

**UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ**  
**VICE-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PPGSF)**  
**MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE  
AS VISITAS DOMICILIARES – CONVERSANDO COM FAMÍLIAS ATENDIDAS  
POR DUAS CLÍNICAS DA FAMÍLIA– AP 1.0

**Claudia Pilar Marques Maia**

*Orientadora: Luciana Borges*

**Rio de Janeiro**

**2017**

**Claudia Pilar Marques Maia**

**PERCEÇÃO DOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
SOBRE AS VISITAS DOMICILIARES – CONVERSANDO COM FAMÍLIAS  
ATENDIDAS POR DUAS CLÍNICAS DA FAMÍLIA – AP 1.0**

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Estácio de Sá, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Luciana Maria Borges da Matta Souza

**Rio de Janeiro**

**2017**

## **AGRADECIMENTO**

A Deus, Por ser tão presente em minha vida e me dar forças nos momentos de esmorecimento.

À minha orientadora Prof<sup>a</sup> Luciana Maria Borges da Matta Pela amizade, incentivo, carinho e competência, por transformar esta árdua tarefa numa parceria agradável e enriquecedora. Por ser simplesmente singular...

Ao Prof Luiz Teixeira, por sua amizade e incentivo durante esta minha trajetória.

A Prof<sup>a</sup> Katia, por estar sempre se colocando disponível e atenta a todos mestrandos e em particular por me dedicar um pouquinho do seu tempo nos momentos fundamentais do meu trabalho.

À Prof<sup>a</sup> Maria Tereza Fonseca da Costa, por me acolher nesse campus e sempre ter me incentivado. Isso foi fundamental para que eu conhecesse essas pessoas maravilhosas.

Aos professores do Mestrado em Saúde da Família, por possibilitarem uma visão mais abrangente e humana.

A Secretária Ana Paula, pelo carinho, amizade e cuidado dedicado.

Aos colegas que o Mestrado me proporcionou, pelos grupos multiprofissionais geradores de grandes debates com concordância e discordâncias que me fizeram crescer como pessoa e dentro da profissão.

Aos meus colegas de trabalho e em especial à Pedro Rocha, Lucia Ramos, João Henrique, Mirela Giongo, que foram amigos e exemplos de profissionais para mim, uma equipe multiprofissional que trabalha valorizando os potenciais uns dos outros, apaixonados pelo que fazem...me acolheram e foram os grande incentivadores e apoiadores desde o início.

À memória de minha mãe, que com muita dedicação e perseverança, me ensinou em atos o que era seguir um objetivo sem fraquejar nos momentos difíceis, olhar para as dores da vida com um olhar de aprendizado e por fim saber que tudo na vida passa....sempre passa. Aproveitar os momentos bons de forma intensa e aguardar os ruins passarem, sempre fazendo o melhor de si.

As minhas filhas Sarah e Sophie, pela paciência diante da minha ausência e por se mostrarem tão companheiras e maduras, mesmo ainda sendo crianças. Minhas peç  
preciosas!!

Ao meu querido esposo Gustavo Di Nubila, por sempre me incentivar e acreditar em mim, até mais do que eu mesmo acredito. Por ajudar fazer as nossas meninas entenderem esse momento e de comprometer seu trabalho para cuidar delas em minha ausência. Por ser meu melhor amigo, confidente e amor, Obrigada!!

## EPÍGRAFE

“Pesquise para constatar, constatando, intervenho. Intervindo, educo e me educo.  
Pesquise para saber o que ainda não conheço. E comunicar ou anunciar a novidade.  
Afinal, minha presença no mundo não é a de quem a ele se adapta, mas a de quem a ele  
se insere. É a posição de quem luta para não ser apenas objeto, mas sujeito também da  
história”.

Paulo Freire

## RESUMO

**Introdução:** Nas últimas décadas, ocorreram transformações significativas na Saúde Pública, dentre elas, a reorganização da atenção básica com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF). Incorporado as atividades essenciais deste modelo de saúde, a Visita Domiciliar (VD) possibilita ao profissional conhecer o espaço familiar; identificar fragilidades e potencialidades, em uma visão ampliada das condições do indivíduo e sua família, como também formar vínculo e promover o empoderamento social, através da garantia do acesso contínuo às informações e tomada de decisões. Considerando a VD como ferramenta de fortalecimento dessas mudanças na atenção básica, entende-se claramente a necessidade de observação e avaliação, a partir do olhar de quem as recebe, para que hajam intervenções capazes de atender às necessidades de saúde da população. **Objetivos:** Tendo em vista que temáticas que abordam essa visão ainda sejam pouco exploradas, o presente estudo teve como objetivo investigar a percepção do usuário da ESF sobre a VD, analisando se reconhecem esta prática como ferramenta de trabalho do profissional de saúde na interface do cuidado. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, do tipo exploratória, que utilizou a entrevista semiestruturada para coleta de dados, associado ao diário de campo. Para tanto, foram entrevistados 30 usuários, de 2 unidades de Saúde do município do Rio de Janeiro (CMS Estácio e CSE Lapa), escolhidos aleatoriamente, distribuídos igualmente por todas as equipes de atuação nos territórios. **Resultado/Considerações finais:** A partir da análise das percepções dos usuários em relação as VDs, o estudo demonstrou que a mesma é percebida como uma estratégia de aproximação e estabelecimento de vínculo. Os relatos dos participantes referendam, em ambos os serviços, sentimento de pertencimento, reconhecimento para mudanças na saúde e a VD como elemento facilitador de aproximação. A pesquisa demonstrou a importância dos profissionais avançarem quanto ao oferecimento de informações e orientações a seus usuários e famílias, em relação aos seus direitos, objetivando alcançar a humanização do cuidado. Outro aspecto identificado foi a observação da necessidade de organização do trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS), já que esses são os profissionais que tem a VD como principal instrumento de aproximação da equipe e de intervenção no processo saúde/doença junto ao usuário. A partir desses subsídios, focando o olhar do usuário, pretendemos contribuir no aprimoramento e/ou potencialização dessas práticas realizadas nos cenários da pesquisa.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Visita Domiciliar; Percepção; Paciente.

## ABSTRACT

**Introduction:** Over recent decades, the Public Health Services has experienced tremendous changes, among those, the reorganization of the Family Health Program (FHP). Incorporating the essential activities of this health system, the Household Visit (HV) enables professional to know the familiar scope; identify the fragilities and capabilities with an amplified vision of the individual conditions and his family, as well as to establish a commitment to promote a social empowerment through the guarantee of the information continued access and the making decision. Considering the (HV) as a strengthening toll of these changes in the basic care, it is deemed relevant the observation and quality assessment from the outlook of those who receive it, thus, an intervention will be able to meet population's health needs. **Objectives:** Bearing in mind themes that address this point of view are not fully tapped yet, the porpoise of this essay is to investigate the perception of the users (FHP) about the (HV), analyzing whether they recognize this practice as a working tool of the health professionals in the work interface. **Methodology:** A qualitative research was conducted, a type exploratory, so the information was obtained from respondents using a semi-structured interview for a data collection, associated with a field diary. Therefore, a total of 30 users were interviewed, from two health units in Rio de Janeiro municipality (CMS Estacio and CSE Lapa), randomly selected and equally distributed among the staffs that act in the territory. **Results/Final Considerations:** The information obtained from the analysis perception of the users, with respect to the HVs, suggest that it is seen as an approach strategy and also establishes a commitment. The testimonials from the participants attest, in both services, feeling of belonging, recognition and support to the changes implemented in health and the HV as a facilitator that enables approach. The survey demonstrated the importance of providing information and guidance to the users and their families, towards their rights to achieve actions intended to humanize care. Another important aspect identified was the need to organize the system work of the CHA, since they are the professionals who have the HV as an effective tool in bringing the staff together and the health/disease intervention with the user. According to this study, focusing on the user's gaze, we intend to contribute to the betterment and/or strengthening of those practices accomplished in the search scenarios.

**Keywords:** Primary Health Care; Family Health Program; Home Visit; Perception; Patient.

## **LISTA DE SIGLAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ACSs – Agentes Comunitários de Saúde

AP – Atenção Primária

APS – Atenção Primária em Saúde

CAP – Coordenação de Área de Planejamento

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CMS – Centro Municipal de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

VD – Visita Domiciliar

VDs- Visitas Domiciliares

SF – Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde



# Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA</b>	<b>15</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>16</b>
3.1. OBJETIVO GERAL	16
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	16
<b>4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>17</b>
4.1 “FAMÍLIA ENQUANTO SUJEITO DA SAÚDE”	17
4.1.1 ESTRUTURAS FAMILIARES	17
4.1.2. FUNÇÃO FAMILIAR	18
4.2. A FAMÍLIA NA ÓTICA DA SAÚDE DA FAMÍLIA	19
4.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	21
4.4 PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA	25
4.5 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E AS FERRAMENTAS DE ABORDAGEM DO INDIVÍDUO E SEU NÚCLEO FAMILIAR	27
4.5.1 CICLO DE VIDA	27
4.5.2 APGAR FAMILIAR	27
4.5.3 P.R.A.C.T.I.C.E	28
4.5.4.F.I.R.O	29
4.5.5 GENOGRAMA/ FAMILIOGRAMA	30
4.5.6 ECOMAPA	30
4.5.7 VISITA DOMICILIAR	30
4.6 PROBLEMATIZANDO A VISITA DOMICILIAR	31
4.6.1 O OLHAR DO PROFISSIONAL PARA A VISITA DOMICILIAR	33
4.6.2 VISITA DOMICILIAR - MEDIDAS DE CONTROLE SOCIAL E INTEGRALIDADE DO CUIDADO	36
<b>5. MÉTODO E PROCEDIMENTOS</b>	<b>42</b>
5.1 CENÁRIO DA PESQUISA	43
5.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA	44
5.3 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	45

<b>5.4 ANÁLISE DE DADOS</b>	<b>46</b>
<b>5.5 ASPECTOS ÉTICOS</b>	<b>47</b>
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>48</b>
<b>6.1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS USUÁRIOS</b>	<b>48</b>
<b>6.2 CATEGORIAS EMERGIDAS DO ESTUDO</b>	<b>50</b>
<b>6.3 COMO CONHECERAM O SERVIÇO E O QUE SENTEM SOBRE O ATENDIMENTO NA CLÍNICA DA FAMÍLIA.</b>	<b>51</b>
<b>6.4 PROCESSO DE VD NA ÓTICA DO USUÁRIO</b>	<b>54</b>
6.4.1 OBJETIVOS DAS VDS E OPINIÃO SOBRE O ASSUNTO.	54
6.4.2 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS;	58
6.4.3 COMO SE DÁ A VD	59
6.4.4 MUDANÇAS DA SAÚDE E DAS RELAÇÕES COM O SERVIÇO, A PARTIR DAS VDS	63
6.4.5 ALGUM INCÔMODO EM RELAÇÃO A VD	65
<b>6.5 COMO PREFEREM UTILIZAR O SERVIÇO DE SAÚDE ( VD OU UNIDADE DE SERVIÇO)</b>	<b>66</b>
<b>6.6 SUGESTÕES</b>	<b>67</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>70</b>

## **REFERÊNCIAS**

---

## **APÊNDICES**

---

**APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA**

**APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO**

**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

## 1. INTRODUÇÃO

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil a partir da década de 90, modificou um padrão histórico sobre as organizações e práticas dos serviços de saúde do país. A partir deste marco, ações governamentais foram necessárias para que a atenção básica se fortalecesse e houvesse enquadramento com o que era entendido pelo Ministério da Saúde (MS) dentro da definição de um “conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, tratamento e a reabilitação e manutenção da saúde (NASCIMENTO, COSTA, SANTOS e ANJOS, 2013. p.514).

Ainda com forte influência no país, o modelo assistencial à saúde vigente até essa década, caracterizava-se, predominantemente pelas práticas individualistas, hospitalocêntricas, de utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e pela baixa resolutividade, gerando alto grau de custo e insatisfação para todos os envolvidos desse processo, perpassando por gestores, profissionais e principalmente população que utiliza os serviços (COSTA E COTTA, 2008).

No mesmo cenário da reformulação das políticas públicas de saúde, foi criado o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991 distinguindo-se do modelo atual da época e respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença, mas sobretudo no indivíduo e todo seu contexto, na promoção da qualidade de vida e na intervenção dos fatores que a coloquem em risco, dando o valor merecido ao contexto da coletividade e aos seus fatores determinantes (DAL POZ, 2002).

*O programa foi inspirado em experiências de prevenção de doenças por meio de informações e de orientações sobre cuidados de saúde. Sua meta se consubstancia na contribuição para a reorganização dos serviços municipais de saúde e na integração das ações entre os diversos profissionais, com vistas à ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde (MISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p 05).*

Segundo Mendes (2002) o Programa Saúde da Família (PSF) surge em 1994, representando um alcance maior para a organização da Atenção Primária no Brasil. Sua importância logo foi reconhecida a partir de sua expansão e ampliação do acesso aos serviços básicos a toda população e em especial as de maior carência.

O PSF se destacou por promover um atendimento de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial de saúde no Brasil, respondendo a uma nova concepção de saúde que busca um modelo de atenção integral, destacando-se por promover um atendimento orientado por uma visão ampliada, norteadora de saúde, que considere seus determinantes biológicos, psicológicos e sociais em seu contexto, com mediações entre famílias, comunidade e profissionais (NASCIMENTO, COSTA, SANTOS e ANJOS, 2013).

Diante dessas mudanças de concepção, o PSF, se mostrou amplamente incorporado, adquirindo uma centralidade nos discursos e nas agendas dos envolvidos na gestão do setor da saúde do país, tornando-se em estratégia organizadora dos sistemas municipais de saúde e do modelo de Atenção Primária em Saúde (APS) (MENDES, 2002; GIOVANELLA, 2009).

Em 2006, o alvo da atenção básica foi ampliado e a Saúde da Família (SF) se reafirma como estratégia estruturante substitutiva e prioritária na organização da atenção básica. *“Ponto de contato preferencial e porta de entrada de uma rede de serviços resolutivos de acesso universal, a atenção básica deve coordenar os cuidados na rede de serviços e efetivar a integralidade nas diversas dimensões”* (GIOVANELLA, 2009, p.784).

O PSF então, por sua dinâmica, abrangência e potencialidade foi institucionalizado pelo Ministério da Saúde, como Estratégia Saúde da Família (ESF), na organização do sistema, representando o campo das políticas sociais e indo em direção aos princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVEIRA, SENA e OLIVEIRA, 2011).

*Como reorganizadora do sistema, a ESF vem se consolidando enquanto política do SUS e mantendo potencial para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção. É uma estratégia de reorientação do modelo assistencial brasileiro, que tem como uma de suas diretrizes o estabelecimento de vínculo das equipes de saúde com os usuários do SUS (BARCELOS, ZANDONADE, FIGUEIREDO e LIMA, 2013, p.70).*

Segundo Dalpiaz e Stedile (2011, p. 04) *“os princípios da atenção básica enfatizam a questão do cuidado, do vínculo e da continuidade, que não são enfatizadas nos princípios do SUS”*. Esses princípios referem-se à construção de *“laços”* que

aproximam os profissionais das famílias, afirmando com segurança a não interrupção do atendimento prestado.

Os profissionais deverão focar o trabalho em equipe e ter as famílias como objeto central, como também a obrigação de ter uma visão das características peculiares e prioritárias locais, planejar ações direcionadas e pactuadas diante das necessidades nos âmbitos da promoção, prevenção e proteção à saúde (DALPIAZ e STEDILE, 2011)

Segundo Nascimento, Costa, Santos e Anjos (2013, p.514)

*[...] o processo de trabalho das equipes de saúde da família deve ser orientado para um cuidado familiar ampliado, efetivado por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade.*

Uma das atividades essenciais à ESF e enriquecedora para todos os envolvidos, é a Visita Domiciliar (VD) que possibilita ao profissional conhecer o espaço familiar e identificar suas fragilidades e potencialidades. Oportuniza uma visão ampliada das condições da família formando o vínculo dentro desse ambiente familiar e social, como também possibilita conhecer rotinas, crenças, hábitos e culturas locais (DRULLA, 2009).

Para tanto os usuários devem se envolver nos processos como indivíduo, família e comunidade, para adquirirem capacidade de controlar seus determinantes de saúde e alcançarem seus potenciais em plenitude. É necessário neste contexto se garantir o acesso contínuo às informações e reafirmar a importância da comunidade sobre as escolhas prioritárias, tomada de decisões e elencamento das necessidades e potencialidades para a estratégia, oportunizando aprendizagem e empoderamento sobre as questões de saúde (MS, 2006 *apud* CONASS, 2007):

*Todo encontro entre um ou mais profissional de saúde e um usuário, uma família e/ou uma parcela da comunidade deve ser acolhedor, amistoso, promotor de autonomia e empoderamento, sendo caracterizado pela confiança mútua ao incluir o usuário no processo de seu próprio cuidado. Desta forma, a prática de APS na ESF será uma prática promotora de saúde como prega a Política Nacional de Promoção de Saúde (pag.78).*

Entende-se então que, legitimar o indivíduo reconhecendo seus saberes e a importância que terão estes na construção compartilhada e pactuada de sua vida é possibilitar ao outro, a construção da desalienação e surgimento da autonomia.

Considerando a visita domiciliar como ferramenta de fortalecimento das mudanças na atenção básica, como ação que viabiliza desde atividades simples às mais complexas, como promotora da saúde e geradora de qualidade de vida para a população, entende-se claramente a necessidade do envolvimento de todos os atores, - profissionais e sociedade – para mudanças significativas no cotidiano.

A partir desta reflexão, surge a minha inquietação enquanto enfermeira, atuante como docente, nas graduações de enfermagem e medicina no campo da atenção primária, que durante anos realizei atividades junto a população do complexo Turano com atendimento as crianças e suas famílias, numa época de pouco acesso aos serviços de saúde na região. Realizar a pesquisa neste local me trouxe uma visão do perfil atual desse território e sua população, como também serviu de âncora para a atuação em outros tantos serviços instalados em territórios semelhantes.

Entretanto, observa-se que ainda são poucos os trabalhos que pesquisam a prática da visita domiciliar sob a ótica do usuário e suas percepções sobre ela na interface do cuidado a sua família.

Portanto esta pesquisa traz como pergunta norteadora: De que forma os usuários compreendem a visita domiciliar (VD) em seu cotidiano, como componente da integralidade do cuidado?

Esta dissertação será apresentada em 3 etapas: referencial sobre o tema, discussão e reflexão sobre as falas dos entrevistados e, por fim, considerações finais que remeterão aos objetivos da pesquisa.

## 2. JUSTIFICATIVA

No contexto da Atenção Básica encontramos explicitamente as especificidades de cada ser e suas condições, indo além da ideia que temos à respeito da doença ou de sua ausência. O profissional, neste modelo, encontra-se incluído diretamente na realidade de uma comunidade e dispõe de instrumentos utilizados como tecnologia do cuidado que irão auxiliá-lo na visão da integralidade do sujeito.

Como já dito anteriormente, a Visita Domiciliar (VD) é uma das ferramentas de trabalho dos profissionais das Equipes Saúde da Família, de tecnologia leve, mas de extrema importância para que haja um esquadriamento do território, vigilância local em saúde, percepção das vulnerabilidades e realidades dos indivíduos e o coletivo onde estão inseridos, a fim de que se pactue e se estabeleça planos de ação, que incluam a promoção, prevenção, tratamento, acompanhamento e a reabilitação da saúde (COELHO e JORGE, 2009)

Acredita-se que com VDs qualificadas seja possível estabelecer laços de confiança entre os profissionais e a comunidade, devendo ocupar, ambos, a posição de autores de significativas mudanças, de forma reflexiva e compartilhada, deixando assim de assumir o papel de expectadores de suas vidas, para pessoas com posições críticas que promovam mudança do paradigma assistencial da ESF.

Este instrumento de ação, coloca o profissional e serviço de saúde diante do ambiente em que o indivíduo está inserido, ao lado das pessoas com quem convive, proporcionando a possibilidade de interagir *in loco* e de conviver com a intimidade, privacidade e necessidades específicas da família e de seus membros.

O presente estudo pretende compreender a visita domiciliar sob a ótica do usuário, enquanto protagonista da interface do cuidado integral em saúde, e contribuir, trazendo com os resultados obtidos, uma reflexão para os serviços em foco da análise, como também a outras unidades de saúde, almejando colocar essa prática no centro do debate, a fim de ampliar a reflexão e/ou aperfeiçoamento de acordo com o desfecho da pesquisa.

Ter como foco essa percepção trará também à tona a questão do empoderamento da comunidade, que facilitará a superação de conflitos e a resignificação das relações sociais, possibilitando a revisão das práticas e papéis empregados.

## **3. OBJETIVOS**

### **3.1. Objetivo Geral**

- Analisar a percepção do usuário da ESF sobre a Visita Domiciliar (VD).

### **3.2 Objetivos Específicos:**

- Compreender se o usuário reconhece a visita domiciliar como ferramenta de atividade do profissional de saúde na interface do cuidado
- Descrever os significados atribuídos pelos usuários às visitas domiciliares.
- Discutir estratégias, a partir do olhar do usuário, para aprimoramento e/ou potencialização da VD realizadas pelos profissionais das Clínicas da Família (CMS Estácio e CSE Lapa).



## 4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 4.1 “Família enquanto sujeito da saúde”

De acordo com Oliveira e Marcon (2007, p.66)

*Família é, antes de tudo, um corpo social em que prevalece a rede de relações e de interações, que possui crenças que são manifestadas em um espaço cultural, e a sua saúde deve ser entendida no contexto das relações entre seus membros, tanto sadios como doentes, visto a influência da saúde do indivíduo no grupo familiar e vice-versa.*

Para tal, teremos que falar sobre o termo “família”, que é representada popularmente ou em dicionários, como grupo de pessoas que vivem debaixo de um mesmo teto, unidas por laços de sangue ou submissão, em geral unidas por parentesco, linhagem, ascendência, estirpe e por doação (CHAPADEIRO, ANDREDE e ARAÚJO, 2011).

Podemos ainda, apresentar a família como construção e unidade primordial de organização humana, que ao longo da história vem se adaptando e modificando de acordo com a mudanças impostas pela sociedade. Um sistema de relações interpessoais, dinâmicas, com estruturas construídas, embasadas nas crenças e culturas locais. Como o funcionamento de um sistema, qualquer alteração de um dos membros irá afetar a família como um todo e modificar suas rotinas e padrões. “*Grande número de problemas comuns de saúde, têm um padrão familiar*” (CAEIRO, 1991, p.25).

De acordo com Wong (2013) para se avaliar a família, necessitamos de dados acerca da **Estrutura Familiar**: que engloba a composição da família, características sociais, culturais, religiosas e econômicas que influenciam a saúde, como também a **Função familiar**: que trata dos comportamentos dos membros da família, seus papéis e relacionamentos.

#### 4.1.1 Estruturas Familiares

A organização familiar pode se apresentar com ampla variação em uma sociedade. Segundo Wong (2013) as famílias, tradicionalmente tinham uma configuração denominada, nuclear ou estendida, porém nos últimos anos assumiu novos arranjos e configurações.

Segundo Chapadeiro, Andrade e Araujo (2011), as famílias encontram-se organizadas principalmente nas seguintes estruturas:

*Família nuclear, conjugal ou elementar: pai, mãe e filhos nascidos dessa união; os irmãos, filhos do mesmo pai e da*

*mesma mãe, habitando o mesmo espaço e tendo sua união reconhecida pelos demais membros da comunidade.*

- *Família composta: compreende o conjunto de cônjuges e de seus filhos na sociedade poligâmica, sob duas modalidades: a poliginia (um homem com mais de uma esposa) ou a poliandria (uma mulher com vários maridos).*

- *Família extensa: rede familiar ligando consanguíneos, aliados e descendentes, ao longo de pelo menos três gerações, correspondendo, em geral, a uma unidade doméstica (propriedade da terra e das habitações) (pag.28).*

Além das composições familiares já mencionadas, MS (2012) *apud* Kaslow (2001), ressalta que há outros arranjos existentes, importantes a se reconhecer:

***Família nuclear de duas gerações, unidas pelo matrimônio e com seus filhos biológicos; Famílias extensas, incluindo três ou quatro gerações; Famílias adotivas temporárias; Famílias adotivas bi-raciais ou multiculturais; Casais que podem morar separadamente; Famílias monoparentais, chefiadas por pai ou mãe; Casais homossexuais com ou sem crianças; Famílias resultantes de divórcios anteriores com ou sem filhos do casamento anterior e várias pessoas vivendo juntas, sem laços legais, mas com forte compromisso mútuo***

Com uma visão ampliada e integralizada dos tipos familiares, podemos perceber as muitas variáveis encontradas ao trabalharmos com famílias e como os diversos arranjos existentes podem gerar vários desdobramentos e conflitos. Os profissionais necessitam ter visam ter conhecimento prévio e cautela para que sua realidade de vida e convicções, não tragam concepções que influenciem negativamente o tratamento (M.S, 2012).

#### 4.1.2. Função Familiar

De acordo com a Chapadeiro, Andrade, Araujo (2011) família, enquanto instituição social, tem influencia direta dos padrões e valores da sociedade, bem como, seus determinantes sociais, religiosos, ideológicos e políticos. Terá variações diretas em relação a seu comportamento e composição, ainda levando em conta seu território de grupo social em que está inserido, considerando a época histórica.

Mesmo diante dessas variações, Regen (2011) e Chapadeiro, Andrade, Araujo (2011) identificam na atualidade, como funções importantes da família:

- Econômica: garantia do sustento e proteção da prole, com participação dos pais e a divisão do trabalho entre os membros.

- Sexual: atendimento das necessidades sexuais tornadas lícitas a partir da institucionalização de uma união ou casamento, que visa a estabelecer um pai legal para os filhos.
- Reprodutiva: contribui para a perpetuação da família e da sociedade à partir da descendência.
- Socializadora/educativa/Psicológica: que transmite conhecimentos, costumes, valores e afetos através do contato físico, das expressões de comunicação e emoções, possibilitando o desenvolvimento das autonomias.

Segundo Chapadeiro, Andrade e Araújo (2011, p.29):

*É compreensível que a família, como primeira instituição social com a qual os indivíduos têm contato, busque se reproduzir em vários sentidos, por meio do processo de socialização, que transmite os modos de agir, pensar e sentir próprios da ordem social envolvente.*

Desta forma é possível, entender a família como grupo social, composto de pessoas que não dialogam todo o tempo em completa sintonia, porque é formado por vários indivíduos diferentes, em estágios evolutivos diferentes, que se relacionam no dia a dia, mas com individualidades e personalidades distintas.

## **4.2. A Família na ótica da Saúde da Família**

A ESF, tem como objetivo essencial e fundamental a criação e manutenção do vínculo e da proximidade com os indivíduos, famílias e comunidades para que seja colocada em prática de forma efetiva intervenções em saúde da família.

Para que se estabeleçam as relações almejadas e que estas sejam transformadoras, necessita-se construir relações de parceria, confiança, comunicação regular, transparente e acolhedora, bem como uma equipe estruturada em referenciais teóricos, com compreensão ampla e clara do conceito de família e instrumentos de abordagem, como também, às questões relacionadas a esses arranjos familiares e suas dinâmicas (SILVA, 2011)

*Neste sentido é fundamental que o profissional busque suporte teórico além das fronteiras da ESF, procurando superar a ausência de um arcabouço teórico-prático que sustente e guie as ações inter-relacionais com as famílias, respeitando seus ciclos de desenvolvimento e os diferentes momentos e características de seu viver (p. 1253).*

Segundo o M.S (1997), a equipe multiprofissional de saúde que está na ESF deve conhecer as famílias pelas quais é responsável, através de um cadastramento prévio que contenha identificações gerais e características específicas, afim de aumentar a

sensibilidade para às necessidades locais fazendo com que profissionais e população criem vínculos, facilitando a identificação, abordagem e planejamento de ações voltados para os problemas de saúde da comunidade. Precisa-se identificar o que é significativo aos usuários, e a partir deste ponto, criar conceitos que tenham coerência para eles, para que haja obtenção de uma real modificação no processo saúde-doença (WAGNER, *et al*, 1999).

De acordo com Franco e Mehry (2003, p. 6) o trabalho realizado com famílias, vai além dos conhecimentos instrumentalizados da técnica, ele perpassa pela produção das relações, já que sempre dependerá do “*trabalho vivo em ato*”, fundamental para a produção do cuidado, ancorado na abordagem humanista e com seu desenvolvimento pautado na compreensão do funcionamento sistêmico da família.

Neste contexto é fundamental que haja a apropriação dos profissionais de saúde, de instrumentos (ferramentas específicas) na abordagem à família. Dentre essas ferramentas, podemos citar: *tipos de famílias, estrutura familiar, dinâmica e conferência* já mencionados, somados a ferramentas específicas, que devem ser utilizadas para uma adequada abordagem familiar na Visita domiciliar (M.S. 2012)

Ribeiro (2004, p. 662-663), propõem que no cenário do PSF, as famílias devem ser abordadas de diferentes formas:

**Família/indivíduo:** *nesta abordagem a família se concretiza na perspectiva do indivíduo, que é o foco real de atenção, podendo ser mulher, a criança, o portador de diabetes. Ou seja, a família é o cliente nominal, mas não é “objeto” do cuidado. [...] A família também é tida como aquela que interfere positiva ou negativamente no processo de saúde-doença do indivíduo. [...] Família/domicílio:* *nesta abordagem o ambiente, a infraestrutura material da família, as condições de cuidado desse ambiente são o foco de atenção. [...] Família/indivíduo/domicílio:* *nesta abordagem unem-se os sentido/conteúdo de família/indivíduo e família/domicílio, diferenciando-se por ser focado, agora, num doente presente no domicílio ou em outros indivíduos sob circunstâncias específicas do processo de saúde-doença (exemplo: a puérpera, o recém-nascido, o idoso, hipertenso, agressor). [...] Família/comunidade:* *neste tipo de abordagem a família se transforma em ‘as famílias’; sua identidade e processo de viver definem-se sob parâmetros universais, proveniente do contexto, da inserção social, do ambiente físico social da comunidade. Os processos são universalizados, a singularidade e a individualidade, esvaziadas. [...] Família/risco social:* *neste enfoque a atenção está dirigida às condições de um grupo específico de famílias, geralmente aquelas em exclusão social, que vivem em comunidades periféricas. A estrutura da família, suas condições materiais e sociais de sobrevivência estão*

*continuamente/quotidianamente problematizadas e por isso a família não consegue realizar sua missão, devendo receber ajuda para voltar a funcionar. [...] Família/família: nesta abordagem a família é o foco principal e real da atenção considerada em sua identidade, enquanto possuidora de um plano de simbolismos, emocionalidades, racionalidades, intencionalidades, pactuações, saberes, fazeres e necessidades. O ser e viver da família ultrapassa ao que corresponderia à soma das individualidades. Enfim a família é considerada em seu ser e viver, consequentes à sua inserção no contexto social, historicamente contextualizada, imersa na complexidade de ser família na pós-modernidade.*

A abordagem do assunto família se torna essencial e fundamental para a Atenção Primária, mais especificamente para ESF, no sentido da sua totalidade, compreendendo definição, organização, crenças, significados, limitações, potencialidades, envolvimento entre seus membros e como se processa contexto de saúde e doença (SILVA, *et al* 2003). Acredita-se que a abordagem familiar na ESF deve estar sustentada no conceito de família, por isso a busca desses conhecimentos se faz importante para melhor compreender as práticas do cenário (SILVA, *et al* 2011)

### **4.3 Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família**

Existe uma discussão habitual que paira sobre a utilização da terminologia mais adequada a ser utilizada para nomear o primeiro nível de atenção. Segundo o estudo de Mello (2009) a expressão Atenção Básica, foi oficializada pelo Governo Federal, mas é comumente tratada em documentos oficiais de Atenção Primária à Saúde (APS). Os autores ainda ressaltam que as terminologias “Atenção Básica”, “Atenção Primária” e “Atenção Primária à Saúde” mesmo sendo utilizadas como sinônimo, na maioria das vezes não se torna um problema conceitual. Neste estudo utilizaremos a terminologia APS, mas nas linhas abaixo discorreremos sobre as diferentes semânticas adotadas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (1979), aprova a Declaração de Alma Ata, (1978), que identificava a (APS) como principal estratégia de alcance para a promoção da saúde e assistência à todos os indivíduos, de acordo com seu lema que apontava para um discurso de “Saúde para todos no ano 2000” (ABRAHÃO, 2007)

Em uma amostra de pequenos trechos de Alma Ata (1978, p. 01), podemos ver que se mostra suficientemente clara quanto ao almejado para a Atenção Primária:

*[...] É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível dos locais onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.*

*[...] são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua participação.*

A Atenção Primária em Saúde para responder às necessidades da população como estratégia de orientação do sistema de saúde, precisa ter um entendimento da saúde como direito social e enfrentar os determinantes sociais da população para efetivá-la. Os serviços de APS bem organizados impactam positivamente a saúde da população, demonstrando eficiência do sistema (GIOVANELLA, 2009).

Segundo Starfield (2002), a APS deve ser o primeiro contato da assistência, centrado na pessoa, satisfazendo a necessidade de saúde, como também deve coordenar os cuidados com os outros níveis de atenção. A autora também ressalta que a atenção primária só se fará com qualidade se seus atributos forem respeitados e seguidos na íntegra, sendo eles: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação do cuidado, a orientação familiar e comunitária.

Segundo Abrahão (2009), esses atributos são interpretados como: *primeiro contato*, sendo porta de entrada para o uso do sistema e encaminhamentos para novas necessidades; *longitudinalidade*, aporte consistente e regular de cuidados pela equipe, em ambiente humanizado; *integralidade*, que consiste em olhar a população adscrita em todos seus âmbitos, levando em conta seus determinantes sociais de saúde; *coordenação*, entendida como a capacidade de garantir a continuidade do cuidado; *coordenação familiar*, sendo considerada como sujeito da atenção à família, conhecendo integralmente suas necessidades; *orientação comunitária*, entendida como o reconhecimento das necessidades dentro do contexto social, econômico e cultural, dentro da perspectiva da saúde coletiva.

Com a implantação do SUS, baseado nos princípios da equidade, universalidade e integralidade e em suas diretrizes organizacionais, dispostas dentro da descentralização e participação social, passou-se a utilizar o nome de Atenção Básica para diferenciar-se da concepção seletiva que pairava sobre a terminologia APS (GIOVANELLA, 2009).

Em 2006, Ministério da Saúde, dentro das suas atribuições, considerando a necessidade de revisão e adequação das normas nacionais para desenvolvimento da atenção básica, dentro dos pressupostos que fundamentam a estratégia, na Portaria 648/GM (p. 03) a define:

*A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da*

*saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.*

A APS utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade tecnológica e deve estar pautada na resolução de maior frequência e significância em seu território, ser o contato preferencial dos usuários com o sistema e considerar o sujeito em sua singularidade, na integralidade, complexidade e inserção sociocultural. Deve buscar a promoção de sua saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e redução de danos (LAVRAS,2011).

Segundo Lavras (2011) os avanços da APS no Brasil foram grandes desde o processo de desenvolvimento do SUS, mas ainda tem um caminho longo cheio de percalços para que os propósitos contidos nas políticas nacionais sejam cumpridos e desempenhe o papel de reorganizadora e coordenadora do cuidado. Há que superar padrões culturais na sociedade, valorizando e legitimando outras práticas que já eram desenvolvidas.

Implantar uma concepção abrangente de APS, necessita de que haja uma construção de sistemas de saúde orientados por ela, centrados no usuário, resolutivos em todas as necessidades e articulados em rede. Nesse formato, a integração com o sistema se opõem ao entendimento de seletividade como programa paralelo, com cesta restrita de serviços de baixa qualidade direcionado somente para pobres (GIOVANELLA, 2009).

De acordo com Almeida (2011), a APS deve ser um facilitador e integrador dos vários atores, destacando-se as instituições, profissionais e trabalhadores dos setores da saúde, afim de evitar segregação e alcançar uma assistência integral e integrada. Deve ser entendida por ações de promoção à saúde, prevenção e curativas, indo ao encontro da qualidade de vida global da cidadania em todas as etapas da vida do indivíduo.

Nessa perspectiva o PSF, ao final dos anos 90, foi assumido pelo governo brasileiro, como a proposta de organização e reorientação do modelo de assistência, fortalecendo a atenção APS como o primeiro nível de atenção a saúde no SUS (ALMEIDA, 2011). Busca embasamento essa reorganização na estruturação e fomento diante da qualificação das ações, ampliação dos acessos, reorientação das práticas profissionais, centrando-as no modelo de Promoção a Saúde (MS, 2004).

A partir de 2006 o PSF deixa de ser programa e passa a ser estratégia permanente na APS, exatamente por que o conceito de programa nos remete a tempo determinado e estratégia permite uma ação ininterrupta e contínua. Passando assim a ser chamada de

Estratégia Saúde da Família (DALPIAZ e STEDILE, 2011). Está é pautada nos princípios constitucionais do SUS, fundamentando-se na universalidade, integralidade, equidade, hierarquização, descentralização e controle social (BATISTA, 2015).

Em 2011, a Portaria 2.488, de 21 de outubro (MS, 2011), estabeleceu a revisão sobre as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, trazendo reformulações sobre a Política Nacional, estabelecendo e a ordenando desta forma: **Territorialização**, onde um território delimitado permite estabelecer planos de ações conforme especificidade do local e suas vulnerabilidades; **Acesso universal** caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção; **Adscrição** do usuário pressupõe, acolhimento, vinculação, corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde, garantindo continuidade das ações e longitudinalidade do cuidado prestado; **Coordenação e Atendimento Integral**, consiste na integração de ações programáticas e demanda espontânea, articulação de todas as ações desenvolvidas e ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; **Participação do usuário**, como forma de enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, ampliação da autonomia e orientação para a organização das ações a partir da lógica centrada no usuário e seu território.

A coordenação de um atendimento integral e o enfrentamento das múltiplas necessidades em saúde exige da ESF um trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, que agregue e articule os saberes e competências de vários profissionais e usuários para ampliar as intervenções realizadas

Segundo Silveira, (2005, p. 14) a Saúde da Família refere-se a um modo de organização da atenção básica, a partir da forma que ela se operacionaliza:

*(1) como planeja e realiza suas ações de saúde; (2) em que se insere e se vincula a uma comunidade adscrita; (3) como lida com as diferentes necessidades e demandas (individuais e coletivas); (4) como acolhe, vigia e cuida dos cidadãos; (5) se antecipa ao aparecimento dos agravos da saúde, lidando com as questões socioambientais e familiares; (6) interage e fomenta o desenvolvimento comunitário; e (7) estimula e pauta toda sua atividade na realidade local, por meio da participação popular e do controle social.*

Para enfatizar, Dalpiaz e Stedile (2011) ressaltam que a ESF preconiza os princípios como cuidado, vínculo e a continuidade da assistência que não estão dispostos nos princípios do SUS e que a construção de “laços” entre os envolvidos (profissionais e população usuária), só se dará a partir desses princípios, garantindo a permanência do atendimento dos mesmos.



Implantar a ESF foi um desafio, visto que, é um processo que exige toda reestruturação, desde as bases que vão se apoiar, atores envolvidos, processos de trabalho, vontade política e espírito público nos graus mais elevados (MS, 2001b).

Além disso, implantar a ESF significa reorganizar o sistema, substituindo as antigas diretrizes baseadas na valorização do hospital, voltadas para a doença, (BRASIL, 2001b) e mudar a forma de pensar e fazer saúde, introduzindo novos princípios, sendo que estes ainda, muitas vezes continuam ancorados no modelo tradicional biomédico, corrompendo o processo de trabalho (COSTA e COTTA,2008).

#### **4.4 Processo de trabalho da equipe saúde da família**

A implementação da ESF ainda tem sido um desafio no que tange a sua plena execução dentro de normas e diretrizes que embasam as ações preconizadas e os atores profissionais envolvidos

A SF deve ser capaz de criar vínculo e responsabilização em ações integrais e participativas, deve ser resolutiva, guiar-se pelos princípios organizativos, levando em conta que a diferença do modelo vai além da mudança em sua nomenclatura (MS, 2001).

Segundo Galavote, Prado e Maciel (2011) destaca-se a própria constituição do trabalho em saúde, cujas práticas não estão dentro dos processos pertinentes a ela, onde ainda não se privilegia o vínculo nem a real noção de trabalho em equipe. Um trabalho em equipe, que integre os profissionais e faça intervenções. Só deixará de ser meramente justaposição de ações e união de atores em um mesmo lugar, quando houver comunicação entre os agentes de trabalho, reconhecimento da autonomia profissional dentro do processo, articulação das ações e questionamentos das intervenções

As especificidades dos conhecimentos, não pressupõem o afastamento do trabalho em equipe, pois as melhorias dos serviços são provenientes das contribuições da divisão dos trabalhos e à medida que o aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico, em determinado setor permite, maior produção. O trabalho em saúde necessita ser um trabalho reflexivo e este é imprescindível ao conjunto da sociedade, destinado à prevenção, manutenção ou restauração da saúde (PEDUZZI, 2001).

Ainda segundo Peduzzi (2001, p. 108):

*[...]os profissionais realizam intervenções próprias de suas respectivas áreas, mas também executam ações comuns, nas quais estão integrados saberes provenientes de distintos campos como: recepção, acolhimento, grupos educativos, grupos operativos e outros.*

De acordo com Nascimento (2008), mesmo após alguns anos de existência, ainda emergem questionamentos acerca das práticas cotidianas na ESF e reestruturação do formato de pensar e produzir ações dentro do setor saúde, pois o modelo biológico ainda consegue permear-se em suas estruturas e corromper o processo de trabalho.

*“Há, portanto, uma ação “sanguessuga”, pois o modelo que necessita ser alterado suga as forças desta estratégia de reformulação em sua arma mais poderosa que são as práticas de saúde” (COSTA, COTTA e FERREIRA, 2009 p. 114.)*

As relações de trabalho são fundamentais para a produção do cuidado e vão além dos conhecimentos técnicos e instrumentais. São relações racionais, pois dependem de trabalho vivo em ato, dependem do momento em que se está produzindo (MERHY e FRANCO, 2003).

Segundo Merhy e Franco (2003, p.318)

*Estas relações podem ser de um lado, sumárias e burocráticas, onde a assistência se produz centrada no ato prescritivo, compondo um modelo que tem na sua natureza, o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos. Por outro lado, estas podem se dar como relações interseçoras, estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde. A estas, chamamos de tecnologias leves, pelo seu caráter relacional, que a colocam como forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado. Às tecnologias inscritas nos instrumentos, identificamos como tecnologias duras, porque já estão estruturadas para elaborar certos produtos da saúde, e ao conhecimento técnico, identificamos uma parte dura (estruturada e outra leve, que diz respeito ao modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado*

Para Figueiredo (2011), a carência de profissionais que entendam e atendam a nova realidade se configura como uma das maiores dificuldades na implementação da ESF. Para a estratégia é fundamental ter profissionais com formação generalista, atuação efetiva, perante à complexa demanda de cuidados da Atenção Básica, se mostrando na contramão da medicina sofisticada e intervencionista.

Esse processo tem se viabilizado a partir de uma equipe de caráter multiprofissional, sendo composta por médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACSs) (BATISTA, 2015). Essa equipe trabalha com definição de território, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população, sendo um serviço de primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, que trabalha com a integração à rede de serviços locais. Os profissionais devem conhecer as famílias do território de abrangência, identificar as

vulnerabilidades locais, elaborar planos de ação perante os determinantes sociais, desenvolver e promover ações educativas intersetoriais, relacionadas com os problemas identificados e prestar assistência de forma integral e responsabilizada às famílias envolvidas (ESCOREL, GIOVANELLA, MENDONÇA e SENNA, 2007).

#### **4.5 A Estratégia saúde da família e as ferramentas de abordagem do indivíduo e seu núcleo familiar**

De acordo com Santos, *et al* (2015), as ferramentas de trabalho com famílias são denominadas tecnologias relacionais, que fazem o papel de aproximar os atores e de interagir com as singularidades individuais. Proporciona aos profissionais um entendimento mais completo do contexto e sua dinâmica, como também uma avaliação clínica-psicológica da família através de ferramentas de abordagem. Dentre as várias ferramentas existentes, tem-se: o Ciclo de vida; APGAR familiar; P.R.A.C.T.I.C.E; F.I.R.O (Fundamental Interpersonal Relations Orientations), Genograma/ familiograma e Ecomapa (M.S, 2012). Além do própria Visita Domiciliar, objeto de nosso estudo.

##### 4.5.1 Ciclo de vida

O Ciclo de vida é uma ferramenta que divide a história da família em estágios de desenvolvimento e evolução ao longo das gerações. A mudança dos ciclos é marcada por eventos significativos que exigem novas adaptações e ajustamentos entre os membros, transformando a estrutura da família em novas organizações. (SANTOS, 2015).

Entender o ciclo vital, permite ao profissional perceber e auxiliar na construção de estratégias para que a família consiga se adequar a nova realidade, caso seja necessário. Permite ter uma “*visão panorâmica e focal simultaneamente*” (M.S, 2012. p. 04).

##### 4.5.2 APGAR Familiar

Segundo Chapadeiro, Andrade e Araújo (2011, p.74) é um instrumento destinado a avaliação e reflexão sobre a satisfação de cada membro da família, “ representado pela sigla APGAR, que significa: Adaptation (Adaptação), Partnership (Participação), Growth (Crescimento), Action (Afeição) e Resolve (Resolução).

“É realizado através de um questionário e da avaliação do estado funcional da família, classificando-as “como funcionais, e moderadamente/gravemente disfuncionais” ( M.S, 2012, p. 02).

O questionário é composto por cinco perguntas, com uma para cada domínio de avaliação, que conforme Silva, Maria Josefina *et al* (2014, p. 529), tem como opções de respostas: sempre (2 pontos), algumas vezes (1 ponto) e nunca (0 ponto). “Com a pontuação total variando de 0 a 10, com a classificação de 0 a 4, elevada disfunção familiar; de 5 a 6, moderada disfunção familiar; e de 7 a 10, boa funcionalidade familiar.

#### 4.5.3 P.R.A.C.T.I.C.E

Este instrumento funciona como diretriz para avaliação do funcionamento das famílias. Foca no problema, seja clínico, relacional ou comportamental, permitindo criar estratégias para trabalhar com as famílias à partir de avaliação e construção de intervenções em situações de maior complexidade (CHAPADEIRO, ANDRADE e ARAÚJO, 2011).

Segundo Ditterich, Gabardo e Moysés (2009), a estrutura do P.R.A.C.T.I.C.E tem como especificação:

##### P- Problema (Presenting problem)

Permite que a equipe conheça e compreenda o significado do problema para a família, como ela o percebe e enfrenta.

##### R- Papéis e estrutura (Roles and structure)

Permite conhecer quais os papéis de cada membro da família, como eles o desempenham e evoluem a partir dos seus posicionamentos.

##### A - Afeto (Affect)

Como se dá a troca de afeto na família e como isto pode afetar na resolução dos problemas (positiva ou negativamente).

##### C- Comunicação (Communication)

Como é realizada a comunicação verbal e não verbal entre os membros.

##### T- Tempo (Time of life)

Procura identificar as dificuldades, a partir da correlação do problema apresentado e os papéis esperados dentro do ciclo de vida da família.

##### I - Doenças na família, passadas ou presentes (Illness in family)

Momento de resgate das doenças vividas anteriormente pela família, buscando valorizar as atitudes de cada membro da família, demonstrando a importância do suporte familiar no cuidado.

#### C - Lidando com o estresse (Coping with stress)

Procura identificar as fontes de recursos utilizados pela família, ao lidar com situações anteriores que possam ser utilizados no enfrentamento presente.

#### E - Ecologia (Ecology)

Procura conhecer os suportes externos, dentro das redes sociais e de apoio, além dos aspectos estruturais da família, que vão desde seus determinantes sociais no trabalho, saneamento, renda, grau de escolaridade, moradia, transporte.

#### 4.5.4.F.I.R.O

De acordo com Brantes (2016), a ferramenta FIRO (Fundamental Interpersonal Relations Orientation), tem como base as Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais, procurando avaliar o funcionamento da família a partir das relações, sentimentos e vivências dos membros.

Esta ferramenta de abordagem é aplicável em quatro situações, de acordo com Ditterich, Gabardo e Moysés (2009, p. 521):

- 1. quando as interações na família podem ser categorizadas nas dimensões inclusão, controle e intimidade, ou seja, a família pode ser estudada quanto às suas relações de poder, comunicação e afeto;*
- 2. quando a família sofre mudanças importantes, ou ritos de passagem, tais como descritos no ciclo de vida, e faz-se necessário criar novos padrões de inclusão, controle e intimidade;*
- 3. quando a inclusão, o controle e a intimidade constituem uma sequência inerente ao desenvolvimento para o manejo de mudanças da família;*
- 4. quando as três dimensões anteriores constituem uma sequência lógica de prioridades para o tratamento: inclusão, controle e intimidade.*

Como significado dos termos utilizados, compreendemos que **inclusão**: diz respeito as relações de interação, organização familiar e papéis dos membros. Aprofunda os conhecimentos sobre a forma como se relacionam e se organizam no enfrentamento das dificuldades e busca a observação do comprometimento, do sentimento de cada membro de pertencer à família incluindo as questões de educação e valores. **controle**: mostra como é exercido o poder dentro da família. **Intimidade**: como os membros da família, compartilham entre si os sentimentos, tais como: atitudes de aproximação, distanciamento, vulnerabilidades e potencialidades (CHAPADEIRO, ANDRADE e ARAÚJO, 2011)

#### 4.5.5 Genograma/ Familiograma

O genograma é uma ferramenta que representa graficamente a família e serve como método de coleta e armazenamento das informações. É composta pelos diferentes membros da família, os padrões de relacionamento entre eles, suas principais doenças, como também a consegue demonstrar os problemas mais comuns e forma de enfrentamento utilizada.

Podem ser acrescentados dados de acordo com os objetivos do profissional frente à atenção à família. Podem ser abordados outros dados como ocupação, grau de escolaridade, entre outros (DITTERICH, GABARDO E MOYSÉS, 2009)

De acordo com Moysés e Silveira (2002), normalmente a pessoa que ocupa papel central no genograma é a mesma que originou a necessidade da utilização da ferramenta, passando então a ser então a pessoa estruturante do problema e representante da família.

#### 4.5.6 Ecomapa

Ecomapa é um desenho complementar ao genograma, afim de se observar os contatos da família com outros atores sociais (outras famílias, instituições e pessoas), colocando todos os suportes existentes, compreendendo: trabalho, vizinhança, grupos comunitários, entre outros (CHAPADEIRO, ANDRADE e ARAÚJO, 2011).

O instrumento possibilita a observação, compreensão e estudo de estratégias de cuidado de acordo com as estruturas levando em conta os aspectos relacionais da família e suas dificuldades.

#### 4.5.7 Visita Domiciliar

A visita domiciliar (VD) é uma prática antiga na área da saúde, que vem sendo cada vez mais resgatada em função das novas políticas públicas, através das modificações e abrangência de ações da APS no Brasil, com a implantação da ESF. A assistência domiciliar, deixa de ser um atendimento pontual, e passa a ser um “*processo de atenção continuada, integral e multidisciplinar no qual se realizam funções e tarefas sanitárias, assistenciais e sociais, dentro da lógica da vigilância à saúde*” (RODRIGUES, ROCHA e PEDROSA, 2011, p.45).

Segundo Lopes, Saupe e Massaroli (2008, p. 242)

*Podem ser considerada como um método, uma tecnologia e um instrumento. O método, como possibilidade nas abordagens qualitativas, especialmente quanto à interação entre seus atores, à observação e à comunicação; e como instrumento, faz uso do planejamento e do registro, orientado por um roteiro.*

*Exige plena concordância do usuário e o estabelecimento de relação fundamentalmente alicerçada pela ética.*

Ainda segundo Rodrigues, *et al* (2011), a VD é entendida como um instrumento que possibilita o atendimento no âmbito familiar e que favorece a avaliação das demandas, do ambiente em que vivem, tratando-se de um momento de promoção da saúde, oportunidade para estabelecimento de planos assistenciais de recuperação e autocuidado.

A visita domiciliar é considerada um instrumento de atenção à saúde que possibilita, à partir do conhecimento das realidades das famílias, uma importante aproximação entre a ESF e as mesmas, formando e fortalecendo vínculos, como também criando espaços para atuação no âmbito da promoção, prevenção, tratamento, reabilitação de doenças e seus possíveis agravos, concretizando a longitudinalidade, integralidade, interação e acessibilidade do programa (CUNHA e GAMA, 2012).

#### **4.6 Problematizando a Visita Domiciliar**

A partir da visita domiciliar - no intuito de prestar algum tipo de atendimento - nos aproximamos dos espaços de convivências das famílias, podendo ser recorrente o risco de impor modelos de vida, desconsiderando os arranjos familiares construídos, suas histórias e concepções do viver, que estejam ultrapassando os sistemas impostos. (GUATTARI, 1987 *apud* RIBEIRO, 2010).

Quando a visita domiciliar é tratada como instrumento de imposição, irá carregar um cunho higienista e de prática policialesca. Este modelo punitivo já se apresenta no ato do planejamento, quando há intenção em “*pegar o usuário de surpresa*”, como se o profissional aguardasse encontrar algo escondido que a população não desejaria apresentar (GUATTARI & ROLNIK, 2000).

Ao se pensar em delinear a atuação profissional frente às diferentes realidades encontradas, com a preocupação de incluir e empoderar cada vez mais a população dos direitos sociais, nos defrontamos na fragilização do próprio atendimento.

De acordo com Ribeiro (2010 p.211)

*A fragilização em tornar a prática profissional uma prática punitiva, permeada por dogmas morais instituídos socialmente que, na história linear, eram acompanhados do inquérito, com o objetivo de intimidar, inspecionar e fiscalizar os modos de viver da população, fruto do desejo da ordem estabelecida.*

A reprodução dos preconceitos e estigmas que permeiam vários aspectos que envolvam valores culturais, sociais, arranjos familiares, a legitimação da

subalternização do pobre, a institucionalização entre outros, ainda podem ser reproduzidos nos dias de hoje (RIBEIRO, 2010).

*Há profissionais que usam a visita domiciliar para realizar uma busca de “coisas”, como provas que atestem alguma situação. A impressão que fica é a de que a visita domiciliar terminará no momento em que se encontrar a “coisa” procurada. Imagine que situação mais desagradável: você é visitado e o profissional nem olha para você, pergunta coisas sem dialogar com você! Infelizmente há quem faça isso nas visitas, mesmo sem ter tal intenção. É o caso do profissional, ancorado numa visão parcial da realidade, que vai à visita pronto para “coletar” o que pretende ver (AMARO, 2000 p.199).*

Segundo Negri e Hardt (2001) o poder biopolítico se instaura na vida dos coletivos, através de diferentes ferramentas de imposição social. Tal imposição social poderá se reproduzir através da visita domiciliar, uma vez que o profissional vai até a casa de cada família, transformando sua aproximação em construção de normas de conduta que precisam ser reguladas e adaptadas socialmente (RIBEIRO, 2010).

Na busca de legitimar sua atuação frente aos atendimentos domiciliares, o profissional necessita ter uma atuação que não reproduza um perfil dentro dos moldes de uma sociedade casta e sua valorização moral, e sim de abrir um leque de possibilidades transformadoras, que podem ser construídas coletivamente.

*Esta postura profissional coleta verdades sociais como quem coleta “material” para análise laboratorial. Produz conclusões como quem soma glóbulos vermelhos. [...]. Os componentes do real observado não residem exclusivamente em situações conhecidas postas à verificação, mas em um indefinido número de outras situações desconhecidas, disponíveis à exploração investigativa do profissional, durante a realização da visita; desde, é claro, que sua mente esteja orientada por uma perspectiva complexa. (AMARO, 2000 p.200).*

Diante de diferentes histórias de vida, diversas maneiras de convivência em família, grupo e coletividade, as imagens engessadas devem ser desconstruídas sobre a vida da população. Realidades são explicitadas no que é dito e no subjetivo e o profissional necessita estar disposto, com “olhos de ver” no intuito “de não criar mitos e símbolos constituídos e caracterizados pelas práticas preconceituosas, que teimam impedir a manifestação das vidas encontradas na visita domiciliar” (RIBEIRO, 2010 p.213).



#### 4.6.1 O Olhar do profissional para a Visita Domiciliar

Compreendendo a VD enquanto tecnologia de integração e interação no cuidado dentro do âmbito da Saúde da Família, devemos compreender não somente os processos de trabalho, mas também as concepções atribuídas à prática, por seus atores.

Para isso o termo tecnologia necessita ser abordado em seu conceito, onde permeiam entendimentos parciais e/ou errôneos, de classificação entre o “*simples*” se opondo ao “*complexo*” ( SAKATA, PEREIRA *et al*, 2007).

*Tecnologia não é apenas um “conjunto de instrumentos materiais do trabalho” mas também um “conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social” (GONÇALVEIS, 1994, p.659 apud SAKATA, PEREIRA et al, 2007).*

A tecnologia tem envolvimento direto entre os homens, os objetos sobre os quais trabalham diretamente e as relações que se estabelecem, não somente pela capacidade de produção, viabilidade e eficácia dos instrumentos utilizados, mas a partir do respeito às relações estabelecidas, diante o enfrentamento da realidade.

Dentro das diretrizes da Atenção Básica, cabe aos profissionais, programar e implementar atividades de atenção à saúde da população dentro do território adscrito de acordo com as necessidades, com priorização das intervenções. Incluindo o planejamento e organização do processo de trabalho compartilhado com os demais profissionais da equipe “*segundo critério de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência*”(MS, 2011).

A visita domiciliar é atribuição de todos os profissionais que formam a equipe de saúde da família, com o objetivo de atender o indivíduo em sua integralidade. No entanto o ACS é o profissional que as realiza com frequência diária, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, através de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade (MS, 2011).

Gaiva e Siqueira (2011) descrevem que é a partir das visitas domiciliares realizadas pelos ACSs e suas percepções em relação às necessidades das famílias que são traçados os planos de ação a serem executados pela equipe. Que a partir das informações trazidas pelos ACSs, os demais profissionais, de acordo com a

necessidade, se organizam para executarem suas visitas ao domicílio. Observando-se então, que a presença de outro profissional, que não o ACS, é pontual e realizada separadamente com distinção de enfoque.

Ainda de acordo com Gaiva e Siqueira (2011, p.700)

*A VD promove o cuidado no local onde estão inseridos o indivíduo e a família. Para tanto, é essencial que todos os membros da equipe atuem articulados nesse contexto, visando ao trabalho em equipe e à integralidade das ações.*

O trabalho em equipe não conjectura abolir as especificidades das práticas, pois a partir do conjunto de diferentes saberes é que surgem as grandes contribuições na melhoria do serviço prestado, à medida em que as relações interdisciplinares permitem trocas de conhecimentos, aprimoramento dos saberes e do desempenho profissional.

Gaiva e Siqueira (2011, p.700), ainda relatam que a maioria dos profissionais direcionam as VDs como estratégia a grupos que ressaltam necessidades prioritárias e vulnerabilidade, como crianças, gestantes, portadores de doenças crônico-degenerativas ou com problemas de locomoção, como idosos e acamados. Mesmo assim não incluem em suas falas as famílias desses indivíduos visitados, como também deixam claro que *“a visita não é realizada para indivíduos que estejam saudáveis segundo o olhar da equipe, ou seja, que não se enquadrem no chamado grupo prioritário”*.

A VD realizada pelo enfermeiro tem direcionamento à promoção e prevenção da saúde, com foco no cuidado voltado *“para indivíduos que vivenciam determinados momentos do ciclo vital (puérperas, recém-nascidos, idosos)”*, orientações gerais e essenciais para as famílias neste contexto e estratégias baseadas em dados epidemiológicos. Pelo médico, *“focada na doença e direcionada ao indivíduo doente, não abordando a família”*. O ACS tem como principal instrumento de trabalho a VD e esta, está pautada, *“prioritariamente em ações educativas de promoção da saúde, articuladas a outras atividades com este propósito, geradas nos demais segmentos da comunidade”*( GAIVA e SIQUEIRA, 2011 p. 700 e 701).

Cunha e Sá (2013) ressaltam outra realidade comum nas equipes. Observa-se que o ACS utiliza seus próprios critérios para organizar sua rotina de trabalho em relação as VDs, ora estabelecendo prioridades em relação aos problemas relevantes do território, ora fazendo de maneira a facilitar seu próprio processo de trabalho. Criando por vezes, grandes diferenças no acesso da população, dentro do mesmo território.

*O ACS define seus próprios critérios para organizar as visitas, com isso, alguns estabelecem prioridades em relação aos problemas mais relevantes, outros fazem de maneira a facilitar seu processo de trabalho, sem considerar, necessariamente, os grupos de risco. Tal fato pode demonstrar certa falta de coordenação geral do trabalho dos ACS, levando a produção de diferenças no acesso da população no mesmo território. Dependendo do ACS que faz a cobertura de determinada área, os grupos de risco terão acesso prioritário ou não (CUNHA E SÁ 2013, p.66).*

De acordo com Sakata *et al* (2007, p.661) percebe-se uma anfibia na percepção dos profissionais em relação aos significados da VD, que em alguns momentos declaram como um ato de acompanhamento, no que tange a criação de vínculo, reconhecimento das necessidades locais e acompanhamento longitudinal, e em outros, o de vistoria ou fiscalização, relacionado ao fator burocrático (fichas e relatórios), causando no profissional a sensação de intromissão na vida das pessoas, limitando “a privacidade, a liberdade e a autonomia e distanciar os sujeitos profissionais de saúde dos usuários”.

O controle é também uma questão evidenciada pelos profissionais, podendo ser interpretado tanto de forma positiva, quanto negativa. Na abordagem positiva, o controle aparece como possível relação duradoura entre profissionais e usuários, proporcionando e simplificando o reconhecimento e acompanhamento dos mesmos. No foco negativo, evidenciando a ideia de vistoria e fiscalização, já descrita. (SAKATA *et al* 2007).

Outro fator importante levantado pelas equipes é o tempo para que haja uma boa prática das VDs. De acordo com Sakata *et al* (2007) o tempo pode ser dividido de duas forma: O **tempo cronológico** que corresponde com a articulação do cumprimento de todas as atividades, funções e cumprimento de metas quantitativas determinadas e a duração das visitas e o **Tempo emocional** vinculado as tecnologias leves no cuidado à saúde no domicílio – com atividades que demandam tempo - espaço de escuta ativa, percepção, orientação como também formação de vínculo.

Entre todas as dificuldades apresentadas pelos profissionais, para a realização das visitas, estão os sentimentos de frustração e impotência frente a determinadas situações vividas pelas famílias e a própria dificuldade em separar a vida profissional da vida pessoal (SAKATA *et al* 2007).

#### 4.6.2 Visita Domiciliar - Medidas de Controle Social e Integralidade do Cuidado

A visita domiciliar é uma forma de assistência domiciliar à saúde, que proporciona aos profissionais, acesso à realidade das pessoas, famílias e comunidade, através da possibilidade de reconhecimento dos reais problemas, fragilidades e potencialidades, facilitando a integração das atuações profissionais com as necessidades do indivíduo e seu núcleo familiar. Ela é fundamental para a formação de vínculo, realização das ações de promoção e educação à saúde e autonomia dos envolvidos, fomentando a criação da corresponsabilidade dos processos (SOSSAI e PINTO, 2010).

*A visita é também entendida como uma oportunidade de compreender melhor o modo de vida do usuário; conhecer o ambiente e as relações intrafamiliares; abordar questões que vão além da doença física e que contemplem também os problemas sociais e emocionais; proporcionando, assim, orientações mais voltadas para as reais necessidades de saúde do usuário, e buscando singularidades na forma de se cuidar (SAKATA et al 2007, p.662).*

A questão do vínculo é outra vantagem da VD, pois o contato próximo do profissional/usuário revela um cuidado humanizado e acolhedor, tornando-se referência no surgimento de necessidades como dúvidas ou falta de medicação, alterações no processo de saúde/doença do indivíduo e sua família ou dúvidas relacionadas ao processo de vida (KERBER, KIECHHOF e VAZ 2008). “*Isso é possível devido ao grande laço estabelecido durante as VDs e tem a tendência de se perpetuar com as atividades realizadas com o passar do tempo*” (SOSSAI e PINTO, 2010, p.572).

Outra vantagem desse tipo de atendimento, está na perspectiva de oferecer uma assistência com qualidade e a custos razoáveis, tornando-se uma parte da solução dos problemas financeiros dos sistemas de saúde, na redução dos números de hospitalizações desnecessárias (SOSSAI e PINTO, 2010).

Sendo também uma proposta que favorece o enfrentamento da realidade e as carências da população, no tocante à atenção à saúde, ajudando a romper com a ideia da prática clínica individualista, médico centrada e voltada a atenção multiprofissional para a família/comunidade fora do hospital.

Pode contribuir com as mudanças de estilo de vida dos indivíduos, oferecendo meios de aprendizado para os envolvidos, fomentando o auto cuidado, aumentando as oportunidades, resgatando o bem-estar físico e emocional dos mesmos.

A VD deve ser espaço de oportunidade para demonstração da atenção, interesse, respeito, apreciação e disposição em busca da captação dos sentimentos e das perspectivas da outra pessoa. Pressupõem-se que essas estratégias, devem ser interativas e ancoradas em demonstrações de acolhimento e “*disponibilidade física e psicológica*”(PUSCHEL, IDE e CHAVES, 2006).

Segundo Puschel, Ide e Chaves (2006, p.267).

*Ouvir e compreender sensivelmente a perspectiva e os sentimentos da outra pessoa: refere-se a uma disposição para captar os sentimentos e as perspectivas da outra pessoa sem julgar e sem intenção de conduzir o outro a se comportar de uma determinada maneira; Demonstrar sensivelmente essa compreensão (legitimando os sentimentos, relacionando o contexto, a emoção e a perspectiva da outra pessoa), pois a função da verbalização empática é fazer com que a outra pessoa se sinta compreendida e auxiliada a explorar as preocupações dela de forma mais completa.*

Neste contexto o atendimento domiciliar pode contribuir para as mudanças de padrões de comportamento, promovendo a qualidade de vida através da educação, promoção da saúde e prevenção de doenças, mediante sua visão sistêmica, proveniente de uma terapia holística, com grande possibilidade de antecipação dos diagnósticos e personalização do atendimento.

De acordo com Cunha e Sá (2013, p.70):

*[...] a VD tem potencialidade de apreensão da realidade, permitindo expressar condições de vida e trabalho dos sujeitos, subsidiar o planejamento das ações para atender, de forma adequada, às necessidades de saúde da população em sua dimensão singular.*

As equipes de saúde que realizam visitas domiciliares enfrentam um alto grau de tensão, em várias perspectivas, que perpassam desde o preparo (ordem técnica), ética, o território e todas as suas nuances, fatores pessoais, tempo e percepções dos usuários de cunho negativo e autonomia dos mesmos.

Romanholi e Cyrino (2012) discorrem que a VD, por ser uma prática realizada em uma conjuntura de surpresas e incertezas, provenientes de vários elementos

relacionados entre serviços de saúde e o espaço privado domiciliar, é tida como um “*nó crítico*”. Levantam situações como mudanças de endereço, recusa, horário, tempo e outras, como dificuldades ligadas a essa prática.

Os profissionais se deparam não apenas com enfrentamento da doença em si, mas, também com situações relacionadas ao contexto social e cultural dos territórios e das famílias, dos quais esse modelo de atenção, em geral, tem pouco a oferecer. Torna-se necessário neste contexto, dar a devida importância à participação do usuário e sua família, reconhecendo os setores de apoio, articulações possíveis, junto a sociedade civil, como também os limites dos profissionais. Faz-se necessário [...]“*admitir que as alternativas e encaminhamentos para os problemas passam, necessariamente, pela participação do usuário e sua família*” (Borges e D’Oliveira 2011, p. 467).

Em sua pesquisa, Conill (2008) também ressalta o excesso de atribuições dos profissionais, interligado ao dimensionamento inadequado do território/equipe que deixa o trabalho domiciliário prejudicado.

Alguns autores como Schraiber (1993) e Sossai (2010, p.573), também evidenciam os aspectos relacionais e éticos, como peças chaves neste processo de trabalho, discorrendo sobre diferenciação dos mesmos dentro do trabalho em saúde e as demais práticas, pois ao entrar no domicílio “*espaço íntimo da família*” o profissional deve se atentar aos preceitos da ética, educação e respeito ao indivíduo.

Segundo Schraiber (1993, p.150):

*O lado ético do trabalho, [...]diz respeito à intervenção de um sobre outro homem, remetendo diretamente ao aspecto relacional desse trabalho, que é um momento particular de realizar a vida em sociedade, isto é, as relações sociais. Significa, assim, os cuidados de um comportamento criterioso, já que se está diante de uma “invasão”, ainda que permitida, do outro: interferência sobre as vidas, as privacidades e as paixões das pessoas. Além disso, o fato de realizar-se enquanto relação interindividual parece comprometer ainda mais esse trabalho com as “questões do relacionamento humano”, de que são parte o respeito, o afeto, a dedicação, a sensibilidade, a fraternidade e tantas outras substâncias da esfera do pessoal.*

As VDs podem também significar um controle negativo sobre a vida do usuário, se feitas e/ou entendidas como um momento de fiscalização ou vistoria, explicitados através de registros com aspectos somente biológicos do processo saúde e doença. Sentimentos de frustração e impotência também podem imergir da dificuldade em

relação ao tempo das visitas, diante as demandas trazidas pela família e o tempo para execução da demanda do serviço (PUSCHEL, 2006).

Paiva (2014, p.1) dá ênfase à informação como um direito do cidadão, pois é através dela, que ele toma conhecimento de sua saúde. *“Sem ela o paciente não é capaz de reivindicar ou lutar pelos seus direitos, nem tem argumentos para questionar dificultando assim o exercício de sua autonomia”*. Sua ausência, sentenciar o paciente ao sentimento de ignorância, permitindo atos abusivos de exploração, subjugação e dominação.

Outro ponto muito importante, está associado às questões de privacidade e confidencialidade. A privacidade, impõe ao profissional os deveres de resguardar as informações e salvaguardar o paciente, e é considerada como um dever institucional. A confidencialidade pode ser eticamente aceitável desde que o paciente dê permissão, a lei emponha a revelação, que se entenda como risco de vida ou dano para uma ou mais pessoas envolvidas (PUGINA, 2009).

Santos e Morais (2011) descrevem a visita domiciliar como um conjunto de ações de saúde direcionadas para o atendimento educativo e assistencial, que possibilita uma interação mais real entre os membros da equipe de saúde, usuário, sua família e a comunidade onde está inserido.

Para Drulla *et al* (2009) a compreensão do espaço familiar e suas dinâmicas possibilita ao profissional, ter uma visão, sobre as diferentes dimensões do cuidado, fazendo com que o trabalho empreendido no ambiente domiciliar o possibilite, além de conhecer a realidade, internar-se na subjetividade do indivíduo, indo ao encontro dos objetivos da VD.

Bezerra *et al* (2012, p.08), descrevem a visita domiciliar, como sendo:

*Um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde- doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde.*

Portanto, a visita domiciliar é um momento estratégico no contexto da atenção em saúde e um instrumento importante na APS, em que o profissional de saúde deve superar o modelo tradicional e adquirir o hábito de pensar e fazer de forma pactuada e sustentada na produção social do cuidado, mudando os padrões de comportamento em busca da ampliação da qualidade de vida, através de promoção da integralidade em saúde (MORO E TORQUATO, 2015).

Vale ressaltar que a VD só se configura como instrumento de intervenção quando é previamente planejada e realizada de forma sistemática. Deve ser claro o objetivo proposto, diante da necessidade de abordagem, como também avaliação da intervenção após a visita (CUNHA E GAMA,2012).

Ainda segundo Cunha e Gama (2012, p.02), para a execução da VD, deve-se fazer a definição de um ou mais objetivos, a seguir:

*Conhecer o domicílio e suas características ambientais, identificando as questões socioeconômicas e culturais; verificar a estrutura e a dinâmica familiares com elaboração do genograma ou familiograma ou ecomapa; identificar fatores de risco individuais e familiares; prestar assistência ao paciente no seu próprio domicílio, especialmente em caso de acamados; auxiliar no controle e prevenção de doenças transmissíveis, agravos e doenças não transmissíveis, estimulando a adesão ao tratamento, medicamentoso ou não; promover ações de promoção à saúde, incentivando a mudança de estilo de vida; propiciar ao indivíduo e à família, a participação ativa no processo saúde-doença; adequar o atendimento às necessidades e expectativas do indivíduo e de seus familiares; intervir precocemente na evolução para complicações e internações hospitalares; estimular a independência e a autonomia do indivíduo e de sua família, incentivando práticas para o autocuidado; aperfeiçoar recursos disponíveis, no que tange a saúde pública, promoção social e participação comunitária.*

A VD deve ser organizada de forma a garantir o alcance de objetivos, previamente propostos com a priorização de indivíduos e/ou famílias de maior risco, sendo sistematizada por meio de planejamento, execução e avaliação conjunta de todos os profissionais da equipe.

Deve haver um planejamento rotineiro da programação pela equipe de saúde da família, selecionando os indivíduos e/ou famílias dentro dos critérios de prioridades, de acordo com as especificidades individuais ou familiares (CUNHA E GAMA,2012). Pode ser realizada de duas formas: uma, denominada *VD Fim*, com objetivos específicos de atuação terapêutica, e outra, a *VD Meio*, com realização de busca ativa pela demanda reprimida, promoção e prevenção da saúde mediante educação em saúde de maneira individualizada (DRULLA *et al*, 2009).

Ainda de acordo com Drulla *et al* (2009, p.668)

*[..] estas duas abordagens designam um processo dinâmico, possibilitando sua implementação na população alvo despertando interesse por questões de saúde, orientações relacionadas às formas de organização do serviço, resolução de problemas e temas gerais de saúde.*



Por se tratar de uma prática realizada por vários profissionais da área da saúde, que compõem a equipe, o conhecimento das bases teóricas que sustentam o instrumento VD, como também a forma que deve ser executada, se faz importante, a fim de contemplar seus objetivos principais, permitindo proposição e reordenação das ações, potencializando as intervenções, como também organizando as práticas como resposta às necessidades das famílias no seu *locus* de vida.

E por último, o processo avaliativo se faz indispensável em todas as etapas da VD, a fim de garantir o alcance dos objetivos anteriormente propostos, os processos de trabalho e os resultados alcançados. Deve haver um compartilhamento entre a equipe sobre as observações, ações e registros executados, levando todos os aspectos em consideração: relacionamento, necessidades identificadas, relatos dos usuários e intervenções feitas, como também definição sobre a necessidade de apoio externo e/ou de outros níveis de atenção a saúde. (CUNHA E GAMA,2012).

Ainda de acordo com Cunha e Gama (2012, p.6)

*Pensar e executar a VD de forma sistematizada constitui um desafio, pois a VD é vista muitas vezes como uma tarefa tecnicista e não como uma ferramenta de trabalho da equipe da ESF . Valorizar a subjetividade dos usuários, criando vínculo de corresponsabilização entre os sujeitos, bem como ativar as redes sociais voltadas para a produção do cuidado em saúde são mecanismos de busca da integralidade da assistência e dos serviços de saúde.*

## 5. MÉTODO E PROCEDIMENTOS

A metodologia vai além de técnicas de pesquisa, ela inclui o método (abordagem), as técnicas (instrumentos de operacionalização) e a criatividade do pesquisador (sensibilidade, experiências, entre outras) (MINAYO, 2008).

Segundo Gil (2011, p.177)

*A manipulação qualitativa dos dados durante a análise é uma atividade eclética; não há uma única maneira de fazê-la. Embora se reconheça a importância de um arcabouço metodológico sólido, não se pode dispensar a criatividade do pesquisador.*

Este trabalho compreende uma pesquisa social com metodologia de pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, que segundo GIL (2011, p.27), são pesquisas:

*Desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis.*

As pesquisas qualitativas se preocupam com as ciências sociais e buscam respostas nas realidades cotidianas, que não podem ser quantificadas. Se preocupam com os significados dados aos fatos, englobando todos os contextos envolvidos, como: crenças, desejos, valores atribuídos, atitudes desenvolvidas, correspondendo um âmbito mais arraigado e intrínseco das relações que não podem ser compendiadas à instrumentalização de variáveis. (MINAYO, 2008).

Estudos de campo permitem a observação dentro das suas realidades, se apresentam de forma mais flexível e procuram maior aprofundamento das questões norteadoras do que a distribuição de características da população, em relação a uma determinada variável (GIL, 2011)

A partir dessas premissas e com a preocupação de garantir a participação ativa dos grupos sociais no processo de tomada de decisões sobre assuntos que lhes dizem respeito, com vistas à transformação social, não se tratam, portanto, de uma simples consulta popular, mas sim do envolvimento dos sujeitos da pesquisa em um processo de reflexão, análise da realidade, produção de conhecimentos e enfrentamento dos problemas.

## 5.1 CENÁRIO DA PESQUISA

O Rio de Janeiro tem 1.224Km<sup>2</sup> de área, densidade demográfica de 5.163 habitantes/Km<sup>2</sup> e está organizado em 33 regiões administrativas entre 160 bairros, divididos em 10 coordenações de área de Planejamento: CAP 1.0, CAP 2.1, , CAP 2.2, CAP 3.1, CAP 3.2, CAP 3.3, CAP 4.0, , CAP 5.1, CAP 5.2, CAP 5.3, (SMS, 2013).

A AP 1.0 é formada por 15 bairros e 6 regiões administrativas, com 4,6% da população carioca, 268.280 habitantes. Sua densidade líquida é de 7,801hab por Km<sup>2</sup> e compreende os bairros de Benfica, Caju, Catumbi, Cidade Nova, Gamboa, Mangueira, Paquetá, Rio Comprido, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde, Vasco da Gama, Santa Teresa, Centro e Estácio (SMS, 2013).

A pesquisa foi desenvolvida em duas Clínicas da Família – CMS Estácio de Sá (Centro Municipal de Saúde do Turano) e o CSE Lapa (Centro Saúde Escola Lapa), ambas sob competência da CAP 1.0.

O CMS Estácio de Sá, tem como território de abrangência a comunidade do Turano, composta de 21.000 habitantes com 100% de cobertura pela ESF, divididas em seis micro áreas e atendidas pelas equipes: Vista Alegre, Bispo, Matinha, Joaquim Pizarro, Aureliano Portugal, Citiso, enquanto o CSE Lapa atende 4.500 habitantes com 90% de cobertura, divididos em seis micro áreas e atendidos por duas equipes: 1005 e 1040.

O cenário do CMS Estácio de Sá, foi escolhido a partir de um vínculo formado entre a pesquisadora e a comunidade referida, há anos atrás, onde atuava junto a ela no atendimento às crianças e suas famílias como docente dos cursos de graduação em enfermagem, em atividades de promoção e prevenção em saúde. Nesta época, ainda não havia nenhum serviço de saúde próximo instalado na região que acolhesse todo este território, que se constituía em um local de muita vulnerabilidade, aglomerado humano, difícil acesso e conflitos sociais constantes, caracterizado pela iniquidade. A partir de janeiro de 2016, foi inaugurada a Clínica da Família Estácio de Sá – CMS Turano, a fim de levar a essa comunidade acessibilidade e empoderamento em relação ao seu processo saúde-doença.

O CSE Lapa iniciou suas funções em janeiro de 2001 a partir de um convênio firmado entre a Secretaria Municipal de Saúde, Defesa Civil do Rio de Janeiro e a Universidade Estácio de Sá e constituiu-se em um serviço-escola, onde há, por conta deste formato, profissionais docentes e alunos de graduação com abordagem formativa. Neste ambiente, há um número elevado de profissionais e alunos em sua composição e, por isso mesmo, uma divisão mais favorável em relação ao quantitativo de habitantes por equipes, compatível com a proposta pedagógica do serviço.

Desta forma, buscar estes serviços que demonstram grande diferença em sua estrutura e tempo de instalação em seus territórios, será uma forma de fazer uma comparação entre as percepções dos usuários partindo do ponto do tempo dos serviços instalados, estruturação e vínculo das equipes e seus territórios.

Sendo assim, buscar novos conhecimentos, verificar o envolvimento dessas famílias e a percepção deles em relação ao uso da VD, poderá contribuir de forma positiva para os serviços, melhorando ou potencializando as ações já desenvolvidas.

## **5.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA**

A população alvo do estudo foi composta por famílias que recebem visitas domiciliares mensais, há pelo menos 6 meses de forma ininterrupta, em duas Clínicas da Família – CMS Estácio de Sá (Centro Municipal de Saúde do Turano) e o Centro Saúde Escola Lapa, ambas sob competência da CAP 1.0.

Para seleção das famílias, identificamos núcleos familiares em todo o território que possuíam perfis clínicos e sociais que justificassem a visita domiciliar de forma mais sistematizada e, posteriormente, foi feito um sorteio aleatório desse universo. Foram selecionados para a entrevista, integrantes das famílias que efetivamente estivessem presentes no momento da Visita Domiciliar, num período mínimo de 6 meses, e que fossem responsáveis pelas informações adquiridas pelos profissionais durante o evento. Em caso de reconhecimento de mais de uma pessoa, foi selecionada aquela com maior de idade e/ou que possuísse natural liderança sobre o núcleo familiar.

Como critério de exclusão, determinamos a ausência da figura nuclear em casa no momento da entrevista agendada e, a partir deste ocorrido, selecionamos aleatoriamente outra família para reposição.

O tamanho da amostra foi definido de acordo com o andamento da investigação. Foram realizadas entrevistas com o maior número de famílias possíveis, até que fossem identificados critérios de saturação teórica para as categorias pré-analíticas.

Segundo Fontanela (2008, p.17):

*O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.*

### 5.3 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Por termos o objetivo de avaliar as percepções dos usuários sobre as VDs, e este se tratar de um estudo de campo em pesquisa qualitativa, optamos pela realização de entrevistas semi-estruturadas (Apêndice A), através de roteiro previamente estabelecido.

Segundo Minayo (2008), esta entrevista é uma “conversa com finalidade”, gerada por iniciativa do entrevistador, com o objetivo de construir informações relevantes sobre o objeto da pesquisa, a partir das informações obtidas dos entrevistados.

A entrevista semi-estruturada deve ter sua confecção pautada em um roteiro contendo perguntas principais, que enfoquem o assunto proposto e complementadas por outras questões que surjam de acordo com às circunstâncias no momento da entrevista (MANZINI, 1990/1991). Ainda segundo este autor, através desse tipo de entrevista, as informações podem emergir em um formato livre e as respostas não necessitam cumprir uma padronização de alternativas.

Foi utilizado como ferramenta de apoio um diário de campo, escrito de forma assistemática pela pesquisadora, trabalhado ao fim de cada entrevista realizada, para apropriação crítica dos aspectos vivenciados.

Segundo MINAYO (1993, p.100), descreve sobre o diário de campo:

*[...] Constam todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais. Ou seja, observações sobre conversas informais, comportamentos, cerimoniais, festas, instituições, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa. Falas, comportamentos, hábitos, usos, costumes, celebrações e instituições compõem o quadro das representações sociais.*

Como já dito anteriormente, realizamos entrevistas com famílias que recebiam visitas domiciliares há pelo menos 6 meses ininterruptos, escolhidas aleatoriamente, durante a espera para atendimento nos serviços e que estivessem de acordo com os critérios de inclusão. A entrevista foi gravada com o consentimento dos informantes, após assinatura do Termo de Autorização para Gravação da Entrevista (Apêndice B) e do Termo de consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e posteriormente transcrita integralmente pela autora.

Um Estudo Piloto foi realizado, após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá (UNESA), da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) e responsáveis pela Clínica da Família, para validar e calibrar nosso instrumento de coleta de dados dentro das necessidades encontradas.

## 5.4 ANÁLISE DE DADOS

De acordo com Campos (2004), os métodos e técnicas utilizados em pesquisas qualitativas, nas análises de dados, devem necessariamente proporcionar um olhar abrangente e plurifacetado sobre todos os dados obtidos durante a coleta.

Campos (2004, p.611), ainda ressalta que “tal fato se deve, invariavelmente, à pluralidade de significados atribuídos ao produtor de tais dados, ou seja, seu caráter polissêmico numa abordagem naturalística”.

O presente estudo, utilizou a técnica de análise de conteúdo, modalidade análise temática.

Para Bardin (1977), a análise de conteúdo é constituída de várias técnicas, que tentam descrever o resultado extraído do processo de comunicação estabelecido, por quaisquer que tenha sido a forma.

Segundo Cavalcante et al (2014, p.14):

*Assim, a análise de conteúdo compreende técnicas de pesquisa que permitem, de forma sistemática, a descrição das mensagens e das atitudes atreladas ao contexto da enunciação, bem como as inferências sobre os dados coletados. A escolha deste método de análise pode ser explicada pela necessidade de ultrapassar as incertezas consequentes das hipóteses e pressupostos, pela necessidade de enriquecimento da leitura por meio da compreensão das significações e pela necessidade de desvelar as relações que se estabelecem além das falas propriamente ditas.*

De acordo com Cavalcante (2014) a análise requer um olhar minucioso do investigador a partir de uma compreensão prévia, que compreenda suas manifestações e interações com contexto.

*Em síntese, a atitude científica é por buscar respostas e consequentemente o encontro ou a aproximação com as soluções encontradas por meio de procedimentos metodológicos estruturados no ato de perguntar. É neste contexto que a análise de conteúdo se insere, pois possui a sistematização necessária à produção de respostas frente aos questionamentos (p. 15).*

Frente a isso, a análise temática é a que melhor se adequa as pesquisas qualitativas e se dividem em três etapas: **Pré-análise**, quando a análise teve início com a realização do que se chama de “leitura flutuante”, **Exploração do material**, que consiste na leitura e codificação das informações presentes no material colhido e por último o **Tratamento dos resultados e interpretação**, “o analista, tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então propor inferências e adiantar interpretações”, fazendo uma inter-relação com a cesta teórica prevista inicialmente ou

abrir novas pistas teóricas e interpretativas de acordo com a leitura (BARDIN, 1977, p 101; MINAYO, 2007).

## **5.5 ASPECTOS ÉTICOS**

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estácio de Sá e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, constituído nos termos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, sob o número de CAAE 65582417.7.0000.5284.

Temos como intenção, oferecer os resultados e considerações desta pesquisa à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, à coordenação de área programática envolvida na pesquisa, gestores e supervisores, a fim de alimentar o serviço com informações que poderão ser úteis na abordagem da estratégia VD.

## **6. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Nesse capítulo serão apresentados os resultados do trabalho de campo com a finalidade de demonstrar o registro das informações obtidas, consolidação dos dados e análise das percepções dos sujeitos, sobre o tema abordado.

Foi utilizada a técnica de análise do conteúdo, modalidade análise temática, que segundo Minayo (2004), consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação cuja *presença* ou *frequência* signifiquem algo relevante para o objetivo analítico em questão. Em outras palavras, a análise temática pode se direcionar para a contagem de frequência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso ou analisar, qualitativamente a presença de determinados temas salientando valores de referência e os modelos de comportamento presentes nos discursos.

Após leitura minuciosa do material coletado, foram agrupadas as temáticas, considerando as frequência, ênfase e relevância, levando também em consideração, as significações e os valores acerca das visitas domiciliares contidos nas falas dos usuários.

### **6.1 Dados de identificação dos usuários**

Primeiramente, serão apresentados os dados de identificação dos entrevistados e, em seguida, as categorias emergidas do estudo.

No presente estudo, foram entrevistados 30 usuários, sendo 15 de cada unidade (CMS Estacio e CSE Lapa) escolhidos aleatoriamente, distribuídos por todas as equipes de atuação dos territórios, e levando-se em consideração o desenho do estudo, que consiste em receber visita domiciliar há mais de 6 meses pelos serviços de forma ininterrupta.

Não foi registrada nenhuma recusa em participar da pesquisa.

A partir da leitura inicial das entrevistas, foram feitas as classificações dos entrevistados quanto a idade, sexo, escolaridade, estado civil e equipe de sua micro-área pertencente, conforme apresentado na tabela 1:



**Tabela 1:** Perfil dos Usuários entrevistados, pertencentes as unidades de Saúde da Família CMS Estácio e CSE Lapa

CMS Estácio	Entrev.	Idade	Sexo	Escolaridade	Estado civil	Equipe
	1	32	F	Médio incompleto	Solteira	Vista Alegre
	2	41	F	Primário incompleto	Solteira	Bispo
	3	50	M	Médio incompleto	Casado	Bispo
	4	22	F	Médio incompleto	Solteira	Bispo
	5	69	F	Primário incompleto	Casada	Aureliano
	6	62	F	Primário completo	Casada	Aureliano
	7	51	M	Médio completo	Casado	Vista Alegre
	8	80	M	Analfabeto	Casado	Bispo
	9	62	M	Analfabeto	Casado	Aureliano
	10	56	F	Primário completo	Casada	Matinha
	11	63	F	Primário completo	Casada	Vista Alegre
	12	75	F	Primário completo	Viúva	Aureliano
	13	60	F	3º grau completo	Solteira	Citiso
	14	28	F	Médio completo	Solteira	Matinha
	15	60	F	Primário incompleto	Viúva	Joaquim Pizarro
<b>CSE LAPA</b>						
	1	22	F	Médio completo	Solteira	1005
	2	69	F	Médio completo	Solteira	1005
	3	78	M	Primário completo	Divorciado	1040
	4	63	F	Analfabeta	Solteira	1005
	5	71	M	Médio completo	Solteiro	1040
	6	62	F	Médio completo	Viúva	1040
	7	72	M	Primário completo	Solteiro	1040
	8	56	M	Médio incompleto	Casado	1005
	9	39	F	Primário incompleto	Solteira	1005
	10	71	F	Primário incompleto	Solteira	1040
	11	86	F	Primário completo	Solteira	1005
	12	70	F	Médio completo	Solteira	1005
	13	49	F	Primário incompleto	Solteira	1040
	14	69	F	Médio completo	Viúva	1040
	15	50	F	3º grau completo	Solteira	1040

Fonte: Pesquisa realizada de março a maio de 2017.

Analisando o perfil dos entrevistados, constatou-se que a faixa etária variou entre 22 e 80 anos no CMS Estácio e 22 e 86 anos CSE Lapa, predominantemente em ambos os serviços, as idades são acima de 50 anos. Dos 15 entrevistados no CMS Estácio quanto a escolaridade, 5 (33,3%) tinham o primário completo, 2 (13,3%) primário incompleto, 5 (33,3%) ensino médio, mas também aparece analfabetismo em 2 usuários (13,3%) e 1 usuário com 3º Grau completo (6,6%). Em relação ao sexo, 11 (73,3%) eram mulheres e 4 homens (26,6%). Quanto ao estado civil houve predominância de pessoas casadas 8 (53,3%), seguida de solteiros com 5 (33,3%) e viúvos com 2 (13,3%).

No CSE Lapa dos 15 entrevistados, em relação a escolaridade 6 (40%) com primário completo, 6 (40%) com ensino médio, mas também aparece analfabetismo 1 (6,6%) e 3º Grau completo com 2 (13,3%). Em relação ao sexo, o percentual de

mulheres foi de 11 (73,3%) e dos homens 4 (26,6%). Quanto ao estado civil, houve predominância de pessoas solteiras ou que se intitulavam desta forma, 8 (73,3%), seguido de casados com 1 (6,6%), divorciados 1 (6,6%) e viúvos com 2 (13,3%).

## 6.2 Categorias emergidas do estudo

Na interpretação dos dados emergiram quatro categorias empíricas centrais e subtemas, demonstradas na tabela 2:

**Tabela 2** – Temas e subtemas e categorias emergidas no estudo.

6.3 Tema um:	<i>Como conheceram o serviço e o que sentem sobre o atendimento na Clínica da Família;</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· VD;</li> <li>· Demanda espontânea;</li> </ul>
6.4 Tema dois:	<i>Processo de VD na ótica do usuário;</i>	
6.4.1	Objetivos das VDs/opnião sobre o assunto;	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Falta de informações sobre a VD;</li> <li>· Controle sanitário;</li> <li>· Medo de perder o acompanhamento;</li> <li>· VD como acompanhamento de situações específicas: doenças cônicas e dificuldade de locomoção;</li> <li>· Vínculo e Valorização da VD.</li> </ul>
6.4.2	Profissionais envolvidos;	<ul style="list-style-type: none"> <li>· ACS;</li> <li>· Médicos.</li> </ul>
6.4.3	Como se dá a VD;	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Ações burocráticas;</li> <li>· Educação em saúde;</li> <li>· Sentimento de pertencimento;</li> <li>· Vínculo.</li> </ul>
6.4.4	Mudanças da saúde e das relações com o serviço;	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Grande mudança.</li> </ul>
6.4.5	Algum incômodo em relação a VD.	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Não houve incômodo;</li> <li>· Fator surpresa.</li> </ul>
6.5 Tema três:	<i>Como preferem utilizar o serviço de saúde;</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· VD;</li> <li>· Unidade de serviço.</li> </ul>
6.6 Tema Quatro:	<i>Sugestões.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Agendamento das VD;</li> <li>· VDs com maior frequência.</li> </ul>

Ao final, foi realizada a integração entre a análise dos dados, objetivos propostos e os registros do diário de campo com as impressões do entrevistador.

### **6.3 Como conheceram o serviço e o que sentem sobre o atendimento na Clínica da Família.**

A entrada da ESF no território se dá através de um processo denominado de territorialização, realizado através da contagem inicial dos domicílios, delimitação das microáreas e a partir da realização de VDs para cadastramento das famílias, apresentação da proposta de atuação da equipe e os componentes da mesma. Ou seja, muitas vezes a VD é o 1º cartão de visitas de um serviço reestruturado e sua equipe.

A partir da fala dos entrevistados, identificamos que os mesmos conheceram o serviço através da VD e da demanda espontânea de forma semelhante no CMS Estácio.

*Eu fui no serviço fazer o cadastramento, mas logo após a agente foi na minha casa, pediu os documentos para cadastrar as crianças também (E4 -CMS Estácio).*

Já no CSE Lapa a VD, foi reconhecida como o principal mecanismo de apresentação do serviço e forma de cadastramento.

*Com agente de saúde. Ela fez na própria comunidade. Na minha residência...quando foi implantado o programa Saúde da Família no Turano (E7 -CMS Estácio).*

*[...] a agente me cadastrou em casa...lá no prédio (E3 - CSE Lapa).*

Segundo os relatos pudemos perceber que em ambos os serviços a adscrição dos usuários aparece como desenvolvimento das relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população.

Concordamos com Mendes (2002), quando ressalta que o significado maior da adscrição da clientela/mapeamento feito pela equipe é atingir o estágio em que, não somente o serviço reconheça sua população, mas a população reconheça também seu serviço.

De acordo com isso, a acessibilidade mostrou-se no estudo, como elemento estrutural e fundamental, explicitando que as unidades em análise estão significando a porta de entrada, dos serviços de saúde, dentro de seus territórios, mostrando-se disponíveis e acessíveis à sua população, podendo se apresentar como facilitadores, frente a diagnósticos precoces e manejos necessários dos problemas de saúde.

Houve também, em ambos os serviços, discursos que apontam e enfatizam a esperada vinculação da clientela com a unidade de serviço e profissionais, evidenciando

o surgimento de angústia e dificuldade de compreensão, quando ocorre mudança de unidade a partir da reorganização do território.

*Eu vim para cá... era da desembargador Ezido e depois disseram que não era mais lá... me mandaram para cá. Eu não tenho opção de pagar prano... então tem que ir para onde falam né.... Eu não entendi nada... Porque não posso mais ir para lá....mais, tá bom ( E11 - CMS Estacio).*

*[...] antes eu ficava hospedado em outro local... Lá na Av. Mem de Sá.... Então era atendido em outro serviço. Depois me mudei pra cá.... Me disseram que não podia mais ser atendido lá.... Eu chorei pedindo pra ficar... mas eles disseram que não podia por conta do meu endereço... então eu vim pra cá. Agora choro pra não sair.... Eles atendem muito bem... Eu gosto muito daqui. Lá também era muito bom (E5 - CSE Lapa).*

Embora os usuários demonstrem ter vínculo com o serviço/profissionais e se sentirem acolhidos em suas necessidades, percebemos que a falta de informação sobre as mudanças ocorridas, quando há necessidade de reorganização dos territórios, pode deixar uma lacuna de incompreensão, seguida de angústia e afastamento.

Lima et al (2014), ressaltam que a formação do vínculo entre usuários e suas famílias, está previsto na ESF, mas devem ser provenientes de uma relação de diálogo entre as pessoas que se conhecem e se respeitam como sujeitos, pois a falta de respeito e coparticipação pode ameaçar e comprometer a relação de vínculo, antes estabelecida ou em processo de construção. Fato que não observamos nos discursos de nossos entrevistados.

Em uma análise geral das entrevistas, em relação ao sentimento sobre o atendimento da unidade, a maioria demonstrou gostar do serviço prestado, tratamento dispendido, ambiente e profissionais envolvidos.

*Gosto muito das pessoas... sou muito bem tratado (E7- CMS Estácio)*

*Sem dúvida....Elas estão sempre à disposição... Com certeza (E15 - CSE Lapa).*

Dos 15 entrevistados no CMS Estácio, 3 não entendem o serviço como resolutivo. No CSE Lapa, somente 1 entrevistado relata não se sentir acolhido em sua queixa.

*Não gosto daqui...não gosto do atendimento..acho que nunca resolvem nada (E2 - CMS Estácio).*

*Não estou satisfeita, porque eu acho assim...A partir do momento que você procure um médico porque você está precisando de alguma coisa... não concordo, quando eu vou ao médico ou uma médica...Sei que você estudou, mas se explicar...Eu vou entender perfeitamente...Cheguei doutora, falei o que estava acontecendo.... E ela me disse- “não existe isso” - não existe porque? A partir do momento, que eu estou delatando o que me ocorreu, como você me diz, não existi isso? Aí, quase que passei a não vir mais aqui. Sou empregada doméstica, minha situação financeira não da pra pagar médico.... Mas prefiro pagar, do que ser atendida assim (E4 - CMS Lapa).*

Diante desses relatos percebemos que os usuários demonstram considerar em sua grande maioria, o serviço como resolutivo e acessível. Mas mesmo que em minoria, não podemos deixar de fazer um breve comentário sobre o surgimento da não resolutividade, seguido de desrespeito por possível confronto de interesses.

De acordo com isso, entendemos que as queixas podem emergir da falta de diálogo entre usuários e profissionais que podem não estar preparados para relação de empoderamento mútuo. Essas relações podem estar, por vezes, ainda calçadas em entendimentos técnicos engessados, centralização de conhecimento e no distanciamento dos determinantes sociais.

Tal fato nos faz pensar que mecanismos devem ser desenvolvidos pelas equipes quando há necessidade de reorganização do território. A burocracia não pode prevalecer numa situação de estabelecimento de corresponsabilidade no processo do cuidado.

Podemos ressaltar esse tema, diante do estudo de Silva *et al* (2016, p.136) que descrevem sobre esta relação, explicitando que o problema ético do desrespeito “*parece trazer à tona a imprevisibilidade de resultados que é inerente às relações que marcam o encontro entre usuários e trabalhadores, no qual entra em jogo um confronto de diferentes interesses*”.

Concordamos com Silva (2016) quando busca explicar essa relação, destacando que em atendimentos desse tipo, podemos apresentar de um lado o usuário em busca de resolução frente as suas necessidades e do outro, um profissional preso aos procedimentos, rotinas ou a seu entendimento técnico do que é melhor para o outro.

## 6.4 Processo de VD na ótica do usuário

### 6.4.1 Objetivos das VDs e opinião sobre o assunto.

Esse item da entrevista teve como foco fazer um diagnóstico sobre as informações transmitidas pelos profissionais, aos usuários, sobre os objetivos das VDs e de que forma esses usuários entendem esses objetivos, expressando seus sentimentos e percepções sobre essa prática no cotidiano.

Na indagação que trata a informações/ objetivos sobre a VD, repassados pelos profissionais aos usuários, no CMS Estácio, obtivemos relatos, que dizem que nada foi explicado ou não houve entendimento do que foi dito, seguido de falas que nos remetem ao controle sanitário. No CSE Lapa, a maioria, diz não lembrar de que recebeu esta informação, em sequência, falas também relacionadas ao controle sanitário.

Quando analisamos os discursos do CSE Lapa, percebemos que os relatos da falta de memória para o assunto, são provenientes das entrevistas de um grupo de idosos, que tem como característica associada a idade, o fator de já serem cadastrados há muitos anos. Desta forma, como os objetivos da visita devem ser abordados no início da aproximação, não conseguimos conferir se houve informação ou não, por parte desses profissionais.

*Pode até no início ter falado, mas eu agora não lembro não (E3 CSE Lapa).*

Como dito anteriormente, em ambos os serviços, obtivemos respostas que apontam não terem recebido informação sobre os objetivos das VDs.

*Não... não disse nada (E9 CSE Lapa).*

*ninguém explicou... explicar, explicar, não. Mais, a gente sabe pelas perguntas e pelas ações, qual é objetivo, né?!(E13 CMS Estácio).*

Em sequência, no CMS Estácio, temos relatos que demonstram, terem recebido as informações, mas não terem entendido o que foi explicado.

*Elas falaram que era para ver sua saúde, para acompanhar... Como você está... Mas para que... não. Não me disseram (E1 CMS Estácio).*

É importante ressaltar, que houve pouca valorização sobre a necessidade de informar e explicar sobre toda a movimentação feita pelo serviço e profissionais dentro da reestruturação do modelo de assistência, em que a VD está pautada. Como também é necessário enfatizar, que não basta a informação ser disponibilizada, ela necessita ser

compreendida, para que alcancemos uma integração do usuário/profissional em ambiente de respeito e compartilhamento do processo saúde doença.

Concordamos com Rodrigues *et al* (2011) quanto ao fato de que, para haver impacto sobre os múltiplos fatores que envolvem o processo saúde-doença, é importante que a VD esteja pautada e fundamentada no trabalho de equipe e na compreensão de que todas as informações são importantes e intercomplementares, possibilitando vantagens a todos os sujeitos envolvidos na relação interpessoal.

Os discursos que nos remetem a ideia de controle sanitário foram encontrados nos dois serviços:

*No caso eu entendi...ela perguntou se eu tinha alguém em casa. Eu ainda falei os dias e horários que estou de manhã.... mas eu tenho, no meu pensamento que é pra conferir, se a gente é aqui do bairro para prestação do serviço. Acho que pra conferir se eu sou daqui do endereço (E9 CMS Estácio).*

*É para poder ver se a gente ainda tá morando ali... Se não estiver ali for para uma outra área que não daquele hospital...a gente perde aqui (E5 CSE Lapa).*

Percebemos através dos relatos que há uma preocupação, diante a possibilidade de perder o acesso ao serviço, ancorada em um possível sentimento de culpa, proveniente ao desconhecimento dos objetivos das VDs e organização do serviço dentro do território.

Dessa mesma forma, Santos (2011) descreve que as ações sanitárias podem, além de manterem o controle sobre o meio externo, acondicionar o indivíduo controlado por meio de uma consciência individual, resultando no sentimento de culpa do sujeito, mantendo intactos a hierarquia médico/paciente em relação aos cuidados no que tange autonomia e corresponsabilização.

Na averiguação nos 2 territórios sobre as percepções dos usuários, em relação aos objetivos das VDs, emergiram 3 situações: acompanhamento de situações específicas, em especial associado a doenças crônicas, prática vinculada a ações burocráticas e reconhecimento do domicílio e/ou das pessoas, associando ou não a ideia de controle, já citado anteriormente.

Os resultados que envolvem o reconhecimento do domicílio e/ou das pessoas, nos dois serviços, foram encontradas com ênfase, trazendo à tona uma percepção de pertencimento, associado a um entendimento de serviço estruturado e organizado, no atendimento à população. Percebemos que também houve associação com a ideia de vistoria e/ou fiscalização em ambos os serviços.

*Acho que é para me ajudar e trazer informações para o posto. Quantas pessoas são atendidas... as condições...acho que é*

*isso... Acho que é para vocês, enquanto local de atendimento terem uma noção de quem tem para atender. Uma coisa ajuda a outra....Vocês tem que saber quem tem que ser atendido e eu tenho que saber quais os direitos que eu tenho (E12 CMS Estácio).*

*Eu acho importante... elas estão vendo que a pessoa realmente precisa, estão vendo que a pessoa fala verdade... Como se fosse uma pesquisa... Se realmente a pessoa falou verdade.... Se mora naquele endereço.... A situação que a pessoa (E6 CSE Lapa).*

A ideia de vistoria emergida nos relatos, foi colocada pelos usuários com o sentido de controle associado ao acompanhamento longitudinal dentro de uma relação de vínculo já estabelecida ou em processo de estabelecimento.

Contrariamente, Sakata (2007) traz em seu estudo, a VD entendida como uma forma de fiscalização e vistoria, podendo tomar como significado, uma forma de intromissão ou limitação a privacidade, liberdade e a autonomia, podendo causar um distanciamento entre profissionais e usuários, o que não foi encontrado em nosso estudo.

Emergiram também relatos das VDs com finalidade de ações burocráticas, fazendo relação da prática, com cadastramento no serviço, entrega de exames, preenchimento de papéis, entre outros. Abaixo, alguns depoimentos com esse enfoque.

*Para fazer o cadastro, acompanhar a saúde e ver se está tomando os remédios direitinho (E7 CMS Estácio).*

*Porque elas gostam de ir lá, né?!.... Para ver se as pessoas estão sentindo alguma coisa né?!... levar papel pra fazer algum exame... ela vai lá e leva (E7 CSE Lapa).*

Vale enfatizar que a maior parte das visitas domiciliares são realizadas por ACSs e estes também têm outras atribuições, descritas por MS (2011):

*I- trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; II - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; III - orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; V - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês; VI -desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita; VII - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por*



*meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas; VIII - estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde;*

Percebemos durante as entrevistas que, mesmo com falas fazendo vínculo com a ideia de burocracias, principalmente por ACS, esses usuários se sentem acolhidos e cuidados em suas necessidades.

Da mesma forma, corroborando o descrito, Andrade e Cardoso (2017) destacam que além das informações repassadas pelo ACSs aos usuários durante as VDs, os mesmos também percebem a visita, como um momento de agendamento de consultas, entrega de encaminhamentos, de receitas, dentre outros.

Em outro ponto, trazemos a questão do entendimento das VDs, relacionadas ao acompanhamento de doenças crônicas ou vinculados a dificuldades de locomoção em geral.

*Acho que pra dar assistência né... O que eu entendo... para dar assistência né?! Para idosos principalmente... saber se essa pessoa está bem (E2 CSE Lapa).*

*Para ver se as coisas estão bem... se tô tomando remédio... me pedir para ir verificar a pressão...essas coisas (E11 CMS Estácio).*

Andrade e Cardoso (2017) discorrem em seu estudo, que os usuários percebem as VDs como práticas, centradas em aspectos biomédicos, ou seja, acompanhamento de doenças crônicas e situações específicas de saúde.

E na última concepção emergida desta categoria, abordamos a percepção dos usuários em relação ao recebimento das VDs, onde a maioria, em ambos os serviços, ressalta o sentimento de bem-estar, confiança, comodidade, vínculo, segurança, entre outros.

*Eu gosto...gosto.... Porque acho um amigo...eu sinto que é uma pessoa amiga que está nos assistindo...numa hora mais difícil, a gente tem um amigo de verdade...que a gente confia para colocar na nossa casa...porque a gente sabe quem é....porque a gente sabe onde ela trabalha e a gente tem respeito por elas e elas pela gente (E14 CSE Lapa).*

*Ah...muito bom né...quem não gosta.... Como eu já disse... É Cômodo, a assistência é melhor, atenção é melhor, né?! Porque ali só tem o profissional e o paciente, a pessoa né?! Então aquele diálogo, aquela reciprocidade... É mais tranquilo... É mais é... é... sem aquela preocupação, de estar na sala do médico, aí entra um, entra outro, ou você falando das suas particularidades. Também não me incomoda com isso... se*

*eu tiver que falar eu falo, com qualquer pessoa, mas é bem melhor em casa (E2 CSE Lapa).*

*Gosto... é bem bacana, porque é legal ter alguém acompanhando nossa saúde...Elas são bem ativas. Quem lembra sabe que isso não era assim (E7 CMS Estácio).*

*Eu gosto, gosto. Porque eu gosto de gente... porque ela é muito educada... porque eu sinto prazer que ela vá. E eu gosto também de estar com tudo em dia né, se tem algum problema....perguntar... gosto de estar informada, saber o que posso usufruir... gosto de estar informada e gosto de usar o que eu tenho direito (E12 CMS Estácio).*

Diante desses relatos percebemos a valorização das visitas e dos atendimentos, indo além da preocupação do processo saúde/doença. Vemos a valorização do vínculo formado e a percepção da modificação da estrutura do serviço prestado. Os usuários enfatizam seus sentimentos utilizando palavras como “amigo”, “respeito”, “educação”, “prazer”, “diálogo”, “reciprocidade”, “isso não era assim”.

Da mesma forma, Andrade e Cardoso (2017) descrevem a valorização das VDs por parte dos usuários, ressaltando as questões da escuta ativa, acolhimento e interesse. Dizem relatarem a VD como “*atuação para além da preocupação com a doença*”, enfatizando a relação de vínculo e o sentimento de confiança e amizade pelos profissionais.

#### 6.4.2 Profissionais envolvidos;

Os profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família ampliada são: agente comunitário de saúde, enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, cirurgião dentista, técnico em higiene dental e auxiliar de consultório odontológico. Dentre outras funções, o ACS tem, como atribuição específica, o desenvolvimento de atividades que englobam promoção da saúde, prevenção das doenças e vigilância constante, através de contato permanente por intermédio das Visitas Domiciliares (MS, 2011).

Percebemos que o ACS foi identificado como o profissional que realiza prioritariamente as visitas domiciliares com maior frequência, mas, como esperado, também tivemos relatos de visitas realizadas por outros profissionais da equipe. Vale lembrar neste contexto, que o desenvolvimento de cuidados nos domicílios é de atribuição comum a todos os profissionais, dentro da ESF. A partir disso, destacamos algumas falas que evidenciam a presença dos ACS nas VDs:

*Agente comunitária...Já foram duas lá (E6 - CSE Lapa).*

*Só de agente comunitário (E14 - CMS Estácio).*

No CMS Estácio, os segundos atores mais encontrados nos discursos, como profissionais que efetuaram VDs em seus domicílios, são os médicos, sempre acompanhados dos ACS.

*Já foi agente comunitário.... e já foi médico junto também (E10 - CMS Estácio).*

*Agente Comunitária... uma médica. [...]o Dr. Lucas, que veio esses dias. Ele disse, que agora vai vir sempre. Ele é muito atencioso...Muito bonzinho, me prometeu que sempre virá (E5 - CMS Estácio).*

Percebemos, que os outros profissionais que compõem a equipe, aparecem nos discursos, em minoria, evidenciando o que Gaiva (2011) também traz em seu estudo, quando descreve que, embora a VD, dentre outros, seja um dos instrumentos ativos de abordagem das famílias, a prática mostra que, ainda não são todos os profissionais das equipes que utilizam esta ferramenta de trabalho.

Já no CSE Lapa, embora apresente outros profissionais da equipe, também constatamos o mesmo descrito anteriormente. As VDs em sua grande maioria são realizadas por ACS, seguidos da presença do médico. Surgem também relatos significativos dos ACS junto com os acadêmicos de medicina, visto que é uma Unidade escola.

*Fora a Isis..(ACS) já foi a Dr. Marcia Augusta, Dr. Marcelo e os médicos que estão no ultimo ano, né?!(E14 - CSE Lapa).*

*Agente comunitária e os meninos que estão se preparando para ser médico (E12 - CSE Lapa).*

Sakata *et al* (2007, p.663) evidenciam que a inserção da universidade vai ao encontro da Política Nacional Permanente de Educação na Saúde que “*propõe articulação das instituições de ensino e o sistema de saúde, por meio da gestão, da atenção em saúde e do controle social. [...]Espera-se valorizar os atributos da atenção primária em saúde para a formação de profissionais mais voltados para a realidade de saúde do país*”.

Vale ressaltar que o profissional Enfermeiro não foi citado pelos usuários, de ambos os serviços, o que nos faz estranhar por ser um ator importante na formação da equipe no que tange o cumprimento das diretrizes da ESF e consolidação do planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas pelo ACS junto as famílias.

#### 6.4.3 Como se dá a VD

Neste enfoque da pesquisa, abordamos a temática *tempo*, para termos noção quanto ao início e frequência das VDs, *como os usuários descrevem à prática em suas*

residências, *segurança* envolvendo sentimentos em receber um profissional e *liberdade*, a fim de verificar se os usuários se sentem à vontade para tirar dúvidas com os profissionais durante a VD.

Começaremos pelo *tempo*, onde a maioria dos entrevistados em ambos os serviços, dizem receber a VD desde o cadastramento.

*Desde que fui cadastrado... elas sempre estão lá (E8 CSE Lapa).*

*Desde o cadastro (E1 CMS Estácio).*

Quando separamos por frequência, no CSE Lapa, os entrevistados ressaltam receber VD frequentemente, enquanto no CMS Estácio, trazem falas sobre as VDs realizadas de forma esporádica ou ressaltam a prática associada aos problemas de locomoção e/ou doenças crônicas estabelecidas, evidenciando diferenças de cuidado dentro do mesmo território.

*A menina sempre vai lá.... Ela está toda semana lá no prédio (E 7 CSELapa).*

*Quando descobri que era hipertenso, passei mal. Mas essas visitas ficaram frequentes na minha residência depois que eu sofri um acidente, porque normalmente eu ia nas consultas de 3 em 3 meses, pegava os remédios mensalmente. Devido a minha condição, eu fiquei 4 meses de cama, não conseguia me locomover, entendeu? Eu não tinha como vir a unidade (E3 CMS Estácio).*

Percebemos com a análise dos serviços no CSE Lapa, relatos de satisfação quanto às VD recebidas e maior frequência das mesmas, mas devemos por outro lado, pontuar as diferenças relevantes do serviço, onde, por ser um serviço escola, temos um número superior de profissionais e acadêmicos de medicina em um território menor, com uma população adscrita em mesma proporção, podendo ser este um motivo contundente.

Almeida *et al* (2012) também descrevem a satisfação observada pelos usuários em sua pesquisa, levantando vários aspectos que envolvem a presença de acadêmicos dentro dos serviços, relacionando o fato, à melhoria da qualidade da atenção à saúde, a partir do auxílio no atendimento, interação, boa comunicação com a população e educação em saúde.

Já no CMS Estácio percebemos um número de falas relevantes de VDs esporádicas, vinculadas aos problemas de saúde.

Na análise, podemos ressaltar as mesmas dificuldades evidenciadas por Kebian e Acioli (2014) sobre a sobrecarga de tarefas que interferem na realização da visita

domiciliar, onde o principal ator, o ACS, atua em diversas funções, com grande demanda de trabalho e atribuições. Esta forma, nem sempre considera as singularidades de cada território e população; conseqüentemente, surge a sobrecarga de trabalho que dificultará o ACS dedicar seu tempo e atenção à realização da visita domiciliar.

Juntamente com essa abordagem, levantamos a necessidade de ter a VD ancorada em um planejamento e avaliação compartilhada com a equipe, como também supervisão do trabalho do ACS, para que o mesmo seja auxiliado nas tarefas de classificação de riscos, necessidades do território e população para que possa traçar sua rotina de trabalho com objetivos claros e significativos.

Tal qual mencionado por Cunha e Sá (2013), o ACS sem supervisão podem acabar utilizando seus próprios critérios para organizar sua rotina de trabalho em relação as VDs, seja priorizando problemas do território, ou de maneira a facilitar seu próprio processo de trabalho, podendo criar dentro do mesmo território grandes diferenças no acesso da população.

Vale nesse ponto, ressaltar o que diz a PNAB (2012, p.49) no item V, sobre a frequência das VD, atribuídas ao ACS.

*V- Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês.*

Na abordagem sobre a descrição das VDs, os usuários, em maioria, novamente explicam a prática como ato burocrático. Relatam, como já mencionado anteriormente, serem mais visitados por ACS e a visita desse profissional, sempre relacionada com marcação de exames, consultas, perguntas, fichas etc..

*O porteiro Interfone e avisa que agente comunitário no prédio. No meu caso sou hipertenso... então ela perguntou dos remédios, marcar minha consulta, leva algum exame. Mas estou sempre vindo até aqui (E6 CSE Lapa).*

*Então... à Débora vai lá... Ela pergunta: "Tá tudo bem com a senhora?" Em caso de exame...ela me entrega...se tiver coisa para eu assinar eu assino...ela faz mil recomendações... "D.Vera, não vai esquecer. Tem consulta". Ela é muito legal...muito bacana (E11 CMS Estácio).*

Usuários de ambas unidades, relacionam a VD, ao recebimento de informações sobre seus direitos e autocuidado, evidenciando a educação em saúde.

*Uma vez a gente chamou a Marinete e ela disse que o medico ia passar, porque meu tio estava mal e outra vez eles foram de forma espontânea para ver como é que ele tava. Mais muito*

*legal, muito atencioso, olhou, colocou a mão, sentou perto, deu dicas de como a gente podia fazer. Meu tio ficava muito deitado... pedia para ele fazer um esfocinho pra sentar, graças a deus não deu nenhum tipo de machucado.... Bem legal. Eles explicavam como a gente tinha que cuidar dele e se cuidar também, porque ele também estava com tuberculose (E1 CMS Estácio).*

*Além do atendimento... me foi comunicado sobre exercício, caminhadas e eu participei muito disso. Agora não participo, porque comecei a caminhar sozinho por conta do horário e das coisas que tenho que fazer (E3 CSE Lapa).*

Os depoimentos indicam, que em ambos os serviços, há satisfação com o acolhimento, diante as informações prestadas, sejam de cunho burocrático, sejam para o autocuidado, enfatizando a educação em saúde.

Concordamos com Alves (2005) que educação em saúde vem ancorada na proposta da integralidade, uma vez que favorece a percepção dos usuários, enquanto sujeitos singulares, portadores de saberes sobre processo saúde/doença, autocuidado e condições concretas de vida. Na mesma direção, Sossai e Pinto (2010) enfatizam que a educação em saúde tem como foco a mudança de comportamento, em uma perspectiva que tenta despertar, consciência crítica das pessoas e seus grupos sociais dentro dos aspectos relacionados à saúde.

Entendemos então, que os discursos encontrados nas entrevistas, tanto no estudo de Machado (2010) quanto neste, os usuários percebem a participação dos profissionais, como promotores de autonomia e emancipação social.

No item sobre *segurança e liberdade*, obtivemos respostas que apontam quase que unanimemente o sentimento de segurança em receber o profissional em casa, como também de liberdade para tirar dúvidas, mesmo que entendessem, que a princípio não seriam o foco da visita no momento. Enfatizando desta forma, o mesmo abordado por Lima *et al* (2014) quando descrevem que as perguntas que o usuário se encoraja a fazer e as respostas que obtém, em forma de esclarecimento e orientações, trazem o sentimento de segurança e valorização para o sujeito em seu modo de vida.

*Com certeza...eu me sinto muito à vontade...até porque estou muito verdadeira. Com essa equipe então, me sinto muito segura e muito satisfeita. Dr. Lucas...não posso reclamar de nada desse homem...ele é uma benção na minha vida (E13 CMS Estácio).*

*Eu me sinto. Aqui os médicos são tão respaldados que não sobra dúvida, mas se precisar eu me sinto...Só quem tem a ganhar com toda essa qualidade é o paciente (E15 CSE Lapa).*

No CMS Estácio surgiu um relato que envolve o medo por não conhecer o profissional, mas mesmo não sendo um fator que tenha se mostrado preocupante neste estudo, achamos importante um breve comentário, por ser um tema de muita relevância.

*Normalmente as pessoas quando veem, já estão encaminhadas de algum lugar. Nunca tive problema não. Uma vez fiquei insegura, fiquei com medo porque veio um rapaz, dizendo que era da clínica. Não conhecia, aí pensei que podia pegar nos duas (esta se referindo cuidadora), ele não tinha identificação, mas depois ficou tudo bem. Eu gosto de perguntar sobre tudo, por que o que eu tenho que falar eu falo mesmo. O que eu quero mesmo é levantar dessa cama, essa só isso que eu quero (E5 CMS Estácio).*

Percebemos que este relato, faz uma associação com o desenho e o tipo de território e população adscrita. Território este que é híbrido, composto por prédios antigos, com pouco acesso, moradores idosos com pouca locomoção, endereços de aluguel, onde as famílias são substituídas com frequência e uma comunidade, denominada de favela. A grande parte das ACS são moradores dessa comunidade, onde nasceram e vivem em uma rotina diferente de rede de apoio, facilitando o reconhecimento do profissional por parte das famílias nos momentos de abordagem inicial. Isto não necessariamente acontece com usuários do asfalto, onde o ACS é pouco reconhecido como profissional de saúde, necessitando ter maior cautela na abordagem, levando em conta sua identificação ao querer adentrar nas residências.

Barbosa *et al* (2006) aborda em seu estudo que o ACS é o trabalhador que possui maior vivência com a comunidade e isso pode facilitar o trânsito da equipe, como também um ator mediador, que pode facilitar do acesso da população.

#### 6.4.4 Mudanças da saúde e das relações com o serviço, a partir das VDs

Nas respostas sobre essas indagações, percebemos que em ambos os serviços a maioria dos usuários notam mudanças na saúde e entendem a VD como instrumento facilitador.

*Estou me sentindo cuidada...estou mais tranquila. Me aproximei com certeza...elas não deixam a gente esquecer de nada. De vir na consulta...e fazer exame, né?! (E6 CSE Lapa).*

*Sim, teve mudança principalmente para me cuidar. Eu tive um filho atrás do outro, então assim...por não ter facilidade de remédio, por não ter esse acesso todo e hoje eu tenho, porque assim... eu tenho a Luzia que é minha agente de saúde eu converso, eu tomo injeção por causa delas, conversando com elas. “Vai no posto que a médica vai te passar o remédio novo”*

*Eu tomo de 3 em 3 meses e isso facilitou bastante (E4 CMS Estácio).*

Em outro aspecto, surgiram discursos que demonstram entendimento sobre a atuação profissional na educação em saúde, mudanças a partir da autonomia adquirida e o sentimento de pertencimento dos usuários.

*Mudou... foi por causa de que eu ia para os posto e não conseguia resolver as coisas...aqui eu consigo resolver as coisas. Fiz preventivo e descobri algumas coisas...estou tratando. Acho que me aproximei...me sinto importante (E9 CSE Lapa).*

*Aproximou sim...Depois que você passa a ter consciência das coisas, você melhora, faz as coisas diferente (E3 CMS Estácio).*

Diante desses relatos, podemos perceber, o quanto à VD se constitui instrumento que oportuniza ao profissional a atuação na promoção da saúde e prevenção de doenças, com parceria da família, identificando suas especificidades e fortalecendo os vínculos do paciente, da terapêutica e do profissional.

Concordamos com Cunha (2012) quando discorre que a VD carrega consigo, objetivos prioritários, como a promoção à saúde e incentivo à mudança de estilo de vida, a partir do estímulo dos indivíduos e suas famílias na participação ativa dos seus processo saúde-doença, independência e a autonomia ancorada nas práticas do autocuidado.

No CMS Estácio, outros usuários, demonstram não perceberem essas mudanças à partir das VDs e sim com o atendimento, dispensado dentro da unidade, ao verem maior resolutividade na busca ativa pelo atendimento.

*Com a visita mudou nada, não. Quando gente precisa corre atrás, se precisar vem até aqui (E15 CMS Estácio).*

Obtivemos também relatos que, além de ressaltar a visão negativa relacionada a mudança no processo saúde-doença, enfatizam a dificuldade de atendimento quanto à procura do serviço.

*No sentido de mudança não, porque isso eu mesmo procuro, minha filha também. Minha filha não sente, porque já veio aqui várias vezes e não pode ser atendida... ela diz..."essa clínica uma porcaria".... Porque eles dizem... "Volta outro dia" "Agora não tem como atender" (E6 CMS Estácio).*

Diante destes relatos, associado ao diário de campo, percebemos que a fala se relaciona diretamente com as questões que envolvem as VDs esporádicas, (ou por desencontro de horários, ou por memorização na classificação de risco da família, por parte dos ACSs), associadas à falta de diálogo e explicações sobre os objetivos, funcionamento do serviço, horários e etc...



Barbosa *et al* (2006) levantam esses mesmos aspectos em seu estudo, associando relatos de descontentamento por parte do usuário, vinculados aos possíveis desencontros entre ACS e família na realização das VDs, falta de planejamento e/ou desconsideração das prioridades que necessitam ser contempladas. Fica claro também que, na prática cotidiana, alguns propósitos podem se perder frente às demandas individuais, seja do profissional ou usuário, desconsiderando o projeto de atendimento integral, pautado na relação de vínculo e produção de saúde na coletividade.

Os problemas parecem ter relacionamento direto com enfrentamento do que se pretende, quanto à participação do usuário e suas famílias, versus, limitação e dificuldade de entender a informação como peça fundamental no processo de autonomia e sentimento de pertencimento dos indivíduos. Conforme Lima *et al* (2014), para que realmente haja o desejo da participação do usuário na tomada de decisão, toda a equipe terá que se esforçar, no que tange, a troca de informações e compromisso entre os envolvidos.

#### 6.4.5 Algum incômodo em relação a VD

Na abordagem sobre algum possível desconforto, percebido pelos usuários durante o processo das VDs, encontramos em ambos os serviços respostas que enfatizam não haver incômodo, levantando novamente a percepção sobre a formação do vínculo e da resolutividade.

*Não...não tenho queixa de nada (E10 CSE Lapa).*

*Eu acho que não tem que mudar nada...não tem nada me incomodando, está tudo me servindo (E9 CMS Estácio).*

Quando tivemos alguns comentários em relação a aspectos negativos, o mais prevalente foi o fator surpresa (ser visitado sem prévio aviso).

*Não gosto que cheguem sem avisar (E6 CMS Estácio).*

*Sim...o que me incomoda é a visita surpresa (E15 CSE Lapa).*

Neste resultado tivemos um número menos expressivo de incômodos com a prática VD, do que se imaginava antes do início da pesquisa, mas mesmo que em minoria, concordamos com Souza *et al* (2004), que ressaltam a importância de se ter preocupação em avisar a família com antecedência sobre a visita, a fim de evitar o desconforto e a interrupção de atividades, como também minimizar os problemas relacionados com o tempo de deslocamento ou ausência de um membro importante da família que necessite receber e/ou dar as informações necessárias ao profissional.

Contrariamente ao nosso estudo Sakata (2007) dispõem em seu estudo que a VD foi vista como forma de fiscalização e vistoria, podendo criar nos usuários significados,

como intromissão; limitação de privacidade, liberdade e de autonomia, gerando relação de distanciamento dos profissionais de saúde.

## **6.5 Como preferem utilizar o serviço de saúde ( VD ou unidade de serviço)**

As entrevistas demonstraram que grande parte dos usuários gostam de utilizar o serviço das duas formas: tanto ir até o serviço, quando acham necessário, quanto receberem a Visita Domiciliar. Isto demonstra novamente a formação e desenvolvimento das relações de vínculo, responsabilização e articulação das ações entre as equipes e a população. De acordo com MS (2006) o desenvolvimento das relações de vínculo e a responsabilização, como também efetivar a articulação entre ações programáticas e demanda espontânea, são preceitos do SUS de estratégia prioritária, dentro da Saúde da Família.

*Prefiro os dois, porque às vezes eu posso precisar, eu passando mal e aí eu mesmo venho (E6 CMS Estácio).*

*Gosto dos dois.... Estou sendo muito bem atendida aqui.... Muito diferente da Paraíba... aqui, parece que a gente existe (E6 CSE Lapa).*

Por outro lado, no CMS Estácio, mesmo com os relatos, em maioria, destacando gostarem das duas formas de atendimento, em percepção levantadas a partir do diário de campo, percebemos que os usuário entendem a VD, como prática, voltada para situações de casos de maior complexidade e/ou dificuldades de deslocamento, ou seja, vendo a VD como assistência essencialmente para prioridades de saúde.

Houve também alguns relatos explícitos, sobre a preferência de utilização dos serviços através da visita domiciliar, evidenciando o entendimento da prática, como sendo voltada para as prioridades da população.

*Depende da ocasião. Igual eu tive um tio adoentado e iam na minha casa e davam assistência né...e quando as coisas pioravam, “ficava bem brabo”, eu ia atrás da Marinete e falava.. “olha ele piorou” e ela me ajudava, mas depende da ocasião se eu estou bem eu posso vir de boa. Se não tiver..( E1 CMS Estácio)*

*Quando precisa é bom que vai em casa...quando não precisa...não precisa. Aí vem aqui (E10 CMS Estácio).*

O profissional, neste caso, está levantando em análise a percepção de abordagens “mecanicistas e biologicistas durante a VD”, direcionando o foco da prática para

determinadas patologias, ao invés da promoção da saúde de “*forma associada ao contexto da realidade da população*” no momento da atuação, como também descrito por Nascimento *et al* (2013, p. 518).

Concordamos então com Sakata (2007) quando diz que pode haver predomínio dos aspectos biológicos na abordagem do processo de saúde-doença das famílias, determinando aspectos padronizados, dentro das situações, tais como: hipertensão arterial, diabetes mellitus, entre outros.

Percebemos desta forma que o processo de empoderamento, onde o indivíduo necessita ter acesso ao conhecimento, sobre seus direitos para obter autonomia crítica e se tornar protagonista social, pode estar fragilizado. Mesmo que os sujeitos da pesquisa não demonstrem descontentamento neste aspecto, os falta, conhecimento e compreensão dos direitos e possibilidades, que o serviço dispõe, ficando sujeitos ao que lhes é fornecido, da forma que lhes é fornecido.

## 6.6 Sugestões

Nesta abordagem da entrevista, houve discrepâncias entre os serviços. No CSE Lapa, os usuários, não sabiam de que modo podiam acrescentar, em relação a melhoria da VD, já que consideravam, em sua grande maioria, uma prática resolutive.

*Não posso dizer que mudaria... até porque todas as vezes que vai tem sido maravilhoso (E4 Lapa).*

*Nada pra mudar.... está tudo ótimo... do jeito que está. kkk (E7 CSE Lapa).*

Mas também, surgiu um relato, sobre agendamento das VDs, que consideramos importante discorrer no trabalho.

*Uma agenda para avisar que está indo...para não pegar desprevenido...mais nada...eu acho muito acolhedor irem na nossa casa (E15 CSE Lapa).*

Dentre as questões levantadas pelos usuários do CMS Estácio, as únicas sugestões identificadas foram a importância do agendamento das visitas, tal como na Lapa, assim como maior frequência de visitas e visitas de outros profissionais, que não as ACSs.

De acordo com alguns entrevistados, o fator surpresa, aparece novamente como um incômodo, relacionado a privacidade ou como uma lamentação por perder a chance de receber a visita Domiciliar destinada do mês.

*Acho que podia ter um dia marcado com antecedência... gostaria que ela não batesse e eu não estivesse lá...Não queria perder a visita... Para nunca faltar... Para a gente não perder, né?! (E12 CMS Estácio).*

Com esta narrativa, verificamos que temos a confirmação do processo de vínculo formado entre profissional/ serviço e o usuário, já descrito anteriormente, onde no relato apresenta a lamentação da perda da VD, quando pega de surpresa.

Em relação às frequências das visitas, tivemos 4 relatos e selecionamos 2 que melhor representavam os demais.

*Eu acho que eu gostaria que fosse 1 vez ao mês, para olhar as coisas. Tipo, aquela pessoa complicada que talvez esteja doente e não queira vim. Quem sabe se a agente de saúde aparecendo lá, não conseguiria trazer a pessoa. Eu estava como uma amiga na minha casa, muito doente, muito doente mesmo e são doenças que são transmissíveis, eu precisei convencer ela a vim...eu fui lá, conversei com a Doutora e ela resolveu vir minha casa e conseguiu trazer ela, então se fosse todo mês e encontra alguém precisando e acaba convencendo (E4 CMS Estácio).*

*haha...Eu gostaria que pelo menos, vocês viessem...assim...1 vez no mês, era suficiente, às vezes a gente fica passando mal, necessitando de alguém para que ajude e aí não tem (E5 CMS Estácio).*

De acordo com MS (2001) cabe ao ACS realizar no mínimo uma visita mensal a cada família na sua área de abrangência, com o objetivo de assegurar o acompanhamento dos indivíduos e suas famílias, independentemente de situação de risco.

Percebemos novamente nos discursos e no diário de campo, que há uma notória satisfação com a atenção recebida, mas que os usuários colocam como sugestão sem pretensão de uma reclamação o que lhe é direito de receber dentro da estruturação da atenção primária, demonstrando mais uma vez a quebra das relações no que tange ao acesso às informações sobre seus direitos, organização do serviço e estruturação da atenção.

Podemos também inferir, o quanto é indispensável um gerenciamento ativo do trabalho dos ACS, verificação e atualização permanente das famílias quanto ao número de habitantes do território/ ACS. Desta forma, sempre que houver uma discrepância, deve-se realizar remapeamento, a fim de que os ACSs tenham condições factíveis de acompanhar todas as famílias de acordo com a política estabelecida para a assistência na ESF.

Sabemos das inúmeras dificuldades vivenciadas pelos ACS, na difícil execução das tarefas pertinentes ao cargo, dentro do território vivo e concordamos com Kebian e Acioli (2014, p. 166) quando descrevem o quanto é gritante, o conflito existente entre o “*trabalho prescrito e o trabalho real*”, que engloba desde o acompanhamento das famílias em sua microárea, através das VDs (*trabalho prescrito*) e os percalços do cotidiano que impedem a realização da atividade de forma fidedigna, priorizando as necessidades maiores (*trabalho real*).

Pensamento semelhante foi trazido por Sakata:

*Mesmo o ACS realizando visitas quase que diárias, os relatos desses profissionais evidenciaram que nem sempre é possível visitar todas as famílias cadastradas em um mês. Isso acontece, porque o ACS está também inserido em outras atividades além das visitas e porque o tempo dedicado às visitas é reduzido. Essas dificuldades são também apresentadas pelos outros profissionais e serão discutidas no item mais adiante sobre o tempo. (2007, p.661).*

Por último nessa categoria, encontramos um relato, que representa o entendimento do processo saúde/doença, de forma ampliada, envolvendo outros profissionais, mas desconhecendo o ACS como profissional resolutivo dentro do processo. Mesmo que, dentro do estudo, tenha surgido em pequena proporção, entendemos ser importante uma breve consideração.

*Acho que ela deveria ser acompanhada de alguém... Dependendo do caso a pessoa ali... poderia ser acompanhada de um médico ou de uma enfermeira. Porque agente comunitário não consegue resolver problemas de algumas pessoas. Acho até que eu posso estar reclamando, e pode ter alguém que esteja precisando mais que eu... (E14 CMS Estácio).*

Diante de tantos paradigmas que precisam ser quebrados e ainda permeiam a saúde e suas formas de compreensão, esperávamos encontrar mais discursos que sobressaíssem o fator da resolutividade, vinculado ao modelo médico centrado e a medicalização.

Diante o relato e outras percepções captadas, durante a pesquisa, discordamos de Paim (2013) *apud* Kebian e Acioli (2014) que ressaltam em seu estudo, que a percepção ainda é uma reflexão do modelo médico-centrado, onde a valorização do diagnóstico e da prescrição médica estão acima da promoção da saúde e prevenção de doenças, tornando o profissional médico ator principal da assistência à saúde. Constatamos que os usuários reconhecem os demais profissionais e suas atividades como importantes e resolutivas nos seus processos de saúde/doença.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A consolidação do SUS no Brasil, modificou um padrão histórico das organizações e práticas dos serviços de saúde no país, a partir de movimentações governamentais que fortaleceram a atenção básica, dentro de um enquadramento de ações conjuntas, levando em conta o indivíduo e seu coletivo no âmbito da promoção da saúde, na prevenção de agravos, tratamento e reabilitação.

Ainda com forte influência no país, o modelo assistencial à saúde vigente até essa década, caracterizava-se, por práticas individualistas, hospitalocêntricas, de utilização irracional dos recursos tecnológicos, baixa resolutividade, gerando alto grau de custo e insatisfação para profissionais e usuários.

A ESF, tornou-se assunto central, por promover um atendimento de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial de saúde no Brasil, respondendo a uma nova concepção de saúde que busca um modelo norteador para saúde, visando a atenção integral e todos seus determinantes.

Incorporado às atividades essenciais à ESF, a VD possibilita ao profissional conhecer o espaço familiar e identificar, fragilidades e potencialidades, em uma visão ampliada das condições do indivíduo e sua família, como também formação de vínculo e empoderamento social garantido por um acesso contínuo às informações e tomada de decisões.

Considerando a visita domiciliar como ferramenta de fortalecimento dessas mudanças na atenção básica, entende-se claramente a necessidade do envolvimento de profissionais e sociedade, para que haja mudanças significativas do cotidiano.

Muitos estudos retratam as percepções dos profissionais, abordando a dinâmica do serviço reestruturado, seus processos de trabalho individuais e em equipe, dificuldades e potencialidades, mas ainda são poucas as pesquisas que envolvem as percepções dos usuários para tal prática.

Partindo desta reflexão, esse estudo objetivou analisar o serviço prestado à população através da visão de quem o recebe, identificando as dificuldades, potencialidades para que possamos intervir direta e/ou indiretamente, fornecendo os resultados aos serviços em estudo e aos profissionais da ponta, proporcionando intenções de mudança de comportamento ou satisfação pela assistência prestada.

O estudo demonstrou que a VD é percebida pelos usuários como uma estratégia de aproximação e estabelecimento de vínculo através do contato direto, sendo um momento que proporciona melhoria de seus processos de saúde doença através do controle e das informações adquiridas.

Os relatos dos participantes referendam, em ambos os serviços, sentimento de pertencimento, reconhecimento para mudanças na saúde e a VD como elemento facilitador na aproximação com o serviço. Por outro lado, detectamos necessidade de maiores esclarecimentos à população sobre a dinâmica dos mesmos, divisão de território sobre sua função, a fim de que haja um compartilhamento das decisões e menor sofrimento quando o serviço apresenta qualquer dificuldade que comprometa o atendimento ou necessidade de redefinição do território, ocasionando medo do rompimento do vínculo.

Por outro lado, também percebemos que os usuários reconhecem a VD como parte das atividades dos profissionais e instrumento facilitador na interface do cuidado. Percebem esta prática um momento de atenção, cuidado individualizado e aproximação com o serviço.

Contrariamente ao que pensávamos, a VD não é vista pela maior parte dos usuários como um momento de “vistoria” ou “fiscalização”; na grande maioria não há incômodo em receber o profissional em suas residências, não havendo sentimento de insegurança ou perda de liberdade e sim o reconhecimento da mesma, como ferramenta de trabalho da ESF. Em apresentação não significativa, o incômodo foi vinculado ao fator surpresa na perspectiva de serem pegos em atividades do cotidiano ou não estarem presentes e perderem a oportunidade de receberem a visita do mês.

Aspectos que vinculam a VD com dificuldade de locomoção e/ou doenças crônicas, retratadas por visitas esporádicas foram fortemente levantadas no CMS Estácio. Neste contexto alguns usuários também relatam ter desejo de receber um número maior de visitas e relacionam o fato, a não apresentarem “necessidade” por poderem ir até o serviço.

Diante dos achados, identificamos que o profissional mais envolvido com as VDs é o ACS. Diante disso, podemos ressaltar a necessidade de acompanhamento e orientação contínua dos mesmos, a fim de ajudá-los no planejamento de suas ações no que tange a esta estratégia de trabalho. Dependendo do território e população adscrita, os ACS poderão ter dificuldades na organização e priorização de sua rotina de trabalho, no que implicará em acesso diferenciado dentro do mesmo território, como também obstáculo no diagnóstico e intervenção por parte dos outros integrantes da equipe, diante dessa situação de necessidades e maior vulnerabilidade.

A VD exige preparo profissional, predisposição pessoal e disponibilidade de tempo na sua execução, mas mostrou nesse estudo agradar à maioria da população atendida.

A pesquisa demonstrou a importância de os profissionais avançarem quanto ao oferecimento de informações e orientações a seus usuários e famílias, em relação aos

seus direitos, objetivando alcançar a humanização do cuidado, como forma de respeito e valorização de uma relação horizontal.

“Os serviços de saúde no Brasil precisam ir além de prevenir, curar e reabilitar, devem contribuir para o aumento da capacidade reflexiva dos usuários tornando-os sujeito social, conscientes de seus direitos e do “direito a ter direitos” (PAIVA et al 2014, p.4).

É fundamental entender que a VD não é um trabalho de caridade, tão pouco uma visita social “para os que não podem pagar”; o profissional precisa ter objetivos claros ao adentrar na casa do paciente e fomentar o fortalecimento dos pilares da humanização do atendimento, instituindo um vínculo consistente entre usuário/família e o serviço de saúde, condição primordial para a qualidade do atendimento e garantia de qualidade de vida da população. A VD enquanto ferramenta da equipe de saúde, está cumprindo o seu papel na saúde das comunidades estudadas, mesmo diante de alguns percalços em seu processo, à medida que responde aos quatro princípios básicos da atenção primária, ancorados na acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, como também nos princípios doutrinários do SUS, que dispõem sobre a universalidade de acesso, equidade e integralidade da assistência.

Assim, credita-se que essa pesquisa contribua para novas reflexões sobre a prática da VD, levando em consideração as contradições e necessidades de mudanças que perpassam tal práxis. Aponta-se, ainda, que este estudo, sirva de base e estímulo para o desenvolvimento de outras pesquisas na área da saúde, de forma a construir uma contínua avaliação e novas possibilidades de atuação que estejam sempre pautadas no compartilhamento de um serviço para todos.



## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L. **Atenção Primária e o Processo de trabalho em Saúde**. Informe-se em promoção da saúde, v.03, n.1.p.01-03.2007 Disponível: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>

ANDRADE, V.M.P; CARDOSO, C.L. **Visitas Domiciliares de Agentes Comunitários de Saúde: Concepções de Profissionais e Usuários**. Psico-USF, Bragança Paulista, v. 22, n. 1, p. 87-98, jan./abr. 2017

ALMEIDA, P.F; FAUSTO, M.C.R and GIOVANELLA, L. **Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados**. Rev Panam Salud Publica, vol.29, n.2, pp. 84-95. ISSN 1020-4989. [online]. 2011 <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892011000200003>.

ALMEIDA, F.C.M; MACIEL,A.P.P; BASTOS,A.R; BARROS, F.C; ITABIAPINA, J.R; SOUZA, S.M.F; ARAÚJO, D.P. **Avaliação da Inserção do Estudante na Unidade Básica de Saúde: Visão do Usuário**. Rev. Bras. de Educação Médica 33 36 (1, Supl. 1): 33-39; 2012

ALVES, V.S. **Um modelo de Educação em Saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

AMARO, S.T. A. Visita domiciliar: orientações para uma abordagem complexa. In: Fenômeno uma teia complexa de relações. Porto Alegre: EDIPUC, 2000. 217pp.

Barbosa DCM, Mattos ATR, Corrêa MH, Faria M, Ribeiro LC, Santos LL, Ferreira JBB, **Visita domiciliar sob a percepção dos usuários da ESF**. Medicina (Ribeirão Preto);49(4):360-6 Forster AC, 2016. <http://www.revistas.usp.br/rmrp> / <http://revista.fmrp.usp.br>

BARCELOS, M.R.B; ZANDONADE, E; FIGUEIREDO, T.A.M; LIMA, R. de C.D. **A trajetória da Estratégia de Saúde da Família no município de Vitória, ES**. Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, 15(4): 69-79, out-dez, 2013

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70,1977

BASTOS, A.C.de S; TRAD, L.AB. **O impacto sócio-cultural do Programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação**. In: Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, No 14, p. 429-435, abr-jun, 1998.

BATISTA, S.R et al. **(Bio)ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas**. Saude soc., vol.24, n.1, pp.113-128. ISSN 0104-1290 [online]. 2015.

BEZERRA, I. M. P.; NORONHA, F. A. T.; ANTÃO, J. Y. F. L.; MARTINS, A. A. A.; MACHADO, M. F. A. S.; SILVEIRA, G. L.; CAMPOS, N. C. M.; ALBUQUERQUE, G. A. **Visita domiciliar e atenção à saúde: uma análise na perspectiva dos usuários da Estratégia de Saúde da Família**. Convibra, 2012. Esta é a versão em html do arquivo [http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/71/2013\\_71\\_7509.pdf](http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/71/2013_71_7509.pdf).

BORGES, R.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. **A visita médica como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC**. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.15, n.37, p.461-72, 2011.

BRANTE, A.R.S.D; MARTINS, D.S; NEVES, F.M.V; FONSECA, J.C; OTTONI, J.L.M; OLIVEIRA, R.F.R. **Abordagem Familiar: aplicação de ferramentas a uma família do município de Montes Claros/M.** Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, 2016 Jan-Dez; 11(38):1-9

CAEIRO, R.T. **Registros Clínicos em Medicina Familiar.** 1Ed. Lisboa: Instituto de Clínica da Zona Sul. 1991.

CAMPOS, C.J.G. **Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília. v.57, n. 5, p.611-614 Set./out. 2004

CAVALCANTE R.B; CALIXTO, P; PINHEIRO, MMK. **ANÁLISE DE CONTEÚDO: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método.** Inf. & Soc.:Est., João Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, jan./abr. 2014

CHAPADEIRO, A.C; ANDRADE, H.Y.S.O; ARAÚJO, M. R. N. **A Família como Foco da Atenção Primária à Saúde.** NESCON (Núcleo de Educação em Saúde Coletiva) UFMG. 2011

COELHO, M. O; JORGE, M.S.B. **Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo.** Ciência e Saúde Coletiva, 14 (Supl.1): 1523-1531, 2009

CONASS. **Atenção Primária e Promoção da saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília, 2007.

CONILL, E.M. **Ensaio Histórico-conceitual sobre atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros Urbanos no Brasil.** Cad.Saúde Pública, RJ 24 Sup 1:S7 – S27, 2008.

COSTA, G. D; COTTA, R. M.M; FERREIRA, S.M; **Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial.** Rev Bras Enferm; 62(1): 113-8. Brasília 2009

CUNHA, C.L.F; GAMA, M.E.A. **A Visita Domiciliar no Âmbito da Atenção Primária em Saúde.** Publicado In Malagutti, W(organizador). Assistência Domiciliar – atualidades da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. 336pp. [http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos\\_gerais/A\\_VISITA\\_DOMICILIAR\\_NO\\_MBITO\\_DA\\_ATENO\\_PRIMRIA\\_EM\\_SADE.pdf](http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_gerais/A_VISITA_DOMICILIAR_NO_MBITO_DA_ATENO_PRIMRIA_EM_SADE.pdf).

CUNHA, M.S; SÁ, M.C. **A visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: Os desafios de se mover no território.** Interface Comunicação. Saúde e Educação. v. 17 n.44 p 61-73, 2013.

DAL POZ, M R. **O agente comunitário de saúde: algumas reflexões.** vol.6, n.10, pp.88-90. ISSN 1807-5762. Interface (Botucatu) [online]. 2002 <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832002000100009>

DALPIAZ, A. K.; STEDILE, N. L. **Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas.** In: **Jornada Internacional de Políticas Públicas- Estado, Desenvolvimento e Crise do Capital**, 5, 2011, Maranhão. Anais. Maranhão: Jornada Internacional de Políticas Públicas- UFMA, 2011.

DELANDES, S.F. **O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual.** In: MINAYO, M. C de S; (org). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

DITTERICH, R.G; GABARDO, M. C. L; MOYSÉS, S.J. **As Ferramentas de Trabalho com Famílias. Utilizadas pelas Equipes de Saúde da Família de Curitiba**, PR Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.3, p.515-524, 2009

DRULLA, A.G; ALEXANDRE, A.M.C; RUBEL, F.I.Y; MAZZA, V.A. **A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar**. Cogitare enferm. [online]., vol.14, n.4, pp. 667-674. ISSN 1414-8536. 2009

ESCOREL, S; GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M.H.M; SENNA, M.C.M. **O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil**. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 21(2), 2007

FIGUEIREDO, E. N. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos**. Especialização em Saúde da Família (Módulo Político Gestor),UNA – SUS, Unifesp, 2011.

FONTANELLA, B.J.B; RICAS, J; TURATO, E.R. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008

FONTANELLA, B.J.B. at al. **Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.27, n.2, p.389-394. Fev. 2011.

FORTES, P. A de C; MARTINS, C. de L. **A ética, A humanização e a saúde da família**. Rev. bras. enferm., vol.53, n.spe, pp.31-33. ISSN 0034-7167. [online]. 2000 <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672000000700005>.

GAIVA, M.A.M; SIQUEIRA, V.C.A. **A Prática da Visita Domiciliar pelos Profissionais da Estratégia Saúde da Família**. Ciênc. Cuid. Saúde 2011, 10(4) 697-704.

GALAVOTE, H. S; PRADO, T.N; MACIEL, E.L.N; LIMA, R.C.D. **Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil)**. Ciênc. Saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, n.1, pp. 231-240. ISSN 1413-8123.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6a ed. Editora Atlas S.A. São Paulo, 2011.

GIOVANELLA L, *et al*. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v 14, n 3, p. 783-794, 2009

GUATTARI, F; ROLNIK, S. **Micropolítica cartografias do Desejo**. 6o ed. RJ: Vozes, 2000. 327pp.

KEBIAN L.V.A, ACIOLI S. **A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2014 jan/mar;16(1):161-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20260>. - doi: 10.5216/ree.v16i1.20260.

KERBER NPC, KIRCHHOF ALC, Cezar-Vaz. **Considerações sobre a atenção domiciliar e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde**. Cad Saúde Pública. 2008; 24(3):485-93.

LAVRAS, C. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde no Brasil**. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011

LIMA, C.A; OLIVEIRA, A.P S; MACEDO, B.F; DIAS, O.V; COSTA, S.M. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. Rev. bioét. (Impr.); 22 (1): 152-60 2014

MACHADO, M.F.A.S; VIEIRA, N.F.C.V; RAIMUNDA, M.S. **Compreensão das Mudanças Comportamentais do Usuário no Programa Saúde da Família por meio da Participação Habilitadora.** Ciência &Saúde Coletiva, 15(4):2133-2143, 2010

MANZINI, E. J. **A entrevista na pesquisa social.** Didática, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.

MARCON, S.S; RADOVANOVIC, C.A.T; WAIDMAN, M.A. P; OLIVEIRA, M.L.F; SALES, C.A. **Vivência E Reflexões De Um Grupo De Estudos Junto Às Famílias Que Enfrentam A Situação Crônica De Saúde** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2005; 14(Esp.):116-24

MATTA, G.C; MOROSINI, M.V.G. **Atenção Primária à Saúde.** Escola politécnica de saúde Joaquim Venâncio (org.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde v.1, 2010.

MELLO, G.A; FONTANELLA, B.J.B; DEMARZO, M. M. P. **Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde- Origens e diferenças conceituais.** Ver. APS: 12(2), abril – jun. 2009.

MENDES, E. V. **Atenção Primária à Saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. **Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional** In Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

MINAYO, M.C.S. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade** Ciência & Saúde Coletiva, 17(3):621-626, 2012 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de Saúde da Família – uma estratégia de organização dos Serviços de saúde. Brasília (DF): Secretaria de Assistência à Saúde, 1994.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social. Teoria, Método E Criatividade.** 18 ed. Petropolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio da pesquisa social.** In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; GOMES, Suely Ferreira Deslandes Romeu (orgs.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 27ª ed. Petrópolis: Vozes, p.9-29, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** Brasília (DF): Secretaria de Assistência à Saúde, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Manual para a organização da atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde; 1998.006 Mar 28.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual para a organização da Atenção Básica.** Brasília (DF), 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família.** Brasília, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União; 2

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24. Seção 1, p. 48. out. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar.** V.02. Brasília – DF, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PNAB Política Nacional de Atenção Básica.** Série E. Legislação em Saúde . Brasília – DF 2012

MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. **Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis.** Rio de Janeiro: CEBES, p. 155-60. 2002.

MOTTA, L.CS; BATISTA, R.S. **Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica.** Rev. Brasileira de Educação Médica. Vol 39(2):196-207; 2015.

NASCIMENTO, E.P.L; CORREA, C.R.S. **O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas.** Cad. Saúde Pública [online]. 2008, vol.24, n.6, pp. 1304-1313. ISSN 1678-4464.

NASCIMENTO, J.S; COSTA L.M.C; SANTOS R.M e ANJOS, D.S. **Visitas domiciliares como estratégias de promoção da saúde pela enfermagem.** Rev Bras Promoção Saúde, Fortaleza, 26(4): 513-522, out./dez., 2013.

NEGRI, A; HARDT, M. **Império.** 2o ed. RJ: Record, 2001. 501pp.

NORO, L.R.A; TORQUATO. **Visita Domiciliar: Estratégia De Aproximação À Realidade Social?** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 13 n. 1, p. 145-157, jan./abr. 2015

OLIVEIRA, M.A.C; PEREIRA, I.C. **Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família.** Rev. bras. enferm. [online]., vol.66, n.spe, pp.158-164. 2013 ISSN 0034-7167. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>

OLIVEIRA, R.G; MARCON, S.S. **Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná.** Revista Esc. Enferm. USP, 41(1):65-72. 2007.

OPAS. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate.** Brasília: OPAS; 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Alma-Ata. In: **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.** Brasília, 1979. 64p.

PAIVA, P.A; CRUZ, P.K.R; MAGALHÃES; SANTOS, V.R. **Privacidade e confidencialidade das informações na Saúde.** EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires- Ano 19 – N 192 – Maio de 2014. [Http://www.efdeportes.com/](http://www.efdeportes.com/)

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia.** Rev Saúde Pública;35(1):103-9. 2001 [www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp)

PUGINA, L. **Bioética: confidencialidade e privacidade.** Rev. Arte e Ciência, São Paulo, v.2, n.1, p. 20-25, ago. 2009.

PUSCHEL, V.A.A, IDE, C.A.C.A, CHAVES, E.C. **Modelos clínico e psicossocial de atenção ao indivíduo e à família na assistência domiciliar: bases conceituais.** Rev Esc Enferm USP. 2006;40(2):261-8.

REGEN, M. **A instituição família e sua relação com a deficiência.** Revista Educação Especial, Santa Maria, p. 119-132, nov. 2011. ISSN 1984-686X. Disponível em: <<http://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/4357/2561>>. Acesso em: 08 jul. 2016.

RIBEIRO, E.M. **As várias Abordagens da Família no Cenário do Programa/Estratégia de Saúde da Família(PSF).** Rev Latino-am Enfermagem 2004 julho-agosto; 12(4):658-64

RIBEIRO, C.J. **Problematizando o Instrumento Visita Domiciliar.** Sociedade em Debate, Pelotas, 16(1): 209-221, jan.-jun./2010

RODRIGUES, T.M.M; ROCHA, S.S; PEDROSA, J.I.S. **Visita Domiciliar como Objeto de Reflexão.** Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, Teresina. v.4, n.3, p.44-47, Jul-Ago-Set. 2011.

ROMANHOLI, R.M.Z.; CYRINO, E.G. **A Visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer.** Interface - Comunic., Saude, Educ., v.16, n.42, p.693-705, 2012.

SANTOS, E.M; MORAIS, S.H.G. **A Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: Percepção de Enfermeiros.** Cogitare Enferm. Jul/Set; 16(3):492-7, 2011.

SANTOS, E.T. **Estratégia Saúde da Família: satisfação de usuários.** 133 P. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto / USP. Área de Concentração: Psicologia. Ribeirão Preto, 2011.

SANTOS, K.K.F; FIGUEIREDO, C.R; PAIVA, K.M; CAMPOLINA, L.R. BARBOSA, A.A.D; SANTOS, A.S.F. **Ferramentas de Abordagem Familiar: Uma Experiência do Cuidado Multiprofissional no Âmbito da Estratégia Saúde da Família.** Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 13, n. 2, p. 377-387, 2015

SAKATA, K.N, ALMEIDA, M.C.P, ALVARENGA, A.M, CRACO, A.M, PEREIRA, M.J.B. **Concepções da equipe de saúde da família sobre as Visitas Domiciliares.** Rev. Bras. Enferm 2007 nov-dez 60(6): 659-64.

SCHRAIBER, L.B. **O médico e seu trabalho:** limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993

SHIMAZAKI, M. E. (Org.). **A Atenção Primária à Saúde.** In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. O cina 2 e 3. Análise da atenção primária à saúde e diagnóstico local. Guia do tutor/facilitador. Belo Horizonte: O cina 1 – Análise da atenção primária à saúde. Guia do participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. P. 10-16.

SILVA, J.V; SANTOS, S.M. R. **Trabalhando com Famílias Utilizando Ferramentas.** Revista APS, v.6, n.2, p.77-86, jul./dez. 2003

SILVA, L.T; ZOBOLI, E.L.C.P; BORGES, A.L.V. **Bioética e Atenção Básica: Um Estudo Exploratório dos Problemas Éticos Vividos por Enfermeiros e Médicos no PSF.** Cogitare Enfermmar/ago; 11(2):133-42, 2006

SILVA, M.C.L.S.R.S; SILVA, L; BOUSSO, R.S. **A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura.** Revista Esc Enferm USP 45(5): 1250-5. 2011.

SILVA, M.J; VICTOR, J.F; MOTA, F.R.N, SOARES, E.S; LEITE, B.M.B; OLIVEIRA, E.T. **Análise das propriedades psicométricas do APGAR de família com idosos do nordeste brasileiro.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 18(3) Jul-Set 2014

SILVA, R.M; ANDRADE, L.O.M. **Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: O desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde.** Physis, Rio de Janeiro , v. 24, n. 4, p.12071228, Dec. 2014.Availablefrom<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312014000401207&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000401207&lng=en&nrm=iso)>.access on 09 May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000400010>.

SILVEIRA, A.D.JR. **O SUS e a Saúde da Família.** In: BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da Família: Panorama, Avaliação e Desafios. 2º Seminário de Gestão Participativa. Rio de Janeiro.2005.

SILVEIRA, M.R; SENA, R.R; OLIVEIRA, S.R. **O processo de Trabalho das Equipes de Saúde da Família: Implicações para a promoção da Saúde.** reme – Rev. Min. Enferm.;15(2): 196-201, abr./jun., 2011

SEOANE, A.F; FORTES, P.A.C. **A Percepção do Usuário do Programa Saúde da Família sobre a Privacidade e a Confidencialidade de suas Informações.** Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.1, p.42-49, 2009

SMS. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro- PMS 2014-2017.** Secretaria Municipal de Saúde. [www.rio.rj.gov.br/web/SMS](http://www.rio.rj.gov.br/web/SMS). RJ. 2013.

SOSSAI, L.C.F; PINTO, I.C. **A Visita Domiciliária Do Enfermeiro: Fragilidades X Potencialidades.** Cienc. Cuid. Saúde 2010 Jun/Set; 9 (3): 569-576

SOUZA, C. R.; LOPES, S. C. F.; BARBOSA, M. A. - A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. Revista da UFG, Vol. 6, No. Especial, dez 2004 on line ([www.proec.ufg.br](http://www.proec.ufg.br))

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias.** Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

## APÊNDICES



## APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

### **Projeto de pesquisa: “ PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE AS VISITAS DOMICILIARES – CONVERSANDO COM FAMÍLIAS ATENDIDAS PELA CLÍNICA DA FAMÍLIA ESTACIO DE SÁ – AP 1.0”**

Esta entrevista faz parte da primeira parte da pesquisa “PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE AS VISITAS DOMICILIARES – CONVERSANDO COM FAMÍLIAS ATENDIDAS POR DUAS CLÍNICAS DA FAMÍLIA ESTÁCIO DE SÁ - A.P 1.0”. Temos como intuito, conhecer suas percepções sobre as visitas domiciliares realizadas pelos profissionais da Clínica da Família, visando a elaboração de uma dissertação de mestrado sob nossa responsabilidade. Gostaríamos de contar com a sua colaboração e deixamos claro a garantia de sigilo sobre suas respostas. Ressaltamos que a sua participação é de suma importância para o objetivo de nosso estudo.

Entrevista: \_\_\_\_\_ Equipe ESF: \_\_\_\_\_

#### IDENTIFICAÇÃO:

1. Nome

\_\_\_\_\_

2. Sexo:

( ) Masculino

( ) Feminino

3. Estado Civil

( ) Casado

( ) Solteiro

( ) Viúvo

( ) Divorciado

( ) União estável

( ) Não sabe/ não respondeu

4. Escolaridade

( ) não sabe ler/ escrever

( ) Alfabetizado

( ) Fundamental incompleto

( ) Fundamental completo

( ) Médio incompleto

( ) Médio completo

- ( ) Superior incompleto
- ( ) Superior completo
- ( ) Não sabe/ não respondeu

5. Como o senhor se cadastrou no serviço

- ( ) Procurou o serviço
- ( ) Através de visita na residência
- ( ) Não sabe/ não respondeu
- ( ) Outro

6. Como o senhor prefere utilizar o serviço

- ( ) atendimento na unidade
- ( ) atendimento na unidade e na residência
- ( ) Atendimento na residência
- ( ) Não sabe/ não respondeu

Explique sua resposta?

7. Há quanto tempo recebe as Visitas Domiciliares?

8. O profissional explicou qual seria o objetivo da VD?

9. Na sua opinião, para que serve a Visita Domiciliar?

10. Fale um pouco sobre o que acha de ter um profissional, vindo em sua residência para seu atendimento?

11. Houve dificuldades percebidas por você e/ou sua família para passar a receber o profissional de saúde na sua casa, ao iniciar o acompanhamento pela Clínica da família? Explique  
Você sentiu segurança/ confiança na equipe durante o atendimento realizado na Visita Domiciliar?

12. Quem visita ou já visitou o senhor(a) em seu domicílio?

13. Descreva como se dá a VD em sua casa? Me dê mais de um exemplo.

14. Como avalia as informações, esclarecimentos e orientação que teve sobre seu estado de saúde durante a VD?

15. Você observou mudanças em sua vida e de sua família em outros aspectos de saúde após ter iniciado as Visitas Domiciliares?
16. O senhor(a) acha que através da VD sua família de um modo geral se aproximou mais do serviço de saúde? Porque?
17. Se hoje o senhor(a) pudesse escolher, manteria a VD como forma de ser atendido ou preferiria ser somente atendido na unidade? Porque?
18. O que acha que deve ser evitado nas VD? O que mais incomoda? Porque?
19. Para finalizar, o que o senhor(a) acha que poderia ser melhorado nas VD?

## APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO

COMITÊ DE ÈTICA EM PESQUISA / SMSDC-RJ

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DA ENTREVISTA

Eu, ....., na posição de usuário da Clínica de Família Estácio de Sá, autorizo a pesquisadora, **Claudia Pilar Marques Maia** responsável pela pesquisa intitulada, percepção dos usuários da estratégia saúde da família sobre as visitas domiciliares em seu cotidiano – conversando com famílias do município do Rio de Janeiro na AP 1.0, a gravar em áudio minha entrevista realizada para a coleta de dados diretos e/ou indiretos para este trabalho. Da mesma forma, autorizo a transcrição do material gravado para posterior análise, sem que eu seja identificado.

Os dados da entrevista somente poderão ser utilizados pela pesquisadora mediante a assinatura deste documento.

A gravação da entrevista assim como o material da sua transcrição será arquivado em fichas individuais, permanecendo sob a guarda do pesquisador por 5 (cinco) anos. Após este período todo este material será destruído, ou seja, as gravações apagadas e o material transcrito incinerado.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

---

Assinatura do Pesquisador Responsável

---

Assinatura do Participante da Entrevista

## **APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **Primeira parte:**

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: “PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE AS VISITAS DOMICILIARES – CONVERSANDO COM FAMÍLIAS ATENDIDAS POR DUAS CLÍNICAS DA FAMÍLIA– AP 1.0

Esta pesquisa está sendo desenvolvida no Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá e tem por objetivo conhecer a percepção do usuário sobre as Visitas Domiciliares (VD), descrevendo posteriormente quais os significados foram atribuídos pelos usuários.

Você foi selecionado (a) porque faz parte das famílias atendidas pela ESF a pelo menos 6 meses ininterruptos. Sua participação é importante, mas não obrigatória. Não terá benefícios diretos com este estudo, mas as informações que o Sr (a) fornecer serão úteis para auxílio na reorganização do processo de trabalho do serviço e/ou aprimoramento do atendimento já realizado, podendo haver benefícios indiretos, posteriormente, ao Sr (a) e sua comunidade, decorrentes de sua participação.

Você será submetido a uma entrevista com perguntas semi-estruturadas, com duração máxima de 40 minutos, podendo apresentar risco baixo relacionado ao possível desconforto ocasionado pelo tempo da entrevista e/ou constrangimento pelo teor dos questionamentos. Na garantia de sua integridade, asseguramos que as informações obtidas nesta pesquisa serão confidenciais, como também o sigilo sobre sua participação. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de outros sujeitos da pesquisa entrevistados.

Sua participação não implicará em custos adicionais, e o Sr. (a) não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.

A entrevista será gravada em áudio após assinatura do termo de consentimento específico. O entrevistador será o próprio investigador e a gravação da entrevista assim como o material da sua transcrição realizada pelo próprio investigador será arquivado em fichas individuais, permanecendo sob a guarda do pesquisador por 5 (cinco) anos. Após este período, este material será destruído, ou seja, as gravações apagadas e o material transcrito incinerado.

Assinando esse consentimento, o Sr (a) não desiste de nenhum dos seus direitos. Além disso, o Sr(a) não libera os investigadores de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique. A sua participação é inteiramente voluntária. Uma vez aceitando participar desta pesquisa, o Sr(a) deverá se sentir livre para retirar-se do estudo a qualquer momento do curso deste, sem que isto afete o seu cuidado ou implique em algum prejuízo para você. O investigador deste estudo também poderá retirá-lo do mesmo a qualquer momento, se ele julgar que seja necessário para o seu bem-estar.

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, o Sr(a) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas, subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contatando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, no telefone (21) 2206-9726 ou email: : [cep.unesa@estacio.br](mailto:cep.unesa@estacio.br)

O (a) Sr.(a) também poderá esclarecê-las através do contato telefônico com o pesquisadora responsável, Claudia Pilar Marques Maia, pelos números de telefone: (21) 3497-8142 / 99451-0049, endereço eletrônico: [cpmmaia@gmail.com](mailto:cpmmaia@gmail.com).

Asseguramos o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo e a divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de outros entrevistados, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

### **Segunda parte:**

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, firmado abaixo,

Nome: \_\_\_\_\_, Data de

nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente à

Rua \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_ Telefone

\_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_, concordo em

participar do estudo intitulado “PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE AS VISITAS DOMICILIARES – CONVERSANDO COM FAMÍLIAS ATENDIDAS POR DUAS CLÍNICAS DA FAMÍLIA– AP 1.0”

Fui completamente orientado (a) pela Profissional Claudia Pilar Marques Maia que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração.

Pude questioná-la sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, ela me entregou uma cópia da folha de informações para os participantes, a qual li, compreendi

e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa.

Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo, patrocinado pelo pesquisador e informar ao mesmo minhas opiniões e observações sobre qualquer anormalidade observada.

Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar e minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador.

Estou recebendo uma cópia assinada deste Termo.

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

Data: \_\_\_\_\_

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

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

Data: \_\_\_\_\_

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

Responsável: Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

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

Pesquisador responsável: Claudia Pilar Marques Maia, pelo número de

Telefone: (21) 3497-8142, (21) 99451-0049

Endereço eletrônico: [cpmmaia@gmail.com](mailto:cpmmaia@gmail.com)

Orientadora: Luciana Maria Borges da Matta Souza

Telefone: (21) 98800-2463

Endereço eletrônico: [luborges10@gmail.com](mailto:luborges10@gmail.com)

\_Comitê de Ética em Pesquisa Estácio

Rua: Presidente Vargas 642 22º andar cep. 20071-001

Telefone: 2206-9726

Endereço eletrônico: [cep.unesa@estacio.br](mailto:cep.unesa@estacio.br)