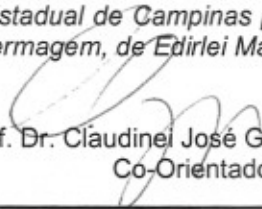


EDIRLEI MACHADO DOS SANTOS

**A VISITA DOMICILIÁRIA SOB A ÓTICA DOS USUÁRIOS
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, de Edirlei Machado dos Santos


Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos
Co-Orientador

CAMPINAS

Unicamp

2008

EDIRLEI MACHADO DOS SANTOS

**A VISITA DOMICILIÁRIA SOB A ÓTICA DOS USUÁRIOS
DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas, para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem, área de concentração em
Enfermagem e Trabalho

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Débora Isane Ratner Kirschbaum

CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos

CAMPINAS

Unicamp

2008

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Sa59v Santos, Edirlei Machado dos
A visita domiciliária sob a ótica dos usuários da Estratégia Saúde da Família / Edirlei Machado dos Santos. Campinas, SP : [s.n.], 2008.

Orientadores : Débora Isane Ratner Kirschbaum, Claudinei José Gomes Campos

Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Assistência à saúde . 2. Serviços de saúde. 3. Atenção primária à saúde. I. Kirschbaum, Débora Isane Ratner. II. Campos, Claudinei José Gomes. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês : The domiciliary visit in the view of the Family Health Strategy users

Keywords: • Delivery of health care
• Health services
• Primary health Care

Titulação: Mestre em Enfermagem

Área de concentração: Enfermagem e Trabalho

Banca examinadora:

Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Prof. Dr. José Martins Pinto Neto

Data da defesa: 30 - 07 - 2008

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Co-orientador(a) Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos

Membros:

1.

- Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos – Professor Doutor do Departamento de Enfermagem – FCM – UNICAMP

2.

- Prof. Dr. Pedro Fredermir Palha – Professor Doutor da Escola de Enfermagem – USP – Ribeirão Preto

3.

- Prof. Dr. José Martins Pinto Neto - Professor Doutor - Faculdades Integradas da Fundação Educacional de Fernandópolis - SP

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências

Médicas Universidade Estadual de Campinas

Data: 30/07/2008

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a

Deus,

“pelo dom da vida e por permitir que eu chegasse até aqui...”

Hélio Faria dos Santos e Geni Machado dos Santos,

“pais presentes que sempre me apoiaram em minhas decisões, estimulando a continuar buscando a concretização dos meus sonhos, mesmo aqueles que pareciam impossíveis.”

Gislaine Machado dos Santos

“a vida é um processo, assim passamos por etapas, algumas mais fáceis outras que nos exigem mais perseverança e determinação. Você pôde compartilhar desta etapa comigo, seu apoio me incentivou...”

Leandro André Bonfadini

“sua participação nesta conquista foi fundamental, renunciou horas de descanso, comprometendo-se em me levar e me buscar para a concretização do mestrado. Essas idas e vindas foram essenciais...”

Kaylaine Caroline Machado dos Santos Bonfadini

“querida sobrinha, você foi um presente que surgiu em meio a esta etapa de minha vida. Sua vinda a este mundo me deu força e coragem para continuar...”

HOMENAGEM ESPECIAL

À Prof^a Dr^a Débora Isane Ratner Kirschbaum, orientadora desta dissertação, agradeço por ter acreditado no meu trabalho e nas minhas potencialidades. Mostrou-me o início do caminho para a pesquisa. Sou muito grato por sua dedicação e esforços dispensados a mim durante este período. Você sempre esteve presente, com muita serenidade e determinação me fez chegar até aqui.

Muito Obrigado é pouco para expressar meus sentimentos.

MEUS AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Aos usuários dos serviços de saúde, especialmente os que fizeram parte deste estudo. Seus significados foram essenciais para que eu pudesse identificar e interpretar os acontecimentos gerados pelo trabalho da equipe da Estratégia Saúde da Família em seus domicílios.

À Prof^a Dr^a Eliete Maria Silva, muito obrigado por ter me atendido prontamente quando procurei pelo programa de pós-graduação, pelas recomendações, orientações e incentivo na construção do anteprojeto de pesquisa. Por sua aceitação em participar da banca para o Exame de Qualificação e pelas valiosas contribuições dadas para o desenvolvimento desta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha, pela oportunidade de cursar a disciplina oferecida na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Enfermagem, Saúde e Sociedade. As discussões geradas nesta disciplina foram importantes para a construção das idéias. Muito obrigado, pela participação na banca do Exame de Qualificação, suas recomendações foram fundamentais para o direcionamento deste estudo.

Ao Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos, por ter assumido a Co-orientação desta pesquisa. Sua participação, neste processo foi decisiva para a continuidade deste estudo. Obrigado pela compreensão e pelo incentivo sempre a mim dispensado.

Ao Prof. Dr. José Martins Pinto Neto, docente do curso de enfermagem da Fundação Educacional de Fernandópolis, referência de profissional em saúde coletiva, professor que contribuiu muito em minha formação profissional. Muito obrigado pelo apoio e incentivo na busca de respostas para minhas inquietações, indicando a nobreza do saber científico para a (re)construção dos serviços de saúde.

À Profª Drª Neusa Maria Costa Alexandre, pelas contribuições no exame de qualificação e por ensinar os procedimentos metodológicos em pesquisa.

À Profª Drª Jomara Brandini Gomes, atual coordenadora do Curso de Enfermagem da Fundação Municipal de Educação e Cultura de Santa Fé do Sul – FUNEC. Sua contribuição em minha formação profissional foi fundamental enquanto acadêmico de enfermagem. Muito obrigado pelo estímulo e incentivo nesta nova etapa de minha vida e principalmente, pela compreensão nos momentos de ausência.

MEUS SINCEROS AGRADECIMENTOS

À Enfermeira Aparecida de Cássia dos Santos, amiga desde a graduação e que sempre demonstrou seu carinho, incentivando-me nos momentos de dificuldade. Muito obrigado. Amigos como você tem valor imensurável.

Ao Prof. Anderson José de Paula pela correção do português deste estudo, pelo incentivo e apoio dado na fase final deste trabalho, mostrando-me a importância da perseverança. Seu estímulo e apoio foram fundamentais neste processo. Muito grato.

Aos professores enfermeiros Adriana, Alcione, Ana, Camila, Carmem, Cláudia, Elena, Eliane, Flávia, Silvia, Jussara, Luciano, Márcia, Milena, Rafael, Sirlei e Valéria, que compartilham comigo a prática docente no curso de graduação em Enfermagem da Fundação Municipal de Educação e Cultura de Santa Fé do Sul – FUNEC . Obrigado pelo apoio.

À Diretoria Municipal de Saúde de Fernandópolis, na pessoa da Sra. Lígia Barreto, Diretora Municipal de Saúde, pela autorização para a coleta de dados deste estudo.

Às Enfermeiras Ana e Juçara, responsáveis pelas Unidades de Saúde da Família em que foi feito a seleção dos sujeitos da pesquisa. Obrigado pelo apoio e auxílio na análise documental e de identificação dos sujeitos que participaram deste estudo.

À Jane Cecília Pinhel Scapim, secretária municipal de saúde de Ouroeste, pela compreensão na redução de minha carga horária de trabalho e minhas ausências para a concretização deste estudo.

A todos os profissionais que compõem a equipe de saúde do município de Ouroeste, em especial aos de enfermagem, cada um de vocês deu sua contribuição, me incentivando e compartilhando comigo deste acontecimento. Serei eternamente grato.

À Janice, secretária do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Você foi fundamental nesta caminhada, sempre me apoiando e me lembrando da matrícula, das disciplinas, do exame de qualificação e da defesa.

“[...] eu estava com fome, e vocês me deram de comer; eu estava com sede e me deram de beber; eu era estrangeiro, e me receberam em sua casa; eu estava sem roupa e me vestiram; eu estava doente, e vocês me cuidaram e me visitaram [...]

Mateus 25, 35-36

	PÁG.
RESUMO.....	xxxí
ABSTRACT.....	xxxv
1- APRESENTAÇÃO.....	39
2- INTRODUÇÃO.....	47
2.1- A visita domiciliária: aspectos históricos.....	49
3- DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	53
3.1- Os serviços de saúde no Brasil.....	55
3.2- A prática da visita domiciliária no Brasil.....	63
3.3- Aspectos conceituais da visita domiciliária.....	66
3.4- A visita domiciliária no contexto da Estratégia Saúde da Família.....	71
4- OBJETIVOS.....	83
4.1- Objetivo geral.....	85
4.2- Objetivos específicos.....	85
5- TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	87
5.1- Tipo de pesquisa.....	89
5.2- O trabalho de campo.....	91
5.3- Cenário da pesquisa.....	92
5.4- Locais da pesquisa.....	95
5.4.1- A unidade de saúde da família CAIC.....	95
5.4.2- A unidade de saúde da família Vila Regina.....	97
5.5- Sujeitos da pesquisa.....	99
5.5.1- Critérios de inclusão.....	100

5.6- Amostra e coleta de dados.....	101
5.7- Análise dos dados.....	104
5.8- Aspectos éticos e legais.....	108
6- DISCUTINDO OS RESULTADOS.....	109
6.1- Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	111
6.2- Unidade Temática 1: A visita domiciliária e o trabalho da equipe da ESF sob a ótica do usuário.....	112
6.2.1- A visita domiciliária como suporte social às famílias.....	113
6.2.2- O trabalho da equipe da ESF sob a ótica do usuário.....	116
6.3- Unidade Temática 2: A visão dos usuários sobre a ESF como Possibilidade de acesso aos serviços de saúde.....	124
6.3.1- A ESF como modalidade assistencial sob a ótica do usuário.....	125
6.3.2- A visão dos usuários sobre as ações desenvolvidas no Ambiente domiciliar pelos trabalhadores da ESF.....	130
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	137
8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	143
9- ANEXOS.....	155
Anexo 1.....	157
Anexo 2.....	158
10- APÊNDICES.....	161
Apêndice 1.....	163
Apêndice 2.....	164
Apêndice 3.....	165

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Assistência Domiciliar
AE	Ambulatório de Especialidades
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CADIP	Centro de Atendimento às Doenças Infecto-Contagiosas e Parasitárias
CAIC	Centro de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DRS	Departamento Regional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SABESP	Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SESA	Serviço Especial de Saúde de Araraquara

SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
USF	Unidade de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliária

LISTA DE QUADROS

	PÁG.
Quadro 1- Número de casos por condição referida, segundo ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no mês de dezembro de 2007 na Unidade de Saúde da Família (USF) do CAIC, no município de Fernandópolis/SP.....	96
Quadro 2- Número de casos por condição referida, segundo ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no mês de dezembro de 2007 na Unidade de Saúde da Família (USF) da Vila Regina, no município de Fernandópolis/SP.....	98
Quadro 3- Distribuição dos sujeitos da pesquisa segundo a Unidade de Saúde da Família (USF), número de pessoas no domicílio, ocupação, sexo e escolaridade, no município de Fernandópolis/SP, 2007.....	111

RESUMO

Este estudo apresentou como objeto de investigação a visão dos usuários do Sistema Único de Saúde acerca da visita domiciliária como instrumento de trabalho dos membros da equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF). Seu objetivo foi analisar o significado da visita domiciliária para o usuário que recebe os trabalhadores da ESF no seu domicílio. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória de abordagem qualitativa. A investigação foi desenvolvida no município de Fernandópolis, localizado no noroeste do Estado de São Paulo, pertencente ao Departamento Regional de Saúde – DRS XV de São José do Rio Preto. O município apresentava em 2007, uma população de 61.392 habitantes, contando com nove Unidades de Saúde da Família, das quais duas foram escolhidas como campo de pesquisa. Os sujeitos selecionados são membros de famílias da área adscrita que recebem a visita domiciliária dos trabalhadores da ESF e os indivíduos que estabelecem o primeiro contato com os últimos, quando estes realizam a visita domiciliária. Para a coleta de dados foi utilizada a técnica de entrevista aberta. Na análise dos dados foi empregada a Análise de Conteúdo na Modalidade Temática. Duas unidades temáticas foram construídas a partir dos núcleos de sentido: 1ª) **A visita domiciliária e o trabalho da equipe da Estratégia Saúde da Família sob a ótica do usuário** e 2ª) **A visão dos usuários sobre a Estratégia Saúde da Família como possibilidade de acesso aos serviços de saúde**. A análise dos dados demonstrou que os usuários dos serviços da ESF acreditam ser a visita domiciliária uma garantia de acesso aos serviços públicos de saúde e apontam a sua satisfação com relação à presença dos trabalhadores no seu domicílio e das ações executadas por estes neste cenário.

Palavras – chave: assistência à saúde; serviços de saúde; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

This study aims to investigate the view of the Brazilian Public Health System (SUS) users about domiciliary visiting, as a working instrument for the Family Health Strategy (FHS) team members. Its objective is to analyze the domiciliary visits significance for the individuals who receive the FHS workers in their homes. The descriptive and inquiring research herein has been developed within a qualitative approach. This investigation was carried out in Fernandópolis, a small city localized in Northwest of the São Paulo State, liable to the Regional Health Department (DRS XV) of the São José do Rio Preto County. In 2007, the population of this small city was of 61.392 inhabitants counting on nine Family Health units. Among those, two were chosen as research field. The selected subjects are family members from the related area, who receive domiciliary visits of the FHS workers and the individuals that establish their first contact with the last. The data collection was made by means of open interviews, and for the data assessment the content was analyzed within a Thematic Mode. Two thematic units were structured on core sense. 1st: The domiciliary visit and the Family Health Strategy team work in the user's view and 2nd: The user's vision about the Family Health Strategy as a possible access to health services. The data assessment evinced, that FHS service users believe the domiciliary visit to be an access guarantee to public health services and express their satisfaction about the presence of the workers in their homes and the actions taken by them within this scenario.

Key-words: delivery of health care; health services; primary health care.

1- APRESENTAÇÃO

O interesse pela temática da visita domiciliária e particularmente da visão que os usuários têm acerca desta, especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF), emergiu durante minha graduação em enfermagem a partir da realização de visitas domiciliárias (VD), nas disciplinas cursadas nos anos de 1999/2000, por ocasião das aulas práticas de Enfermagem em Saúde Pública. Nesta disciplina, discutíamos com os docentes a real necessidade da visita para o aprimoramento do aprendizado. E isto era algo que me inquietava muito, pois, durante a realização das VD, foi sendo moldada em mim, a idéia de que a realização da visita enquanto, um instrumento de trabalho da enfermagem, para prestação de cuidados no domicílio se caracterizaria como invasivo para o usuário.

Isto que eu considerava como uma invasão da privacidade da família, por adentrar ao ambiente do outro, emergiu, principalmente por acreditar não estar preparado para visitar sem invadir, ou seja, a falta de preparo para abordar a família e desenvolver as ações de assistência à saúde, mas neste caso, não no ambiente da unidade de saúde, mas, no domicílio, isto é, no contexto do usuário/família. Outra questão é que realizávamos a VD durante o horário de aulas, não havendo a preocupação de discutir junto à família se este seria um bom horário para ela.

Outra percepção que emergia era a característica muitas vezes impositiva das orientações sobre higiene, hábitos de vida saudáveis que eram impostas às famílias, haja vista, que enquanto graduando não tinha me dado conta de quanto a minha prática nos domicílios eram impositivas, acreditando estar fazendo o melhor para cada família, muitas vezes, não respeitando a autonomia destas, e desconsiderando suas prioridades e os próprios aspectos culturais de cada indivíduo/família.

Nesse contexto, concordo com Helman (1994) que afirma que devemos saber discernir entre as regras culturais que ditam como um indivíduo deve pensar e agir, e como as pessoas de fato se comportam na vida real. Cada cultura apresenta uma particularidade que se constitui de elementos históricos,

econômicos, sociais, políticos e geográficos. Assim, os aspectos culturais nunca podem ser analisados num vácuo, mas sim como um componente de um complexo de influências que se refere àquilo em que as pessoas acreditam e ao modo como vivem.

Conhecer os aspectos culturais de cada indivíduo/família torna-se fundamental na ESF com a prática da VD. Desse modo, segundo VÍCTORA et al. (2000) a cultura é tomada por seu caráter simbólico. “Ela é a forma que determinado grupo social estabelece para classificar as coisas e atribuir-lhes um significado”. A “cultura é a teia de significado que o homem teceu, a partir da qual ele olha o mundo e onde se encontra preso (Geertz, 1989, p.15 apud VÍCTORA et al., 2000, p. 14)

Nessa perspectiva, conhecer cada indivíduo ou grupos de indivíduos (família), enquanto seres culturais é essencial, pois, o trabalhador de saúde, ao considerar esta questão pode oferecer uma forma integral (biológica, psíquica e social) no processo de assistir as famílias.

Enquanto graduando em enfermagem, durante a realização de VD fui tomado por um sentimento que me incomodava, pois percebia na execução dessas atividades, que o usuário muitas vezes se sentia constrangido com minha presença, principalmente famílias da classe trabalhadora e isso me inquietava muito. Pude experienciar situações em que o usuário procurava organizar a casa, demonstrando essa, de uma relação hierárquica entre mim e o usuário, mesmo que a situação estivesse ocorrendo no ambiente do usuário, o domicílio. Como exemplo desta situação, era comum a ocultação de rasgos presentes no estofado do sofá, retirar utensílios domésticos de um local para outro e outras mais.

Outra situação experimentada em minha prática profissional caracteriza-se pela relação de subordinação entre visitador e visitado, apresentada por parte do membro da família que nos recebia, sugerindo um distanciamento nessa relação, onde de um lado temos o detentor do

conhecimento que diz como deve ser feito e do outro a família que se vê obrigada a colocar as ações determinadas pelo profissional em prática.

Ao buscar o significado da visita domiciliária para o usuário da Estratégia Saúde da Família, outro pressuposto é o significado associado à avaliação dos serviços recebidos em seu domicílio. Neste contexto, o significado atribuído à avaliação dos serviços da ESF é também importante, ao considerarmos que a comunidade é a razão da existência do mesmo e que esta tem capacidade para avaliar e intervir, no entanto, isto é algo que deve ser analisado com cuidado, considerando a forma pela qual o contingente de usuários avalia os serviços de saúde, especificamente os desenvolvidos no primeiro nível de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial a ESF.

Estas situações geraram em mim indagação sobre a necessidade de repensar essa prática, ou seja, discutir melhor a forma de realização destas visitas domiciliárias de modo que fossem planejadas junto às famílias, e que, se estabelecesse um vínculo maior com estes, e que fosse valorizado o conhecimento dos aspectos culturais de cada indivíduo/família, já que durante esse processo de aprendizagem chegávamos e naturalmente já adentrávamos no domicílio do outro que até então não nos conhecia.

Diante de tal situação, durante minha pós – graduação *lato - sensu* em Saúde Pública, tomei como objeto de estudo a prática da visita domiciliária, buscando dessa forma o significado da realização da visita domiciliária para graduandos de enfermagem. Pude identificar que a maioria dos alunos considerou a realização da visita domiciliária como algo que lhes trazia sentimentos de amor ao próximo, crescimento pessoal e profissional, bem como uma forma mais próxima de assistir o usuário e sua família (Santos, 2002).

Este estudo mostrou-me, uma situação contrária, ao que eu percebia e compreendia na utilização desse instrumento para a prestação de cuidados de enfermagem.

Mesmo com a concretização daquele estudo, surgiu outra preocupação: a de analisar o que pensava o usuário sobre a presença de um trabalhador da saúde em seu domicílio, muitas vezes sem a participação da família no planejamento da visita domiciliária.

Esta situação causava-me certa inquietação, pois mesmo os alunos do curso de graduação em enfermagem, participantes do estudo realizado, percebendo a VD como fundamental, pude compreender que, a forma com que a mesma se desenvolvia no domicílio era algo impositivo, onde alguém determinava à família o que deveria ser feito, não considerando os valores, crenças e conhecimentos do usuário e família.

Assim, a temática visita domiciliária nos serviços de saúde, especificamente no campo da saúde coletiva tem sido uma questão que tem me intrigado, fazendo com que buscasse desenvolver pesquisas acerca da sua origem, aspectos históricos e incorporação desse instrumento de assistência em saúde no Brasil. Isso contribuiu com a construção das seguintes produções científicas: Santos (2002), Santos e Kirschbaum (2007) e Santos e Kirschbaum (2008).

Essas questões me trouxeram maior preocupação, com a implementação da ESF no município onde fiz minha graduação em enfermagem, pois na época em que era graduando as visitas eram mais esporádicas, situação esta que foi modificada com esta nova realidade. Tornou-se acentuada com a implementação da ESF enquanto novo modelo de assistência à saúde, em que as famílias seriam visitadas por um número maior de pessoas e com maior frequência.

Considerando esta nova estratégia de reorganização dos serviços de saúde, acentuou em mim a preocupação em buscar o significado da presença de profissionais, no interior do domicílio de famílias, para prestação de assistência à saúde destas por meio da visita domiciliária, enquanto instrumento para o desenvolvimento do processo de trabalho em saúde.

Destarte, neste estudo procurei discutir a temática visita domiciliária, sendo feita uma apresentação sintética e conceitual da constituição e implementação dos serviços de assistência à saúde no Brasil, evidenciando suas características dentro de diferentes contextos, político, ideológico e social. Essa discussão fez-se necessária buscando situar a visita domiciliária como instrumento dos trabalhadores da equipe de Saúde da Família para o desenvolvimento da assistência à saúde.

Num segundo momento, foi explicitada a implementação da ESF segundo Corbo e Morosini (2005), enquanto uma nova modalidade de reorganização dos serviços de saúde pública no Brasil, especificamente no nível da atenção primária à saúde (APS). Nesta temática, procurou-se evidenciar e caracterizar as atribuições dos diferentes atores sociais que constituem a equipe de saúde da família, salientado num aspecto teórico-conceitual a interdisciplinaridade e alguns de seus correlatos presentes neste campo de discussão.

Ao fazer esta discussão, a visita domiciliária emerge como elemento central da prática dos trabalhadores da equipe da ESF. Neste cenário, buscou-se definir os aspectos histórico-sociais desta prática e sua utilização pelo campo da saúde. Aqui, busquei fazer uma discussão acerca das ações desenvolvidas por meio da visita domiciliária, tomando como cerne as ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde, tendo nesta a educação em saúde como instrumento necessário para a concretização destas ações, e ainda mostrar a distinção entre visita domiciliária e assistência domiciliar.

Desse modo, a percepção dos usuários nesta pesquisa é de extrema relevância. Para Chauí (2002, p.122), “a percepção é sempre uma experiência dotada de significação, isto é, o percebido é dotado de sentido e tem sentido em nossa história de vida, fazendo parte de nosso mundo e de nossas vivências”.

Segundo Rudio (1990, p. 36),

“quando falamos em percepção estamos nos referindo a esse significado próprio, pessoal, que cada indivíduo dá às coisas, pessoas e acontecimentos. [...] Cada percepção é uma espécie de tradução subjetiva que o indivíduo faz de elementos da realidade, dando-lhes significados pessoais”.

Com isso, concordo com Teixeira (2004) ao afirmar que a percepção dos usuários sobre a prática do Programa Saúde da Família (PSF) é fundamental, uma vez que a comunidade é a razão da existência do mesmo e deve ser identificada como sujeito capaz de avaliar e intervir modificando o próprio sistema, fortalecendo a democracia em saúde.

Após a discussão teórica, foi feita a análise das entrevistas dos sujeitos desta pesquisa, em que caracterizei o significado atribuído por estes à prática da visita domiciliária, enquanto, instrumento de trabalho dos componentes da ESF. Neste momento de discussão e análise foi tomada como referencial teórico - metodológico a abordagem qualitativa, por meio da análise de conteúdo na modalidade temática, segundo os pressupostos de Bardin e Minayo e estudos que tinham como cerne caracterizar a percepção dos usuários em relação ao trabalho da equipe da ESF e a prática da visita domiciliária.

Por fim, teço minhas considerações finais acerca do desenvolvimento e resultados obtidos com esta pesquisa, pontuando a necessidade da realização de novos estudos, em outras realidades empíricas, com a finalidade de identificar e analisar modos distintos de compreender e significar as práticas da VD, como instrumento para prestação de assistência em saúde dentro do processo de trabalho da equipe da ESF.

2- INTRODUÇÃO

2.1- A visita domiciliária: aspectos históricos

Quero explicitar antes mesmo da revisão da literatura acerca dos aspectos históricos da VD, que se encontram na literatura denominações diferentes, ora visita domiciliar, em outros momentos visita domiciliária. Diante disso, Ferreira apud Egry e Fonseca (2000) afirmam que o vocábulo exato para denominar esse procedimento é visita domiciliária, porque, domiciliar é um verbo transitivo direto, significando dar domicílio a; recolher em domicílio; fixar residência ou fixar domicílio, enquanto que domiciliário é um adjetivo relativo a domicílio, feito no domicílio e cujo feminino é domiciliária.

Diante do exposto, embora tenha optado por adotar o termo visita domiciliária ao me referir a ela como instrumento do processo de trabalho em saúde, decidi preservar a nomenclatura empregada pelos diferentes autores aqui citados na discussão de seus trabalhos, seja visita domiciliar ou visita domiciliária.

Ao tomar os aspectos históricos da VD faz-se necessário buscar os primórdios da visita domiciliária, desde seu sentido religioso até sua aplicação enquanto instrumento de prestação de assistência à saúde das pessoas. Sob esse prisma, a literatura nos permite verificar que esta prática esteve presente no transcorrer do contexto histórico, seja em âmbito mundial ou nacional (Bastos, 1963; Augusto e Franco, 1980). É neste último que será dado maior ênfase, buscando levantar a trajetória do uso deste recurso para prestação de cuidados à família e das relações que neste cenário se constroem.

Embora não se tenha registros da visita domiciliária nas sociedades primitivas e em civilizações passadas, acredita-se que os cuidados prestados aos doentes eram realizados pelos vizinhos, motivados e preocupados com o bem estar de seu semelhante (Emory, 1945).

Segundo Rosen (1994), os principais problemas de saúde enfrentados ao longo da história sempre estiveram relacionados à natureza da vida em comunidade. Na Grécia no ano de 443 a.C., encontram-se relatos de médicos que

percorriam cidades prestando assistência às famílias em seus lares. Essa assistência pautava-se em orientações acerca do ambiente físico, água, alimentos puros e medidas de alívio para as incapacidades.

Afirma Oguisso (2005) que houve, na história da enfermagem, uma influência do cristianismo na ação de cuidar. Relata a autora que as primeiras “damas da lâmpada” (p. 35) foram visitadoras domiciliárias, sendo estas também consideradas precursoras da enfermagem de saúde pública, que estiveram presentes no primeiro século do cristianismo. O sofrimento humano fez nascer uma reação social que permaneceu por muitos séculos, com o aparecimento da ordem das diaconisas, que teria sido o primeiro grupo organizado para visitar e cuidar de doentes, segundo os preceitos da misericórdia. Os cuidados prestados por essas diaconisas consistiam, provavelmente, em banhar os doentes com febre, limpar feridas, fazer curativos, oferecer água e comida, oferecer remédios domésticos, como ervas e raízes, e melhorar as condições de limpeza e ar puro do ambiente.

É importante salientar que, a visita domiciliária empregada nessa época, era realizada com o objetivo de atender os doentes em seu domicílio, haja vista, que neste período não existiam hospitais e o processo de assistência se dava em âmbito domiciliar, caracterizado mais por uma assistência curativa do que de prevenção, característica esta das visitas empregadas no início do século XX instituídas pelos sanitaristas no Brasil.

Mais tarde, nasce em Roma, nos séculos IV e V, outro grupo de mulheres, também da nobreza denominadas Matronas Romanas, que abandonando a vida social, passam a se dedicar à causa do cristianismo e à prestação de cuidados aos pobres e doentes em seus próprios palácios, que serviam de abrigo (Oguisso, 2005).

Nos anos de 1854 e 1856 em Londres, essa prática de assistência no domicílio era desenvolvida por mulheres da comunidade sem nenhuma formação e que eram pagas pelo Estado para educar as famílias no que dizia respeito aos

cuidados de saúde. Estas eram denominadas de visitadoras sanitárias e a responsabilidade em treiná-las era da Sociedade de Epidemiologia de Londres (Oguisso, 2005).

Na história da visita domiciliária, Augusto e Franco (1980) afirmam que, a assistência de enfermagem prestada no domicílio tem suas origens desde o período pré-cristão. As autoras dividem este período em pré-científico ou religioso e o período científico. No período pré-científico ou religioso a visita domiciliária adotava um caráter assistencial, sendo o mesmo caracterizado pela caridade, pois nesta época a prestação de serviços aos pobres e enfermos era considerada como um serviço prestado a Deus. A visita domiciliária era realizada por ordens religiosas. Os hebreus, também em seu código civil, preconizavam essa assistência no domicílio dos pobres, doentes e a mulher no período puerperal, buscando promover o agasalhamento e alimentação, porém, era permitida a realização somente por pessoas dotadas destes conhecimentos.

Já na Era Cristã, os Apóstolos, ao se referirem aos ensinamentos de Cristo relatados na Bíblia, exaltavam esse atendimento aos mais necessitados. Até mesmo São Lucas, em uma passagem bíblica, afirma "estava doente e me visitaste" (Augusto e Franco, 1980, p.50). Essas autoras afirmam que num segundo período, por volta de 1500, sob influência religiosa, a assistência prestada nos domicílios adota um caráter mais metódico.

Nesse mesmo período, São Vicente de Paulo, no século XVI, criou na Itália o Instituto das Filhas de Caridade, sendo designado mais tarde como Irmãs de Caridade. Essas religiosas dedicavam-se à prestação de cuidados aos pobres e doentes em seus domicílios. Para a realização dessa atividade, as mesmas seguiam as regras preconizadas pelo "Manual das Filhas de Caridade", que dispunha de um conteúdo voltado exclusivamente para a realização da visita domiciliária, tendo como título "A Procura de Doentes" (Augusto e Franco, 1980, p. 50).

Mais tarde, no século XIX, em Kaisers-Werth, na Alemanha, o pastor Theodor Fliedner, com sua esposa reviveu o trabalho das diaconisas, fundando o “Institute for Deaconesses”, desenvolvendo projetos, visando atender às necessidades físicas, sociais e espirituais de seu povo, treinando diaconisas para prestar cuidados no hospital e no lar dos pobres (Emory, 1945).

Ribeiro (1998) relata que, no Canadá, o surgimento da enfermagem tem relação com a visita domiciliar, sendo esta, resultado de atividades de freiras, grupos religiosos e, mais tarde, o trabalho de uma agência de enfermagem domiciliar fundada há mais de um século: a Victorian Order of Nurse (VON), agência voluntária e filantrópica que apresenta subseções por todo país. O Programa de Visitas Domiciliares é, simplesmente, uma das diversas maneiras adotadas pelos departamentos de saúde pública para promover à saúde e prevenir a doença da população.

O Programa de Visitas Domiciliares é baseado no princípio que a família é o elemento fundamental da sociedade e que, portanto, a promoção da saúde da família é essencial para o desenvolvimento duma sociedade saudável. Em vista deste princípio, não é de admirar que o último objeto deste programa fosse à promoção da saúde da família em sua entidade (Ribeiro, 1998, p. 134).

Corroboro com a autora acima quando ela aponta a família como um elemento social fundamental. Esta se caracteriza como unidade de prestação de cuidado, e que no domicílio esse cuidado pode ser prestado de modo mais amplo, considerando a possibilidade que os profissionais que adentram o ambiente domiciliar tem em identificar valores, crenças, comportamentos e outros fatores intrínsecos relacionados ao processo saúde-doença.

Deste modo, na delimitação do objeto de estudo discorrerei sobre, os serviços de saúde no Brasil, a prática da VD no Brasil, os aspectos conceituais da VD e o contexto da VD na Estratégia Saúde da Família.

3- DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

3.1- Os serviços de saúde no Brasil

Para a (re) estruturação dos serviços de saúde no Brasil, a Declaração de Alma-Ata divulgada a partir da Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde em 1978 foi fundamental para uma intervenção de forma mais contundente no processo saúde-doença da população em âmbito mundial, inclusive no Brasil (Organização Pan-americana de Saúde, 2008).

A Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde (APS) foi importante para o processo de reforma sanitária. A Assembléia Mundial de Saúde, em sua reunião de 1979 definiu atenção primária à saúde como:

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 meio aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o 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 do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (Organização Mundial da Saúde, 1979 apud Starfield, 2002, p.31).

Diante do conceito de APS percebe-se sua complexidade. No entanto, Corbo e Morosini (2005) apontam que este modelo de assistência à saúde possui interpretações muito heterogêneas. Para alguns, é entendido como programa focalizado direcionado para populações pobres, com baixa incorporação tecnológica, utilização de uma força de trabalho pouco qualificada e com mínima efetividade na resolução dos problemas de saúde das populações, sendo criado a partir da necessidade de redução de custos pelo Estado, proposta pelos

organismos internacionais, oferecendo uma atenção de baixo custo, descontinuada e sem articulação com os demais níveis de assistência à saúde do sistema. Para os que têm uma compreensão diferente da anterior, a APS se estrutura e se operacionaliza de forma a atender às necessidades da população, implicando na sua articulação com os outros níveis do sistema. Assim, o sistema é percebido como uma rede integrada de serviços de atenção à saúde.

Da instituição dos serviços de saúde pública no Brasil, no início do século XX até os dias atuais houve, ao longo da história, mudanças significativas na forma de conceber o processo saúde-doença e de seus mecanismos de intervenção.

As mudanças mais significativas ocorreram a partir da década de 70 e início dos anos 80, e tinham como cerne a implementação e efetivação de um sistema de saúde que garantisse acesso e assistência de forma igualitária até então inexistente. Isso foi fundamental para a criação de um sistema de saúde que garantisse acesso a toda população de forma integral.

A partir da década de 70 do século passado, segundo Silva e Lima (2005) destaca-se, entre outros, a implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1982, Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS) em 1987, onde o sistema de saúde foi objeto de um vasto processo de mudanças, entre elas, o direito à saúde, que resultou na instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988.

A criação do SUS foi resultado de dois fatores fundamentais e diretamente relacionados: a crise do sistema de saúde, que apresentava uma precariedade com relação aos recursos financeiros e a sua deficiência de dar resposta à crescente deterioração das condições de saúde da população, em meio à crise econômica. Outro fator decisivo foi o processo de embates oriundo do movimento da reforma sanitária, que buscava a (re) democratização política do país, com a participação popular, ganhando força a partir da década de 80 (Silva e Lima, 2005).

Muitos autores procuraram evidenciar esse processo de transição entre um sistema público de saúde iníquo, excludente e inconsistente para outro que fosse capaz de garantir o acesso aos serviços de saúde e tratamento de acordo com suas necessidades (Baptista, 2005; Rosa e Labate, 2005; Silva e Lima, 2005).

O movimento da reforma sanitária teve como cerne a transformação do sistema de saúde, considerando a importância da política de saúde para a construção de uma sociedade mais justa, democrática e solidária. Historicamente, pregresso ao SUS o sistema de saúde estava em evidência por sua ineficácia e ineficiência no enfrentamento dos problemas de saúde da população. Caracterizava-se por uma assistência curativista, hospitalocêntrica, privatista e excludente. Nesse cenário, caótico, não havia a participação da sociedade na implementação e efetivação do sistema incluindo aqui o controle de recursos destinados ao seu financiamento (Silva e Lima, 2005).

Após uma série de embates políticos, ideológicos, econômicos e sociais, por conta da situação histórica em que se encontrava o país, é aprovada a Constituição da República Federativa do Brasil em 1988. Em seu texto traz no Título VIII da Ordem Social, no Capítulo da Seguridade Social, em sua Seção II – da saúde cinco artigos que tratam sobre saúde. Com a promulgação desta nova Constituição cria-se o SUS (São Paulo, 2005).

Esta Constituição aponta uma ampla magnitude, a saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado, fato inexistente até aquele momento (Baptista, 2005). Traz ainda em seu contexto diretrizes que determinam como o SUS deveria ser direcionado e organizado.

Para Matta (2007) conceituar princípios e diretrizes do SUS, não é um atributo simples. Este autor refere que a primeira dificuldade está em se definir claramente a distinção entre princípio e diretriz.

O texto constitucional não afirma em momento algum o termo princípios, deixando nítido que o SUS é organizado a partir de diretrizes. Fazendo uma analogia, tanto o texto constitucional, quanto a Lei Nº 8.080 de 1990, citam a descentralização, integralidade e participação da comunidade, ao mesmo tempo, como princípio e diretriz (Matta, 2007).

Ao considerar estes pressupostos, este autor demonstra com base na Lei 8.080 de 1990 e com base no dicionário *Houaiss da língua portuguesa* que estes nos permitem

[...] compreender diretrizes como aquilo que define rumos, dinâmicas, estratégias que organizam o SUS. São linhas gerais, determinam rotas; são estratégicas, pois apontam caminhos e meios para atingir objetivos. Nesse sentido as diretrizes seriam meios, normas para atingir os objetivos do SUS que, em última instância, estariam articuladas com seus princípios (p.65).

Na construção do SUS, foram aprovadas algumas diretrizes que tinham como característica direcionar como este novo sistema público de saúde deveria funcionar. Dentre estas diretrizes, encontravam-se, os princípios doutrinários/norteadores da Universalidade, da Integralidade e da Eqüidade.

Os princípios doutrinários seriam o núcleo comum de valores e concepções que servem de base para o SUS. A idéia de doutrina, ao mesmo tempo que identifica um conjunto de elementos comuns que justificam ou embasam um sistema ou uma teoria, pressupõe também a idéia de que só exista um único modo de compreensão desse sistema ou dessa teoria. Se por um lado fortalece a concepção de que é a partir dessa visão de mundo de que todo o sistema deva ser pensado; por outro, esvazia o caráter histórico, político e democrático, que esses princípios representam. Nesse sentido, os princípios do SUS são uma escolha e um resultado da luta da sociedade brasileira para legitimar e garantir esses valores. [...] (Matta, 2007, p. 65-66).

Dos princípios norteadores, a Universalidade, consiste na garantia de que todo cidadão deve ter acesso aos serviços de saúde público e privado conveniados, em todos os níveis do sistema. Este é o princípio fundamental da reforma (Baptista, 2005).

A integralidade diz respeito à garantia do acesso a um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, independente do nível de complexidade do sistema (Baptista, 2005).

Para essa autora, o princípio da equidade pressupõe uma assistência que proporcione uma ação consistente de acordo com as necessidades de saúde de cada cidadão, assim, este princípio diz que quem apresenta maior necessidade de assistência, deve receber uma assistência de acordo com sua necessidade.

O SUS tem ainda como pressuposto, os princípios organizativos que simbolizam a forma de organização e operacionalização do sistema, ao considerar que, a partir dos princípios doutrinários, os princípios organizativos definiram as estratégias, os meios para concretizar os valores essenciais do SUS (Matta, 2007).

Para este autor, a partir da análise da legislação do SUS e dos textos que abordam sua organização, podem ser identificadas três diretrizes que devem se articular com os princípios do SUS: descentralização; regionalização e hierarquização; e a participação da comunidade.

Na literatura, alguns autores, como evidenciado a seguir, trabalham com essas diretrizes do SUS, utilizando a denominação de princípios organizativos do sistema de saúde brasileiro.

Para Cunha e Cunha (2001), o princípio da regionalização e hierarquização determina que o sistema deva prestar assistência de forma regionalizada, ou seja, as regiões de saúde devem resolver os problemas de saúde da população independente do nível o mais próximo da localidade de origem do usuário. A hierarquização determina que os serviços de saúde devam ser organizados em níveis crescentes de complexidade.

A descentralização caracteriza-se por uma (re) distribuição de poder e responsabilidades entre as três esferas de governo, isto é, a união, estados e municípios têm papéis definidos com relação à gestão e financiamento do SUS. A descentralização proporciona autonomia, principalmente aos municípios para que sua decisão em relação às ações de saúde atenda às necessidades de sua localidade, considerando que os municípios e estado apresentam características heterogêneas e, portanto, necessidades de saúde específicas.

É importante salientar que a participação da população neste contexto torna-se essencial.

Segundo Araújo et al. (2005, p.11)

A consolidação de propostas participativas representa a potencialização e a ampliação de práticas comunitárias através do estabelecimento e ativação de um conjunto de mecanismos institucionais que reconheçam direitos efetivamente exercitáveis e que estimulem estratégias de envolvimento e co-responsalização, inclusive nas comunidades onde a prática comunitária ou a cultura política é ainda desmotivante.

Na década de 90, são promulgadas as Leis 8.080/90 e a Lei 8.142/90 que são denominadas Lei Orgânica da Saúde e que vêm regulamentar o papel do SUS e a participação da sociedade na implantação e efetivação do sistema, respectivamente.

Mesmo após a implantação do SUS, os meios de comunicação em geral procuram evidenciar segundo Baptista (2005) as mazelas que assolam o sistema, ganhando espaço, neste contexto, municípios que de fato ainda não concretizaram o SUS.

De fato, mesmo com a criação do SUS na década de 80, percebe-se que o mesmo não é um sistema concluído, mas que está constantemente em processo de construção “vivendo” saindo de sua adolescência para a fase de adulto jovem, agora que completará 20 anos.

Destarte, essas debilidades apresentadas pelo sistema, foram levadas em consideração a partir da década de 90, onde se implantam no Brasil novas estratégias para reorganização do modelo assistencial, o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa da Saúde da Família (PSF) em 1994.

O PACS foi formulado tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através de uma extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. Porém, a partir da experiência acumulada pelo estado do Ceará com o programa de agentes comunitários, ali implantado, houve a percepção, pelo próprio Ministério da Saúde, de que os agentes poderiam também ser peça importante para a organização do serviço básico de saúde no município (Viana e Dal Poz, 1998, p. 8).

O PACS foi fundamental e precursor da implantação da ESF no Brasil, adotado pelo Ministério da Saúde.

O PSF foi instituído de acordo com Viana e Dal Poz (1998) a partir de uma reunião que aconteceu nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993 em Brasília, discutindo o tema “Saúde da Família”. A reunião estava pautada na discussão de uma nova proposta a partir dos bons resultados apresentados pelo PACS e da necessidade de incorporação de novos profissionais nesse novo modelo de assistência.

Segundo estes autores, a reunião de dezembro estava pautada na discussão de uma nova proposta. A experiência exitosa do PACS, por um lado, e a necessidade de incorporação de novos profissionais para que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) não trabalhasse de forma isolada, tomando a experiência do Ceará, em que o enfermeiro era o profissional responsável pela supervisão do ACS, foram situações importantes para a instituição do PSF.

De acordo com Viana e Dal Poz (1998) o então PSF, foi formulado em um período de “vazio” programático, nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal). Nenhuma das instâncias propunha nada de novo e efetivo para o sistema e, cada vez mais, a política seguia numa inércia, repetindo modelos de atendimento antigos e se expandindo em cima de concepções superadas para a área da saúde, e sem interlocução, inclusive, com os demais setores da área social.

A ESF é uma forma de reorganização da atenção primária à saúde, sendo as primeiras equipes instituídas no ano de 1994, buscando uma consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Embora, se utilize a denominação de Programa de Agentes Comunitários e Programa Saúde da Família, segundo Tomaz (2002), apesar do “p”, não devem ser entendidos como programas, e sim como estratégias estruturantes, já que propõem reorganizar a atenção primária e não apenas aumentar a extensão de cobertura para as populações marginalizadas.

Desse modo, o Ministério da Saúde, a partir do ano de 1996, rompe com o conceito de programa que tem como eixo estruturante uma idéia de verticalidade e transitoriedade, e utiliza a denominação Estratégia de Saúde da Família por assim considerá-la como necessária para reorientação da atenção à saúde no país (Corbo e Morosini, 2005).

O número de municípios que tem implantado a ESF tem aumento consideravelmente quando comparamos o número de equipes implantadas no período de 2003 a 2007, segundo dados disponíveis no Departamento da Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (Brasil, 2008 a).

Segundo ele, em 2003 eram 19.000 equipes de ESF implantadas em 4.400 municípios, que correspondia a uma cobertura populacional de 35,7%, representando cerca de 62,3 milhões de pessoas assistidas. Em 2007 o número de equipes saltou para 27.324, num total de 5.125 municípios, cobrindo 46,6% da população brasileira, assistindo, portanto, 87,7 milhões de pessoas.

3.2- A prática da visita domiciliária no Brasil

Augusto e Franco (1980) afirmam que a visita domiciliária no Brasil tem seu marco inicial, em artigo publicado em 15 de outubro de 1919 pelo "O Jornal", por meio do qual o Dr. J. P. Fontelle aborda a educação sanitária e a real necessidade de formação de enfermeiras visitadoras, sugerindo desta forma a criação deste novo serviço. O surgimento desses serviços tinha como objetivo a prevenção.

Segundo as autoras anteriores, no ano de 1921, por intermédio de Carlos Chagas, vem ao Rio de Janeiro um grupo de enfermeiras americanas, com a finalidade de desenvolver um curso para treinamento de visitadoras que deveriam prestar a assistência nos domicílios, levando em consideração principalmente um serviço de orientação às famílias no que se referia aos aspectos higiênicos de enfermidades como a tuberculose e ensinar sobre saúde infantil.

Este curso se transformou, alguns anos após, na Escola de Enfermagem Ana Nery. Simultaneamente a este curso foi criado em São Paulo o Curso de Educadoras Sanitárias que tinham exatamente as mesmas finalidades (Augusto e Franco).

Para Fallante e Barreira (1998) a implantação da enfermagem moderna no Brasil se deu no bojo da reforma de Carlos Chagas. Neste período, era realidade a presença de epidemias e endemias que envolviam o Rio de Janeiro, era visível a ineficácia dos serviços públicos e a indisposição dos médicos sanitaristas na realização de visitas domiciliares. Os médicos sanitaristas visualizavam o serviço de visitação domiciliária como pouco científico e inapropriado à sua posição social, tornando a figura da enfermeira de saúde pública o cerne na execução desse modelo de assistência da época.

De acordo com Bastos (1963), criou-se o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1942, serviço este, resultado de um convênio entre o governo norte americano e brasileiro, por ocasião da acentuada exploração da borracha

como matéria prima, na região da Amazônia, a ser utilizada na 2ª Guerra Mundial. Este serviço, segundo Augusto e Franco (1980) causou uma mudança no panorama sanitário de algumas regiões do país, pela sua eficiência e qualidade nos serviços prestados às pessoas em seus lares. Houve a partir daí uma expansão desse serviço para mais 12 estados do Brasil, sendo estes principalmente das regiões Norte e Nordeste.

Bastos (1966, p.394) aponta quais eram as características do curso de visitadoras sanitárias

O curso foi instituído com o propósito de treinar pessoal para exercer atividades de saúde pública nos Postos de Higiene, estabelecidos e mantidos pelo SESP no Programa da Amazônia. Os primeiros Cursos foram realizados em Santarém e Itacoatiara, a fim de que as alunas pudessem receber o treinamento em condições semelhantes às das suas próprias comunidades.

Para Bastos (1966), além da formação profissional, as alunas recebiam também noções de educação doméstica, atuando nas atividades de copa, cozinha, rouparia, arrumação e limpeza em geral da casa, mercado, quintal, horta e criação de aves e acompanhando o trabalho dos serviços.

Era uma característica da época prestar esse tipo de assistência para famílias com baixo poder aquisitivo e que careciam de melhorias sanitárias. Assim, com o objetivo de modificar essa realidade o SESP, conclui que deveria intervir diretamente no interior do domicílio, sem ferir o respeito à família, por mais pobre que fosse, garantindo, dessa forma o mínimo de higiene da habitação. Os responsáveis pelo saneamento se preocuparam mais com o interior da casa, sugerindo o reboco das paredes, colocação de pisos, melhoria da cobertura da casa, das condições de iluminação e ventilação pelo aumento do pé direito e dimensões das janelas (Bastos, 1966).

Nesse mesmo período, em 1947, foi criado o Serviço Especial de Saúde de Araraquara (SESA), que visava entre outros a prestação da assistência de enfermagem domiciliar (Augusto e Franco, 1980).

Destarte, Costa (1977) deixa nítido que uma das funções do enfermeiro, de saúde pública é certamente a visita domiciliária, e afirma que um serviço desta natureza que não desenvolva tal atividade se tornar-se-á paralisado, não apresentando desta maneira diferenças no atendimento prestado em ambulatórios hospitalares.

No Brasil, segundo Barreira (1992) em sua tese de doutorado, a prestação de cuidados no domicílio não tem sido uma prática comum nas instituições de saúde pública e privada, salientando que no início do século XX, a atividade prioritária para o combate às grandes endemias eram as visitas domiciliares, onde o autoritarismo sanitário junto às famílias, empregado pelos agentes da época era muito explícito. Esta autora, neste mesmo estudo, agrupou as atividades da visitadora domiciliar para portadores de tuberculose em quatro funções, classificadas em:

função tática - penetrar na intimidade do tecido social, fazer a detecção precoce dos casos suspeitos de tuberculose, para tratamento ou isolamento e fazer registros minuciosos sobre as situações encontradas; função de representação - reforçar a ordem médica e a autoridade sanitária, lembrando a todos, por sua presença mesma, de seus deveres para com a saúde pública; função de persuasão - utilizar sua imagem ideal de mulher para fazer sentir às famílias o alto significado de sua visita e da magnanimidade do projeto oficial; função de controle - verificar o cumprimento das normas sanitárias de profilaxia da tuberculose (Barreira, 1992, p. 52).

Para Augusto e Franco (1980) a assistência de enfermagem domiciliária era caracterizada por uma sistematização mais ampla, pois além de seguir as orientações da época de São Vicente de Paula, preocupava-se com a sistematização do processo de visita: com o preparo anterior à realização da

visita; uso de técnicas adequadas desenvolvidas no domicílio; de roteiro para realização da visita; estabelecimento de prioridade para os doentes portadores de doenças transmissíveis que deveriam ser visitados separadamente ou em último lugar, para evitar infecções cruzadas; tendo preocupação com o tempo dispensado em cada visita.

Diante disso, fica evidente a utilização da visita domiciliária enquanto estratégia adotada para desenvolver ações que fossem eficazes na prestação de cuidados em nível curativo para modificar a realidade epidemiológica daquela época, ilustrando aqui a tuberculose como um dos problemas de saúde que assolavam o país e que, atualmente, utiliza-se desse recurso como forma de garantia do tratamento e acompanhamento dos comunicantes intradomiciliares da doença. Outro fator marcante era a presença das autoridades sanitárias no domicílio das famílias independente de suas vontades, bem como fica latente o poder de dominação destas sobre as famílias no cumprimento das práticas sanitárias por estes determinados.

Particularmente, trata-se de um dos métodos utilizados pela enfermagem para proporcionar uma assistência mais direcionada ao usuário e família como unidade de cuidado.

A visita domiciliária não é uma prática exclusiva da enfermagem, no entanto, a enfermagem, desde seus primórdios, utilizou-se deste instrumento, quer fosse para prestar um atendimento com enfoque religioso, social ou como forma de desenvolver ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

3.3- Aspectos conceituais da visita domiciliária

Bastos (1963, p. 431) considera a visita domiciliária, “um procedimento tradicional, decisivo e insubstituível para atuação junto ao indivíduo e família”; acredita ser uma ocasião para uma conversa mais tranqüila. Destarte, a ocasião facilita esclarecimentos detalhados e estabelece contato com os outros membros

da família, um meio de avaliar os recursos da família, de tomar conhecimento da situação do domicílio e, ainda, de dar oportunidade à família de participar na resolução de problemas.

O autor anterior enfatiza que, na visita domiciliária estará envolvido o visitante, sendo este um profissional de saúde pública e o visitado, que será uma pessoa ou uma família.

Para Costa (1977), a visita domiciliária como atividade voltada à família enseja uma forma de ensino dirigida à solução de problemas, de vivência em situações da vida real, no ambiente familiar. Proporciona ao estudante oportunidades para o desenvolvimento de habilidades técnicas e de comunicação, expansão do conhecimento e atitudes, aprimoramento de relações com pacientes, com o público em geral e com outros profissionais. Contribui para uma observação mais acurada de iniciativa de juízo crítico, e de decisão.

De acordo com Nogueira e Fonseca (1977), os objetivos da visita domiciliária são descritos como uma prestação de cuidados de enfermagem no domicílio quando for necessário para o paciente, para a família e para o serviço de saúde no que diz respeito ao aspecto econômico, social ou psicológico, orientação e educação para os membros da família. Já no que se refere à prestação de cuidados em ambiente domiciliar; supervisão quanto aos cuidados atribuídos à família; orientações à família sobre assuntos de higiene em geral e coleta de informações sobre as condições sócio-sanitárias da família, faz-se necessário, o uso de entrevista e observação.

As afirmações, das autoras anteriormente citadas, acerca da visita domiciliária, expressam-se num momento em que passávamos pelo período da ditadura militar, e que as questões de saúde pública foram abandonadas, simultaneamente à presença da iniquidade e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde que envolvia a classe trabalhadora, aqui, compondo este, a população marginalizada, ou seja, aqueles que não podiam economicamente custear sua assistência à saúde dentro de um enfoque hospitalocêntrico e medicalizante.

As vantagens da visita domiciliária enquanto método de trabalho são apontadas por Nogueira e Fonseca (1977, p.29)

- * proporciona o conhecimento do indivíduo dentro do seu verdadeiro contexto ou meio ambiente, caracterizado pelas condições da habitação, ou pelas relações afetivo-sociais entre os vários membros da família, que são alguns dos importantes fatores a serem identificados para a prestação de assistência integral à saúde;
- * facilita a adaptação do planejamento da assistência de enfermagem de acordo com os recursos de que a família dispõe;
- * proporciona melhor relacionamento do profissional com a família, por ser o método menos formal e sigiloso em relação aos utilizados nas atividades internas dos serviços de saúde;
- * proporciona maior liberdade para os clientes ou pacientes exporem seus problemas, porque o tempo dedicado a eles é bem maior do que o das atividades internas dos serviços.

Elas ainda apontam as limitações da visita domiciliária:

- * é um método relativamente caro, comparado com os outros, pois depende da utilização de pessoal treinado e de meios de transporte;
- * o rendimento é pequeno em relação a outros métodos, pois é gasto muito tempo não só na execução da visita, como também em locomoção;
- * os afazeres das donas de casa podem impedir ou dificultar, às vezes, a prestação desse tipo de assistência (p.29).

Souza et al. (2004, p. 5) pontuam que,

os primórdios da visita domiciliar no mundo, num primeiro momento, mostraram que ela teve a finalidade de minimizar a dor sem a preocupação de promover o indivíduo. Posteriormente, sua ação seria justificada com o discurso de proteção da saúde dos indivíduos e a valorização da qualidade

de vida, mas o objetivo maior era o aumento da produção econômica interna dos países, a profissionalização da visita domiciliária torna-se imprescindível e uma consequência para a prestação de assistência domiciliar.

Padilha et al. (1994) afirmam que por meio da visita domiciliar é possível o desenvolvimento de atividades educativas e assistenciais, que possibilita uma interação mais efetiva entre equipe de saúde, na medida em que possibilita o convívio desta com a realidade vivenciada pelo cliente-família. Permite uma continuidade das orientações já ministradas no hospital, assim, a visita é um importante instrumento que proporciona ao profissional o conhecimento das condições sócio-econômicas, culturais e ambientais onde vive.

Estas autoras afirmam que a visita domiciliar é um dos métodos mais eficientes de que dispõe os enfermeiros para prestar uma assistência de caráter preventivo à família, sendo utilizada atualmente para conhecer o indivíduo no seu ambiente familiar, o que possibilita envolver a família no tratamento do mesmo. A execução da visita domiciliar proporciona ao visitador conhecer os membros da família, o ambiente em que esta família vive, assim como os recursos de que dispõem.

Mattos (1995, p. 35) define a visita domiciliária como sendo "um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento tanto educativo como assistencial".

A autora acima define visita domiciliária num período pautado pelo início da implementação da ESF, em que a visita passa a ser utilizada em maior escala como instrumento para prestação de assistência para os diferentes grupos que constituem a comunidade.

Neste novo cenário, a visita domiciliária é de extrema importância na área de saúde, pois é por meio da mesma que os profissionais podem avaliar as condições ambientais e físicas em que vivem o cliente e sua família, procurando por meio desta prestar uma assistência integral, acompanhar o seu trabalho,

levantar dados sobre as condições de habitação e saneamento, e a partir daí instalar medidas preventivas e de controle (Mattos, 1995).

Angerami e Steagall-Gomes (1996) consideram a visita domiciliária como um momento privilegiado, por permitir uma interação do serviço de saúde com a família, proporcionando desta forma uma assistência prestada não somente ao cliente e seu problema, mas proporcionando também abertura para discussão com a família sobre questões ambientais e sua relação com a saúde física e mental.

Sousa (2000, p.25) aponta que:

A estratégia do PSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como sua relação com a comunidade e os diversos níveis de complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada.

É indiscutível que a visita domiciliária, enquanto instrumento de trabalho dos profissionais de saúde, especificamente da ESF, constitui-se em um fator primordial para elencar as necessidades de saúde das famílias, no entanto, ainda percebemos uma prática pautada em resquícios da visita empregada na primeira metade do século XX, em que há uma hierarquização de relações entre profissional-família.

De acordo com Reinaldo e Rocha (2002) as visitas domiciliares constituem um instrumento facilitador na abordagem de usuários e sua família. Por meio desse instrumento, é possível compreender a dinâmica familiar, verificando as possibilidades de envolvimento dessas no processo de assistência oferecido ao usuário.

Marques e Ferreira (2002) apontam que, historicamente, o domicílio tem se caracterizado por estimular discussões e reflexões, considerando este um espaço de trocas de aprendizagem e de crescimento.

3.4- A visita domiciliária no contexto da estratégia saúde da família

Para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), as unidades de saúde organizam-se para a produção das ações escolhendo instrumentos e meios eficazes para intervenção no processo saúde-doença. Isso se dá de forma consistente por meio de modelos assistenciais vigentes, decorrentes de diretrizes oriundas das políticas públicas de saúde.

Nos diferentes processos de trabalho, há certa tendência a tomar de forma assemelhada ou equivalente os Objetos e os Instrumentos correspondentes, ocasionando equívocos e impedindo análises mais críticas e criteriosas para a consecução da Finalidade (Egry e Fonseca, 2000, p. 233).

Destarte, neste contexto estas autoras afirmam que

[...] esta tendência aparece muito frequentemente quando se trata da Visita Domiciliária e da Família, pois, no primeiro caso trata-se de Instrumento e, no segundo, de Objeto do processo de trabalho, distinção nem sempre presente na literatura [...](p.234).

De acordo com Pereira et al. (2004) as transformações ocorridas na sociedade e as relações geradas entre os homens e nos processos de trabalho, ou seja, na dinâmica da sociedade, criam necessidades e, especificamente, na saúde temos vivenciado modificações nos hábitos sanitários.

Segundo Brasil (1998) sob esse prisma, o Programa da Saúde da Família (PSF) é uma das estratégias de governo institucionalizada para reorganizar a prática assistencial de saúde possuindo como eixo condutor a

modificação do modelo assistencial hegemônico, sendo inerente a este a preocupação com a produção de procedimentos, centrado no atendimento médico individual curativo, medicalizante e hospitalocêntrico.

Para essa mudança, o PSF, se pauta nos princípios do Sistema Único de Saúde e elege novas bases e critérios para atuação. A assistência deverá ser centrada na família, apreendida a partir de contexto físico e social em que vive. Pressupõe o estabelecimento de vínculo, de co-responsabilidade, de desenvolvimento de autonomia entre os trabalhadores e as pessoas do território da área de abrangência de cada equipe (Brasil, 1998).

Uma prática assistencial com esses atributos necessita de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e de intervenções para além de procedimentos técnicos.

Dentro desse desafio, a reforma sanitária, iniciada na década de 70, traz para o cenário das políticas de saúde e das práticas assistenciais novas demandas e desafios que carecem ser enfrentados e construídos. A construção de ferramentas e sua operacionalização na produção de ações cuidadoras constituem-se num desses desafios (Pereira et al., 2004).

Os autores acima citados concluem que, diante deste cenário, a assistência domiciliar torna-se uma ferramenta ou instrumento para repensar a forma de cuidar no processo de assistência às pessoas, utilizando-se para a prestação desta assistência da visita domiciliária.

No contexto do PSF, a visita domiciliária constitui-se de uma atividade utilizada com a finalidade de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou o planejamento de ações almejando a promoção de saúde da coletividade, constituindo-se em um instrumento essencial utilizado pelos integrantes das equipes de saúde para conhecer as condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade (Takahashi e Oliveira, 2001).

Pereira (2001) demonstrou em seu estudo que a assistência domiciliar tem potencialidades para gerar nos trabalhadores de saúde autoquestionamentos e revisão de conceitos, ampliando o conhecimento acerca do processo saúde-doença para além da dimensão biológica. Ao adentrar o domicílio podem desenvolver maior sensibilidade e percepção para as necessidades de investir em formação que os permita lidar melhor com a dimensão subjetiva inerente às relações estabelecidas entre os homens. “Ao sair do espaço conhecido e vivido dos serviços de saúde, há a possibilidade de horizontalizar mais as relações entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde” (Pereira et al., 2004, p. 78).

Nesse sentido, o espaço domiciliar é potente para promover a reflexão das relações usuários/trabalhador de saúde no cenário de saúde intradomiciliar. Nos serviços de saúde, quase sempre o usuário é visto como objeto e o trabalhador de forma hierárquica se coloca no topo da relação, enquanto no domicílio essa relação tende a se tornar horizontalizada e baseada por trocas de intersubjetividade, em que o usuário se torna sujeito dessa relação. Assim, é necessário salientar que os espaços nos serviços de saúde são dos trabalhadores e que no domicílio é de domínio do usuário. Diante dessas colocações, é evidente que a humanização do atendimento na prestação da assistência à saúde caracteriza-se como fator essencial para investir nessa estratégia (Pereira et al., 2004).

No trabalho de Trad et al. (2002) ao buscar, por meio de um estudo etnográfico, a satisfação do usuário do PSF na Bahia com relação aos serviços prestados, pôde perceber que a visita domiciliar é a atividade mais enfocada pelos usuários, sendo a existência dessa, no cenário da estratégia da saúde da família, caracterizada como elemento chave de ações preventivas e de acompanhamento das famílias.

A equipe da ESF é responsável por no máximo 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas para todos seus integrantes, sendo composta, no mínimo por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar/técnico de enfermagem, e ACS. O número de ACS deve ser

suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e no máximo 12 ACS por equipe de saúde da família (Brasil, 2006a).

Um dos seus instrumentos de trabalho é a visita/assistência no domicílio, sendo que os ACS devem realizar a visita a cada família de sua micro-área de abrangência pelo menos uma vez ao mês, enquanto que para os outros trabalhadores a ida ao domicílio deve ser selecionada famílias por necessidade de situação que envolve o cuidado a ser prestado ao usuário/família do serviço (Brasil, 2006a).

Segundo o autor anterior, a equipe de saúde bucal (ESB) deve ser composta no mínimo por 1 cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário (ACD) e o técnico de higiene dental (THD). As ESB são divididas em duas modalidades, sendo que, a ESB, modalidade 1 inclui apenas o cirurgião dentista e ACD e a modalidade 2 inclui além destes, o THD.

De acordo com a Portaria Ministerial Nº. 648 de 28 de março de 2006 do Ministério da Saúde que institui a Política Nacional da Atenção Básica, as atribuições dos diferentes trabalhadores da ESF são:

Do enfermeiro:

I - 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;

II – conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observada as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;

III – planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

IV – supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

V – contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e

VI – participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (Brasil, 2006a, p.21).

Do Médico:

I – realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II – realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

III – realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecologista, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins diagnósticos;

IV – encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referências e contra-referências locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;

V – indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI – contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD; e

VII – participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (Brasil, 2006a, p. 21).

Do Auxiliar de Enfermagem:

I – participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

II – realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e

III – participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (Brasil, 2006a, p.21).

Com relação às atribuições do cirurgião dentista, este, tem como atribuição, especialmente, na ESF, as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde bucal, de acordo com a Lei do exercício da profissão.

O Técnico em Higiene Dental (THD)/Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), executa ações de nível médio, tendo como ação primordial a execução de ações de promoção e prevenção em saúde bucal.

É importante lembrar que nas atribuições dos trabalhadores da área de saúde bucal não aparece descrito, em suas competências, o domicílio como espaço de prestação de assistência. Na prática dos serviços tenho percebido que não é comum a prática da visita domiciliária por parte destes trabalhadores da ESF.

De acordo com as atribuições do enfermeiro, do médico e do técnico/auxiliar de enfermagem o espaço domiciliar aparece como uma possibilidade de assistência à saúde dos indivíduos/família, diferentemente das

competências do ACS, que tem como cenário central de suas ações o domicílio das famílias que são assistidas por estes trabalhadores.

Para Alonso (2003) o encontro assistencial no domicílio envolve de um lado o ambiente familiar onde se dá a assistência, numa relação entre família e equipe de saúde (PSF), neste último sendo o ACS, uma presença marcante nesse encontro, com atribuição de atender as orientações de uma programação de saúde: identificar as suas características sociais e o seu perfil epidemiológico, atendendo o princípio de co-responsabilização pela saúde.

Embora eu reconheça que as visitas domiciliárias na ESF são realizadas por diferentes trabalhadores, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS, optei em destacar o papel do ACS por ser este o trabalhador que mais visita as famílias e não desenvolvem nenhum procedimento técnico, tendo como instrumento de trabalho essencialmente as ações educativas para a concretização das ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde.

A prática do ACS inclui obrigatoriamente a visita domiciliária como instrumento para sua prática que consiste entre outras, essencialmente nas ações educativas em saúde.

Nogueira et al. (2000) aponta que os Agentes Comunitários de Saúde, de acordo com critérios do Ministério da Saúde e pelas Secretarias Municipais de Saúde, são pessoas, que cumprem alguns requisitos considerados no processo de recrutamento e seleção, devendo estes:

- residir na comunidade há pelo menos dois anos;
- ter idade mínima de 18 anos;
- ter disponibilidade de tempo integral para desempenhar suas funções.

Como já mencionei o marco histórico inicial da experiência com ACS, como estratégia abrangente de saúde pública estruturada, ocorreu no Ceará no ano de 1987, com intuito duplo de criar oportunidade de emprego para as mulheres na área da seca e, concomitantemente, contribuir para a diminuição dos índices de mortalidade infantil, priorizando o desenvolvimento de ações dirigidas à saúde materno-infantil. Esta estratégia expandiu-se rapidamente no estado, sendo tomada como estratégia pelo Ministério da Saúde em 1991. O mesmo desfecho ocorreu com a ESF, que foi oriunda do estado do Ceará em janeiro de 1994, sendo a partir de março desde mesmo ano tomado como método para instituição da estratégia para os demais estados do país (Tomaz, 2002).

Segundo a Lei Nº 11.350 de 5 de outubro de 2006, que regulamenta as atividades do ACS e do Agente de Combate às Endemias, em seu artigo 3º afirma que o Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal. (Brasil, 2006b).

De acordo com a Portaria Nº 2.527 de outubro de 2006, que define os conteúdos mínimos do Curso Introdutório para profissionais da Saúde da Família, determina como conteúdo programático temáticas relacionadas à atenção básica no contexto das políticas públicas de saúde e as estratégias de implementação; a organização dos sistemas locais de saúde, com ênfase no planejamento de base territorial; o processo de trabalho das equipes e a atuação interdisciplinar e participação popular (Brasil, 2006c).

O processo de formação destes trabalhadores da equipe de Saúde da Família tem gerado certa preocupação, pois, a prática central do ACS é a assistência domiciliar (AD), por meio da VD. Adentrar ao domicílio das famílias requer preparo, haja vista que, o domicílio com a ESF se torna simultaneamente um espaço público e privado.

Segundo a Portaria Ministerial Nº 648 de março de 2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, torna implícito as atribuições do ACS:

I – desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita a UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

II – trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

III – estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;

IV – cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

V – orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

VI – 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 daquelas em situação de risco;

VII – acompanhar, por meio de **visita domiciliar**, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e

VIII – cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue [...] (Brasil, 2006a, p.20).

Para Trape (2005), o ACS, configura-se como um dos principais sujeitos envolvidos na efetivação do Programa de Saúde da Família (PSF).

Desse modo, o ACS tem-se revelado o protagonista no que se refere as relações de trocas pautadas entre os saberes populares de saúde e saberes médico-científicos (Nunes et al., 2002).

A descrição mais acurada sobre o ACS se deu por ser este, segundo recomendações do Ministério da Saúde, o elo entre as famílias e os demais trabalhadores da ESF, sendo este ainda o membro da equipe que se utiliza da visita domiciliária com uma frequência maior.

Segundo Silva e Dalmaso (2002), os ACS têm basicamente três atividades que são voltadas aos indivíduos, famílias e comunidade. Neste cenário emerge como atribuição do agente a visita domiciliar. A visita domiciliar é considerada atividade primordial do PSF e atribuição primeira do agente. Por meio da visita além do desenvolvimento de ações educativas, emerge um espaço de suporte onde o ouvir, informar e aconselhar são instrumentos potenciais de trabalho.

No trabalho de França et al. (2006), ao analisar o discurso dos ACS, os autores observaram uma concepção de visita domiciliar fragmentada. Os profissionais de saúde fazem uso da visita domiciliar com frequência como instrumento de controle de doenças e cobrança de verdades sanitárias, com ausência de processo participativo e flexível que permita conhecer todas as experiências que existem nos diferentes saberes dos usuários, para que, de um modo consistente e coerente, aconteça a construção e incorporação de novos comportamentos. Considerando estas questões é que será possível afastar o autoritarismo existente na prática dos profissionais de saúde sobre a população assistida, mudando, então, o modelo assistencial para humanização, vínculo de compromisso e co-responsabilidade entre o serviço de saúde e a população.

A falta de clareza com relação ao conceito de visita domiciliar também faz com que qualquer procedimento executado pelos profissionais do PSF no domicílio seja considerado como visita (França et al., 2006).

Segundo eles, observa-se que as visitas domiciliares estão direcionadas para problemas de saúde delimitados, onde a visão clínica ainda é muito presente, caracterizada pela fragmentação, centrada no modelo biológico, contrário aos pressupostos da Estratégia Saúde da Família, cujo cerne é uma assistência sistêmica e integral.

A visita domiciliar, com sua operacionalização concentrada na intervenção, basicamente, nos pacientes mais vulneráveis ao adoecimento, distancia-se da perspectiva de atenção integral à família e à comunidade, reproduzindo as práticas de atenção centradas na cura e reabilitação, padecendo ainda de maior equilíbrio entre estas últimas e as ações de promoção e prevenção (França et al., 2006, p. 106).

Diante da situação, percebida acerca da realização das visitas domiciliárias, enquanto instrumento de prestação de assistência à saúde dos trabalhadores da equipe do PSF, a minha inquietação é identificar como os usuários percebem o trabalho da equipe da ESF no seu domicílio. Aqui, cabe considerar o ambiente domiciliar como um local dotado de características próprias, com particularidades, num cenário em que cada família dispõe de crenças, valores que podem ser diferentes dentro de uma mesma comunidade.

Alonso (2003) afirma que é no contexto domiciliar que códigos e sinais emergem, nem sempre de modo nítido e que estes podem se caracterizar como sinais de resistência da família a intervenção de profissionais, por estarem invadindo sua intimidade. As famílias, mesmo demandando este modelo de assistência, parecem estar reivindicando certa garantia à sua intimidade.

Como enfermeiro, buscar compreender essa prática enquanto instrumento de trabalho necessário para uma assistência à saúde das famílias, considerando os fatores determinantes do processo saúde-doença e que tem uma dimensão histórico-social é algo que ainda me causa inquietação.

4- OBJETIVOS

4.1- Objetivo geral

- ✓ Analisar o significado da visita domiciliária sob a ótica dos usuários em duas Unidades de Saúde da Família do município de Fernandópolis – SP.

4.2- Objetivos específicos

- ✓ Identificar e analisar a visão dos usuários da ESF sobre a visita domiciliária;
- ✓ Identificar e caracterizar a prática da visita domiciliária sob a ótica dos usuários realizada pelos trabalhadores que compõem a ESF;

5- TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

5.1- Tipo de pesquisa

Este é um estudo do tipo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. Para Gil (2002), as pesquisas exploratórias têm como objetivos, permitir uma aproximação com o problema, tornando-o explícito, buscando o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. As pesquisas descritivas têm como cerne a descrição das características de determinado fenômeno.

Foi utilizada também neste estudo a pesquisa documental. Segundo Gil (2002, p. 45) [...] “a pesquisa documental vale-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa”.

De acordo com Polit et al. (2004) a pesquisa qualitativa tem sido sustentada por várias disciplinas diferentes e cada uma delas desenvolveu métodos mais adequados à abordagem de questões de interesse particular. Algumas características gerais do delineamento de pesquisa qualitativa , no entanto, tendem a aplicar-se em todas as disciplinas. Estas autoras apontam algumas características da pesquisa qualitativa:

- é flexível e elástico, capaz de ajustar-se ao que está sendo aprendido durante a coleta de dados;
- envolve uma mistura de várias estratégias de coleta de dados;
- tende a ser holístico, buscando a compreensão do todo;
- exige que o pesquisador torne-se o instrumento da pesquisa e
- exige a análise contínua dos dados para formular estratégias subseqüentes e para determinar quando o trabalho de campo está terminado (Polit et al., 2004, p. 200)

A abordagem qualitativa, segundo Pope e Mays (2005), permite explorar as compreensões subjetivas das pessoas a respeito de sua vida diária. A pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificada, trabalhando desse modo com significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 2004).

Para esta autora (p.22) a metodologia é o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade, [...] “inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador”.

Para Duarte (2002, p. 140)

Uma pesquisa é sempre, de alguma forma, um relato de longa viagem empreendida por um sujeito cujo olhar vasculha lugares, muitas vezes já visitados. Nada de absolutamente original, portanto, mas um modo diferente de olhar e pensar determinada realidade a partir de uma experiência e de uma apropriação do conhecimento que são, aí sim, bastante pessoais.

Corroboro com Duarte (2002) quando diz que, durante a realização de uma pesquisa algumas questões são colocadas de forma bem imediata, enquanto outras aparecem no decorrer do trabalho de campo. A necessidade de dar conta dessas questões para poder encerrar as etapas da pesquisa, freqüentemente, leva-nos a um trabalho de reflexão em torno dos problemas enfrentados, erros cometidos, escolhas feitas e dificuldades descobertas.

Para responder às minhas inquietações com relação aos significados atribuídos pelos usuários da ESF acerca da prática da VD, apoiei-me, pois, na abordagem qualitativa em pesquisa. Esta procura trabalhar com percepções, ou seja, com aspectos de subjetividade, que serão determinados, de acordo com os

aspectos sociais e culturais em que os indivíduos se inserem e a forma como experienciam determinadas situações.

As pesquisas qualitativas são “entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes *aos atos, às relações, e às estruturas sociais*, sendo estas últimas tomadas tanto nos eu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (Minayo, 2004, p. 10)

Esta autora aponta que os conhecimentos produzidos na pesquisa qualitativa são recortes dinâmicos da realidade, uma vez que esta é maior que nossos esquemas de captura.

Essa abordagem qualitativa, segundo Minayo e Sanches (1993, p. 244),

Realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza; ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas.

5.2- O trabalho de campo

Para Minayo (2004) o trabalho de campo constitui-se numa etapa essencial da pesquisa qualitativa. Desse modo, o trabalho de campo tem que ser pensado a partir de referenciais teóricos e de aspectos operacionais que envolvem questões conceituais. Não se pode pensar um trabalho de campo neutro, pois a forma de realizá-lo explicita as preocupações científicas dos pesquisadores que selecionam tanto os fatos a serem coletados como o modo de recolhê-los. Esse cuidado faz-nos lembrar que o campo social não é transparente e tanto o pesquisador como os atores, sujeitos-objeto da pesquisa, interferem dinamicamente no conhecimento da realidade.

De acordo com Cruz Neto (2001, p. 54) “o campo torna-se um palco de manifestações de intersubjetividade e interações entre o pesquisador e grupos estudados, propiciando a criação de novos conhecimentos”.

A pesquisa social trabalha com *gente*, com atores sociais em relação, com grupos específicos. No campo estes sujeitos fazem parte de uma relação de intersubjetividade, de interação social com o pesquisador, resultando deste um produto novo e confrontante tanto com a realidade concreta como com as hipóteses e pressupostos teóricos, num processo mais amplo de construção de conhecimentos (Minayo, 2004).

O trabalho de campo necessita da presença constante do pesquisador no ambiente cultural, vivendo, participando do cotidiano, anotando sistematica e simultaneamente, validando as observações e os dados das entrevistas (Gualda et al., 1995).

Desse modo, é evidente a observação do pesquisador, para que nenhum detalhe seja perdido, buscando com este, captar também sinais que contribuam para o alcance da essência das idéias apresentadas pelos sujeitos da pesquisa.

5.3- Cenário da pesquisa

O estudo foi desenvolvido no município de Fernandópolis, localizado a noroeste do estado de São Paulo, a 555 Km da capital do estado, ocupando uma área de 549,5 Km², incluindo o distrito de Brasitânia, localizado a 21 Km da sede do município. A população estimada do município de Fernandópolis em 2007, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) era de 61.392 habitantes (Brasil, 2007).

O município pertence ao Departamento Regional de Saúde – DRS XV de São José do Rio Preto, uma macro-região constituída de 101 municípios.

Com relação à estrutura dos serviços de saúde no município, Fernandópolis (2007a) aponta que, a rede de atenção primária à saúde está constituída por cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), nove Unidades de Saúde da Família (USF), um Centro de Atendimento às Doenças Infecto- Contagiosas e Parasitárias (CADIP), um Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), um Centro de Capacitação Rural, que promove saúde no campo. Estes serviços são gerenciados pela esfera municipal.

Faz parte dos serviços de saúde também, uma Central de Saúde, onde está instalada a sede da Diretoria Municipal de Saúde e o serviço de Vigilância em Saúde. Possui também uma sala de vacina, sala para colheita do Exame do Pezinho, e serviços de apoio diagnóstico por imagem.

No município também está instalado um Consórcio Intermunicipal de Saúde, que presta atendimento em nível de especialidades médicas para Fernandópolis e para outros 12 municípios que compõem a micro-região de saúde.

A esfera estadual é responsável por um Ambulatório de Especialidades (AE), que presta atendimento nas áreas de cardiologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, ortopedia, urologia, cirurgia plástica, nefrologia, ginecologia e obstetrícia e um Laboratório Regional do SUS.

Com relação à rede de atendimento hospitalar, a mesma é composta por dois hospitais, sendo um filantrópico e outro privado com fins lucrativos, não credenciado ao SUS. Há também um Núcleo de Hemoterapia ligado ao Hemocentro de Ribeirão Preto e um Instituto de Hemodiálise anexo à Santa Casa.

Localização da Micro-Região de Saúde de Fernandópolis



Fonte: http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/4/4f/SaoPaulo_Micro_Fernandopolis.svg/800px-SaoPaulo_Micro_Fernandopolis.svg.png

De acordo com dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), em 2000 o município de Fernandópolis apresentava 98,32% de abastecimento de água que é de responsabilidade da Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo (São Paulo, 2008).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM, no ano de 2000 foi de 0,832. Apresenta ainda uma média de 7,52 anos de estudos da população de 15 a 64 anos (São Paulo, 2008).

Com relação à taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) em 2006, segundo a Fundação SEADE esta foi de 10,51 (São Paulo, 2008). O coeficiente de mortalidade, no ano de 2006, na população adulta no município de Fernandópolis é representado, principalmente por óbitos associados aos problemas do aparelho circulatório. Os dados de mortalidade associados às doenças do aparelho circulatório têm relação com o percentual de usuários portadores de doenças crônico-degenerativas, como a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes *mellitus* (Brasil, 2008b).

Isso demonstra a real necessidade das ações educativas a serem desenvolvidas na atenção primária à saúde, em que as ações de prevenção de complicação e promoção da saúde são fundamentais.

A seguir apresento alguns aspectos referentes a duas unidades de saúde do município de Fernandópolis.

5.4- Locais da pesquisa

Das nove USF, optei por duas, para o desenvolvimento desta pesquisa. Uma das USF, por ter sido a primeira unidade de saúde no município a utilizar a ESF como modelo assistencial na APS e por considerar que as famílias desta área de abrangência tinham experienciado a prática da VD na ESF. A segunda unidade selecionada foi a última USF implantada no município até o momento da coleta de dados e também pelo fato do contexto sócio-econômico dessas famílias ser diferente, ou seja, famílias com menos necessidades sociais.

5.4.1- A unidade de saúde da família do centro de atenção integral à criança e ao adolescente (CAIC)

A USF do CAIC, denominada USF Antônio Milton Zambom, segundo Fernandópolis (2007a) conta com, uma equipe da ESF, composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem e 6 ACS. A unidade conta com um total de 916 famílias, assim distribuídas por micro-áreas:

- ✓ micro-área 1: 97 famílias;
- ✓ micro-área 2: 173 famílias;
- ✓ micro-área 3: 167 famílias;
- ✓ micro-área 4: 173 famílias;

✓ micro-área 5: 154 famílias; e

✓ micro-área 6: 152 famílias.

Na área de abrangência desta USF, por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), foi possível identificar o número de usuários que apresentam alguma doença ou condição referida, constantes da ficha A, empregada para fazer o cadastramento das famílias assistidas pela ESF. Abaixo o quadro ilustra as condições referidas ou patologias e número de usuários correspondentes.

Quadro 1- Número de casos por condição referida, segundo ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no mês de dezembro de 2007 na Unidade de Saúde da Família (USF) do CAIC, no município de Fernandópolis/SP.

Condição Referida/Doença	Nº de Usuários
Diabetes <i>Mellitus</i>	110
Hipertensão Arterial Sistêmica	278
Epilepsia	09
Tuberculose	01
Hanseníase	06
Malária	-
Alcoolismo	13
Doença de Chagas	20
Deficiente Físico	14
Gestante	13

Fonte: SIAB, dezembro de 2007.

Das condições referidas, quando do processo de cadastramento das famílias da área de abrangência da USF do CAIC, percebo um número considerável de portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*. Via de regra, estes são os usuários que recebem visitas/assistência domiciliar com uma frequência maior. Embora, sejam grupos prioritários dos serviços da atenção primária à saúde, muitas vezes a assistência prestada não atende as reais necessidades de cada indivíduo/família.

5.4.2- A unidade de saúde da família da Vila Regina

A USF da Vila Regina, denominada USF Dr. Écio Vidotti, conta com uma equipe da ESF, composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 1 auxiliar de enfermagem e 8 ACS (Fernandópolis, 2007a). A unidade tem na sua área total de abrangência um total de 1.489 famílias, assim distribuídas por micro-áreas:

- ✓ micro-área 1: 184 famílias;
- ✓ micro-área 2: 232 famílias;
- ✓ micro-área 3: 255 famílias;
- ✓ micro-área 4: 174 famílias;
- ✓ micro-área 5: 183 famílias;
- ✓ micro-área 6: 161 famílias;
- ✓ micro-área 7: 158 famílias; e
- ✓ micro-área 8: 142 famílias.

Segundo dados do SIAB, o número de usuários que apresentam alguma doença ou condição referida constantes da ficha A são:

Quadro 2- Número de casos por condição referida, segundo ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no mês de dezembro de 2007, na Unidade de Saúde da Família (USF) da Vila Regina, no município de Fernandópolis/SP.

Condição Referida/Doença	Nº de Usuários
Diabetes Mellitus	176
Hipertensão Arterial Sistêmica	616
Epilepsia	24
Tuberculose	-
Hanseníase	04
Malária	-
Alcoolismo	28
Doença de Chagas	50
Deficiente Físico	21
Gestante	19

Fonte: SIAB, dezembro de 2007.

O perfil encontrado nesta USF não se difere muito do encontrado na USF do CAIC, aqui também, a condição referida com maior incidência são os casos de hipertensão arterial sistêmica e de diabetes *mellitus*.

A USF da Vila Regina foi implantada mais recentemente em relação à unidade do CAIC, e apresenta um quantitativo maior de famílias, ambas as unidades estão localizadas na periferia da cidade, sendo que na área da USF da Vila Regina há vários lotes vazios, o que permite novas construções de domicílios e, conseqüentemente, o aumento significativo do número de famílias desta área.

Na área em que se situa a USF da Vila Regina existem bairros em que as questões de infra-estrutura são deficientes, assim como no CAIC. No entanto, na área de abrangência da USF da Vila Regina existem bairros em que o contexto sócio-econômico das famílias é melhor.

5.5- SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram catorze membros das famílias da área de abrangência de duas USF, incluindo famílias que recebem a visita domiciliária dos trabalhadores da ESF.

Foram priorizados, como sujeitos da pesquisa, membros das famílias pertencentes à área de abrangência de duas Unidades de Saúde da Família já referidas. A primeira, USF do CAIC, apresenta uma população com grau de dependência maior dos serviços públicos de saúde, na atenção básica, especificamente das ações desenvolvidas pela ESF. A segunda, USF da Vila Regina, apresenta uma população com nível de dependência um pouco menor, embora também apresente uma parcela da população com necessidades semelhantes à primeira USF. Em ambas as situações, os usuários em sua maioria, têm a ESF como porta para acesso aos serviços de saúde.

A escolha por sujeitos de pesquisa da área de abrangência destas duas USF deve-se ao fato de encontrar com mais facilidade usuários que já haviam recebido a visita domiciliária de todos os trabalhadores da ESF, e que tem os serviços públicos de saúde como único modelo de assistência à saúde e também ao fato de que o pesquisador já tinha contato anterior com as enfermeiras das respectivas unidades o que facilitou o processo de seleção e coleta de dados para a pesquisa.

Os sujeitos foram selecionados por meio de análise de prontuários das famílias, sendo selecionadas aquelas que já haviam recebido a visita domiciliária de todos os trabalhadores da ESF.

Nesta etapa de seleção dos sujeitos da pesquisa, deparei-me com uma dificuldade, a de encontrar pessoas que já tinham recebido a VD de todos os trabalhadores da ESF, até por considerar que as VD realizadas pelos profissionais médico, enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem estão condicionadas há uma parcela restrita, de acordo com a situação de saúde. Assim, acabam recebendo a

visita destes profissionais, via de regra, aquelas pessoas que requerem a realização de um procedimento técnico ou em cujo domicílio há algum membro acamado, o que impossibilita sua locomoção até a unidade de saúde.

Após esta etapa, procurei selecionar aqueles que tinham experienciado a prática da visita numa frequência maior do que os pressupostos do Ministério da Saúde (MS) que determina a realização pelo ACS ao menos uma vez ao mês a cada família da sua micro-área. Com relação aos demais trabalhadores, este não foi um critério estabelecido, ao considerar que o MS não determina um número mínimo de visitas a ser realizadas pelo enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, cirurgião dentista e ACD. Neste caso, procurei selecionar aquelas famílias que com exceção do ACS já havia recebido também a visita dos demais trabalhadores da equipe independente da frequência.

O município optou pela implantação da ESF no ano de 2001, em que foi implantada uma equipe na área de abrangência do Centro de Atendimento Integrado a Criança e ao Adolescente (CAIC). Tendo esta experiência, como positiva, novas USF foram implantadas no município, sendo que a última USF foi implantada no ano de 2007 no bairro Santa Bárbara.

5.5.1- Critérios de inclusão

- ter recebido a visita dos trabalhadores que compõem a ESF (médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e ACS) entre os anos de 2006 e 2007, sendo que, cada família/usuário tivesse sido visitada pelo menos uma vez num período de três meses pelo médico, enfermeiro e auxiliar/técnico de enfermagem e duas vezes ou mais pelo ACS;
- o sujeito da pesquisa foi o usuário que estabelece o primeiro contato com trabalhador que o visita;
- ter lido, concordado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

5.6- Amostra e coleta dos dados

Foi enviada a diretora municipal de saúde de Fernandópolis, uma solicitação para autorização para a coleta de dados (Apêndice1). Os dados somente começaram a ser coletados após a autorização desta diretoria (Anexo 1) e o Consentimento do usuário em participar da pesquisa. Após a autorização foi realizada visita as duas USF onde o estudo foi desenvolvido. O pesquisador juntamente com as enfermeiras da USF fez o levantamento dos prontuários das famílias que mais eram visitadas, considerando neste processo os registros dos trabalhadores da ESF no prontuário dos mesmos.

Assim, foram selecionadas as famílias a serem convidadas a participar da pesquisa. O pesquisador realizou visita prévia, identificando-se e explicando o objetivo da pesquisa e verificando o desejo do membro da família que recebe a visita dos trabalhadores da ESF em participar da pesquisa. Após a autorização do mesmo e a concordância em participar da pesquisa foi agendado com o mesmo o melhor dia e horário para a realização da entrevista.

Numa metodologia de base qualitativa de acordo com Duarte (2002) o número de sujeitos que virão a compor o quadro das entrevistas dificilmente pode ser determinado *a priori* – tudo depende da qualidade das informações conseguidas em cada depoimento, assim como da profundidade e do grau de recorrência e divergência destas informações. Assim, enquanto estiverem aparecendo “dados” ou pistas que possam revelar novas perspectivas à investigação em curso as entrevistas precisam continuar sendo feitas.

De acordo com Minayo (2004), a amostra ideal é aquela que possibilita refletir a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões. Para ela, amostragem qualitativa deve privilegiar os sujeitos sociais que possuem as características que o investigador pretende conhecer, e o número suficiente é aquele que permita certa reincidência das informações, não desprezando informações singulares cujo potencial explicativo deve ser considerado.

Esta mesma autora afirma que,

“numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação” (Minayo, 2004, p. 102)” “e a questão da validade dessa amostragem está na sua capacidade de objetivar o objeto empiricamente, em todas as suas dimensões (Minayo, 2004, p. 103)”

Nesta perspectiva, Fontanella et al. (2008, p. 18) citam autores que se referem à utilização da amostragem por saturação. Saturação teórica é definida como

[...] sendo a constatação do momento de interromper a captação de informações (obtidas junto a uma pessoa ou grupo) pertinentes à discussão de uma determinada categoria dentro de uma investigação qualitativa sociológica. Na expressão dos autores, tratar-se-ia de uma confiança empírica de que a categoria está saturada, levando-se em consideração uma combinação dos seguintes critérios: os limites empíricos dos dados, a integração de tais dados com a teoria (que, por sua vez, tem uma determinada densidade) e a sensibilidade teórica de quem analisa os dados.

Para a coleta de dados foi utilizada a técnica de entrevista semi-estruturada que, segundo Triviños (1990), é um método que simultaneamente valoriza o investigador e permite liberdade e espontaneidade ao informante, pois partindo de questionamentos básicos, propiciam que se estendam as questões, considerando – se as respostas do entrevistado que participa na elaboração do conteúdo da pesquisa. Minayo (2004) afirma que a entrevista é tomada no sentido amplo de comunicação verbal, sendo empregada em sentido restrito de colheita de informações sobre determinado tema científico.

Minayo (2004) salienta que a entrevista se torna um instrumento privilegiado de coleta de dados ao passo que há a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos.

De acordo com Boni e Quaresma (2005) a entrevista como coleta de dados acerca de um dado tema científico é a técnica mais utilizada no processo de trabalho de campo. Com ela os pesquisadores almejam obter informações, por meio de dados objetivos e subjetivos. Os dados subjetivos só poderão ser obtidos por meio da entrevista, pois relacionam os valores às atitudes e às opiniões dos sujeitos entrevistados.

Em relação à entrevista, segundo Cruz Neto (2001, p. 57),

através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa desprestenciosa e neutra, uma vez que se inscreve como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeito-objeto da pesquisa que vivenciam determinada realidade que está sendo focalizada.

As entrevistas foram realizadas no domicílio do sujeito da pesquisa, por considerar que, no ambiente domiciliar ele estará mais a vontade para relatar seus significados atribuídos à visita domiciliária dos trabalhadores da ESF.

Para a coleta de dados utilizei um roteiro (Apêndice 2). As entrevistas foram gravadas após o Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3) dos sujeitos da pesquisa. Salienta Triviños (1990), que a gravação proporciona a obtenção de todo o material que o entrevistado fornece e o processo de transcrição permite ir identificando idéias e concepções dos entrevistados.

Para realização das entrevistas utilizei-me de um gravador digital e um portátil com fitas cassete, após o consentimento em participar da pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi dirigida aos sujeitos da pesquisa uma questão norteadora: ***“O que você pensa sobre a visita domiciliária da equipe do Programa Saúde da Família”?***

Após o término da entrevista, o pesquisador questionou os sujeitos, buscando saber se os mesmos queriam ouvir a gravação das entrevistas. Dos entrevistados, apenas um não quis ouvir.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de setembro de 2007 e maio de 2008, sendo que o pesquisador fez antes e após a realização das entrevistas análise dos prontuários dos usuários que participaram da pesquisa, com a finalidade de coletar outros dados necessários para a caracterização e concretização desta pesquisa.

Terminado o processo de coleta de dados foi realizada a transcrição literal das falas dos usuários participantes da pesquisa.

5.7- Análise dos dados

Para análise dos dados, optei pela técnica de análise de conteúdo na Modalidade Temática. Assim, a análise de conteúdo consiste em:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 2004, p. 37).

Neste contexto, Minayo (2004, p. 203) aponta que:

Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. [...] relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados.

Portanto, a análise temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que formam uma comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (Bardin, 2004; Minayo, 2004).

Segundo Bardin (2004), a análise temática significa contagem de um ou vários temas de significação, numa unidade de codificação previamente determinada. “A noção de tema, largamente utilizada em análise temática é característica da análise de conteúdo” (Bardin, 2004, p. 99)

Ainda segundo esta autora

O tema é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc. As respostas a questões abertas, as entrevistas (não diretivas ou mais estruturadas) individuais ou de grupo, de inquérito [...] podem ser, e são freqüentemente, analisados tendo o tema por base (p.99).

A noção de TEMA, segundo Minayo (2004) está relacionada a uma afirmação acerca de determinado assunto. Assim, ela comporta um feixe de relações, podendo ser graficamente apresentada por meio de uma palavra, uma frase, um resumo.

Operacionalmente, segundo a proposta dessa autora, a análise temática desdobra-se em três etapas básicas, que são abordadas, aqui, de maneira sucinta e segundo a forma como foi aplicada nesta pesquisa.

A primeira etapa é denominada de pré-análise, que se constituiu na escolha dos documentos a serem analisados, na retomada e adequação dos pressupostos inicialmente formulados frente ao material coletado por meio da análise documental e das entrevistas.

A pré-análise exigiu várias leituras flutuante das entrevistas.

- *Leitura Flutuante:* consistiu num contato exaustivo com o material, impregnando-se pelo conteúdo.

Nesta etapa realizei a leitura várias vezes, de forma seqüencial, de cada discurso, buscando identificar unidades de registros que respondessem e dessem significado a questão que norteou esta pesquisa.

Num segundo momento, procurei organizar este material. Esta fase, dentro da análise temática, é denominada de constituição do corpus.

- *Constituição do Corpus:* organizei o material de modo que se pudesse responder a algumas normas de validade;

Nesta etapa, a organização do material se deu, de modo que os dados empíricos obtidos pudessem ser agrupados, levando-se em conta, os diferentes significados atribuídos pelos sujeitos da pesquisa à visita domiciliária dos trabalhadores da ESF.

- *Formulação de Hipóteses e Objetivos:* analisei e fiz a avaliação entre os pressupostos iniciais e os emergentes.

Nessa etapa, procurei determinar a unidade de registro, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientaram a análise. Nesta primeira etapa encontrei um total de 76 unidades de registro. Em uma segunda codificação, realizando agrupamentos, reduzi para 34 unidades e, em uma terceira codificação, cheguei a 21 unidades de registros.

A exploração do material consistiu na operação de codificação. A análise temática, segundo Minayo (2004), trabalha com essa fase primeiro com recorte do texto em unidades de registro que podem ser uma palavra, uma frase, um tema, um personagem, um acontecimento tal, como foi determinado na pré-análise.

A segunda etapa correspondeu à exploração do material, objetivando alcançar os núcleos de sentido a partir do recorte de fragmentos das falas dos sujeitos em um processo de codificação para transformar os dados brutos nos núcleos de compreensão do texto.

Com a leitura exaustiva dos discursos, foi possível identificar as unidades de registros que, num segundo momento da análise, foram agrupados em núcleos de sentidos, que são representados por diferentes unidades de registros, mas com mesmo significado para a questão a ser respondida.

Esta etapa de exploração do material permitiu, então, o agrupamento das unidades de registro encontradas nos seguintes núcleos de sentido:

- A visita domiciliária como suporte social às famílias;
- O trabalho da equipe da Estratégia Saúde da Família sob a ótica dos usuários;
- A Estratégia Saúde da Família como modalidade assistencial sob a ótica do usuário;
- A visão dos usuários sobre as ações desenvolvidas no ambiente domiciliar pelos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família.

Este conjunto de núcleos de sentido permitiu elencar duas unidades temáticas contidas no conjunto das falas. Tomando estes quatro núcleos de sentido, procurei criar unidades temáticas para a discussão teórica dos dados obtidos.

- **Unidade Temática 1:** A visita domiciliária e o trabalho da equipe da Estratégia Saúde da Família sob a ótica do usuário;
- **Unidade Temática 2:** A visão dos usuários sobre a Estratégia Saúde da Família como possibilidade de acesso aos serviços de saúde.

Na fase de tratamento dos resultados obtidos, procurei fazer inferências e interpretações almejando a compreensão dos significados atribuídos pelos usuários que recebem a visita domiciliária da equipe de saúde da família de acordo com as unidades temáticas, em um movimento de confrontação com o

quadro teórico determinado para esta pesquisa, permitindo validar as informações obtidas nas etapas anteriores.

Além disso, Deslandes (2001) e Minayo (2004) argumentam acerca do caráter aproximado, provisório e inacessível em relação à totalidade do objeto de estudo de uma pesquisa científica. Assim assumo minhas inseguranças como pesquisador e a impossibilidade de trabalhar com tudo que foi captado pelas entrevistas em campo.

Quanto a esse aspecto, concordo com Turato (2003, p. 448-449) que,

Se o autor discutir tudo, o trabalho de tese não terá fim, ou não será uma tese, mas um tratado científico [...] e que um pesquisador deve pôr em relevo só o que vai dar conta de discutir a fundo, e aquilo mas precisamente ligado a seus pressupostos iniciais ou eventualmente a um ou outro ponto novo que se desenhou durante o percurso da pesquisa.

5.8- Aspectos éticos e legais

Para o desenvolvimento desta pesquisa, encaminhei um projeto de pesquisa para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM), da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), conforme Resolução 196 de 10/10/1996, que trata sobre pesquisas envolvendo seres humanos, tendo este recebido parecer de aprovação sem restrições, sendo este parecer identificado sob o Nº 801/2006 (Anexo 2).

Elaborei um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice), que teve como objetivo esclarecer as finalidades desta pesquisa e a forma como os sujeitos da pesquisa deveriam participar da mesma.

Os sujeitos participantes deste estudo somente foram entrevistados após explicações e esclarecimentos em relação à sua participação na pesquisa, tendo sido garantida explicitamente a seu direito de se recusar a participar da mesma, mesmo que, tenha concordado anteriormente.

6- DISCUTINDO OS RESULTADOS

6.1- Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Após a coleta de dados, foi possível captar a visão dos usuários acerca do trabalho da equipe de saúde da família, especificamente a visita domiciliária após a realização das entrevistas.

Quadro 3- Distribuição dos sujeitos da pesquisa segundo a Unidade de Saúde da Família (USF), número de pessoas no domicílio, ocupação, sexo e escolaridade, no município de Fernandópolis/SP, 2007.

USF	Nº pessoas Família	Ocupação	Idade	Sexo	Escolaridade
Vila Regina	02	Aposentado	79	M	Sem Instrução Formal
Vila Regina	06	Aposentada	91	F	Sem Instrução Formal
Vila Regina	03	Do lar	62	F	Ensino Fundamental Incompleto
Vila Regina	05	Aposentada	63	F	Sem Instrução Formal
Vila Regina	05	Do lar	42	F	Ensino Fundamental Incompleto
Vila Regina	03	Aposentado	66	M	Ensino Fundamental Incompleto
Vila Regina	02	Aposentada	62	F	Sem Instrução Formal
CAIC	08	Aposentado	57	F	Ensino Fundamental Incompleto
CAIC	01	Aposentada	53	F	Ensino Fundamental Incompleto
CAIC	06	Aposentado	71	M	Ensino Fundamental Incompleto
CAIC	04	Técnico de Enfermagem	23	F	Ensino Médio Completo
CAIC	04	Do lar	50	F	Ensino Fundamental Incompleto
CAIC	02	Autônomo	63	M	Ensino Fundamental Incompleto
CAIC	02	Aposentado	50	M	Ensino Fundamental Incompleto

Fonte: Prontuários das Famílias na USF - 2007

Dos 14 sujeitos de pesquisa, nove eram do sexo feminino (64%) e cinco do sexo masculino (36%).

Dos entrevistados, todos residiam em casa de tijolo/adobe (100%) e todos tinham como sistema de abastecimento de água, a rede pública (100%).

A média de idade do grupo entrevistado foi de 59,43 anos de vida, sendo que o mais velho jovem tinha 23 anos e o mais velho 91 anos. É importante salientar que a maioria dos sujeitos da pesquisa, são idosos, em sua maioria aposentados. 4 (28,57%) sem instrução formal, 9 (64,28%) tinham o ensino fundamental incompleto e 1 (7,14%) tinha o ensino médio completo.

Dos usuários entrevistados, nenhum tem plano privado de saúde, sendo que três têm descontos em consultas médicas particulares na cidade, por meio de plano funerário.

6.2- Unidade temática 1: a visita domiciliária e o trabalho da equipe estratégia saúde da família sob a ótica do usuário

No atual cenário dos serviços de saúde pública no Brasil, a atenção primária à saúde ou atenção básica é considerada a porta de entrada dos usuários no SUS.

Neste estudo, foi possível identificar nas falas dos entrevistados, a ESF como possibilidade de inserção destes nos serviços de saúde.

A ESF, em sua concepção, tem como propósito concretizar mudanças na dimensão organizacional do modelo assistencial. Uma de suas características é nitidamente concretizar os princípios do SUS.

Garantir o acesso, aos serviços de saúde torna-se essencial nesse processo. Um atributo importante da atenção primária à saúde é a sua definição como serviço de primeiro contato ou porta de entrada do sistema de saúde, com a

função de garantir atenção a maior parte das necessidades de saúde e o acesso aos outros níveis. O cumprimento dessa função pelo serviço de atenção primária implica acessibilidade (geográfica, temporal e cultural), na utilização dos serviços por parte dos usuários a cada novo episódio e exigência de encaminhamento dos profissionais de atenção primária para acesso à atenção especializada (Starfield, 2002; Escorel et al., 2007).

A ESF, desde sua implantação nos serviços de saúde no Brasil, tem a visita domiciliária como instrumento central para a prestação da assistência nos domicílios das famílias assistidas pelos trabalhadores desse modelo assistencial em serviços de saúde.

Nesta unidade temática, procurei analisar os discursos dos sujeitos entrevistados, buscando caracterizar e discutir como os usuários dos serviços da Atenção Primária em Saúde (APS), especificamente da ESF, vêem a visita domiciliária, a própria ESF e a avaliação que estes fazem destes serviços, situação esta identificada a partir da leitura e análise dos dados.

6.2.1- A visita domiciliária como suporte social às famílias

A visita domiciliária é o cerne deste estudo. A prática da visita domiciliária na ESF é algo fundamental para a concretização das ações propostas pelo Ministério da Saúde (MS).

Para os usuários entrevistados a visita domiciliária aparece como possibilidade de estabelecimento de elo entre a família e os serviços de saúde.

Um dos valores atribuídos à visita domiciliária pelos usuários é como um apoio, quando algum dos membros da família tem limitações funcionais que impossibilita a ausência do outro familiar do ambiente doméstico. Nesta perspectiva a visita domiciliária serve como apoio social às famílias, conforme pode ser observado no seguinte depoimento:

[...] As pessoas não têm condição de andar, se locomover de lugar [...] eu não posso sair daqui de manhã cedo, deixar para ficar na fila ali esperando a consulta porque eles tão dependendo dos remédios da minha mão, depende de virar ele na cama, sentar ele na cama [...] auxilia muito a pessoa que tá acamada [...] reanima a pessoa (Entrevista 1)

Para Reinaldo e Rocha (2002) as visitas domiciliares são instrumentos de trabalho valiosos no cuidado de enfermagem, sendo empregadas nas mais distintas formas de acompanhamento dos pacientes. Quando bem utilizadas, as VD minimizam custos hospitalares, melhoram o prognóstico dos pacientes em alguns casos, e tem-se a oportunidade preciosa de educar não só o paciente, mas a família, isto é, seus cuidadores.

Atualmente, a ESF, por meio da VD, propicia maior proximidade dos profissionais e serviços com as pessoas e seus modos de vida segundo a visão dos entrevistados.

A VD é instrumento que permite à enfermeira identificar como se expressam, na família, as formas de trabalho e vida dos membros, quais padrões de solidariedade se desenvolvem no cerne do universo familiar e como estes podem contribuir para o processo de cuidado, cura ou recuperação de um de seus membros (Souza et al., 2004).

[...] muito bom, porque que nem ele ó, não pode sair [...] não posso levar ele que é cego, ele não anda direito [...] é ótimo eles virem aqui [...] (Entrevista 4)

[...] Eles fazem aquilo que pode com a gente [...] Mas tem gente que ninguém é bom para eles [...] Também eu num estado desse né? Aí eu sou bem atendida, acho que eles têm muita né muita atenção graças a Deus. (Entrevista 7)

O conhecimento por parte dos trabalhadores da ESF do contexto social em que vivem às famílias demonstram garantir a estas a busca para solução de problemas ora encontrados.

A visão que os usuários têm acerca da visita domiciliária caracteriza-a como importante e necessária para os mesmos. A visita domiciliária tem significado de acesso aos serviços de saúde, como será discutido mais adiante. Outra questão é a visita como possibilidade de auxílio a algum membro da família que assume o papel de cuidador domiciliar. Dessa forma, a presença dos trabalhadores no cenário domiciliar caracteriza-se como uma forma de ajuda, do trabalhador da ESF para o membro da família que assume a responsabilidade de cuidador, contribuindo para auxiliar e orientar este cuidador domiciliar. Nas falas dos entrevistados, é possível perceber a dificuldade que este membro da família apresenta em cuidar de outro membro que se encontra acamado ou com alguma outra debilidade física.

Diante desta situação, o usuário é grato ao fato de receber a visita dos trabalhadores da ESF, facilitando o acesso aos serviços de saúde e simultaneamente recebendo o atendimento necessário sem se deslocar do seu ambiente, o domicílio.

Sakata et al. (2007, p. 6) apontam que a prática da assistência no domicílio, por meio da visita domiciliária, “favorece uma aproximação da realidade que é complexa e dinâmica, possibilitando, portanto, uma reflexão e revisão da própria atitude dos profissionais na busca de transformações do cuidado”.

Para Trad et al. (2002) a visita domiciliar oferece aos trabalhadores da equipe novas portas de entrada na vida cotidiana das pessoas e um maior poder de influência quanto às medidas e aos comportamentos de saúde a serem adotados pela população.

A presença do trabalhador da ESF no domicílio não deve ser entendida como uma obrigatoriedade, mas algo que possibilita ao trabalhador conhecer as reais necessidades de saúde dos usuários e ao mesmo tempo em que os usuários compreendam o verdadeiro papel desta equipe, a de prestar uma assistência, levando-se em conta os princípios norteadores ou doutrinários do SUS, a universalidade, equidade e integralidade das ações.

Portanto, para uma melhor compreensão sobre a prática da visita domiciliária na ESF, é fundamental que os serviços garantam a participação popular na (re) construção e melhoria dos serviços de atenção primária. Fica difícil ao usuário tecer alguma crítica construtiva acerca das reais necessidades e das características de um serviço se os mesmos não receberam informações para compreender o que é saúde, o que são os serviços de saúde e como devem ser operacionalizados.

6.2.2- O trabalho da equipe da estratégia saúde da família sob a ótica do usuário

O trabalho interdisciplinar desenvolvido pela equipe da ESF é identificado pelos usuários destes serviços.

Concordo com Alonso (2003, p. 242) ao afirmar que

A busca de uma visão interdisciplinar é um grande desafio a ser perseguido pelos profissionais de uma equipe que abraça o trabalho assistencial no complexo território das relações familiares. Este é também um grande desafio para as instituições que se propõem a assistir as famílias, tanto no âmbito estrutural e administrativo quanto epistemológico.

Rocha e Almeida (2000) salientam que setor saúde tem de responder a uma pluralidade de necessidade, isto é, às demandas por intervenções tecnológicas que se dão nos hospitais de atendimento de alta complexidade tecnológica e também nos espaços em que as pessoas vivem o seu cotidiano.

Para compreender as tecnologias no campo da saúde, Merhy (1997), ao estudar o processo de trabalho em saúde, utiliza uma classificação para as tecnologias, aqui, não entendida apenas do ponto de vista de um conjunto de recursos materiais, mas que envolvem também outros saberes. As tecnologias em saúde, neste contexto, são classificadas em tecnologias leves, duras e

leve-duras. As tecnologias leves dizem respeito ao processo de intervenção em ato, representados pela autonomia, acolhimento, relações de vínculo e formas de gerenciar os processos de trabalho. As tecnologias duras são aquelas em que estão envolvidos os equipamentos tecnológicos, representados por máquinas, normas e estruturas organizacionais. Por fim, as tecnologias leves-duras dizem respeito aos saberes tecnológicos bem estruturados que norteiam o trabalho, como a clínica e a epidemiologia, entre outras.

Como já discutido anteriormente, o processo de trabalho na APS, especificamente na ESF envolve uma questão complexa, considerando que o espaço da saúde coletiva abriga disciplinas diferentes e que devem se inter-relacionar buscando a assistência de forma integral aos usuários dos serviços de saúde.

Assim, Chaves (1998) procura conceituar disciplina, multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. Para este autor a disciplina constitui um corpo próprio de conhecimento ensinável. A multidisciplinaridade ocorre quando “a solução de um problema torna necessário obter informação de duas ou mais ciências ou setores do conhecimento sem que as disciplinas envolvidas no processo sejam elas mesmas modificadas ou enriquecidas”. Já o termo interdisciplinaridade deve ser reservado para determinar “o nível em que a interação entre várias disciplinas ou setores heterogêneos de uma mesma ciência conduz as interações reais, a certa reciprocidade no intercâmbio, levando a um enriquecimento mútuo”. E a transdisciplinaridade envolve “não só as interações ou reciprocidade entre projetos especializados de pesquisa, mas a colocação dessas relações dentro de um sistema total, sem quaisquer limites rígidos entre as disciplinas”.

Para Almeida e Mishima (2001) é nesta relação de complementaridade e interdependência e ao mesmo tempo de autonomia relativa a um saber próprio, que entendemos o trabalho dos diferentes agentes: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, na ESF. A articulação destes aspectos distintos não é um empreendimento rápido de um único grupo

profissional, mas requer esforço contínuo para integrar conhecimentos disponíveis nos espaços de trabalho, nos espaços de formação, nos espaços de produção de conhecimento, especialmente nos espaços de construção de cidadania.

De acordo com Schraiber et al. (1999) as necessidades de saúde demonstram múltiplas facetas, o que torna complexo o conhecimento e as intervenções acerca desse objeto. Desse modo, a totalidade das ações necessárias no campo da saúde não pode acontecer pela ação isolada de um único agente.

Portanto, o processo de interdisciplinaridade é fundamental no campo da saúde coletiva, considerando que este cenário de atuação não é específico ou privativo de uma disciplina, mas de várias disciplinas que procuram atender às carências deste campo complexo que é saúde coletiva. A integração entre as disciplinas se torna fundamental nesta perspectiva de assistência à saúde. Isso se torna mais concreto na ESF.

O encontro assistencial domiciliar entre a família e a equipe de saúde pode configurar-se, à primeira vista, em uma inauguração de novas liberdades e possibilidades assistenciais, no entanto, pode constituir-se também, em um severo mecanismo de controle e sujeição das famílias, assim, torna-se essencial ao conceber este encontro, que o mesmo seja tomado pelos princípios de autonomia, confiança e co-responsabilização no processo de cuidados à saúde da família (Alonso, 2003)

Nas entrevistas foi possível identificar trechos que caracterizam a equipe da ESF:

[...] Já recebi a visita de todos até da médica, eu acho muito bom, porque fica mais fácil [...]. É bom a visita, demais mesmo. É bom de mais porque né? Ele não tem jeito ir pra lá, é uma dificuldade mesmo né? Então a melhor coisa é essa coisa aqui que eu acho, facilita demais. (Entevista 3)

O discurso anterior mostra a importância que o usuário atribui à presença do profissional médico no seu domicílio. Esta situação que ora se apresenta traduz se por uma questão histórico-social, em que o profissional médico é visto como alguém muito importante e que mesmo de elevado *status* social, comparece ao domicílio de cada indivíduo/família.

Dentre a equipe, a visita do médico é a que gera um maior impacto, alguém reconhecido como de grande *status* pela comunidade (Trad et al. 2002).

Além do médico, os usuários citam a VD do profissional enfermeiro como segue no trecho da fala abaixo.

[...] As enfermeiras estão sempre aqui [...] vem a médica, a enfermeira [...] (Entrevista 6)

Outra questão que chama atenção é que em nenhum discurso aparece explicitamente o auxiliar ou técnico de enfermagem. Isso se deve a dificuldade por parte dos usuários entrevistados em discernir entre o profissional enfermeiro e o técnico ou auxiliar de enfermagem. Outro fator contribuinte para este processo pode ser associado ao contato que o profissional enfermeiro e o técnico/auxiliar de enfermagem têm com os usuários, ou seja, estes têm um contato menor com o usuário no seu domicílio, quando comparados ao ACS.

Ao buscar o significado da visita domiciliária dos trabalhadores da ESF, outra questão que emergiu, foi a avaliação feita pelos usuários relacionada aos serviços prestados por estes trabalhadores.

Para Ferreira (2004) “avaliação é o ato ou efeito de avaliar; apreciação, análise”.

Segundo Akerman e Nadanovsky (1992) em seu trabalho avaliação dos serviços de saúde apontam que há certa dificuldade em relação à temática avaliação dos serviços de saúde, considerando que para se avaliar um serviço é necessário conhecer qual de fato é a função dos serviços de saúde.

Para Uchimura e Bosi (2007) as percepções dos atores sociais sobre qualidade dos serviços são determinadas por suas experiências inerentes junto às ações em questão. Esse entendimento permite compreender não apenas o significado da qualidade para diferentes grupos, mas também as formas pelas quais esta se manifesta e, principalmente, suas necessidades a partir de sua própria ótica.

Desse modo, os trechos dos discursos a seguir, mostram a preocupação por parte dos entrevistados em demonstrar sob seu ponto de vista a resolutividade dos serviços da ESF e consequentemente a prática da visita domiciliária.

[...] Eu acho bom que eles vêm aqui, são muito agradáveis com a gente, eu acho muito bom [...] Eu não posso falar nada, é muito bom. Eles dá tudo, marca tudo, quando precisa dum remédio que aí não tem eles vai lá na central e pega[...]
(Entrevista 5)

[...] Todos para mim, graças a Deus, todas as vezes que eu precisei deles, nunca me disseram não, nem deixaram de me atender sabe? Tudo que eu peço para eu fazer consulta, até com dentista que estou precisando de uma chapa [...]
(Entrevista 7)

[...] Eles vêm, senta aqui bate um papo com nós, o problema de saúde até que resolve, aí não posso falar não, até que resolve, se a gente vai lá, procurar demora mais atende. [...]
(Entrevista 11)

[...] Ela (se referindo a ACS) vem aqui assim, ela vem saber se nós estamos bem, se o meu filho está fazendo o tratamento certo. [...] (Entrevista 12)

Os entrevistados ao serem indagados acerca do significado da VD da equipe da ESF, o que primeiro apareceu foi à opinião que estes fizeram acerca da assistência que recebiam dos trabalhadores.

Tá bom! Porque, pelo menos quando eu preciso, eu vou lá e consigo né?[...] Pra mim resolve, eu tomo remédio, está certo, quando a gente precisa, a gente vai lá e é atendido né? Então a gente acha que está bom porque, mais que isso não tem jeito né? Parece que está bom. O combinado foi esse, quando botaram esse tipo de programa aí, é que eles vinham acompanhar às famílias, o médico vinha na casa, fazer visita bonitinho, né?[...] (Entrevista 10)

A parte grifada representa, na ótica do usuário, uma visão errônea do processo de trabalho das equipes de saúde da família. Isto pode ser reflexo da própria mídia que tem levado as pessoas pensarem que a principal função delas é levar saúde até o domicílio. Isso embora seja vinculado pelos meios de comunicações, não se revela de fato como verdadeiro, já que a VD também está prevista para algumas situações, tais como, pessoas acamadas, portadores de doenças crônicas acompanhadas ou não de complicações e a realização de procedimentos de maior complexidade técnica.

Outros fatores que poderíamos desconfiar: como teria sido o contato com estas famílias por ocasião do cadastramento na ESF? Será que as famílias foram devidamente orientadas quanto às finalidades da ESF e as principais atribuições de cada membro da equipe saúde da família?

Há também que se considerar, que as situações de vulnerabilidade das famílias e a dependência em relação aos trabalhadores de saúde podem gerar, nos usuários, uma visão errônea das finalidades da ESF.

Diante das falas apresentadas a opinião que emerge apresenta uma relação de caráter histórico, social e cultural, em que a posição no qual os usuários têm sido colocados historicamente nos serviços de saúde, uma posição de subordinação aos trabalhadores de saúde, que ditam as normas para um viver mais saudável.

Ao fazer referência à avaliação dos serviços prestados, os entrevistados fazem questão de mostrar o quanto satisfeitos estão com relação aos mesmos.

Estudos acerca da satisfação dos usuários dos serviços de saúde emanaram a partir da década de 70, tendo como cerne os aspectos técnicos e estruturais da qualidade da atenção. Atualmente, essa temática tem sido fundamental para avaliação da qualidade do cuidado, tanto quanto caracteriza-se como um instrumento de informações confiáveis e adequadas a respeito da opinião do público em relação aos serviços oferecidos, permitindo aperfeiçoamento dos mesmos (Cotta et al., 2005).

Segundo Aguiar e Moura (2004, p. 164),

Ao ser considerada que a avaliação do funcionamento do PSF deve ser uma atividade a acontecer no âmbito nacional, regional e local, com vistas a fornecer subsídios para as adequações necessárias, principalmente por se tratar de um processo em implantação e com tendência a universalização. Pensando no contexto local, em que se destaca o fortalecimento da participação comunitária, ressalta-se a relevância de um processo de avaliação voltado para as perspectivas dos próprios usuários, uma vez que estes se caracterizam como importantes parceiros do programa.

Mesmo a população tendo garantida a participação na (re) construção dos serviços de saúde, é possível depreender das entrevistas uma preocupação em deixar muito claro que estão satisfeitos com os serviços ora recebidos e que tem resolvido a maioria de seus problemas de saúde.

O fato dos usuários receberem assistência no seu domicílio, por meio da visita domiciliária é algo que gera grande contentamento por parte dos mesmos, principalmente, quando existe no grupo familiar a presença de alguma pessoa incapaz ou acamada em decorrência de algum agravo ou patologia.

Diante disso, o meio que os usuários entrevistados encontraram para falar o que o trabalho da equipe do ESF significava para eles foi primeiro fazer uma apreciação do trabalho e nela destacar qual era a significado que eles dão a

esse trabalho, que em última instância é: eles querem uma estratégia que assegure a eles o atendimento universal e não serem barrados ou impedidos de ter acesso aos serviços de saúde, situação esta característica, quando da implantação dos serviços de saúde pública no Brasil, anteriormente a implantação do SUS.

Embora a assistência domiciliar, prestada aos usuários por meio da visita domiciliária, seja uma prática importante nesta modalidade de assistência em alguns trechos da fala dos entrevistados, o usuário não tem muito claro a distinção da prática da VD realizada pelos ACS da VD realizada pelos profissionais, médico, enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem, em que na primeira situação, as ações desenvolvidas no cenário domiciliar são as práticas educativas em saúde e na segunda, além dessas ações, também, procedimentos técnicos.

Aqui cabe salientar, a percepção, muitas vezes distorcida que o próprio usuário tem das práticas educativas em saúde, quando comparadas a algum procedimento técnico, como a realização de um curativo que parece ser mais valorizado do que as práticas educativas em saúde.

[...] então, o trabalho é assim, passam perguntando se está bom, se não está, né? [...] Aqui eles só dão recado, de primeiro vinham fazer visita e tal, mas eles agora só passam e vêem como é que está de longe [...] eles vêm e fica no portão aí, ou quando tem que assinar algum papel, né? Aí eles entram aqui dentro [...] Então a gente acha que está bom, porque, mais que isso não tem jeito né? Parece que está bom [...] (Entrevista 10)

O discurso mostra a percepção que o usuário tem acerca da visita realizada pelos trabalhadores da ESF. No discurso anterior, o entrevistado acredita que o serviço pode ser melhorado, ao mesmo tempo em que afirma estar bom. O usuário tem criticidade em relação aos serviços que são prestados, mas se sente sem voz pela posição social que ocupa. Ao considerarmos o perfil dos

entrevistados, a maioria apresenta nível básico de escolaridade e são aposentados.

Mesmo que o usuário expresse que tem garantido o acesso aos serviços de saúde, isso não lhe garante a resolutividade de seus problemas de saúde, isso porque muitas vezes as necessidades de saúde do usuário são diferentes das percebidas pelos trabalhadores da ESF.

O ponto de vista dos usuários sobre os serviços de saúde auxilia a determinar suas necessidades e representa um modo de mensurar a eficiência dos serviços básicos de saúde, aqui especificamente a ESF, tendo como pressuposto a expectativa e satisfação dos usuários acerca da assistência prestada (Moura Barroso et al., 2008).

6.3- Unidade temática 2: a visão dos usuários sobre a estratégia saúde da família como possibilidade de acesso aos serviços de saúde

A ESF, enquanto serviço constituinte da APS no Brasil, tem se destacado por ter contribuído para facilitar o acesso aos serviços públicos de saúde.

De acordo com Rosa e Labate (2005, p. 1031) ao fazer a discussão acerca da ESF como à construção de um novo modelo de assistência afirmam que:

A APS ao ser um primeiro atendimento, servirá obrigatoriamente de porta de entrada para o sistema de assistência, ao mesmo tempo em que constitui um nível próprio de atendimento. Ao resolver uma série de necessidades, extrapola a esfera da intervenção curativa individual – as chamadas necessidades básicas de saúde – incluindo, principalmente, demandas sanitárias que geram as ações tradicionais de saúde pública (saneamento do meio, desenvolvimento nutricional, a vacinação ou a informação em

saúde), as demandas relacionadas a algumas ações clínicas (prevenção, profilaxia e o tratamento de doenças de caráter epidêmico) e as demandas tipicamente clínicas de prevenção e recuperação, apoiados em técnicas diagnósticas de menor uso de equipamentos, mas que, para sua adequada compreensão e efetiva transformação, exigem sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistências e educativas.

Diante dessa nova possibilidade de assistência à saúde, nesta unidade temática procurei caracterizar e discutir a ESF como possibilidade de acesso aos serviços de saúde e modelo assistencial, a relação estabelecida entre usuários e trabalhadores da ESF e descrever as ações desenvolvidas nestes serviços de assistência à saúde.

6.3.1- A estratégia saúde da família como modalidade assistencial sob a ótica do usuário

A ESF tem como cerne prestar a população serviços de assistência à saúde que visem atender as reais necessidades de saúde da população.

[...] eu ficava doente, precisa correr para a Santa Casa, e aqui, graças a Deus, resolvi, o reumatismo, eu fui lá com a doutora, ela me deu o remédio, nossa! Mas foi uma beleza, melhorou, tirou a dor, nossa o postinho pra mim é tudo [...] Lá no Paulistano, o postinho lá, era muito longe né? Porque a gente estava ate inchada, não agüentava andar, necessitava ir a pé né? E elas não passavam lá fazendo a visita. Nossa! Aqui eu adoro, sabe? Este postinho ai, oh, foi uma maravilha, nós virmos para cá. (Entrevista 14)

No discurso anterior, fica evidente a importância da ESF, como facilitadora do acesso aos serviços de saúde.

Acredito que o discurso anterior leva-nos a refletir também sobre a acessibilidade geográfica uma vez que manifesta a proximidade da USF com o domicílio. Outro ponto é a acessibilidade econômica, uma vez que o usuário manifesta que “necessitava ir a pé”. Isso emerge ao considerar que o usuário apresenta alguma dificuldade de locomoção e até gastos com o deslocamento até a Unidade Básica de Saúde (UBS).

A acessibilidade cultural no PSF é facilitada pela atuação do agente comunitário de saúde, mediador entre a comunidade e o serviço de saúde, na medida em que esse profissional é morador da comunidade de referência da unidade de saúde da família e, portanto, em geral pertence ao mesmo grupo social dos usuários (Escorel , et al., 2007).

Outra questão importante é que, mesmo que os serviços oferecidos não resolvam os problemas de saúde da população, o fato de ter acesso a estes serviços já gera nestes usuários um contentamento e uma satisfação por ter trabalhadores da ESF que estão indo até suas residências, ou seja, a preocupação por parte da equipe de saúde em saber como está à saúde do usuário/família já é algo muito importante no processo de assistir em saúde sob a ótica dos usuários.

Assim, estas ações, que acontecem em sua maioria no cenário domiciliar traz uma inquietação, haja vista, que a presença da equipe no domicílio não pode ser entendido necessariamente como resolutividade dos problemas de saúde de uma comunidade na atenção primária à saúde, especificamente na ESF.

Para os usuários que já experienciaram a assistência prestada pelas UBS e agora recebem assistência da ESF esta percepção de melhora, de acesso com maior facilidade, acentua-se. Antes, o usuário necessitava ir até a unidade para agendar a consulta, por exemplo, ao passo que no modelo da ESF, toda a equipe pode se deslocar até sua residência.

Embora, esta seja a percepção do usuário, a ESF, como modelo de reorganização dos serviços da APS, tem como objeto central do processo de trabalho, garantir aos usuários/famílias o acesso aos serviços de saúde e a resolução de seus problemas de saúde, com ações, principalmente, de prevenção de doenças e promoção da saúde sem prejuízo das ações curativas e de reabilitação.

Portanto a Assistência Domiciliar (AD), prestada por meio da VD, caracteriza-se como um dos atributos dos membros da equipe da ESF, não sendo este o cerne dos serviços desenvolvidos para assistir aos usuários/famílias.

Olha, eu acho muito bom, porque tem muita gente que não pode ir até lá né?[...] eu moro aqui a pouco tempo, e quando eu vim para cá, já era PSF, agora no bairro que eu morava, eu tive assistência de ser postinho, assim né? Mais aqui a diferença é boa, porque às vezes você tinha condições físicas de ir né?[...] Agora quando você tem a oportunidade da pessoa vir até você, aí muda a coisa né?[...] (Entrevista 8)

A visita domiciliária empregada para o atendimento à população nos serviços da APS, especificamente na ESF, fortalece a questão do acesso aos serviços de saúde. A dificuldade que alguns usuários apresentam fisicamente e que contribuem para locomoção é um fator que dificulta o acesso aos serviços de saúde. Estes usuários têm sido priorizados pelos trabalhadores da ESF.

Segundo Alonso (2003) dentro deste modelo assistencial o que o usuário/família espera dos trabalhadores da ESF é uma relação de ajuda efetiva para a sua saúde, desejando que a equipe concentre-se naquilo que está sendo, de fato, problemático em suas vidas. Manifestam o desejo de serem vistos e ajudados de um modo mais integralizado e contextualizado, isto é, ter os seus problemas de saúde mais relacionados ao contexto da própria vida, no âmbito das suas relações sociais, nos diferentes papéis que experienciam no processo de cuidar em saúde.

[...] Esse PSF pra nós foi uma beleza aqui. Às vezes a gente não pode ir lá, que nem eu, tenho minha mãe aí, as vezes a gente não tem condições de levar porque ela não anda né? Então o médico já veio aqui consultar ela, eles também já vieram aqui, fazer visita para ela, veio aí aplicar a vacina do idoso, que não podia levar ela, então estas coisas aí é que são muito importantes para a gente [...] (Entrevista 13)

Os usuários que tem maior clareza acerca dos pressupostos da ESF conseguem demonstrar de que modo estes serviços proporcionam um acesso de forma mais fácil aos serviços de saúde. A presença dos trabalhadores no seu domicílio é algo que contribui para a inserção deste usuário nos serviços de assistência à saúde. Neste contexto o usuário deseja ser auxiliado de maneira mais contextualizada, compreendida dentro das relações familiares em situações de saúde ou doença (Alonso, 2003).

[...] Teve vez dela (ACS) chegar aqui, eu estar assim desesperada, chorando, quando eu fiz o exame que deu que era maligno, ela vinha, me consolava, me visitava, me dava força, sabe? [...] (Entrevista 9)

A prática da VD constitui-se num importante instrumento para o desenvolvimento das ações de assistência à saúde dos indivíduos/famílias no cenário da ESF. Esta permite que os trabalhadores que compõem a equipe de saúde da família possam desenvolver suas ações pautadas pelo planejamento da assistência, levando-se em consideração as reais necessidades de cada família.

Para a efetiva prática da VD é necessário o estabelecimento de vínculo entre usuários/família e trabalhadores da ESF que os visitam.

Para uma melhor compreensão sobre as idéias de vínculo no cenário dos serviços de saúde VÍCTORA et al. (2000) afirmam que a rede de relações sociais é “[...] o estudo do conjunto específico de interpretar o comportamento social das pessoas envolvidas. As autoras apontam que, para o estudo da rede de relações, é necessário observar:

- a) o que é trocado, isto é, o conteúdo dos vínculos (bens materiais, drogas, favores sexuais, relações de amizade, cumplicidade, hostilidade);
- b) com quem é trocado, ou seja, se são relações horizontais que se dão dentro de uma mesma geração ou entre pessoas com mesmo *status* do grupo, ou são relações verticais do tipo patrão empregado, entre pais e filhos;
- c) o quanto é trocado, isto é densidade dos vínculos, se estreitos ou fluídos, contínuos ou eventuais.

Nesta perspectiva Fracoli et al. (2003, p. 81) ao discutir a temática vínculo aponta que

criar vínculos implica em ter relações tão próximas e tão claras, que nós nos sensibilizamos com o sofrimento daquele outro, daquela população. É permitir a constituição de um processo de transferência entre usuário e o trabalhador que possa servir à construção da autonomia do próprio usuário. É sentir-se responsável pela vida e pela morte do paciente, dentro de uma dada possibilidade de intervenção nem burocratizada, nem impessoal. É ter relação, é integrar-se, com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos, e se tornar referência para o usuário, individual ou coletivo.

Na ESF, o vínculo torna-se essencial para o desenvolvimento de um trabalho em que as relações entre trabalhadores e usuários sejam de trocas e de ensino e aprendizagem de ambos os lados.

Sendo o vínculo necessário na ESF, procurei estudos que pudessem demonstrar a visão que usuários tinham acerca da visita recebida dos trabalhadores que compõem a equipe saúde da família, haja vista que a VD torna-se recurso imprescindível neste modelo de assistência empregado no campo da atenção básica.

Foram encontrados trabalhos que demonstram a satisfação dos usuários em relação ao trabalho da equipe de saúde da família e outros voltados a trabalhadores específicos como, o trabalho do enfermeiro ou do ACS da ESF (Trad et al., 2002; Aguiar e Moura, 2004; Teixeira, 2004; Cotta et al., 2005).

Na prática dos serviços, é possível perceber em algumas situações que embora exista uma relação entre trabalhadores e usuários, essa acaba apresentando-se de forma superficial e não permite uma relação de trocas entre ambos.

Esta questão torna-se mais evidente em relação às práticas educativas em saúde, em que, muitas vezes, o conhecimento do usuário não é levado em consideração no processo ensino - aprendizagem como elemento essencial para o desenvolvimento da ação fundamental atribuída a todos os componentes da equipe de saúde, que são as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

De acordo com Alonso (2003) para uma assistência dessa natureza as famílias esperam contar com o interesse e a disponibilidade da equipe, o que exige dedicação e atenção para com as famílias nos domicílios. Assim, é fundamental atitudes como: sentar e conversar sobre a saúde, sobre os problemas, sobre as suas relações e encaminhamentos possíveis e eficazes. A família deseja uma atenção profissional sensível, comunicativa e eficaz, o que por vezes, não é decodificado pela equipe de saúde, em especial os ACS.

6.3.2- A visão dos usuários sobre as ações desenvolvidas no ambiente domiciliar pelos trabalhadores da estratégia saúde da família

Ao buscar identificar as ações desenvolvidas no espaço domiciliar pelos trabalhadores da equipe de saúde da família, foram percebidos nos discursos as ações identificadas pelos usuários.

Enfatizando as ações dos diferentes trabalhadores que constituem a equipe da ESF, concordo com Bousso e Ângelo (2001) ao citar estudos em relação à prática das ações na saúde da família, normalmente, o atendimento à família dá-se em função do aparecimento de uma doença em um de seus membros, raramente olhamos a família como um grupo de pessoas que carece de uma intervenção, seja por dificuldades de relacionamentos surgidos em função da doença, ou, simplesmente, por estar sofrendo com o surgimento da doença.

Nos discursos dos entrevistados, apareceram procedimentos, ações e frequência das visitas, e a facilidade ou dificuldade de distinção entre os diferentes trabalhadores da equipe de saúde da família.

[...] vem a médica, eles me auxilia nos curativos dele [...] a enfermeira me auxiliou e quando eu não consigo ambulância, elas conseguem com emergência [...] eles vêm aqui, a médica consulta, passa os medicamentos certos, ela pede exame de sangue, ela vem e recolhe o sangue e leva pra fazer os exames [...] as auxiliares pede a ambulância [...] vem a enfermeira chefe [...] a agente comunitária também vem [...]
(Entrevista 1)

Alguns dos entrevistados, ao serem indagados sobre a visita domiciliária, traz em seus discursos, significação da própria visita domiciliária, bem como aparecem também trechos que caracterizam a assistência domiciliar prestada pela equipe da ESF.

Ao discutir esta temática, é importante salientar que assistência domiciliar e visita domiciliária não são sinônimos, a visita domiciliária (grifo meu), aqui tomada caracteriza-se como instrumento de trabalho para prestação de cuidados às famílias por parte dos profissionais que integram a equipe da ESF e a assistência domiciliar (grifo meu) consiste nas ações desenvolvidas por um trabalhador de saúde no ambiente domiciliar, assim, esta diferença conceitual é apontada por Pereira et al. (2004, p. 72). Quanto à visita domiciliária eles afirmam que:

[...] a visita domiciliar é tomada como um importante instrumento, entre outros, para operacionalizar parte de um programa de saúde ou parte de uma política de assistência à saúde presente em uma sociedade num dado momento histórico. [...] a visita domiciliar é utilizada para realizar inquéritos, cadastramentos, controle de usuários faltosos, controle de focos epidêmicos, em resumo, ações pontuais e focalizadas. Geralmente, essas ações são realizadas por um agente de saúde treinado previamente para desenvolver a atividade em foco (Pereira et al., 2004, p.72).

Já quanto à assistência domiciliar estes autores afirmam que:

Assistência domiciliar caracteriza-se por desenvolver ações de promoção, prevenção e reabilitação à saúde do indivíduo e família (p.72).

Pereira (2001) afirma que, a Assistência Domiciliar prestada por meio da visita domiciliária, possibilita ao usuário relatar situações e acontecimentos que, normalmente, não relataria quando do atendimento nas unidades de saúde e os encontros entre trabalhadores e usuários vêm permitindo revelar fatos que no cotidiano dos serviços de saúde, costumeiramente, não têm sido revelados. Sob esse prisma, o profissional tem a possibilidade de rever conceitos, articular o contexto em que o indivíduo vive com sua doença, considerando assim, que este amplia a visão acerca da vida do usuário.

A assistência domiciliar, no atual cenário das políticas de saúde, especificamente no contexto do PSF, utilizando-se da visita domiciliária enquanto instrumento de trabalho dos profissionais de saúde que compõem a equipe, é caracterizada pelo desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação da saúde do indivíduo e família. Assim, na atual conjuntura dos serviços de saúde, é necessária para prestação dessa assistência uma equipe multidisciplinar, com atuação interdisciplinar, promovendo um agrupamento de conjunto de conhecimentos que estão além do biológico, tendo

essa estreita relação com a organização dos serviços de saúde e como resultado disso a conformação do modelo assistencial (Pereira et al., 2004).

Neste processo, Souza et al. (2004) definem a visita domiciliar como um dos instrumentos mais indicados para a execução da assistência à saúde, do indivíduo, família e comunidade, devendo ser realizada mediante processo racional, com objetivos definidos e pautados nos princípios de eficiência.

Essas autoras, embora reconheçam que este procedimento seja antigo no contexto histórico proporciona, resultados inovadores, por meio da possibilidade de conhecimento *in loco* da realidade do cliente e família, contribuindo entre outras para redução de gastos hospitalares e fortalecimento de vínculos cliente-terapêutica-profissional.

Diante dos aspectos históricos e conceituais, vantagens e limitações apontadas acerca da visita domiciliária, é possível fazer uma analogia com a utilização da visita atualmente pela ESF e verificar que, em quase três décadas, este instrumento de assistência à saúde apresenta vantagens e limitações e afirmar que a assistência no domicílio esteve presente na prática dos serviços de saúde, sendo que em alguns momentos apareceu com maior evidência e em outros de modo mais restrito, salientando que a mesma foi empregada ao longo da história com diferentes objetivos, fossem esses de cunho religioso, social ou como método de prestação de cuidados à saúde das pessoas.

Outra questão que emerge nos discursos é a forma como o cuidador domiciliar se sente amparado, com a presença da equipe, principalmente quando algum membro daquela família encontra-se acamado.

[...] eles vêm, conversa com a gente, explica, vê os medicamentos da gente [...] tem coisa que a gente já de idade, eu pelo menos sou muito esquecida, então às vezes passa a hora do remédio, às vezes pode misturar e tomar o remédio errado, eu acho que já até fiz isso [...] (Entrevista2)

[...] Eles vêm aqui, mede a pressão e eles já fizeram até exame de diabetes aqui em casa mesmo [...] quando a agente vem aqui ela marca umas coisas no papel [...] marca e pergunta se tá tudo bem [...] pergunta se tá tomando o remédio certinho [...] (Entrevista 3)

Pelos trechos dos discursos anteriores, as ações, inclusive, as de educação em saúde, que até então estavam restritas ao âmbito interno das UBS, dentro dos pressupostos de atuação da ESF, passam a ser desenvolvidas no cenário domiciliar, haja vista que esta presença da equipe de saúde no domicílio lhes possibilita conhecer, como já pontuado neste estudo, as reais necessidades de cada usuário/família, bem como os instrumentos de que estes dispõem para por em práticas as mudanças de hábitos e posturas adequadas em relação ao processo saúde-doença, para uma vida saudável e de melhor qualidade.

Os usuários demonstram por meio dos discursos que não tem muito conhecimento acerca das atribuições da equipe da ESF que os visitam. No discurso anterior é possível identificar que o usuário entende que o teste de glicemia capilar pode ser feito no domicílio, provavelmente, procedimento este realizado somente na unidade de saúde antes da implantação da USF.

Neste sentido, torna-se fundamental a necessidade da população ser informada acerca das atribuições do PSF e sobre os recursos existentes.

[...] Vem até a doutora, ela veio duas vezes me visitar [...] as enfermeiras estão sempre aqui [...] Eles conversam, medem a pressão, mede diabetes, às vezes faz curativo e assim dá remédio [...] vem a médica, a enfermeira [...] Eles vêm o dia que dá certo [...] (Entrevista 6)

Nas falas dos usuários, expressam-se as principais atividades desenvolvidas pelos trabalhadores no ambiente domiciliar. No entanto, houve uma dificuldade por parte de alguns entrevistados em ter claro o que é o Programa de Saúde da Família (PSF), estes entrevistados não associavam o PSF com o atendimento que ele recebia. Em uma das entrevistas realizadas, uma entrevistada perguntou se era sobre o SUS. Isso demonstra que a falta de

informação dos usuários dos serviços de saúde sobre seus modelos organizacionais e sua operacionalização geram conflitos nos usuários e acaba contribuindo para uma postura de passividade frente a real situação dos serviços prestados.

Pelos discursos as ações que são mais desenvolvidas são: verificação de pressão arterial, verificação da glicemia capilar e, em algumas falas, parece o termo orientação, aqui entendido como alguma prática educativa desenvolvida no domicílio.

[...] Eles geralmente, trazem remédios, eles vêm fazer medição de pressão, eles vêm saber da gente, se a gente está bem, se precisa de alguma coisa, se precisa de algum atendimento, né? De fazer algum exame. Se precisar fazer esse exame, tem que passar com o médico, né? E eles vêm dar informações também, né? Informações sobre palestras que tem. Atendimento de hipertensos, diabéticos, essas coisas, então eles vêm fazer é prestar esta atenção [...] (Entrevista 8)

Quanto à verificação de pressão arterial e glicemia capilar ser tão citada, deve-se ao fato dos sujeitos da pesquisa em sua maioria ser portadora de hipertensão arterial ou diabetes *mellitus*, perfil este percebido pelo número de portadores da área de abrangência das duas unidades de saúde onde as entrevistas foram realizadas.

Concordo com a afirmação de Trad et al. (2002) de que a ESF é mais identificada a partir de sua materialização em um Posto de Saúde e nas ações dos trabalhadores que constituem a equipe. Neste estudo, assim como, no dos autores anteriores não aparece em nenhum discurso a alusão ao termo PSF ou ESF.

No discurso, o usuário apresenta uma visão ainda assistencialista e paternalista do atendimento à saúde, como evidenciado no discurso abaixo:

[...] Eles não são obrigado vir né? Eles acham que devem vir [...] (Entrevista 4)

[...] teve um que já veio trazer remédio duas vezes para mim aqui [...] (Entrevista 7)

Estes trechos da fala dos entrevistados demonstram que, os usuários, dependendo do contexto sócio-cultural em que estão inseridos, podem considerar o simples ato de receber medicamento em casa como algo relevante, ou seja, naquele momento, as carências das famílias são tantas, que receber ações e serviços constituem-se em algo inerente à cidadania. Algumas pessoas são levadas a pensar saúde numa visão assistencialista, como um favor e não como um direito social.

Diante disto, corroboro com Alonso (2003) quando ela afirma que os pequenos desencontros que habitam os encontros assistenciais sejam os pontos de partida e, também, de chegada para a geração de novos modos de ver, pensar, fazer e sentir o processo de assistir a saúde da família, reciclando as antigas formas e normas em olhares mais abertos, sensíveis, próximos e competentes e, acima de tudo, éticos buscando uma assistência qualitativamente diferenciada.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desta pesquisa me proporcionou enxergar algo que vinha me intrigando desde o início do meu processo de formação profissional.

Buscar o significado para a prática dos serviços da ESF, especificamente, a visita domiciliária, foi algo que me permitiu refletir sobre sua aplicabilidade.

A concretização deste estudo me possibilitou identificar e analisar a prática da visita domiciliária realizada pelos trabalhadores da ESF. Diante dos dados obtidos para o desenvolvimento desta pesquisa foi possível depreender que:

- embora a visita domiciliária, seja um instrumento para prestação da assistência em saúde coletiva, inerente ao conjunto dos profissionais da equipe da ESF, são os Agentes comunitários de Saúde que a utilizam com uma frequência maior;
- os usuários dos serviços da ESF são em sua maioria da classe trabalhadora e com nível básico de escolaridade;
- a visita domiciliária realizada pelos trabalhadores da ESF não se caracteriza necessariamente como invasão de privacidade da família que é visitada, de acordo com a visão dos usuários;
- a implantação da ESF não necessariamente é entendida como sinônimo de melhoria das condições de saúde dos usuários/famílias;
- as ações desenvolvidas na ESF ainda trazem resquícios do modelo biomédico, com relevância principalmente das ações curativas ao invés das de prevenção de doenças e de promoção da saúde;
- o conceito de visita entre o que é proposto pela teoria e como se dá esta atividade na prática apresenta distorções significativas;
- é perceptível a prática coercitiva e autoritária em algumas situações, assim como eram no início das práticas de saúde pública no Brasil;

- as diferenças existentes entre famílias de uma mesma área de abrangência, em relação às necessidades de saúde, acaba por exigir um número maior de visitas, por parte dos trabalhadores da ESF a uma determinada família e nenhuma a outras;
- a prática da visita domiciliária é fundamental para a concretização dos princípios do SUS e para a concretização real de um novo modelo organizacional dos serviços de saúde;
- deve-se estimular a realização de novas pesquisas em outras realidades empíricas afim de identificar e caracterizar modos diferentes de compreender e significar a prática dos serviços prestados pela ESF por meio das visitas domiciliárias.

Diante disso, é fundamental a concretização prática das ações de saúde coletiva, especificamente na ESF. Para isso torna-se essencial o compromisso assumido pelos trabalhadores que constituem a equipe interdisciplinar no campo da saúde coletiva, principalmente na ESF.

A responsabilidade pela concretização real deste novo modelo organizacional de assistência à saúde deve ser compartilhada pelos gestores dos serviços de saúde, representados pelas três esferas de governo, federal, estadual e municipal, além da participação da população enquanto principal ator social dessa nova construção de práticas de assistência à saúde que possam evidentemente resolver os problemas de saúde da população, considerando a complexidade que é atuar no paradigma da determinação social do processo saúde-doença.

A forma como se dá o ensino da VD nos cursos de nível médio e graduação dos cursos da área da saúde deve ser (re) pensada, considerando a complexidade envolvida nesta prática.

Para a realização da VD o visitador precisa ter muito claro quais são seus objetivos e como se dará a abordagem de cada usuário/família. Cada usuário/família é dotado de valores, crenças, culturas muito heterogêneas, e, este

por si só já demonstra como esta prática requer preparo por parte de quem visita, pois uma visita mal planeja e executada além de não contribuir com os trabalhadores da ESF, nos aspectos de intervir no processo saúde-doença daquela família, passa a ser uma prática mecanizada e sem fundamento para sua realização.

É importante que os responsáveis pela formação desses novos profissionais acompanhem-os na execução desta atividade, enquanto instrumento de trabalho para os profissionais de saúde, especificamente na prática da ESF.

A educação contínua dos membros da equipe da ESF deve acontecer e entre as temáticas discutidas, a VD, enquanto instrumento destes trabalhadores, dentro do processo de trabalho dos mesmos requer atenção especial, haja vista, que a prática da VD, quando empregada de forma adequada, possibilita a criação de vínculo, permite assistir as famílias de forma integral, segundo as suas necessidades, que são muito heterogêneas.

Acredito que, quando se decidiu implantar a ESF no município, deveria ter dado maior ênfase a prática da VD. Há situações práticas em que o ACS, executa esta prática, só que percebo que este, acaba se preocupando muito mais com o quantitativo de VD a ser desenvolvido do que com os aspectos de caráter qualitativo. Isso além de mecanizar esta prática, acaba perdendo o seu verdadeiro sentido, o de conhecer realmente, os aspectos sociais, econômicos, históricos, e culturais que envolvem cada usuário/família, ou seja, o contexto em que está inserida.

Portanto, a realização de outros estudos que contemplem a prática da VD nos serviços de saúde é fundamental para que possamos ter trabalhadores realmente preparados para entrar na intimidade das famílias assistidas pela ESF, sem que isso se caracterize de fato uma invasão, tomando novamente, aqui, o domicílio como um espaço privado que deve ser respeitado por todos os membros da equipe de saúde no desenvolvimento de suas atividades.

8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar ACS, Moura ERF. Percepção do usuário sobre a atuação da equipe de saúde da família de um distrito de Caucaia-CE. RBPS 2004; 17(4): 163-69.

Akerman M, Nadanovsky P. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê? Cad. Saúde Públ 1992; 8 (4): 361-65.

Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho. Interface comunicação, saúde, educação 2001; 9: 150-53.

Alonso ILK. Luzes e sombras no ritual do encontro entre o universo profissional e o mundo da intimidade familiar: a intervenção profissional na saúde da família em âmbito domiciliar [Tese – Doutorado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.

Angerami ELS, Steagall-Gomes, DL. Análise da formação do enfermeiro para a assistência de enfermagem no domicílio. Rev Latino am. Enfermagem 1996; 4 (2): 5-22.

Araújo MFS, Bolama NA, Diz CC, Ferreira CNC, Lins HÁ, Maciel MCS et al. O Programa de Saúde da Família (PSF) sob a ótica dos usuários nas comunidades Santa Clara e Alto do Céu em João Pessoa – PB. Revista Eletrônica de Ciências Sociais 2005; (19): 1-15.

Augusto I, Franco LHRO. Aspectos históricos da assistência de enfermagem domiciliar. Laes Haes 1980; 1 (5): 50-2.

Baptista TWF. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao sistema único de saúde e o que esperamos dele. In: Venâncio EPSJ. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, cap. 1, p. 11-41.

Bardin L. Análise de Conteúdo. 3 ed. Lisboa: Edições 70; 2004. 223 p.

Barreira IA. A enfermeira Ananéri no país do futuro: a aventura de luta contra a tuberculose [Tese – Doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1992.

Barroso LM, Fonseca Victor J. Moura ERF. Galvão MTG. Avaliação da qualidade na atenção básica. *Enfermería Global* 2008; (12): 1-9.

Bastos NCB. Educação sanitária: fundamentos, objetivos e métodos. In: Bastos NCB. Fundamentos metodológicos da educação sanitária. Rio de Janeiro: FSESP; 1963, p. 367-498.

Bastos NCB. Treinamento de pessoal de saúde pública: 23 anos de experiência da FSESP, 1942-65, Rio de Janeiro, 1966.

Boni V, Quaresma SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia da UFSC* 2005; 1 (3): 68-80.

Bouso RS, Ângelo MA. A enfermagem e o cuidado na saúde da família. In: Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Manual de enfermagem. São Paulo; 2001 p. 22-4.

Brasil Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasil, 1998.

Brasil Ministério da Saúde. Portaria Nº 648 de março de 2006a. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. 26 p.

Brasil Ministério da Saúde. Lei Nº 11.350 de outubro de 2006b. Regulamenta as atividades do agente comunitário de saúde e do agente de combate às endemias. [acesso em 15 março 2008]. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2006/11350.htm>

Brasil Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [Acesso em 15 de abril de 2007]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

Brasil Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.527, de 19 de outubro de 2006c. Define os conteúdos mínimos do curso introdutório para profissionais da saúde da família. [acesso em 14 mar 2007]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria2527_19_10_06.pdf

Brasil Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica (DAB). Saúde da Família. [acesso em 07 jul 2008a]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#mapas>

Brasil Ministério da Saúde. Cadernos de Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). [acesso em 15 mar 2008b]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/SP/SP_Fernandopolis_Geral.xls

Chauí M. Convite à filosofia. 12 ed. São Paulo: Ática, 2002. 440 p.

Chaves, MM. Complexidade e transdisciplinaridade: uma abordagem multidimensional do setor saúde. Rev Brasileira de Educação Médica 1998; 22 (1): 7-18.

Corbo, ADA, Morosini, MVGC. Saúde da família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: Venâncio EPSJ. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, cap. 7, p. 157-81.

Costa J. Visitação domiciliária: base para o ensino de enfermagem na comunidade. Enf. Novas Dimens 1977; 3 (2): 78-82.

Cotta RMM, Marques ES, Maia TM, Azeredo CM, Schott M, Franceschini SCC, et al. A satisfação dos usuários de saúde da família: avaliando o cuidado em saúde. Scientia Médica 2005; 15(4): 227-34.

Cruz Neto O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 19 ed. Petrópolis: Vozes, 2001, p. 51-66.

Cunha JPP, Cunha RE. Sistema único de saúde: princípios. In: Brasil MS. Gestão municipal de saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001, cap. 12, p. 285-304.

Deslandes SF. A construção do objeto de pesquisa. In: Minayo MCS. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 19 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. cap. 2, p. 31-50.

Duarte R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. Cadernos de Pesquisa 2002 (115): 139-54.

Egry EY, Fonseca RMGS. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. Rev Esc Enf. USP 2000; 34 (3): 233-39.

Emory FHM. The general background: the public health movement and nurse's. In: Emory FHM. Public health nursing in Canadá: principles and practice. Part I: Principles and general practice. Toronto: MacMilan; 1945, p. 1-39.

Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Ver Panam Salud Publica 2007; 21 (2): 164-76.

Fallante BSC, Barreira IA. Significados da visita domiciliar realizada pelas enfermeiras de saúde pública nas décadas de 20 e 30. Esc. Anna Nery Rev Enferm 1998; 2 (3): 72-86.

Fernandópolis Prefeitura Municipal. Diretoria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde, 2007.

Ferreira ABH. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. 2004, 2.120 p.

Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública 2008; 24(1): 17-27.

Fracolli LA, Maeda ST, Brites PR, Sepúlveda SCF, Campos CMS, Zoboli ELCP. A visita domiciliária sob o enfoque do acolhimento e sua interface com a abordagem do desmame precoce no Programa de saúde da Família: um relato de experiência. Revista Eletrônica de Enfermagem Rev Eletrônica de Enfermagem [acesso em 15 de mar 2006] 2003; 5 (2): 78-82. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_2/pdf/visita.pdf

França SP, Pessoto UC, Gomes JO. Capacitação no programa de saúde da família: divergências sobre o conceito de visita domiciliar nas equipes de Presidente Epitácio, São Paulo. Trabalho, Educação e Saúde 2006; 4 (1): 93-108.

Gil AC. Como classificar as pesquisas? In: Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas; 2002, p. 41-58.

Gualda DMR, Merighi MAB, Oliveira SMJV. Abordagens qualitativas: sua contribuição para a enfermagem. Rev Esc Enf USP 1995; 29 (3): 297-309.

Helman CG. Introdução: a abrangência da antropologia médica. In: Helman CG. Cultura, saúde e doença. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, 21-9, cap. 1.

Marques PF, Ferreira SL. O domicílio como espaço de práticas de saúde: reflexões a partir dos programas de saúde da mulher. Rev. Enf. UERJ 2002; 10 (2): 138-41.

Matta GC. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: Matta GC, Pontes ALM (Orgs). Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: EPSJ/FIOCRUZ ; 2007, p. 61-80.

Mattos TM. Visita domiciliária. In: Kawamoto EE, Santos MCH, Mattos TM. Enfermagem comunitária. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; 1995, p. 35-9.

Merhy EE et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. (Org). Agir em saúde: um desafio para o público. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1997. cap. 3, p. 113-60.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7 ed. São Paulo: Hucitec; 2004, 269 p.

Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Cad. Saúde Pública 1993; 9 (3): 239-62.

Nogueira MJC, Fonseca RMGS. A visita domiciliária como método de assistência de enfermagem à família. Rev Esc Enf 1977; 11 (1): 28-50.

Nogueira RP, Silva FB, Ramos ZVO. A vinculação institucional de um trabalhador *sui generis* : O agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: IPEA; 2000. 28 p.

Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad. Saúde Pública 2002; 18 (6): 1639-46.

Oguisso T. Os precursores da enfermagem moderna. In:Oguisso T. (Org.), Trajetória histórica e legal da enfermagem. Barueri: Manole; 2005, p. 30-57.

Organização PanAmericana de Saúde (OPAS). Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. [acesso em 07 jul 2008]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>

Padilha MICS, Carvalho MTC, Silva MO, Pinto VT. Visita domiciliar: uma alternativa assistencial. Rev. Enf. UERJ 1994; 2 (1): 83-90.

Pereira MJB. O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar: potência para (re) construção da prática de saúde e de enfermagem [Tese - Doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, 2001.

Pereira MJB, Mishima SM, Fortuna CM, Matumoto S, Teixeira RA, Ferraz CA, et al. Assistência domiciliar: instrumento para potencializar processos de trabalho na assistência e formação. In: Brasil, Ministério da Saúde. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. v.2, p.71-80.

Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, 487 p.

Pope C. Mays N. Métodos observacionais em estabelecimentos de atenção à saúde. In: Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 41-9.

Reinaldo AMS, Rocha RM. Visita domiciliar de enfermagem em saúde mental: idéias para hoje e amanhã. Rev. Eletrônica de Enfermagem 2002 [acesso em 15 março 2006]; 4 (2): 36-41. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>

Ribeiro VES. O domicílio como espaço de enfermagem: a experiência da enfermagem canadense. Anais 50º CBen 1998; 133-38.

Rocha SMM, Ameida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. Rev Latino-am. Enfermagem 2000; 8 (6): 96-101.

Rosa WAG, Labate RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev. Latino-am Enfermagem 2005; 13 (6): 1027-34.

Rosen G. Uma história da saúde pública. Trad. Marcos Fernandes de S. Moreira, (col.) José Rubens de Bonfim. Rio de Janeiro: Hucitec; 1994. 400 p.

Rudio FV. Orientação não diretiva na educação, no aconselhamento e na psicoterapia. Petrópolis: Vozes; 1990. 109 p.

Sakata KN, Almeida MCP, Alavrenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. Mimeo, 2007, 20 p.

Santos EM. Visita domiciliária: significado para graduandos de enfermagem. [Monografia]. Fernandópolis (SP): Fundação Educacional de Fernandópolis, 2002.

Santos EM, Kirschbaum DIR. A visita domiciliária como instrumento da prática de enfermagem: do histórico ao conceitual. 59º Congresso Brasileiro de Enfermagem (CBEn), Brasília, 2007.

Santos EM, Kirschbaum DIR. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. Revista Eletrônica de Enfermagem 2008 [acesso em 21 de abril de 2008]; 10 (1): 220-27. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/pdf/v10n1a20.pdf>

São Paulo Associação Paulista de Medicina. SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde, São Paulo: Atheneu, 2005, 256 p.

São Paulo, Secretaria de Economia e Planejamento. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). [acesso em 07 jul 2008]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>

Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanhera ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Rev Ciênc. Saúde Colet. 1999; 4 (2): 221-242.

Silva JA, Dalmaso ASW. Agente comunitário de saúde: o fazer, o saber fazer; o ser, o saber ser. In: Silva JA, Dalmaso ASW. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 115-76.

Silva JPV, Lima JC. Sistema único de saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a reforma sanitária brasileira. In: Venâncio EPSJ. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, cap. 2, p. 43-73.

Sousa MF. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. R. Bras. Enferm 2000; 53 (especial): p. 25-30.

Souza CR, Lopes SCF, Barbosa MA. A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. Rev. da UFG 2004 dez. [acesso em 15 maio 2006]; 6 (especial). Disponível em: <http://www.proec.ufg.br>

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/MS, 2002.

Takahashi RF, Oliveira MAC. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In: Brasil IDS. Manual de Enfermagem. Universidade de São Paulo, Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 43-6.

Teixeira SA. Avaliação dos usuários sobre o Programa de Saúde da família em Vitória da Conquista Bahia – Brasil. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, CAP. 4, 2004, p. 77-101.

Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. Interface- Comunic, Saúde, Educ 2002; 6 (10) : 75-94.

Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. Ciência & Saúde Coletiva 2002; 7(3): 581-89.

Trape CA. A pratica educativa dos agentes comunitários do PSF à luz da categoria práxis. [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2005.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1990. p.49-75.

Turato ER. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003. 685 p.

Uchimura KY, Bosi MLM. A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde: resgatando a subjetividade. In Bosi MLM, Mercado FJ. (Orgs). Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes, cap. 1, 2007, p. 75-98.

Viana ALA, Dal Poz MR. Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil. Rio de Janeiro, abril, 1998, 30 p.

Víctora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000, 136 p.

9- ANEXOS

ANEXO 1



PREFEITURA DE FERNANDÓPOLIS

CNPJ 47.842.836/0001-05
www.fernandopolis.com.br



Fernandópolis, 13 de agosto de 2007.

Ofício Especial

Prezado Senhor

Venho por meio deste, em resposta a vossa solicitação, autorizar a coleta de dados, com os usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Fernandópolis – SP, para o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado **“A visita domiciliária sob a ótica do usuário”**, como requisito para a concretização de sua dissertação de mestrado, desenvolvido pelo Programa de Pós-Graduação, do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP.

Sem mais para o momento,

Lígia Barreto
Diretora Municipal de Saúde

Prezado Senhor
Edirlei Machado dos Santos
Aluno do Programa de Pós-Graduação
Departamento de Enfermagem
Faculdade de Ciências Médicas – FCM
Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP

SEDE: Rua São Paulo, 1680 - Centro - Fone/Fax: (17) 3465-4500 - CEP 15600-000 - Fernandópolis - SP
PAÇO: Rua Bahia, 1264 - Centro - Fone: (17) 3442-2177 - Fax (17) 3442-2420 - CEP 15600-000 - Fernandópolis - SP

ANEXO 2



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 26/01/07.
(Grupo III)

PARECER PROJETO: N° 801/2006 (Este n° deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 2322.0.000.146-06

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “A VISITA DOMICILIÁRIA SOB A ÓTICA DO USUÁRIO”
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Edirlei Machado dos Santos
INSTITUIÇÃO: Diretoria Municipal de Saúde/Prefeitura Municipal de Fernandópolis
APRESENTAÇÃO AO CEP: 11/12/2007
APRESENTAR RELATÓRIO EM: 23/01/08 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Caracterizar a visita domiciliária em saúde sob a ótica do usuário que recebe o Agente Comunitário de Saúde.

III - SUMÁRIO

Este será um estudo descritivo/exploratório, com abordagem qualitativa, sendo utilizada a etnografia como método de pesquisa. Será desenvolvido em um município, localizado a noroeste do Estado de São Paulo, pertencente à DIR XXII de São José do Rio Preto. Os sujeitos da pesquisa serão membros de famílias que habitualmente recebem a visita domiciliária do Agente Comunitário de Saúde. Serão selecionadas famílias que recebem maior número de visitas, considerando assim uma maior necessidade de assistência à saúde. Para a coleta de dados será utilizado um roteiro. As entrevistas serão gravadas. Na análise dos dados terá como instrumento a análise de conteúdo na modalidade temática proposta por Minayo.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O estudo está muito bem embasado. Consta de TCLE, cronograma, orçamento adequados, o diretor de saúde da cidade assinou a folha de rosto.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13084-971 Campinas - SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

- 1 -



O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

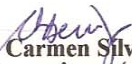
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na I Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 23 de janeiro de 2006.


Profa. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

10- APÊNDICES

APÊNDICE 1

Campinas, 18 de março de 2007.

Ofício Especial.

Prezada Senhora

Venho por meio deste solicitar a autorização, para a realização de entrevistas com usuários, que recebem a visita domiciliária dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família do município de Fernandópolis para o desenvolvimento da projeto de pesquisa intitulado “ ***A visita domiciliária sob a ótica do usuário***” em desenvolvimento junto ao programa de pós-graduação mestrado em enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Sem mais para o momento

Atenciosamente,

Edirlei Machado dos Santos

Aluno do Programa de Pós – Graduação Enfermagem

RG: 30.431.842-5

Prezada Senhora

Ligia Barreto

D.D. Diretora Municipal de Saúde

Fernandópolis/SP.

APÊNDICE 2

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

Entrevista realizada em: _____ Data ____/____/____

Dados Pessoais

Nome _____

Profissão _____ Sexo _____ Escolaridade _____

Nº. Pessoas na Família _____

Tem plano de Saúde () Sim () Não

Doença/Condição Referida _____

Tipo de Casa: _____ Nº. de Cômodos _____

Abastecimento de Água _____

1. O que você pensa sobre a visita domiciliária da Equipe do Programa Saúde da Família?

APÊNDICE 3



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto de Pesquisa: A visita domiciliária sob a ótica do usuário

Pesquisador: Edirlei Machado dos Santos

Orientador: Débora Isane Ratner Kirschbaum

Co-Orientador: Claudinei José Gomes Campos

INFORMAÇÕES AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que tem como objetivo verificar a concepção do membro da família sobre a visita domiciliária realizada pelos trabalhadores do Programa da Saúde da Família (PSF).

Para que a pesquisa seja desenvolvida é necessário entrevistá-lo (a), onde serão feitas perguntas a você e que as suas respostas serão gravadas. A entrevista será realizada em horário que seja melhor para você e será individual, sendo combinado previamente.

Esclarecemos que a sua participação nessa pesquisa não trará nenhum prejuízo para você. As informações fornecidas por você nos permitirão verificar a sua visão sobre a presença da equipe de saúde da família em seu domicílio. Não haverá quaisquer riscos de sua participação nesta pesquisa. Os resultados deste estudo poderão trazer informações importantes, para que possamos melhorar a forma como os trabalhadores do Programa Saúde da Família lhe visita.

Não haverá compensação financeira pela participação na pesquisa, sendo esta de caráter voluntário. Caso você não tenha interesse em participar, isto não acarretará nenhum prejuízo para você.

Você terá liberdade em desistir a qualquer momento, mesmo que inicialmente tenha concordado, sem que isso também lhe prejudique. Poderá esclarecer suas dúvidas, mesmo àquelas que apareçam durante o estudo, havendo compromisso do pesquisador em respondê-las.

Você terá o direito de não ser identificado e ter sua privacidade preservada.

Eu, _____

RG: _____, residente e domiciliado à _____, na cidade de _____,

Estado de _____ abaixo assinado, após ter recebido as informações sobre esta pesquisa e seus objetivos, concordo em participar da mesma. Autorizo, para os devidos fins, o uso, a divulgação e a publicação dos dados e resultados obtidos do relatório geral da pesquisa e em outras publicações decorrentes, a qual estou em concordância.

Após ter lido todas as informações sobre a pesquisa e ter esclarecido as minhas dúvidas, concordo em participar deste estudo.

Assim, por estar de pleno acordo com o presente termo, assino abaixo o mesmo.

Fernandópolis, _____ de _____ de 2007.

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Participante

Em caso de dúvidas, contato com Edirlei Machado dos Santos

Rua Brás Cubas, Quadra 33 Nº 06, Ouroeste-S.P.

Fone: (17) 38434210

e-mail: edirlei@fcm.unicamp.br / edirlei@ciberpoint.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa UNICAMP

Fone: (19) 35218936

e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Parecer CEP Nº. 801/2006