uniforme e depende do caso, da demanda de ações e intervenções que serão necessárias. Podemos associar o que os enfermeiros dizem com as duas formas de se planejar a visita domiciliar, propostas por Santos *et al* (2008, p.69):

- a) visita domiciliar fim – com objetivos específicos de atuação, como a atenção domiciliar terapêutica e a visita a pacientes acamados;
- b) visita domiciliar meio – na qual se realiza, entre outras, atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, por meio das abordagens de educação em saúde.

Os enfermeiros do nosso estudo têm a visita como uma atividade complementar à unidade, um instrumento que auxilia conhecer as pessoas, captar informações sobre os usuários, enfim ela pode ser vista como um ponto de partida para o trabalho na comunidade. Isto porque, permite conhecer a realidade dos micros espaços dos usuários inseridos no macro espaço da comunidade (ruas, avenidas, becos, vilas, encostas, tipo de moradia, saneamento básico). A visita domiciliar é capaz de estimular o corpo e aguçar os sentidos para o SENTIR e o VER.

“É o ponto de partida de todo trabalho”. E.04

“Na VD você consegue captar coisas que dentro do consultório você não capta.”

E.05

Em contrapartida, ainda nos utilizamos a visita como instrumento para tratar de doentes e de uma forma muito “tímida” para atuar na prevenção das doenças ou na promoção da saúde. Talvez tenhamos dificuldade em ampliar nossas ações durante a visita, porque procuramos manter um olhar fixo no problema que nos levou até o domicílio.

Não nos desvencilhamos do olhar sobre as doenças, muito presente, dando prioridades para visita a acamados e a doentes crônicos.

“Observo se o paciente é acamado, impossibilitado mesmo de vim aqui.” E.09

“A gente ainda está focado em ver o doente.” E.11

“[...] por mais que a gente não queira, mas a gente tem uma doença e um olhar para esse tratamento [...]” E.11

Apenas um enfermeiro reporta a consulta de enfermagem para a visita domiciliar, mas quando analisamos o tempo que ele leva em suas visitas identificamos que a consulta de enfermagem teria necessariamente que levar mais tempo.

Das ações que são desenvolvidas nas visitas domiciliares, uma delas envolve CONVERSAR e ESCUTAR, e a partir disso os enfermeiros podem está direcionando-a para uma CONSULTA de ENFERMAGEM, porque falam de intervenção e avaliação. Mas não de uma intervenção que Carvalho (2006, p.172) chama de resolução de situações-problema que inclui:

- Abordagem inicial (**Conversar e a Escuta**);

- Levantamento (**Coleta de dados**) da ambiência e do cliente;
- Diagnóstico da situação de saúde do ambiente e do cliente (do indivíduo doente);
- Planejamento das intervenções para resolução dos problemas envolvidos;
- Execução das intervenções;
- Avaliação da ajuda prestada (**eles avaliação dos clientes acerca da doença que tem, não da ajuda que prestam**).

Se levarmos em consideração as orientações supramencionadas por Carvalho, com certeza a visita seria uma atividade que levaria um período de tempo maior do que o constatado na primeira Unidade de Registro. E, também dificilmente o enfermeiro daria conta de realizar tantas visitas (Quadro 20).

A visita domiciliar também foi relatada por um enfermeiro como de “imediate”, ou seja, é uma atividade que embora tentemos programar, existe uma rotatividade e agrega casos fora das rotinas dos atendimentos prioritários para o domicílio.

O enfermeiro pode detectar esta demanda através de cadernos ou agendas, que organiza, onde tem a relação dos casos prioritários através da percepção durante os atendimentos individuais na unidade e até mesmo dos cadastrados que solicitam os profissionais da equipe.

Dois enfermeiros afirmam utilizar alguns critérios para fazer a seleção/análise da demanda de visita gerada pelos ACS. Um deles alega que avalia o caso, e se for realmente necessário, ele a realiza. O outro avalia a distância das casas em relação

à unidade para planejar aonde ir primeiro e por último. Na verdade, esses enfermeiros fazem uma triagem dos casos que os ACS identificam e trazem para discussão. Nesta triagem, nos parece que o tempo é fator limitador. Caso contrário, poderiam ir a todos os casos que os ACS solicitam, mas possivelmente, não se tem tempo para atender todas as solicitações.

As visitas seguem um cronograma, pois é planejado um horário para seu acontecimento como qualquer outra atividade da unidade. Porém é comum que ela aconteça fora do horário previsto, depois do horário de trabalho e no dia de campanha de vacinação (aos sábados). Podemos inferir que o planejamento das visitas domiciliares segue protocolos, que na verdade são facilmente “quebrados” devido à realidade que é muito instável e flexível. Por isso, a visita é um movimento onde seguir o cronograma nem sempre é o mais indicado.

De acordo com os enfermeiros a demanda das visitas domiciliares surge dos ACS, de familiares e deles próprios.

Quadro 21: Profissional que identifica a demanda da Visita domiciliar do Enfermeiro – São João de Meriti, Rio de Janeiro, 2008.

Categoria profissional	Quantidade
Enfermeiro	7
Agente Comunitário de Saúde	12
Familiares	1

Embora todos os enfermeiros relatem que o ACS é o profissional que mais identifica situações que necessitem de visita domiciliar, alguns identificam uma demanda através da consulta na unidade ou por solicitação de familiares que vêm à unidade procurá-los.

Geralmente, a demanda e as necessidades das visitas são trazidas pelos ACS, porque seu trabalho é nas ruas e nos domicílios diariamente, tendo um contato direto com a população adscrita. A visita para os ACS é uma atividade obrigatória na ESF.

A demanda que o ACS encaminha aos enfermeiros dá ênfase aos “problemas” que eles julgam ter que resolver, ou seja, exigem uma resolução seja por uma ação direta da equipe ou indireta, envolvendo demais instâncias da rede social.

Todos os enfermeiros relataram que a qualquer hora é possível fazer uma VD, saindo da rotina programada devido a casos de urgência, emergência ou pela demanda da situação do cadastrado; como o relato abaixo:

“Quase sempre acontecem fora dos turnos, pois alguns usuários necessitam mais que uma visita por semana, e o cronograma não cobre.” E.12

Após analisarmos como a VD está inserida no universo das demais atividades dos enfermeiros, procuramos conhecer as ações que são desenvolvidas na VD.

Quadro 22: Ações que os Enfermeiros desenvolvem nas Visitas Domiciliares na Estratégia de Saúde da Família – São João de Meriti, Rio de Janeiro, 2008.

Ações que os enfermeiros desenvolvem nas visitas domiciliares	Evocações
Orientações sobre o uso das medicações	2
Verificação de Pressão arterial	4
Orientações sobre alimentação	4
Ações de Vigilância Sanitária	3
Olhar o ambiente como um todo	3
Coletar informações ao transitar	1
Ações técnicas	1
Orientações sobre patologias	1
Verificação da necessidade de exames complementares	1
Orientação no sentido de higiene	1
Ações educativas	2
Verificação do Cartão de Vacinas	2
Orientações sobre prevenção	1
Verificação da situação escolar das crianças	1
Verificação da certidão de nascimento	1
Busca dos casos de Tuberculose	1
Procurar ouvir	1

O Quadro 22 confirma os dados observados e discutidos na primeira Unidade de Registro, onde identificamos a AÇÃO de visitar do enfermeiro pautada no VERIFICAR, AVALIAR, ESCUTAR/CONVERSAR.

Eles citam como orientações mais comuns: uso de medicações, alimentação e higiene. Essas orientações são muito presentes nos grupos mais visitados por esses enfermeiros que são idosos e hipertensos.

Os enfermeiros afirmam que fazem orientações para promoção da saúde, porém afirmam isso se referindo a prevenção e orientações sobre doenças, hábitos de higiene e alimentação como as citações a seguir:

“Sim, quando se faz orientações para prevenção das doenças.” E.01

“Sempre, higiene, reeducação alimentar, cuidados com a casa de um modo geral, lazer.” E.05

Santos *et al* (2008, p.73) afirmam que a educação em saúde, comprometimento e mudanças de hábitos compõem as categorias exigidas para se instituírem ações e práticas de promoção de saúde na ESF.

Identificamos, através do discurso dos enfermeiros, que muitas das suas ações se definem no momento em que chegam na visita domiciliar, após iniciarem um diálogo com as pessoas da família.

Os enfermeiros relatam que já realizaram na visita ações que fogem⁴ da ação específica da enfermagem como apresenta o Quadro 23 e os relatos a seguir.

“[...] a gente ‘assume’ as profissões. Isso porque a gente acaba se envolvendo com a família, a gente sofre muito.” E.11

Quadro 23: Ações que os enfermeiros relatam que fogem a sua atuação específica na Visita domiciliar – São João de Meriti, Rio de Janeiro, 2008.

Ações que fogem a atuação do Enfermeiro	Evocações
Virar mãe	1
Realizar funções de ACS	1
Ações de Assistência Social	4
Ser Psicólogo	2
Dar faxina na casa para conseguir realizar um curativo	1
Dar banho	2
Preparar a alimentação	1
Total	12

Alguns dos pontos citados são atribuições do enfermeiro no cuidado ao cliente, porém não tão comuns na prática domiciliar da ESF. Então dessa forma, o ponto central da atenção deles são as condições dos clientes e se interrogam quando surgem clientes que necessitam de banho ou quando o ambiente necessita

⁴ Utilizamos o verbo fugir com o sentido de falar das atribuições que não são específicas do enfermeiro na ESF.

de higiene, refutando a idéia de que são eles que devem banhar ou cuidar do espaço. Os enfermeiros não conseguem pensar que essa é uma situação de educação e deveriam aproveitar a oportunidade para falar sobre o cuidado com o corpo na promoção da saúde e dos riscos de um ambiente não cuidado. Pareceu-nos que não há tempo para isso, já que a média de visita em minutos é muito pequena (10 minutos).

Mesmo que as evidências do estudo direcionem a doença como prioridade principal nas visitas domiciliares, os enfermeiros possuem um OLHAR para o seu redor e além das patologias. Eles procuram observar:

- Condições de moradia: o ambiente com um todo;
- Saneamento básico;
- Estrutura familiar;
- Situação sócio-econômica da família;
- Higiene da casa e das pessoas;
- Cultura e Religião; e
- Presença de animais.

Esse olhar é indispensável quando planejamos atuar desenvolvendo ações para famílias como parte de comunidade.

Quando observamos os enfermeiros nas visitas constatamos que a maioria consegue desenvolver ações com um único indivíduo da família e em menor proporções chegam a atuar com duas pessoas de uma mesma família. Isso foi uma confirmação da hipótese que trazíamos de uma experiência prática, onde nos questionamos se realmente conseguimos desenvolver ações para a família.

Três enfermeiros dizem que ainda não conseguem ver suas ações voltadas para a família e afirmam que isso ainda é uma utopia, que se acaba vendo o indivíduo isolado e que se continua trabalhando com o individualismo.

“[...] mas nós não trabalhamos na família e sim, no indivíduo inserido nela.”

E.03

“Mas eu não vejo que é uma coisa que envolve a família todo como um todo.”

E.11

“A gente ainda trabalha no individualismo, no individual [...]”E.09

Outros enfermeiros afirmam que fazem ações destinadas para a família como: palestras; tudo o que se faz é para a família; mudança de hábitos e costumes; ações educativas; as orientações e prevenção. Podemos dizer que estes são aspectos que se inserem na Educação em Saúde.

Para Pereira (2005, p.26)

[...] nós da enfermagem intervimos no processo saúde-doença numa perspectiva de Promoção da Saúde e para uma boa prática educativa, é preciso considerar alguns aspectos, isto, se entendermos por ações educativas as práticas de ensino aprendizagem desenvolvidas junto à população com a finalidade de debater e promover a tomada de decisão em relação a atitudes e práticas de saúde, através de reflexão crítica de ambos os atores.

Finalmente, Pereira (2006) afirma que cada situação educativa deve considerar:

- presença dos sujeitos – o que ensina e que aprende;
- objetos de conhecimento – conteúdos a serem ensinados;
- objetos mediatos e imediatos – que orientam a prática educativa;
- métodos, processos e técnicas de ensino, materiais didáticos.

Na visita domiciliar ensinamos ao transmitir conhecimento científico, mas também aprendemos muito sobre a forma de passar conhecimentos a partir da dinâmica familiar. Para cada situação, desenvolvemos ações específicas e propícias.

Nos relatos dos enfermeiros as prioridades para realização das visitas se misturam com alguns critérios citados, o que nos faz acreditar que critérios e prioridades se misturam no movimento de realização da mesma.

Quadro 24: Prioridades para o Enfermeiro realizar Visitas Domiciliares – São João de Meriti, Rio de Janeiro, 2008.

Prioridades	Evocações
Tudo	1
Acamados	9
Hipertensos controlados e os que fazem uso irregular das medicações	4
Criança: com risco nutricional, que não comparece as consultas e prematuras.	5
Gestantes e gestantes que faltam ao pré-natal	3
Pacientes em tratamento de tuberculose ou hanseníase	5
Obesos	1
Idosos	4
Pacientes que chegam de hospitalizações	1
Diabéticos	3
Deficientes físicos	2
Paciente com múltiplas complicações ou neurológicos	2
Evasões de tuberculose ou DST/AIDS	1
Puérperas	2
Adolescentes	1
Pessoas com patologias	1

Três enfermeiros dizem que não utilizam critérios. Os demais citam como critérios:

- Hipertensos;

- Diabéticos;
- Criança com problema;
- A falta de tempo;
- Quadro clínico pior;
- Familiares com dificuldade para cuidar do paciente;
- A patologia associada ao estado de saúde;
- Os pacientes mais graves;
- A ordem do percurso, de acordo com a localização das casas que pretendemos visitar;
- Usuários sem condições de chegar à unidade; e
- A indicação do ACS.

Os enfermeiros percebem que para fazer Promoção da Saúde ou tentar se aproximar desta ação é preciso conhecer, sentir, vivenciar o ambiente e a relação familiar. Eles afirmam que somente com a visita a situação familiar vai se revelando para o profissional de saúde. A partir disso, conseguimos formular ações diretas e específicas para cada família. Todos afirmam que não há como pensar em promoção da saúde sem a visita.

Fazer promoção da saúde é movimentar a sociedade e aproximar as políticas de estado numa ação transversal. Consiste em um trabalho

de diagnóstico dos problemas, no planejamento e aplicação das estratégias, e no monitoramento e avaliação dos resultados. (SANTOS *et al*, 2008, p.52).

Pelo que pudemos analisar e interpretar dos dados, os enfermeiros misturam os conceitos de prevenção e promoção, reportando a promoção, principalmente para o conceito de educação em saúde. As ações desenvolvidas por esses profissionais na visita ainda não são suficientes para atingirmos o conceito de promoção da saúde.

Identificar que os visitantes priorizam a doença no programa é perfeitamente compreensível porque desde os primórdios da formação dos enfermeiros que a atenção para doença tinha maior destaque como também conhecer a doença e intervir sobre ela é que dava e ainda dá dos enfermeiros o destaque e o *status* que eles almejam.

Nesta categoria nos parece, embora não especificado, que o motor impulsionador das visitas domiciliares são situações problema. Os enfermeiros mostram ter em seus “inconscientes programados” o que vão fazer. Dessa forma, por mais que relatem que realizam promoção da saúde nas visitas, observamos que essa lógica não se efetiva na maioria dos casos. Existe um movimento entre o que se faz e o que se pretende fazer.

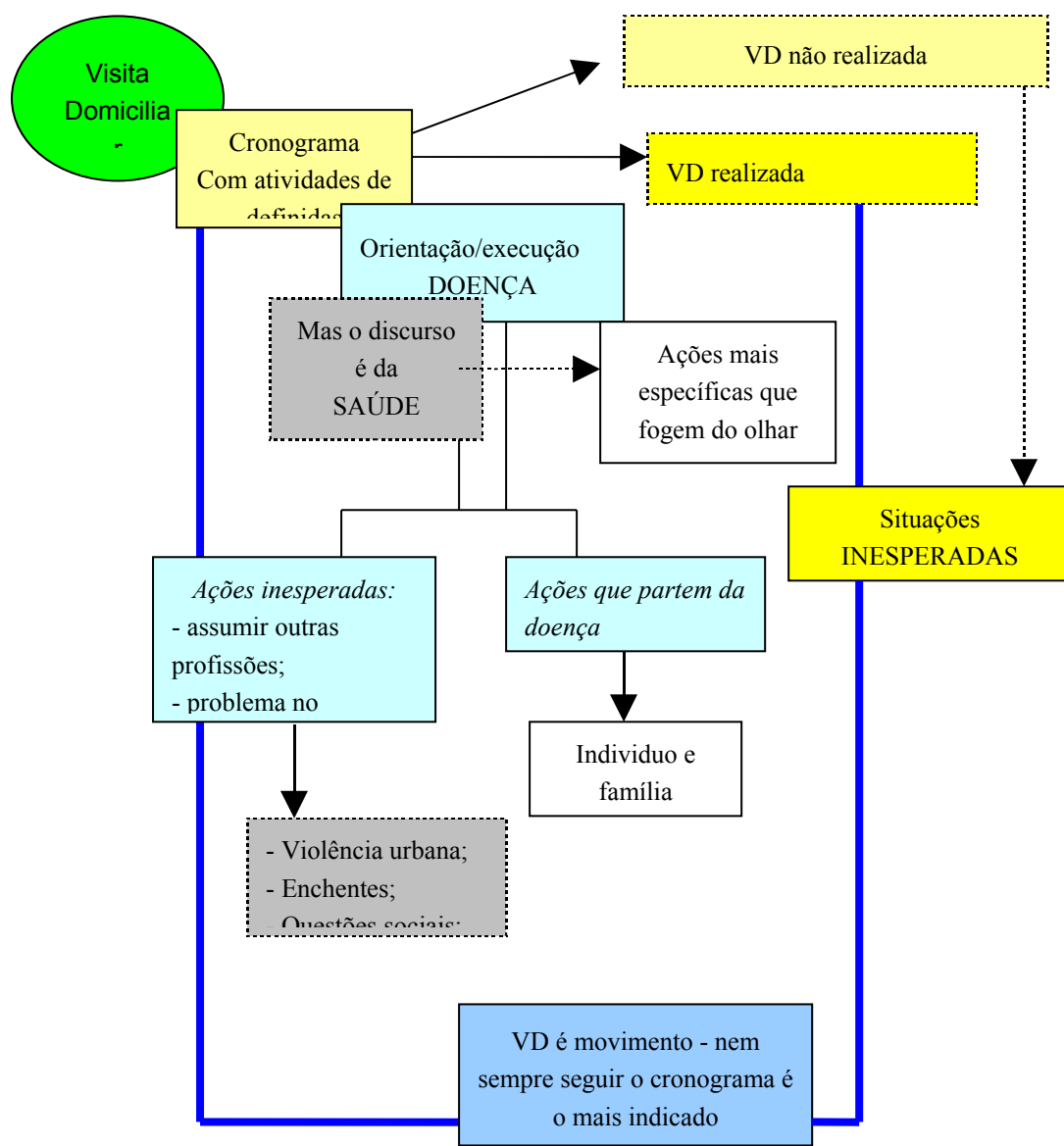


Figura 5: Síntese do Diagnóstico do Movimento da Visita Domiciliar

Considerações Finais

Acreditamos que foi possível compreender a visita domiciliar realizada pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, mas ainda há muitos pontos a elucidar; que este estudo não foi capaz de esclarecer. A visita domiciliar tem sido uma atividade que aproxima os enfermeiros da estrutura familiar, mesmo que atenda indivíduos isolados da família.

O que ficou evidente nos dados categorizados, a partir do que vimos e ouvimos das enfermeiras, é de que existe uma organização no cronograma que tem MOVIMENTO próprio, onde a atividade visita é o espaço desse movimento para acolher e resolver o que é esperado e inesperado.

Existe uma lógica que acompanha toda a política de saúde e o processo da visita domiciliar, mas são as pessoas que dão mobilidade tirando-a da lógica instituída, trazendo para os enfermeiros as necessidades e os desejos que são individuais ou coletivos.

Muitos são os aspectos importantes para reflexão do estudo, como:

a) o tempo dispendido na VD é muito pouco para dar conta de um discurso e de uma ação que demanda tempo, como por exemplo: ter que fazer um banho no leito para que a família possa aprender. O ato de banhar pode torna-se uma emergência dentro de outras atividades emergenciais que induzem a visita;

b) as visitas não se instituem como espaço de promoção da saúde como o proposto para as ações desenvolvidas na ESF. Esta ação está no cronograma, mas a visita domiciliar é feita mais para intervenção que envolvem sinais e sintomas de doenças, critérios que podem ser elegíveis previamente ou que se instalam durante o encontro do enfermeiro com a família.

Mergulhar no mundo das visitas é trabalhar com patologias e com relações (família-profissionais). É entender como seus membros se “movimentam” no micro e

no macro espaço, é virar mãe, ser psicólogo, ser faxineira, ser cozinheira, ou seja, é se prestar a AJUDAR aquela família. Isto porque, às vezes o que incomoda as pessoas de uma família não é a hipertensão arterial, mas a solidão de quem mora sozinho ou a falta de dinheiro para comprar comida ou medicamento.

Um outro movimento das visitas são as redes de cuidados que se criadas a partir do indivíduo, ampliando-se para a comunidade fazendo com que o enfermeiro se articule com a Defesa Civil (enchentes); pontos de droga (polícia); problemas gerais e ambientais (associação de moradores e a prefeitura); a Vigilância Sanitária e Epidemiológica entre outros.

A visita domiciliar pode passar de simplesmente uma visita para um atendimento domiciliar (*Home care*) se isso beneficiar as pessoas envolvidas num determinado momento; pode ser ainda o espaço de intervenção na busca de leito para internação e de transporte para o encaminhamento dos clientes; além de suas ações serem de acompanhamento, suporte e orientação de seus beneficiários – indivíduo e comunidade.

Assim podemos inferir que existe uma limitação severa no que os enfermeiros aprenderam, entendem e fazem como visita domiciliar, porque a preocupação centra-se na doença e não na saúde, podendo indicar o quanto é frágil o conhecimento dos enfermeiros e o nosso sobre saúde. Podemos afirmar que ficar

explícito com este estudo que os enfermeiros vão tecendo acontecimentos, ações, interações e retroações no processo de visitar o domicílio.

Concluimos que mesmo atendendo a indivíduos isolados, os enfermeiros conhecem a família deste indivíduo e acreditam que ao tentar manter o quadro da doença estável estão promovendo algo de benéfico para a família. E que o foco da doença de uma pessoa é a base para que se trabalhem as orientações para se alcançar a Prevenção de Doenças e gerar estruturas que favoreçam a Promoção da Saúde.

Pareceu-nos que a visita domiciliar não é, ainda, uma ação de Promoção da Saúde, mas tem sido um indutor de ações que futuramente possam favorecer os enfermeiros a trabalharem como a promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

ABDELLAH, F. G. e cols. **Patient-centered aproaches to nursing**. 2. ed. New York: Macmillon Company, 1960. Texto traduzido por Gizella Carvalho Queluce para uso profissional - Doutoranda da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

ANDRADE, L. O. M *et al.* A estratégia saúde da família. In: **Medicina ambulatorial condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ANGELO, M.; BOUSSO R.S. Fundamentos da assistência à família em saúde. In: **Ministério da Saúde. Manual de enfermagem** - programa de saúde da família. São Paulo: 2001. p. 14-17.

AKERMAN, M.; BOUSQUAT, A. Mapas de risco de violência. In: **São Paulo em Perspectiva**, vol. 13, n.4, 1999. Disponível em: <<http://www.bireme.br>. Acesso em: 07 de janeiro de 2009.

BARBOSA, S. P.; DIAS, S. B. **Praticando saúde da família**. Belo Horizonte: 2008. 336p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Editora 70: 2008.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Disponível em: <http://www.bireme.br>. Acesso em: janeiro de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de Promoção da Saúde**. 2.ed. Série Pactos pela Saúde 2006, v.7, Brasília: Ministério da Saúde, 2007, 52p.

_____. Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde a Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília: 2007. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: DF, 2007.

_____. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

CARVALHO, V. A problemática do diagnóstico de enfermagem. **Boletim do Centro de Estudos n 5**. Ministério da Justiça. Departamento de Administração e Divisão Pessoal: 1973.

CASTRO, A.; MALO, M. **SUS**: resignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec/Opas, 2006.

CORBO, A. D.; MOROSINI, M. V. G. C. Saúde da família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.) **Textos de apoio em política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

DESLANDES, S. F. ; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: **Caminhos do pensamento epistemologia e método**. Coleção Criança e Mulher e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002, p. 195-223.

ESCOLA DE ENFERMEIRA DO DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. **Dicionário histórico-biográfico das ciências de saúde no Brasil (1832-1930)**. Casa de Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>

FALLANTE, B. S. C.; BARREIRA, I. A. Significados da visita domiciliar realizada pelas enfermeiras de saúde pública nas décadas de 20 e 30. **Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.2, n.3, dez/98, p.72-85.

FARIA, L. Educadoras sanitárias e enfermeiras de saúde pública: identidades profissionais em construção. **Cadernos pagu**, vol.27, p.173-212, jul-dez 2006.

FERREIRA, M. A.; ALVIM, N. A. T. Cuidados fundamentais aplicados à reabilitação. In: FIGUEIREDO, N. M. A.; MACHADO, W.C. A.; TONINI, T. **Cuidando de clientes com necessidades especiais, motora e social**. São Paulo: Difusão, 2004.

FIGUEIREDO, N. M. A.; MACHADO, W.C. A.; TONINI, T. **Cuidando de clientes com necessidades especiais, motora e social**. São Paulo: Difusão, 2004.

FRACOLLI, L. A.; BERTROLOZZI, M. R. A abordagem do processo saúde doença das famílias e do coletivo. In: **Ministério da Saúde. Manual de enfermagem - programa de saúde da família**. São Paulo: 2001, p.04-08.

FREIRE, M. A. M.; AMORIM, W. M. A Enfermagem de Saúde Pública no Distrito

Federal: a influência do Relatório Goldmark, 1923 a 1927. In: **Relatório parcial da pesquisa Influências das Políticas de Saúde na configuração da Enfermagem de Saúde Pública no Brasil durante o século XX: Demandas e Tendências**, 2008.

_____. A Enfermagem de Saúde Pública no Distrito Federal: a influência do Relatório Goldmark (1923 a 1927). **Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem**, vol. 12, n.1, p. 115-24, marc. 2008.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisa**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 8 ed. Rio de Janeiro: Editora Record, 1997.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE cidades**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>. Acesso em: 07 de março de 2009.

Instituto de Pesquisas e Análises Históricas e de Ciências Sociais da Baixada Fluminense. **Informações gerais sobre a Baixada atualizadas**. Disponível em: <<http://www.ipahb.com.br>. Acesso em: 07 de março de 2009.

LOBIONDO-WOOD G.; HABER J. **Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2001.

MARQUES, P. F.; FERREIRA, S. L. O domicílio como espaço de práticas de saúde: reflexões a partir dos programas de saúde da mulher. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, maio/ago.2002, p. 138-141.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 25. ed.revisada e atualizada. Petrópolis, R.J.: 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

NITSCHKE, R. G. **Mundo imaginal de ser família saudável a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos**. Pelotas: Editora Universitária UFPel, 1999. 199p.

PEREIRA NETO, André de Faria. Os médicos e as enfermeiras visitadoras. In: PEREIRA NETO, André de Faria. **Palavras, gestos e intenções. Os interesses profissionais da elite médica**. Congresso Nacional dos Práticos (1922). 1997. 332p. Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro. p.145-157.

PEREIRA, A. L. Educação em saúde. In: FIGUEIREDO, N. M. A. **Práticas de enfermagem – ensinando a cuidar em saúde pública**. São Paulo: Difusão, 2003. p.25-46.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: 1995.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DE MERITI. Disponível em: <<http://www.prefeiturasaojoaomeriti.rj.gov.br/cidade.html>>. Acesso em: 25/02/2008.

QUEIROZ, V. M.; EGRY, E. Y. Modelo de Plano de Visita Domiciliária. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.17, n.03,dez. 1983, p. 205-211.

RAMOS, R. S. **Análise do arcabouço teórico-jurídico do sistema único de saúde: representações sociais na construção dos princípios éticos-organizativos**. 2007. 124f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise de trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.20, n.2, mar-abr 2004.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O programa saúde da família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 13, n. 1, jan-fev 2008, p. 23-34.

SANTOS, F. R. *et al.* Promoção em saúde: pressupostos, sentidos, práticas e a compreensão dos técnicos em saúde. In: SAITO, R. X. S (Org.). **Integralidade da Atenção – organização do trabalho no Programa Saúde da Família na perspectiva sujeito-sujeito**. São Paulo: Martinari, 2008. cap 2, p. 47-80.

SAKATA, K. N.; ALMEIDA, M. C. P.; ALVARENGA, A. M.; CRAC O, P. F.; PEREIRA, M. J. B. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 60(6), nov-dez 2007, p. 659-64.

SCHRAIBER, L. B; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M.T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol. 40, 2006, p. 112-20.

SCHRAIBER, L. B; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; FRANÇA-JUNIOR I.; PINHO, A. A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol. 36, n.4, 2002, p. 470-7.

TAKAHASHI, R.F.; OLIVEIRA, M. A.C. A visita domiciliária no contexto da Saúde da Família. In: **Ministério da Saúde. Manual de enfermagem** - programa de saúde da família. São Paulo: 2001, p.43-6.

VELHO, G. O desafio da violência. In: **Estudos Avançados**, vol.14, n.39, 2000. Disponível em: <<http://www.bireme.br>. Acesso em: 07 de janeiro de 2009.

Apêndice A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando um estudo sobre as ações de promoção da saúde do enfermeiro na Visita domiciliar dentro da Estratégia Saúde da Família.

Nossa finalidade geral é saber como os enfermeiros priorizam e planejam as ações que visem à promoção da saúde da família na visita domiciliar dentro da Estratégia Saúde da Família e como objetivos específicos queremos identificar os critérios utilizados pelos enfermeiros para a escolha do domicílio a ser visitado e o planejamento das ações voltadas para promoção da saúde e analisar como os enfermeiros desenvolvem e atuam nas visitas domiciliares em relação à promoção da saúde.

Solicitamos a você, a autorização de participação na condição de sujeito investigado da pesquisa intitulada “A visita domiciliar como instrumento para promoção da saúde da família: um estudo crítico sobre as ações de enfermagem”, sob a orientação da Prof^a Dr^a Nébida Maria Almeida de Figueiredo⁵.

Os dados serão produzidos através de entrevista nas Unidades de Saúde da Família e observação direta nas visitas, utilizando-se roteiros estruturados. A coleta dos dados será realizada mediante o preenchimento deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Este termo assegura o anonimato dos sujeitos investigados, ou seja, em nenhum momento serão divulgados os nomes dos participantes, e garante que não serão expostos a riscos devido à participação no estudo. Em qualquer momento do desenvolvimento da pesquisa, você tem a liberdade de se desligar da investigação, independente do termo assinado, sem nenhum prejuízo para você. Informamos que você não terá nenhum tipo de despesa ou gratificação pela participação nesta pesquisa e que os dados produzidos serão utilizados apenas com o objetivo de atender aos fins propostos pelo estudo, o qual será apresentado nos meios acadêmicos e científicos da área.

Deste modo, informamos e solicitamos, por meio deste, sua autorização para a realização da referida pesquisa, desejando sua valiosa colaboração.

Pelo exposto, eu, _____, RG _____, em ___ / ___ / ___, ciente das informações recebidas, concordo, voluntariamente, em participar do referido estudo.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Rafaela de Oliveira Lopes da Silva⁶

⁵ Rua Xavier Sigaud 290, sala 602. Urca – RJ Tel: 2542-6479/2542-6463

⁶ Rua Iguai It 25 qd 57 – Campo Gde. – RJ. Tels.: 9696-3641 e-mail: rolsrafinha@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Rua Afonso Cavalcanti 455, sala601 – Cidade Nova – RJ. Tel. 21-2503-2024 Email: cepsms@rio.rj.gov.br

Apêndice B

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Nº de identificação do sujeito:.....

Turno: Manhã () Tarde ()

Tempo da VD: Início: Término:

Domicílio: 1() 2() 3() 4() 5()

Motivo da VD:

Quem identificou a demanda da VD:

() ACS () Tec. Enf. () Enfermeiro () Médico

- Clientes atendidos e avaliados durante a VD.

() Cliente 1 () Cliente 5

() Cliente 2 () Cliente 6

() Cliente 3 () Cliente 7

() Cliente 4 () Cliente 8

- INTERVENÇÕES realizadas:

() Na doença/agravo instalado

() Promoção da saúde

() Prevenção de doenças

() Recuperação da saúde

- AÇÕES:

() Procedimentos. Quais?.....

() Orientações. Quais?

() Educação em Saúde. Tema? Programado

Emergente.....

() Problemas sociais.

- ESPAÇO e AMBIENTE
- Tipo de moradia: () Alvenaria () Tábua () Outros _____
- Local da moradia: () Rua () Vila () Beco () Encosta () Outros
- Condições para acesso do domicílio: () Boa () Ruim
- Presença de situação de risco: () Sim () Não. Qual? _____

Apêndice C

ROTEIRO ENTREVISTA

Nº de identificação do sujeito:.....

Nome:

Tempo de formação:

Tempo de trabalho na ESF:.....

A sua experiência anterior de trabalho era em PSF? Você já conhecia o programa ou tinha experiência por atuar nele?

Pós-graduação: () Sim () Não Área:

1. Caracterização da Área de atuação da equipe?

TAMANHO DA ÁREA: _____

Quantas famílias têm a área? _____

Quantas pessoas? _____

2. Cronograma de atividades do enfermeiro na unidade.

As VDs acontecem toda semana? Quantos domicílios são visitados?

Já foi possível visitar todos os domicílios da sua área?

3. A inserção da Visita domiciliar nas atividades do enfermeiro.

O que você comumente faz nas VDs?

O enfermeiro escolhe que família vai visitar ou na maioria dos casos essa demanda vem do ACS? As visitas podem acontecer fora do turno destinado no cronograma de atividades?

4. As ações desenvolvidas nas Visitas domiciliares.

Fale sobre seu trabalho na VD?

Normalmente em todas as visitas é rotina a verificação da P.A. das pessoas da família?

São feitas orientações que visem a promoção da saúde?(Quais)

Você já realizou ações que fogem a função do enfermeiro?(Quais)

Além do doente o que mais você observa durante a VD?

5. A Saúde da Família nas ações do enfermeiro.

Como você promove a Saúde da família? Que ações são direcionadas para a família?

E os problemas ambientais que estão ao redor da família? O que você faz em relação a isso?

6. Critérios e prioridades na Visita domiciliar.

O que você prioriza nas VDs? Como você prioriza?

Você tem dificuldades em traçar as prioridades nas VDs? Se sim, quais são e qual o problema em traçar essas prioridades? Por quê?

Quais são os critérios para a escolha da família a ser visitada? Por que utiliza esses critérios?

7. Promoção da Saúde e a Visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família.

De que forma a VD se associa a promoção da saúde?

Apêndice D

Cronograma da Dissertação

ETAPAS DA INVESTIGAÇÃO	SET 2007	OUT 2007	NOV 2007	DEZ 2007	JAN 2008	FEV 2008	MAR 2008	ABR 2008
Elaboração do projeto								
Aprofundamento bibliográfico								
Orientações da pesquisa								
Defesa do projeto								
ETAPAS DA INVESTIGAÇÃO	MAIO 2008	JUN 2008	JUL 2008	AGO 2008	SET 2008	OUT 2008	NOV 2008	DEZ 2008
Entrada com o projeto no Comitê de Ética em Pesquisa								
Emissão e resposta dos pedidos de autorização								



CARTA DE OTTAWA

PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL
SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Ottawa, novembro de 1986

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, apresenta neste documento sua Carta de Intenções, que seguramente contribuirá para se atingir Saúde para Todos no Ano 2000 e anos subseqüentes.

Esta Conferência foi, antes de tudo, uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que vem ocorrendo em todo o mundo. As discussões focalizaram principalmente as necessidades em saúde nos países industrializados, embora tenham levado em conta necessidades semelhantes de outras regiões do globo. As discussões foram baseadas nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde, com o documento da OMS sobre Saúde Para Todos, assim como com o debate ocorrido na Assembléia Mundial da Saúde sobre as ações intersetoriais necessárias para o setor.

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

PRÉ-REQUISITOS PARA A SAÚDE

As condições e os recursos fundamentais para a saúde são:

Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda - ecossistema estável - recursos sustentáveis - justiça social e equidade

O incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos.

DEFESA DE CAUSA

A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. As ações de promoção da saúde objetivam, através da defesa da saúde, fazer com que as condições descritas sejam cada vez mais favoráveis.

CAPACITAÇÃO

Alcançar a equidade em saúde é um dos focos da promoção da saúde. As ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde. Isto inclui uma base sólida: ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. As pessoas não podem realizar completamente seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar os fatores determinantes de sua saúde, o que se aplica igualmente para homens e mulheres.

MEDIAÇÃO

Os pré-requisitos e perspectivas para a saúde não são assegurados somente pelo setor saúde. Mais importante, a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre

existentes para intensificar a auto-ajuda e o apoio social, e para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde. Isto requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado.

DESENVOLVENDO HABILIDADES PESSOAIS

A promoção da saúde apóia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Com isso, aumentam as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor.

É essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas. Esta tarefa deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários. As ações devem se realizar através de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, bem como pelas instituições governamentais.

REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos. Todos devem trabalhar juntos, no sentido de criarem um sistema de saúde que contribua para a conquista de um elevado nível de saúde.

O papel do setor saúde deve mover-se, gradativamente, no sentido da promoção da saúde, além das suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência. Os serviços de saúde precisam adotar uma postura abrangente, que perceba e respeite as peculiaridades culturais. Esta postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais.

A reorientação dos serviços de saúde também requer um esforço maior de pesquisa em saúde, assim como de mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde. Isto precisa levar a uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é.

VOLTADOS PARA O FUTURO

A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam. A saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros.

Cuidado, holismo e ecologia são temas essenciais no desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde. Além disso, os envolvidos neste processo devem ter como guia o princípio de que em cada fase do planejamento, implementação e avaliação das atividades de promoção da saúde, homens e mulheres devem participar como parceiros iguais.

COMPROMISSOS COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Os participantes desta Conferência comprometem-se a:

- atuar no campo das políticas públicas saudáveis e advogar um compromisso político claro em relação à saúde e à equidade em todos os setores;
- agir contra a produção de produtos prejudiciais à saúde, a degradação dos recursos naturais, as condições ambientais e de vida não-saudáveis e a má-nutrição; e centrar sua atenção nos novos temas da saúde pública, tais como a poluição, o trabalho

perigoso e as questões da habitação e dos assentamentos rurais;
atuar pela diminuição do fosso existente, quanto às condições de saúde, entre diferentes sociedades e distintos grupos sociais, bem como lutar contra as desigualdades em saúde produzidas pelas regras e práticas desta mesma sociedade;
reconhecer as pessoas como o principal recurso para a saúde; apoiá-las e capacitá-las para que se mantenham saudáveis a si próprias, às suas famílias e amigos, através de financiamentos e/ou outras formas de apoio; e aceitar a comunidade como porta-voz essencial em matéria de saúde, condições de vida e bem-estar;
reorientar os serviços de saúde e os recursos disponíveis para a promoção da saúde; incentivar a participação e colaboração de outros setores, outras disciplinas e, mais importante, da própria comunidade;
reconhecer a saúde e sua manutenção como o maior desafio e o principal investimento social dos governos; e dedicar-se ao tema da ecologia em geral e das diferentes maneiras de vida;

a Conferência conclama a todos os interessados juntar esforços no compromisso por uma forte aliança em torno da saúde pública.

POR UMA AÇÃO INTERNACIONAL

A Conferência conclama a OMS e outras organizações internacionais para a defesa da promoção da saúde em todos os fóruns apropriados e para o apoio aos países no estabelecimento de estratégias e programas para a promoção da saúde.

A Conferência está firmemente convencida de que se as pessoas, as ONGs e organizações voluntárias, os governos, a OMS e demais organismos interessados, juntarem seus esforços na introdução e implementação de estratégias para a promoção da saúde, de acordo com os valores morais e sociais que formam a base desta Carta, a Saúde Para Todos no Ano 2000 será uma realidade!

Anexo B

RIO

Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 138A/2008

Rio de Janeiro, 14 de julho de 2008.


Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - CEP SMS-RJ -, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

<p>Coordenador: Carlos Scherr</p> <p>Vices-Coordenadores: Salésia Felipe de Oliveira Mariângela Freitas Lavor</p> <p>Membros: Carla Lopes Porto Brasil Carlos Alberto Maia Carlos Alberto Pereira de Oliveira Elisete Casotti José M. Salame Jucema Fabrício Vieira Lindalva Guerra Bras Márcia Constância P. A. Gomes Maria Alice Gunzburger Milene Rangel da Costa Rafael Aron Abitbol Rondinele Mendes da Silva Sandra Regina Victor Sérgio Aquino Suzane Oliveira de Menezes</p> <p>Secretária Executiva: Carla Costa Vianna</p>	<p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 77/08</p> <p>TÍTULO: A visita domiciliar como instrumento para promoção da saúde da família: um estudo crítico sobre as ações de enfermagem.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Rafaela de Oliveira Lopes da Silva.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Coordenadoria de Estratégia de Saúde da Família do Município de São João de Meriti.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 14/07/2008.</p> <p>PARECER: APROVADO</p>
--	--

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMS deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.


Salésia Felipe de Oliveira
 Vice-Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 701 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
 CEP: 20211-901
 Tel: 2503-2024 / 2503-2026 - E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
 IRB nº: 00005577

Anexo C

Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura da Cidade de São João de Meriti
Secretaria Municipal de Saúde

São João de Meriti, 24 de março de 2006.

OFÍCIO No. 039/06 – CPSF

Da: Coordenadoria do Programa Saúde da Família
Para: Todas as Equipes de Saúde da Família

Prezados Senhores,

A fim de unificarmos as ações do Saúde da Família de nosso município, segue em anexo, PROTOCOLO DE AÇÕES DO SAÚDE DA FAMÍLIA, que deverá ser seguido a partir da data de seu recebimento.

Tal Protocolo foi estabelecido com base no atendimento de algumas USF que tomamos como modelo, por estarem dentro do molde da Saúde da Família e por criarem alternativas para melhoria do Programa em sua Unidade.

Desde já agradeço, esperando contar com a colaboração de todos.

Marcia F. Lucas
Coordenadora do PSF/PACS
Matr. 71.889

Marcia Fernandes Lucas
Coordenadora do PSF



Coordenadoria do PSF
PAM Meriti – sala 305

PROTOCOLO DE AÇÕES DO SAÚDE DA FAMÍLIA

CONSULTAS MÉDICAS

De acordo com o regulamento estabelecido o número de consultas de:

- 16 consultas por turno

SENDO:

- CLÍNICA MÉDICA: 2 TURNOS, SENDO 1 DE HIPERDIA
- PEDIATRIA: 1 TURNO
- GINECOLOGIA: 1 TURNO - PRÉ-NATAL 1 VEZ POR MÊS*
* EXCETO NOS ÚLTIMOS MESES
- PUERICULTURA: 1 VEZ POR MÊS
- VISITAS DOMICILIARES: 3 TURNOS COM 8 VISITAS

LEMBRANDO QUE AS CONSULTAS DE PEDIATRIA ACONTECERÃO QUANDO HOUVER DEMANDA MÉDICA. ESTANDO A CRIANÇA COM VACINAÇÃO EM DIA E NO PESO IRÁ PARA PUERICULTURA, SENDO ESTA REALIZADA PELO ENFERMEIRO, QUE NAS INTERCORRÊNCIAS ENCAMINHARÁ AO MÉDICO.

AS SOLICITAÇÕES DE EXAME E MEDICAMENTOS DEVERÃO SER ASSINADAS SOMENTE PELO MÉDICO.

AS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL DEVERÃO SER INTERCALADAS ENTRE O MÉDICO E O ENFERMEIRO.

TODA E QUALQUER EVOLUÇÃO DO CADASTRADO DEVERÁ CONSTAR EM SEU PRONTUÁRIO FAMILIAR, SENDO SEU ACESSO FACILITADO PARA CONSULTAS.

OS PROFISSIONAIS DEVERÃO REALIZAR SALA DE ESPERA E PALESTRAS DE ACORDO COM A DEMANDA E O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SUA ÁREA DE ABRANGÊNCIA.

TODAS AS AÇÕES DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM DEVERÃO SER SUPERVISIONADAS PELO ENFERMEIRO.

OS ACS, NAS VISITAS DOMICILIARES, DEVERÃO REALIZAR ESCLARECIMENTOS E ORIENTAÇÕES EM SAÚDE DE ACORDO COM O QUE FOR OBSERVADO NA VD.OU DEIXAR A CRITÉRIO DO CADASTRADO ESCOLHER O ASSUNTO A SER DISCUTIDO.

FUNÇÃO DO MÉDICO	FUNÇÕES DO ENFERMEIRO	FUNÇÕES DO AUX. DE ENFERMAGEM	FUNÇÕES DO ACS
PRÉ-NATAL	PRÉ-NATAL		CAPTAÇÃO DE GESTANTES PARA O PRÉ-NATAL
PREVENTIVO	PREVENTIVO		CAPTAÇÃO DE MULHERES PARA O PREVENTIVO
PUERICULTURA	PUERICULTURA		CAPTAÇÃO DE CRIANÇAS PARA PUERICULTURA
CONSULTA MÉDICA: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intercorrências nos resultados dos preventivos ▪ Intercorrências na puericultura ▪ Ginecologia ▪ Pediatria ▪ Clínica Médica 	CONSULTA DE ENFERMAGEM: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrega de resultados do preventivo ▪ Orientações ▪ Puericultura 	ACOMPANHAR CONSULTAS MÉDICAS E DE ENFERMAGEM: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pesagem ▪ Temperatura ▪ Verif. p.a. ▪ Glicoteste ▪ Injeções ▪ Curativos ▪ Banho no leito 	CAPTAÇÃO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
HIPERDIA: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Peso ▪ Altura ▪ Perímetro abdominal ▪ IMC ▪ Cadastramento 	HIPERDIA: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Peso ▪ Altura ▪ Perímetro abdominal ▪ IMC ▪ Cadastrament 	HIPERDIA: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Peso ▪ Altura ▪ Perímetro abdominal ▪ IMC ▪ Cadastrament 	CADASTRAMENTO NO CARTÃO SUS E NO HIPERDIA
VISITA DOMICILIAR <ul style="list-style-type: none"> ▪ Priorizando os acamados 	VISITA DOMICILIAR <ul style="list-style-type: none"> ▪ Priorizando os acamados 	VISITA DOMICILIAR <ul style="list-style-type: none"> ▪ Junto ao ACS, médico ou enfermeiro, atuando na identificação das famílias de risco 	VISITA DOMICILIAR <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 visitas por mês a cada família
REUNIÃO SEMANAIS DE EQUIPE	REUNIÃO SEMANAIS DE EQUIPE	REUNIÃO SEMANAIS DE EQUIPE	REUNIÃO SEMANAIS DE EQUIPE
CAPACITAÇÃO DOS ACS E DOS AUX. DE ENFERMAGEM	CAPACITAÇÃO DOS ACS E DOS AUX. DE ENFERMAGEM	COLETA DE SANGUE NO DOMICÍLIO	ATUALIZAÇÃO DO SIAB A CADA VISITA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE <ul style="list-style-type: none"> Sala de Espera Palestras na Comunidade de acordo com a demanda 	EDUCAÇÃO EM SAÚDE <ul style="list-style-type: none"> Sala de Espera Palestras na Comunidade de acordo com a demanda 	EDUCAÇÃO EM SAÚDE <ul style="list-style-type: none"> Sala de Espera Palestras na Comunidade de acordo com a demanda 	EDUCAÇÃO EM SAÚDE <ul style="list-style-type: none"> Sala de Espera Palestras na Comunidade de acordo com a demanda
PLANEJAMENTO FAMILIAR	PLANEJAMENTO FAMILIAR	PLANEJAMENTO FAMILIAR	PLANEJAMENTO FAMILIAR
CONSULTÃO POR PATOLOGIA	SUPERVISÃO DOS ACS E DOS AUX. DE ENFERMAGEM	TESTE DO PEZINHO	MAPEAMENTO E IDENTIFICAÇÃO DAS ÁREAS DE RISCO
ESTATÍSTICAS	ESTATÍSTICAS	ESTATÍSTICAS	ESTATÍSTICAS
		IMUNIZAÇÃO	INCENTIVAR A FORMAÇÃO DE CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE
ATUAÇÃO NO COMBATE A TUBERCULOSE E HANSENÍASE: <ul style="list-style-type: none"> Captação Notificação Consulta V.D. 	ATUAÇÃO NO COMBATE A TUBERCULOSE E HANSENÍASE: <ul style="list-style-type: none"> Captação Notificação Consulta de orientação V.D. 	ATUAÇÃO NO COMBATE A TUBERCULOSE E HANSENÍASE: <ul style="list-style-type: none"> Captação Notificação Fiscalização do uso do medicamento V.D. 	ATUAÇÃO NO COMBATE A TUBERCULOSE E HANSENÍASE: <ul style="list-style-type: none"> Captação Notificação Fiscalização do uso do medicamento V.D.
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)