

**Universidade Federal do Maranhão
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Mestrado Acadêmico em Enfermagem**

MÁRCIA RAQUEL LIMA AMARAL MOURA

**Cores e Sombras da Visita Domiciliar na Estratégia Saúde
da Família: perspectivas de profissionais e usuários**

SÃO LUÍS

2014

MÁRCIA RAQUEL LIMA AMARAL MOURA

Cores e Sombras da Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: perspectivas de profissionais e usuários

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem, Cuidado e Saúde

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Dr^a Francisca Georgina Macedo de Sousa

SÃO LUÍS

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Moura, Márcia Raquel Lima Amaral

Cores e Sombras da Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: perspectivas de profissionais e usuários, 2014 [dissertação] / Márcia Raquel Lima Amaral Moura – São Luís (MA): UFMA/MAENF, 2014.

77 f. : il.

Inclui bibliografia

Possui figuras

1. Enfermagem. 2. Visita Domiciliar. 3. Estratégia de Saúde da Família. I. Sousa, Francisca Georgina Macedo de (Orientadora). II. Título.

CDU 616-083:614

MOURA, M. R. L. A. **Cores e Sombras da Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: perspectivas de profissionais e usuários**. São Luis – MA, 2014. 77 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2014.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Cuidado

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem

Aprovada em ____/____/____

COMISSÃO EXAMINADORA

Dra. Francisca Georgina Macedo de Sousa
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Maranhão - Presidente

Dra. Maria Lúcia Holanda Lopes – 1º Membro
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Dra. Nair Portela Silva Coutinho – 2º Membro
Doutora em Ciências da Saúde
Universidade Federal do Maranhão

Dra. Maria Ieda Gomes Vanderlei
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Maranhão – Membro Suplente

Dra. Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Maranhão – Membro Suplente

À minha mãe que nunca deixou de acreditar em mim, que nunca me deixou desistir, por me colocar sempre em suas orações e me disponibilizar seu colo sempre que eu preciso. Obrigada por seu amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ter me dado a oportunidade de começar esta caminhada, por ter estado comigo nos bons e maus momentos sempre sendo meu refúgio e meu alicerce, por ter me conduzido até aqui e por me ajudar a concluir mais um sonho;

À Universidade Federal do Maranhão e ao Mestrado Acadêmico de Enfermagem pela oportunidade àqueles que desejam ingressar no mundo acadêmico e contribuir para o crescimento intelectual e individual de cada um de nós;

À professora Dra. Francisca Georgina Macedo de Sousa pela dedicação, competência, paciência e sabedoria durante todo o processo de orientação. Tenho uma profunda admiração por sua capacidade de segurar em nossas mãos e transformar os textos ainda inacabados, lapidando-os. Sua inteligência é algo que ninguém pode contestar. Almejo um dia possuir um intelecto semelhante com a finalidade de colaborar com o engrandecimento e aprimoramento científico da nossa profissão;

À professora Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha pelo apoio e pela compreensão dada a cada mestrando;

Às professoras, membros da Comissão Examinadora pela disponibilidade e interesse em contribuir para a Dissertação;

A todos os docentes do MAENF pelos conhecimentos compartilhados;

À Prefeitura Municipal de São Luís, ao Centro de Saúde Santa Bárbara, à Unidade de Saúde da Família Cidade Olímpica III Jailson Alves Viana e à Unidade de Saúde da Família Santa Clara pelo apoio e pelo acolhimento para realização da pesquisa;

Ao Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, da Criança e do Adolescente - GEPSFCA, por ter construído o alicerce para o meu desenvolvimento no campo da pesquisa e ter aguçado os meus sentidos para o

retorno às minhas atividades acadêmicas, a todos os componentes meu agradecimento;

Ao Diretor da Unidade de Saúde da Família Santa Clara, Ítalo Bastos, pelo seu apoio, compreensão e todas as palavras de conforto e de ânimo no decorrer deste processo;

Aos colegas de trabalho, em especial a Enfermeira Maria Lúcia de Oliveira Costa por toda preocupação, apoio, ajuda e carinho dedicado a mim;

A todos os profissionais e familiares, em especial às Enfermeiras Daniëlle Luce e Éliða Lima, por terem contribuído com o desenvolvimento da pesquisa dispensando tempo e informações. Obrigada por acreditarem que a colaboração de cada um configura-se como possibilidades para investimentos na visita domiciliar como instrumento para o cuidado da família;

Aos meus pais Jacineiva Lima Amaral e Manoel Rabelo do Amaral pelo apoio, confiança e pelo ensinamento de que a fé é algo que nos move e, que se acreditarmos em nossa própria capacidade poderemos chegar longe;

Ao meu marido, Janílton Sinei Moura Silva, por não ter me deixado desistir quando fraquejei. Seu apoio foi fundamental para mim. A conclusão do processo acadêmico e científico do Mestrado é parte da sua compreensão de que essa conquista é importante para minha vida pessoal e profissional;

Aos meus irmãos Nílton Henrique Lima Amaral, Cláilton Gutemberg Santos, Telma Maria da Conceição Reis Lima pelo incentivo dado;

Aos meus padrinhos Samuel de Jesus Reis Lima e Suzana Coimbra Oliveira pela confiança;

Aos meus sobrinhos Thiago Samuel Reis Lima e Sâmia Teresa Reis Lima pelo apoio e pelas palavras de carinho;

Aos meus colegas de Mestrado, em especial as minhas amigas Lidiane Barros, Moníca Aragão e Luciana Palácio, por compartilharem comigo todas as dores, angústias, dúvidas, principalmente pelo companheirismo que foi essencial neste caminhar. Todos os momentos que

partilhamos juntas foram inesquecíveis e certamente ficarão guardados em meu coração;

Às minhas amigas Rayssa Godinho e Ana Larissa Nogueira por toda ajuda dispensada a mim durante este processo de aprendizagem. Sem o apoio de vocês, nos bastidores, certamente eu não teria conseguido, também a todos os quais os nomes não estão aqui eternizados, mas que certamente sabem o grau de importância que tiveram nesta caminhada. A vocês todo o meu amor e gratidão por sempre estarem ao meu lado.

[...] A realidade está lá pronta para ser interpretada, dentro de sua verdade peculiar. Na visita devemos estar aptos para encontrar a verdade daquela realidade, não a verdade que acreditamos ou que queremos ver. Não espere, portanto, chegar a modelos de realidade para classificar a verdade de cada história falada ou observada nas visitas que realiza [...].

Sarita Amaro

MOURA, M. R. L. A. Cores e sombras da visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família: perspectivas de profissionais e usuários. 2014. 77 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2014.
Orientadora: Profa. Dra. Francisca Georgina Macedo de Sousa
Linha de Pesquisa: Enfermagem, Cuidado e Saúde

Resumo

A visita domiciliar é uma forma de instrumentalizar os profissionais para sua inserção e o conhecimento da realidade de vida das famílias, bem como o estabelecimento de vínculos, visando atender as diferentes necessidades de saúde de cada indivíduo/comunidade. Neste contexto, a Equipe de Saúde da Família deve exercer suas atividades no âmbito domiciliar em consonância com a família, tendo suas relações pautadas no respeito, na ética, na humanização e na dignidade. Diante desta realidade, considerou-se como ponto de partida: os conceitos de Hall no que diz respeito às relações que o homem faz com o espaço no processo de comunicação. Parte-se da assertiva de que atitudes pessoais, assim como os aspectos que dizem respeito à organização e a estrutura dos serviços, interferem no processo de trabalho e na visita domiciliar como instrumento do cuidado na Atenção Básica a Saúde. Sob essa perspectiva questiona-se: O que revelam profissionais e usuários da Estratégia de Saúde da Família em relação à visita domiciliar como ferramenta para o cuidado em saúde? Trata-se de estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa e com o objetivo de compreender sob a perspectiva de profissionais e usuários da Estratégia de Saúde da Família, o processo operacional da visita domiciliar como ferramenta para o cuidado em saúde. A pesquisa foi desenvolvida em sete Equipes de Saúde da Família de bairros periféricos do município de São Luís, capital do Estado do Maranhão. Participaram da pesquisa 86 participantes dos quais 52 familiares, 4 Médicos, 6 Enfermeiros, 6 Técnicos de Enfermagem e 18 Agentes Comunitários de Saúde. Para apreensão dos dados, utilizou-se a entrevista aberta e não estruturada com análise dos dados a partir da análise temática. O produto deste processo resultou na construção de sete temas: Identificando Sentimentos de Satisfação Relacionados à Visita Domiciliar; Processo de Trabalho na Visita Domiciliar; Cidadania de Usuários: sigilo, privacidade, confidencialidade e autonomia; Vivenciando a Visita Domiciliar como Instrumento de Cuidado; Reconhecendo os Responsáveis pela Realização da Visita Domiciliar; Evidenciando a Visita domiciliar como Estratégia para Criação de Vínculo entre Profissionais e Comunidade e Estabelecendo Critérios de Prioridade para Realização das Visitas Domiciliares. O processo de investigação e a análise criteriosa dos dados permitiram apreender que a visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família é permeada por potencialidades e fragilidades para o cuidado em saúde. Revelou a exigência dos profissionais adotarem atitudes relativas ao saber ouvir, falar e perceber o não dito para assim compartilhar, prosseguir ou recuar estabelecendo a devida correlação entre espaço e vínculo com o objetivo de identificar e planejar o cuidado em saúde no contexto da família e da comunidade. Entretanto, as Equipes de Saúde da Família sem agentes de saúde e médicos, aliado à baixa permanência e alta rotatividade do último representam fragilidades para a operacionalização da visita domiciliar com implicações éticas que se estende à gestão dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Enfermagem. Visita domiciliar. Estratégia de Saúde da Família.

MOURA, M. R. L. A. Colors and shadows of home visit in the Family Health Strategy: perspectives of professionals and users. 2014. 77 f. Dissertation (Masters). Graduate Nursing Program, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Brasil, 2014.

Abstract

The home visit is a way of training professionals for its insertion and the knowledge of the reality of life for families, as well as the establishment of relationships, in order to meet the different health needs of each individual/community. In this context, the Family Health Team must conduct its activities in the home environment in accordance with the family and their relationships based on respect, ethics, humanization and dignity. In view of this reality it was considered as a starting point: the concepts of Hall regarding the relationship that man makes with the space in the communication process. We start from the assertion that personal attitudes as well as the aspects that relate to the organization and structure of services, affect the work process and home visit as an instrument of care in Primary Health. From this perspective is questioned: What reveal professionals and users of the Family Health Strategy on home visits as a tool for health care? This is an exploratory study, descriptive, with qualitative approach in order to understand about the perspective of professionals and users of the Family Health Strategy, the operational process of home visits as a tool for health care. The research was developed in seven Family Health Teams in peripheral suburbs in the City of São Luís, capital of Maranhão. We totaled 86 participants between 52 Family, 4 Doctors, 7 Nurses, 6 Nursing Technicians and 17 Community Health Agents. To obtain the data, we used the open and unstructured interview with analysis of data from the thematic analysis. The product of this process has resulted in the construction of seven subjects: 1) Identifying Feelings of Satisfaction Related to Home Visit; 2) Work Process in Home Visit; 3) Citizenship Users: silence, privacy, confidentiality and autonomy; 4) Experiencing the home visit as Instrument Care; 5) Recognizing the Responsible for realization of the Home Visit; 6) Demonstrating the home visit as a Strategy for Creating Link between Professional and Community and 7) Establishing Criteria for Priority Realization of Home Visits. The process of research and careful analysis of the data possible to seize the home visit in the Family Health Strategy is permeated by strengths and weaknesses for health care. Revealed the requirement of professional attitudes to adopt to listen, speak and understand the unspoken order to share, pursue or retreat setting proper correlation between space and link with the objective to identify and plan for health care in the context of family and community. However, the Family Health Teams without health workers and doctors, as well as rate stay high turnover and the last represent weaknesses for the operationalization of the home visit with ethical implications that extends to the management of health services.

Keywords: Nursing. Home visit. Family Health Strategy.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ABS	Atenção Básica a Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GEPSFCA	Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, da Criança e do Adolescente
NASF	Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	17
3	RECURSOS METODOLÓGICOS	18
3.1	TIPO E NATUREZA DO ESTUDO	18
3.2	LOCAL DO ESTUDO E PERÍODO DE COLETA	18
3.3	PARTICIPANTES.....	19
3.4	INSTRUMENTO E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS	21
3.5	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	22
3.6	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS E ÉTICOS DA PESQUISA	25
4	REFERENCIAL TEÓRICO: teoria proxêmica de Hall	26
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	29
6	A VISITA DOMICILIAR SOB O OLHAR DA TEORIA PROXÊMICA DE HALL	54
7	CONCLUSÃO	57
	REFERÊNCIAS	60
	APÊNDICES	68
	ANEXO	75

1 INTRODUÇÃO

Fazendo um breve histórico do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), Vargas (2008) refere que no início do século XX, apesar do grande crescimento econômico brasileiro nas primeiras décadas, este ainda foi um período de crise socioeconômica e sanitária. A este período foi instituído o modelo sanitarista campanhista que focalizava os espaços de circulação das mercadorias para garantir as exportações. Em meio ao regime militar o modelo de saúde do Brasil evoluiu, iniciou-se um movimento organizado dos trabalhadores gerando uma necessidade de aumentar a abrangência no atendimento em saúde, conhecido como modelo assistencial privatista.

Com o avanço das lutas democráticas no país e a necessidade de mudança, em 1986, após algumas tentativas anteriores de mudar o sistema de saúde, a 8ª. Conferência Nacional de Saúde e a elaboração da nova Constituição, inaugura uma nova fase de participação social nas políticas de saúde. Em 1988, na Constituição Federativa Brasileira o conceito de Seguridade Social amplia-se, configurando-se um tripé: Saúde, Previdência e Assistência Social. No capítulo II da Seguridade Social, Sessão II da Saúde é descrita uma estrutura jurídica e normativa definindo pressupostos e configurações a ser seguidas para dar sustentação ao SUS (BRASIL, 1988). Para Saito (2010) a adesão ao SUS não se deu rapidamente e para gerar esta impulsão foram instituídas várias Leis, Portarias e Normas Operacionais.

Em 1991, segundo Saito (2010), o Ministério da Saúde estabelece uma parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), tendo como objetivo inicial diminuir a mortalidade materna e infantil no Norte e Nordeste do Brasil. Nesta estrutura os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) caracterizam-se como elo entre a equipe de saúde e a população. Para a autora, a incorporação do ACS procurou possibilitar a diminuição de barreiras no processo de comunicação entre técnicos de saúde e a comunidade respeitando hábitos e diferenças culturais.

Na sucessão do PACS, em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje intitulado Estratégia de Saúde da Família (ESF) que segundo a Portaria nº 2488/11 GM visa à reorganização da Atenção Básica a Saúde (ABS) no País, de acordo com os preceitos do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas Unidades Básicas de Saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 2012a).

A partir deste momento vê-se um novo posicionamento, onde a saúde pública envereda pelo caminho do desapego às alternativas institucionais tais como orfanatos, internatos, manicômios, asilos ou casas terapêuticas para a oferta de proteção necessária a doentes crônicos, idosos, jovens, adultos, adolescentes e/ou as crianças dependentes no seu contexto natural – o domicílio. Essa alteração tão radical só foi possível retomando a família e a comunidade como sujeitos imprescindíveis para a proteção e o cuidado em saúde.

Segundo Figueiredo (2008), a ESF visa tanto prestar assistência na unidade de saúde quanto desenvolver tradicionalmente as ações de saúde no domicílio, numa perspectiva de ação integral em que todos os membros da família são acompanhados. De acordo com Mendonça (2008), trata-se de uma proposta ousada, que se pauta no trabalho em equipe, com apoio financeiro e ênfase na formação e capacitação profissional para atendimento na perspectiva da integralidade.

Com este propósito, o Ministério da Saúde busca sustentar e valorizar os princípios de territorialização, vinculação com a população, garantia de integralidade da atenção, trabalho em equipe com enfoque interdisciplinar, ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e estímulo à participação da comunidade (BRASIL, 1997). Sob esse escopo, Saito (2010) destaca a importância dos profissionais de saúde buscarem diversas áreas de conhecimento para contextualizar as ações, para assim fortalecerem sua prática em saúde, possibilitando suprir as diversas necessidades apresentadas pelas famílias e pela comunidade.

Especificamente no que diz respeito ao processo de trabalho do enfermeiro na ESF, este é desenvolvido na unidade de saúde e na comunidade supervisionando o trabalho dos ACS e Técnicos de Enfermagem, realizando ações para a promoção da saúde juntamente com a equipe, bem como assistindo às pessoas que necessitam de assistência de enfermagem em ambos os contextos, na unidade de saúde e no domicílio (BRASIL, 1997).

Na Unidade de Saúde as práticas e atenção do enfermeiro estão organizadas e direcionadas aos grupos prioritários em todas as fases do ciclo vital humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade, desenvolvendo ações que priorizam os grupos de risco clínico-comportamentais, portanto, centradas no modelo biomédico, na produção de indicadores epidemiológicos, na intervenção prescritiva e medicamentosa (BRASIL, 2011).

No tocante ao modelo de assistência domiciliar, ele surge em função das diversas alterações que a sociedade brasileira sofreu no decorrer dos anos como proposta para o desenvolvimento de mudanças sociais e no sistema de saúde, que segundo Giacomozzi e Lacerda (2006, p. 646) tem como pontos fundamentais o cliente, a família, o contexto domiciliar, o cuidador e a equipe multiprofissional e prevê por meio da ESF

[...] a utilização da assistência domiciliar à saúde, em especial, a visita domiciliar, como forma de instrumentalizar os profissionais para sua inserção e o conhecimento da realidade de vida da população, bem como o estabelecimento de vínculos com a mesma; visando atender as diferentes necessidades de saúde das pessoas, preocupando-se com a infraestrutura existente nas comunidades e o atendimento à saúde das famílias.

Assim, na atual política nacional de atenção, essa importância assume um papel fundamental, visto que almeja estabelecer o núcleo familiar como seu principal foco de cuidado e atuação (MOIMAZ et al., 2011) e o contexto domiciliar como um ambiente rico em informações a serem absorvidas pelos profissionais durante a visita domiciliar (VD). Portanto, é por meio deste instrumento particular da atenção em saúde que são identificados os riscos sociais a que a família está sujeita e as potencialidades que a mesma pode vir a desenvolver diante do processo saúde-doença.

Rodrigues, Rocha e Pedrosa (2011) enfatizam que a VD é uma grande possibilidade de atendimento domiciliário junto às famílias, que favorece a avaliação das demandas desses clientes, bem como do ambiente em que vivem. Portanto, a VD além dos benefícios para o cuidado familiar, representa redução de custos, aproximação com o indivíduo e sua família, escuta atenta, conhecimento da realidade de vida das pessoas e identificação dos riscos para a saúde e potencialidades para o cuidado no domicílio.

No entanto, para a efetivação da VD é indispensável que o enfermeiro em conjunto com a equipe de Saúde da Família realize planejamento específico para cada visita por meio de um roteiro sistemático enfocando o indivíduo, a sua família e o contexto. Assim, as equipes e os profissionais devem propor o projeto terapêutico, compartilhando-o com os envolvidos no cuidado, para que de fato as ações possam ser realizadas pelo cuidador, mantendo vínculo de confiança, respeito e ética, e essa relação deve também ser pautada na humanização e dignidade (BRASIL, 2012b). Faz-se necessário considerar as questões éticas relacionadas às demandas de saúde, pois, afinal, o processo saúde-doença não deve ser abordado somente por seus aspectos biologicistas (PRZENYCZKA; LACERDA; MAFTUM, 2012).

Muito embora a visita domiciliar envolva técnicas e procedimentos não podemos deixar de levar em conta que o domicílio é um ambiente que possui sentimentos, comportamentos e aspirações e para que seja bem executada, será necessário englobar aspectos como empatia, preocupação, apoio e objetivos claros (ALMEIDA; NELAS; DUARTE, 2012).

Contudo, como enfermeira da ESF, experimento as limitações da visita domiciliar como instrumento para intervenção no processo saúde-doença. Dentre as queixas dos enfermeiros com quem convivo na ESF e pelas observações realizadas no processo de trabalho estão àquelas relativas ao tempo despendido no gerenciamento das ações dos

diversos programas, as funções administrativas como registros dos atendimentos e fichas específicas para atender às exigências dos programas, o processo de trabalho desarticulado e as demandas do nível central que pressionam os enfermeiros quanto à implementação dos programas de saúde (saúde do escolar, saúde do adolescente, saúde do idoso, saúde da mulher e muitos outros).

No que concerne à atuação do enfermeiro na VD destaca-se a inserção de profissionais com limitações e uma formação deficiente para adentrar no domicílio e perceber as necessidades apresentadas por cada família. Estando perceptível esta defasagem, Marin et al. (2011) reconhece a necessidade de investimentos na reorientação das práticas profissionais e na formação de profissionais de saúde.

A Portaria nº 2.527/06 GM nos traz a preocupação das instâncias governamentais com o processo de capacitação dos profissionais da Saúde da Família no momento de sua inserção na equipe, definindo conteúdos mínimos para aprendizagem. Trata-se do Curso Introdutório que deve ser disponibilizado, pelos municípios, a esses profissionais com carga horária de 40 horas. Entre os conteúdos a serem ministrados está o processo de trabalho das equipes com enfoque na visita domiciliar (BRASIL, 2006). Esta proposta tem como objetivo buscar dar respostas imediatas às crescentes demandas de capacitação profissional. No entanto, os Cursos Introdutórios não têm sido oferecidos pelos municípios, fato que resulta na inserção dos profissionais na ESF sem capacitação preliminar às atividades profissionais (BRASIL, 2000a).

Aliada a estas constatações, a VD pode significar um controle negativo sobre a vida das pessoas, ao voltar-se mais para a fiscalização e registros de aspectos biológicos da saúde e doença. Além disso, os profissionais dispõem de pouco tempo para sua realização, o que culmina em sentimentos de frustração e impotência frente às demandas trazidas pelas famílias (SOSSAI; PINTO, 2010).

A partir do exposto questiono: Que aspectos da VD são apontados pelos profissionais e usuários da ESF no que diz respeito a sua operacionalização? Que fortalezas e fragilidades são reveladas? O que pensam os atores envolvidos neste processo?

Tendo em vista tais argumentações, o problema de pesquisa fica assim proposto: O que revelam profissionais e usuários da Estratégia de Saúde da Família em relação à visita domiciliar como ferramenta para o cuidado em saúde?

Assim o problema de pesquisa limita-se nas dimensões políticas, estruturais, organizacionais e éticas do exercício profissional, das práticas de cuidado na APS e das minhas próprias experiências de oito anos como enfermeira da Estratégia de Saúde da Família. Decorrido os anos, não identifico mudanças significativas na comunidade em que atuo decorrentes de uma intervenção mediada pela visita domiciliar. Vivencio profissionais alheios à realidade em que as famílias estão inseridas e uma intervenção profissional

pontual, centrada na doença e isolados do contexto. Experimento uma visita domiciliar mecânica que se resume em atender as exigências protocolares da ESF ou ainda caracterizadas como uma consulta fora dos muros da Unidade de Saúde. Há um desrespeito com o espaço domiciliar, no que estabelecemos de território do próximo, quando adentrado pelos profissionais da ESF, pois o espaço domiciliar é tratado como se fosse uma extensão da Unidade de Saúde em que possuímos livre acesso às dependências e até uma extensão de nós mesmos, o que nos daria direito e poder sobre tudo o que existe naquele lugar.

Várias motivações determinaram e motivaram a realização desta investigação entre elas a possibilidade de compreender sob a perspectiva de profissionais e usuários da ESF, o processo operacional da visita domiciliar, como ferramenta para o cuidado em saúde na APS. Aliando-se a esta motivação, destaco a responsabilidade com a prática social dos profissionais e do Sistema de Saúde que sustentam e guiam esta investigação como forma de contribuição para o reconhecimento da visita domiciliar como instrumento de cuidado em saúde e transformação social, para que este passe a ser exercido de acordo com o que está instituído nos protocolos do Ministério da Saúde incluindo as práticas que envolvem o contexto idealizado e a realidade prática enfrentada no cotidiano dos serviços de saúde na APS.

Suponho que ao responder tais questionamentos poder-se-á, de alguma forma, contribuir para práticas coerentes de cuidado assim como ao atendimento de necessidades singulares do indivíduo e da família em seu contexto natural, respeitando a individualidade de cada um. Julgo que a visita domiciliar é importante instrumento para o alcance dos objetivos do SUS, portanto, caracteriza-se como objeto que merece debates e investigações apoiadas em contextos teóricos e práticos visando, sobretudo, a produção de resultados que impactem na qualificação de intervenções que mais adequadamente atendam às peculiaridades de cada família e de cada contexto. Somando-se a isso a importância deste estudo é corroborada pela citação na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde visto que nos reporta a uma tecnologia de cuidado utilizada pela ESF (BRASIL, 2008).

Acredita-se que a partir de visitas domiciliares qualificadas será possível estabelecer confiança, estreitar laços com a comunidade e exercitar a Estratégia de Saúde da Família de forma mais coerente, sendo autores de mudanças significativas e não meramente expectadores de vidas. Nessa direção, espera-se contribuir com a ampliação do campo de conhecimento do Cuidado de Enfermagem na Atenção Básica a Saúde, subsidiando a promoção de uma postura crítica, reflexiva e comprometida com a efetivação das mudanças de paradigma assistencial proposto pela visita domiciliar. Com este conhecimento será possível rever conceitos de prática e ética no empoderamento do saber e atitudes diante do outro.

2 OBJETIVO

Compreender, sob a perspectiva de profissionais e usuários da Estratégia de Saúde da Família, o processo operacional da visita domiciliar como ferramenta para o cuidado em saúde apoiado na Teoria Proxêmica de Hall.

3 RECURSOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. Exploratório e descritivo por apresentar aspectos que favorecem a interpretação de fenômenos atuais (MARCONI; LAKATOS, 2011). A abordagem qualitativa para Minayo (2010), é o estudo da história, das relações, representações, crenças, percepções e opiniões da interpretação humana à respeito do que vivem, sentem e pensam. É partindo desses conceitos que pretendemos compreender o objeto desta investigação.

3.2 LOCAL DO ESTUDO E PERÍODO DE COLETA

Esta investigação foi realizada em três Unidades de Saúde da Família inseridas no Distrito Sanitário do Tirirical com sete equipes de Saúde da Família. As Unidades participantes desta pesquisa foram: Centro de Saúde Santa Bárbara, Unidade de Saúde da Família Cidade Olímpica III Jailson Alves Viana e a Unidade de Saúde da Família Santa Clara. Estas equipes foram escolhidas intencionalmente em virtude de sua proximidade geográfica, características populacionais semelhantes e por possuir interação entre os Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e ACSs decorrente das atividades em saúde desenvolvidas em conjunto neste Distrito Sanitário.

O Centro de Saúde Santa Bárbara possui 2.101 famílias cadastradas, com uma população aproximada de 8.400 pessoas. É uma Unidade de Saúde da Família que possui como área de abrangência o bairro Santa Bárbara e a Vila Vitória, possui duas Equipes de Saúde da Família composta por duas Enfermeiras, dois Médicos, duas Técnicas de Enfermagem e onze ACSs. Em seu território encontram-se quatro microáreas descobertas, que correspondem às áreas de abrangência sem o acompanhamento realizado pelo ACS por ausência do profissional.

A Unidade de Saúde da Família Cidade Olímpica III Jailson Alves Viana possui 1.714 famílias cadastradas com população aproximada de 6.600 pessoas, possui três Equipes de Saúde da Família que abrange o território da Cidade Olímpica. Esta Unidade

conta com três Enfermeiras, três Médicos, duas Técnicas de Enfermagem e 14 ACSs, no momento possuem seis microáreas descobertas.

A Unidade de Saúde da Família Santa Clara possui 2.532 famílias cadastradas, com uma população aproximada de 8.900 pessoas, inclui duas Equipes de Saúde da Família e tem como área de abrangência o bairro Santa Clara, Vila Riod, Residencial Tiradentes, Vila Magril e Andiroba. O quadro de funcionários desta unidade é composto de duas Enfermeiras, dois Médicos, duas Técnicas de Enfermagem e 14 ACSs. Possuem cinco microáreas descobertas.

As três Unidades de Saúde da Família contexto para realização da pesquisa compartilham das mesmas características territoriais. Estão situadas em bairros da periferia de São Luís - MA, com grande densidade demográfica, alta rotatividade populacional, convivem de perto com a violência proveniente de facções que disputam território em virtude do tráfico de drogas, não possuem saneamento básico, a maioria de suas ruas ainda não apresentam pavimentação asfáltica, coleta de lixo irregular, ainda existem casas de taipa, sem água encanada e fossa séptica. Boa parte de sua população é de baixa renda e algumas famílias tem como renda exclusiva o Programa Bolsa Família.

Os dados foram coletados no período de agosto de 2013 a janeiro de 2014. Durante este período a investigação passou por diversos percalços, pois o acesso às famílias foi dificultado e até mesmo interrompido devido a três paralisações sindicais dos Agentes Comunitários de Saúde que reivindicavam melhores qualidades de trabalho. Cada paralisação estendeu-se por 20 a 30 dias. Com os ACSs, elo entre a Unidade Básica de Saúde e a comunidade, inoperantes, representou a ausência da ponte para o contato com os familiares e com eles próprios.

3.3 PARTICIPANTES

Os participantes selecionados para este estudo foram membros de famílias cadastradas na Estratégia Saúde da Família, vinculadas às áreas abrangentes ao Distrito Sanitário do Tirirical do município de São Luís – MA. Para o contato inicial com os membros das famílias cadastradas na ESF, foi solicitado que os ACSs mobilizassem 10 representantes de cada área tendo como finalidade apresentar a proposta de pesquisa, os objetivos e a operacionalização de coleta de dados. Para esse momento foram mobilizados lideranças comunitárias e usuários com alguma influência sobre a comunidade. Para indicação desses indivíduos a opinião dos enfermeiros e ACS foi a estratégia utilizada.

Foram definidos como critérios de inclusão dos usuários na pesquisa os seguintes:

- a) Ser familiar cadastrado na ESF;
- b) Ter recebido visita domiciliar da equipe de saúde em algum momento de sua vida;
- c) Ser maior de 18 anos;
- d) Ter condições auditivas e verbais preservadas para manter um diálogo;
- e) Mostrar-se interessado em colaborar com o desenvolvimento da pesquisa.

Contemplados esses critérios e após contato para leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – 70 usuários foram definidos como participantes da pesquisa. Entretanto, houve uma perda de 18 participantes (10 por recusa e oito deles não foram encontrados nas suas residências nos dias e horários previamente negociados, apesar de três tentativas). Portanto, participaram da pesquisa 52 familiares cadastrados na ESF.

Quanto aos profissionais, os participantes foram incluídos de acordo com os critérios de inclusão abaixo:

- a) Ser profissional da ESF com no mínimo um ano nesta função;
- b) Já ter realizado a visita domiciliar;
- c) Mostrar-se interessado em colaborar com o desenvolvimento da pesquisa.

Nas Equipes de Saúde da Família da área de abrangência da pesquisa havia 60 profissionais dos quais sete (07) eram enfermeiros; sete (07) médicos; sete (07) Técnicos de Enfermagem e 39 Agentes Comunitários de Saúde. Entretanto, houve uma perda de 26 profissionais decorrente de férias, licenças e outros afastamentos das atividades profissionais, equipes incompletas pela falta de médicos e ACS e recusa para participação da pesquisa, totalizando 34 participantes.

Considerando usuários e profissionais, participaram da investigação 86 participantes, entre eles: 52 familiares, 4 Médicos, 6 Enfermeiros, 6 Técnicos de Enfermagem e 18 ACS, nos quais buscou-se por meio das suas falas e reflexões apreender experiências, sentimentos, significados e desejos relativos ao objeto de estudo, para assim, revelar o cenário e contexto da visita domiciliar na ESF. Os participantes foram caracterizados como um grupo heterogêneo, fato que fez emergir diferentes formas de interação, traduzindo-se em riqueza de dados tão importantes para a essência da pesquisa qualitativa.

3.4 INSTRUMENTO E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

Foi utilizada a entrevista aberta não estruturada como instrumento de coleta de dados. A entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de um determinado assunto (MARCONI; LAKATOS, 2011). Para Vergara (2012, p. 3), a entrevista “é uma interação verbal, uma conversa, um diálogo, uma troca de significados, um recurso para se produzir conhecimento sobre algo”. Na entrevista não estruturada o entrevistador tem liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considere adequada caracterizando-se como um recurso para explorar mais amplamente uma determinada questão (MARCONI; LAKATOS, 2011).

O primeiro passo para início da coleta de dados, propriamente dita, foi realizado em reunião com os enfermeiros em suas respectivas Unidades de Saúde em dia e horário preliminarmente negociados. A reunião foi realizada nas respectivas Unidades Básicas de Saúde com uma conversa esclarecedora sobre os pontos chaves da pesquisa, seus objetivos e principalmente a respeito dos critérios de elegibilidade dos representantes familiares. Esclarecidos estes pontos foi marcado um novo encontro para que fossem apresentados os nomes e endereços dos possíveis participantes da pesquisa. Foi solicitado aos enfermeiros que fizessem contato preliminar com os usuários no sentido de agendar encontro para que os pesquisadores apresentassem os aspectos relativos a pesquisa e tecessem comentários para sensibilizar a participação dos mesmos.

No segundo encontro, de posse da relação dos usuários de cada equipe foi construído um cronograma com dia e horário, para estabelecer o contato entre o pesquisador e os familiares. Neste encontro, decidimos juntamente com o possível entrevistado qual o melhor dia para realização da entrevista e se realmente era de sua vontade continuar no processo de investigação. A partir de então obtivemos dois tipos de respostas: a primeira, alguns participantes sugeriram que a entrevista fosse realizada logo no mesmo dia e a segunda, a negociação de dias e horários de sua preferência para a realização da mesma.

Grandes foram as dificuldades para encontrar participantes/familiares que contemplassem todos os critérios de inclusão, pois em duas áreas de abrangência da ESF, que correspondem a cinco equipes de Saúde da Família, a maioria das famílias não recebiam visita domiciliar a muito tempo, por isso os familiares manifestavam receio em não conseguir realizar uma boa entrevista por ter que buscar na memória este acontecimento. Outro ponto importante foi que todos os familiares escolheram suas próprias residências para a realização da entrevista.

Na operacionalização da pesquisa alguns entraves merecem ser destacados, pois contribuíram para o prolongamento da coleta de dados, dentre as quais destaca-se: o

lento e demorado processo de análise dos aspectos éticos pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde; equipes incompletas representado, em especial, pela falta do profissional médico e de ACS; o momento delicado representado pelas lutas sindicais dos ACS que culminou com o afastamento desses profissionais das atividades na USF; profissionais que não realizavam a visita domiciliar nas suas práticas na ESF.

Quando a coleta de dados envolveu os profissionais, a abordagem deu-se no próprio ambiente de trabalho, de forma individual. Nesta conversa foram expostos os objetivos e a importância da investigação, posteriormente foi marcado o horário e o local das entrevistas. Algumas foram realizadas na própria unidade, preferencialmente no final do expediente e outras em locais escolhidos pelos próprios profissionais.

No decorrer das entrevistas o esforço foi direcionado para acessar informações densas sem, no entanto, fazer inferências. Para tanto, a imparcialidade foi um exaustivo recurso na coleta de dados, tendo um cuidado especial com as entrevistas realizadas com os familiares, pois em alguns momentos emergiram das falas dos entrevistados sentimentos de abandono, solidão, revolta, complacência, gratidão, acomodação, humanidade que me levavam à reflexão, tendo por vezes contribuído para outros questionamentos que foram esclarecidos com perguntas complementares. A finalidade era apreender a realidade de cada um dos participantes, compreendendo que estas são diferentes e encaradas por cada participante das mais diversas formas possíveis.

Para que os participantes tivessem mais liberdade ao compartilharem suas opiniões, saberes e vivências na área de atuação profissional do pesquisador (Unidade de Saúde da Família Santa Clara) os dados foram coletados por uma Bolsista de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, da Criança e do Adolescente (GEPFCA).

As entrevistas foram gravadas em meio digital, realizadas pela pesquisadora e pela bolsista, sendo que na entrevista inicial tive a colaboração da orientadora, com o objetivo de direcionar o percurso metodológico a ser seguido e uma boa condução da entrevista. Seguida a realização das entrevistas, estas foram transcritas na íntegra sendo corrigidos erros posteriormente.

3.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram analisados segundo o referencial da Análise Temática proposto por Minayo (2010, p. 315-316), que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o

objeto analítico visado”. Todo este processo de descoberta foi seguido de forma rigorosa ao que foi descrito pelo método. A descoberta dos núcleos de sentido foi o primeiro passo, sendo seguido pelo entrelaçar das descobertas, transformando os saberes em Temas.

De acordo com Minayo (2010), o tema é uma afirmação a respeito de um determinado assunto que contém um feixe de relações às quais podem ser apresentadas por meio de uma palavra, frase ou resumo. De forma didática a Análise Temática é demonstrada pela autora por meio de três etapas: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação.

A fase inicial é denominada de *Pré-Análise* que consiste na escolha das entrevistas a serem utilizados na análise sempre direcionada aos objetivos iniciais da pesquisa. Esta etapa é decomposta em *Leitura Flutuante* que corresponde ao contato direto entre o pesquisador e o material escolhido para análise, é neste momento que o pesquisador deixa-se impregnar pelo seu conteúdo por meio de uma leitura exaustiva; *Constituição do Corpus* caracterizado pelo universo estudado em sua totalidade, para isso deve responder a algumas normas de validade qualitativa, sendo elas a exaustividade (o material deve contemplar todo o roteiro estabelecido), a representatividade (que o material apresente características essencial do universo pretendido), a homogeneidade (obedeça aos critérios de escolha quanto aos temas tratados, às técnicas utilizadas e aos atributos dos interlocutores) e a pertinência (os documentos devem dar respostas aos objetivos propostos); Formulação e reformulação de Hipóteses e Objetivos evidenciado pelo processo de retomada e valorização da etapa exploratória. É neste estágio introdutório que são determinados a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, as categorizações, codificações e conceitos teóricos.

A segunda etapa trata-se da *Exploração do Material* que se apoia no alcance do núcleo de compreensão do texto, buscando encontrar categorias. A categorização para Minayo (2010) consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas, processo no qual os dados brutos foram reduzidos em núcleos de sentido. Após a categorização segue-se com a classificação e agrupamentos dos núcleos de sentido originando os Temas. Portanto a constituição de corpus desta pesquisa foi definida por 86 entrevistas, 3.893 núcleos de sentido, quatro temas e quatro subtemas.

A terceira etapa trata-se do tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação, que será realizada à luz do referencial teórico que alicerça esta pesquisa que nos permitiu inferir e realizar interpretações, inter-relacionando ideias e vislumbrando novas dimensões teóricas e interpretativas (MINAYO, 2010).

Segundo as etapas acima descritas o processo de análise dos dados pode ser observado nos quadros 1 e 2:

Quadro 1. Dados brutos e produção dos núcleos de sentido

Trechos das Entrevistas	Núcleos de Sentido
Eu agradeço porque eu já me encontrei em muita situação ruim. Eu agradeço primeiro a Deus e a eles que vêm	1.30 Referindo sentimento de gratidão pela VD
	1.31 Dizendo que nas situações difíceis foi apoiada pela VD
	1.32 Agradecendo a Deus e aos profissionais pela VD
[...] de um hospital que tem lá na Vila Palmeira, encaminharam para o Posto de Saúde, desde então, em momento nenhum eles me abandonaram entendeu? Até o último dia de parar de tomar a medicação, a enfermeira estava todo o tempo acompanhando. A equipe está acompanhando, estão visitando.	1.57 Afirmando a continuidade do cuidado na VD pelos profissionais
	1.59 Reafirma a importância da continuidade da VD
	1.61 Afirmando um acompanhamento constante pelos profissionais na VD
	1.63 Referindo acompanhamento de toda equipe na VD
Agora se eu fosse falar era de lá (posto de saúde) do pessoal que me atende, aqui não, de nenhum. Não, não é que eu não sou cuidada lá, é a forma que lá é, que a gente queria melhorias no Posto de Saúde, entendeu? A gente queria que tivesse uma Unidade de Saúde melhor, entendeu? Não quer dizer que são os agentes, é Unidade.	1.8 Explicando que o que desagrada é a má estrutura do posto de saúde
	1.82 Relatando que o posto de saúde necessita de melhorias
	1.83 Referindo o anseio de sua família por uma unidade de saúde melhor
	1.84 Afirmando que o problema não é com os agentes de saúde
	1.85 Reafirmando que o problema é com o posto de saúde

Quadro 2. Agrupamento dos núcleos de sentido e respectivos temas

Núcleos de Sentido	Construção dos Temas
1.30 Referindo sentimento de gratidão pela VD	SENTIMENTOS DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS RELATIVOS À VISITA DOMICILIAR
1.31 Dizendo que nas situações difíceis foi apoiada pela VD	
1.32 Agradecendo a Deus e aos profissionais pela VD	
1.57 Afirmando a continuidade do cuidado na VD pelos profissionais	VISITA DOMICILIAR COMO INSTRUMENTO DE CUIDADO
1.59 Reafirma a importância da continuidade da VD	
1.61 Afirmando um acompanhamento constante pelos profissionais na VD	
1.63 Referindo acompanhamento de toda equipe na VD	
1.81 Explicando que o que desagrada é a má estrutura do posto de saúde	PROCESSO DE TRABALHO NA VISITA DOMICILIAR
1.82 Relatando que o posto de saúde necessita de melhorias	
1.83 Referindo o anseio de sua família por uma unidade de saúde melhor	
1.84 Afirmando que o problema não é com os agentes de saúde	
1.85 Reafirmando que o problema é com o posto de saúde	

3.6 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS E ÉTICOS DA PESQUISA

Este Projeto de Pesquisa vincula-se ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão e ao GEPSFCA que tem desenvolvido estudos sobre as práticas de cuidado e atenção à família e em contexto domiciliar.

Para atender às exigências administrativas o projeto de pesquisa foi inicialmente apresentado aos Diretores das Unidades Básicas selecionadas para que os mesmos pudessem ter ciência do processo e consentir a pesquisa. Logo após o consentimento, o projeto de pesquisa foi encaminhado juntamente com os Termos de Anuência à análise do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde para as providências éticas e legais da pesquisa com seres humanos, obtendo parecer favorável em 7 de julho de 2013, nº 2013.01.16.04-52 (ANEXO A).

Para atender às exigências da resolução nº466 do Conselho Nacional de Saúde foram apresentados a todos os participantes de pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES A e B), muito embora a construção do projeto de pesquisa e sua análise pelo Comitê de Ética tenha sido alicerçada na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Esta modificação gerou alterações que foram ajustadas respeitando a resolução 466/2012. O conteúdo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido teve como finalidade esclarecer todos os aspectos da pesquisa, tais como: a participação voluntária, o anonimato, o objetivo e a finalidade da pesquisa, o consentimento para a divulgação dos resultados bem como a possibilidade de desistência dos participantes na pesquisa a qualquer momento. O referido termo foi assinado em duas vias, sendo que uma ficou com o familiar e profissional de saúde participante e a outra com o pesquisador.

Para garantir o anonimato, a identificação dos participantes foi feita por meio de letras e número, já que foram duas categorias. Para os familiares participantes designamos a letra “F” e para os profissionais, a letra “M” para Médicos, “E” para Enfermeiros”, “TE” para Técnicos de Enfermagem e “A” para Agente Comunitários de Saúde, a numeração que segue cada letra foi dada de acordo com a sequência em que foram realizadas as entrevistas.

4 REFERENCIAL TEÓRICO: teoria proxêmica de Hall

A Teoria Proxêmica de Hall será o guia teórico desta pesquisa para que possamos compreender os conceitos de espaço e territorialidade. Nessa perspectiva, o contexto domiciliar deve ser encarado como um território distinto, ambiente sagrado e que cada um que adentra este mundo deve manter o respeito por suas crenças, saberes, valores e atitudes pertinentes a cada família e a cada um de seus membros. Nos leva a entender que este “pedacinho de chão” ao qual nos reportamos é o lugar do outro, não nos pertence, e por isso devemos respeitá-lo. Para adequada condução da atenção em saúde no contexto domiciliar por meio da visita, considerou-se importante utilizar como ponto de partida os conceitos apontados por Hall (2005) de espaço social e territorialidade assim como uso e interpretação do espaço pelo homem no processo de comunicação.

Edward Twitchell Hall era americano nascido no dia 16 de maio de 1914, em Webster Groves, Missouri e faleceu em 20 de julho de 2009. Era antropólogo e pesquisador inter-cultural. Formou-se em humanidades pela Universidade de Denver, recebeu grau de mestre da Universidade do Arizona e obteve grau de doutor em antropologia pela Universidade de Columbia. Ao longo de sua carreira, Hall introduziu uma série de novos conceitos, incluindo a expressão proxêmica. Em seu segundo livro, *A dimensão oculta*, ele descreve as dimensões culturais específicas temporais e espaciais que cercam cada um de nós, como as distâncias físicas de pessoas mantidas em diferentes contextos.

Segundo Hall (2005), o termo proxêmica é utilizado para designar as inter-relações de uso que o homem faz do espaço tendo por base a sua cultura individual ou coletiva, é ela quem determina como se percebe o mundo. O espaço nesta perspectiva interage com tudo e interfere nas relações interpessoais. Manifestações proxêmicas existem em vários níveis de cultura dentre eles encontramos: a infracultural, é comportamental e está enraizada no passado biológico do ser humano; a pré-cultural, é fisiológica e está situada no presente e a microcultural é aquela em que se faz a maioria das observações proxêmicas.

Hall (2005) enfatiza que recebemos informações do mundo à nossa volta por meio de diferentes formas de percepções, sejam elas visuais, olfativas, térmicas ou auditivas. Assim relacionadas, chegamos à conclusão de que a experiência espacial é multisensorial e percebida por cada um de modo diferente, sendo assim a comunicação é uma experiência multissensorial. Nesse sentido, ele adverte sobre a necessidade de atentar para os sinais subentendidos em cada gesto e na fala para que possamos aprender a

interpretar as comunicações silenciosas com a mesma facilidade que interpretamos a comunicação impressa e falada.

Concorre para a compreensão do pensamento de Hall o fato de que nas diferentes culturas as pessoas estabelecem mundos, línguas e visões diferentes e que cada mundo construído possui um código, com seus próprios conjuntos de estímulos sensoriais, isto é, o que representa a invasão do espaço de uma pessoa em uma cultura pode não representar para outro com uma cultura diferente (HALL, 2005). É nesta perspectiva que podemos identificar os fatores que dificultam a comunicação e supor os motivos pelos quais as informações não são transformadas em ações.

Dentre os muitos conceitos criados por Hall na construção de sua teoria a territorialidade traz uma característica nova de demarcação de território. É geralmente definida como um comportamento por meio do qual um organismo reivindica a posse de uma área, de um espaço, e a defende de seus membros de sua própria espécie. Estes espaços fornecem limites nos quais tudo acontece.

Para Hall (2005), este espaço delimitado pelo ser humano é um lugar que deve ser respeitado em suas características peculiares, tendo ele seu caráter visível ou invisível. Podemos estabelecer esta distinção quando correlacionamos ao lar ou as distâncias interpessoais. O lar de uma pessoa é seu castelo, um lugar protegido por diversas proibições, o poder é administrado pelo dono do território, pessoas externas a este ambiente não tem autonomia, contudo, podem influenciá-lo se o mesmo receber autorização para isso.

Além deste conceito de território Hall nos traz outros conceitos em que podemos caracterizar as distâncias as quais todos os seres vivos estão sujeitos em diferentes situações de nossas vidas, representados pelo que ele chamou de mecanismos de espaçamento. Para um melhor entendimento estas distâncias foram classificadas em quatro: fuga, crítica, pessoal e social.

A distância de fuga ocorre quando um ser vivo considera que seu território foi invadido, desestabilizando-o e que para o restabelecimento de seu equilíbrio o mesmo deve recuar. A distância crítica significa o mínimo de espaço que um indivíduo necessita para sobreviver (HALL, 2005). É a proximidade sem gerar ansiedade e que são singulares a cada pessoa. O autor assegura que as necessidades espaciais de cada um são singulares e de modo algum pode ser as mesmas.

Qualifica-se como distância pessoal uma “bolha invisível” (HALL, 2005) que envolve o organismo mantendo-se entre si mesmo e os outros. A distância social é uma distância psicológica a qual o animal ou indivíduo não consegue transpor sem que haja ansiedade, é determinada de acordo com a situação, ela pode ser usada para separar ou isolar as pessoas umas das outras.

Ainda relativo às questões de espaço, Hall especifica outro conceito que é o espaço informal. Para o autor, este é o espaço mais significativo para o indivíduo por incluir as distâncias mantidas em encontros com o outro. Uma compreensão errônea pode gerar consequências desastrosas durante o contato com seus pares (HALL, 2005). Devemos considerar o espaço informal com limites nítidos e de extrema importância.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Transformar os dados brutos das entrevistas em conceitos e, em seguida refiná-los com densidade científica, sugere o percurso de um rigoroso processo de coleta e análise. Sob essa perspectiva e com apoio dos pressupostos da Análise Temática, os resultados serão apresentados descritivamente a partir de cada Tema construído. Há de se ressaltar que os Temas possuem complexa interação conceitual, isto é, há em todos eles sentidos complementares que se tornaram independentes por sutis significados expressos pelos participantes da investigação. Assim, emergiram quatro Temas e quatro Subtemas apresentados na Figura 1:

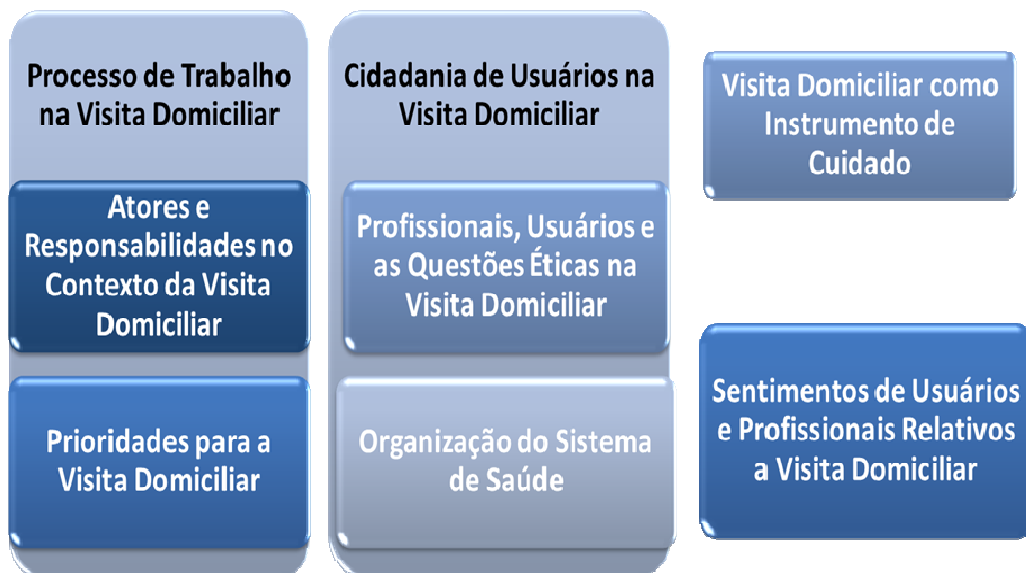


Fig. 1. Temas e Subtemas que emergiram do processo de Análise

TEMA 1. PROCESSO DE TRABALHO NA VISITA DOMICILIAR

Caminhar na ESF sugere quebrar paradigmas, que na opinião de Sousa (2011, p. 4307) compreende o “deslocamento de polos opostos: da doença para a saúde, da prevenção para promoção, dos objetos para os sujeitos, do objetivo para o subjetivo, da cultura para multiculturalidade, dos conhecimentos disciplinares para transdisciplinares”. São perspectivas que sugerem práticas e dinâmicas compatíveis e coerentes de e entre vários tipos de demandas, de recursos e de trabalho humano. Requer respostas que visem a direcionalidade para além de tarefas e que a ênfase seja as pessoas nos seus movimentos e necessidades.

De acordo com Kawata et al. (2013), durante a VD são coletados dados, observação e inspeção para avaliação, identificando sinais e sintomas, período da condição referida, medicamentos utilizados e todas as informações necessárias com a finalidade de buscar um diagnóstico para realização de intervenções sejam procedimentos, notificações, encaminhamentos, se necessário, e posteriormente registros. Portanto, as ações cooperativas e de suporte terapêutico delinham o processo de trabalho dos profissionais na visita domiciliar como revelado nas falas abaixo:

A equipe **examinava meu marido dos pés a cabeça**, botavam o aparelho porque era hipertenso para **verificar a pressão**, furavam o dedo dele para **verificar a glicemia**, tinha tido um derrame. A médica **prescrevia as medicações e colocava no prontuário dele** (F 2).

Na hora da visita há tempo para **os profissionais conversarem com meu marido, avaliarem ele, prescrevem os remédios e dão um acompanhamento** mais rigoroso (F 8).

Senti-me muito bem com a equipe aqui, eles nos ajudaram muito com a visita domiciliar, **vieram fazer vacina para minha irmã e para mim, verificaram a pressão** (F 15).

A visita da equipe facilita muito a minha vida, eles me vacinam, vacinam minha filha, verificam minha pressão, encaminham para especialistas e solicitam exames, tanto para mim quanto para meus filhos, aí depois eu providencio (F 32).

Uma paciente da minha área já estava a um bom tempo doente e se negava a ir ao médico, um dia numa visita eu percebi que tinha algo errado, comecei a investigar, com muita conversa e descobri que essa paciente tinha câncer, e que devido ao medo de perder o cabelo, essa paciente não tinha realizado nenhum tipo de tratamento (A 73).

Compreende o atendimento realizado pela equipe ao paciente que não pode se deslocar até a unidade, sendo uma forma de realizar o atendimento no domicílio. Enquanto Técnica de Enfermagem **durante a visita domiciliar verifico a pressão arterial, realizo um curativo quando necessário**, atendendo esse paciente e sua família da melhor maneira possível (TE 85).

Especificamente em relação aos enfermeiros, Santos e Morais (2011) enfatizam que as atividades desses profissionais envolvem ações de prevenção de doenças, promoção da saúde e ações curativas que se caracterizam como cerne dos serviços da APS. De acordo com Araújo (2000), são funções da enfermagem de saúde pública, com relação à família, aquelas que visam assisti-la no desempenho de atividades que contribuam para promover e recuperar a saúde de seus membros. O enfermeiro desempenha funções diversas durante a VD, tendo sempre como ponto final a satisfação, seja total ou parcial, das necessidades da família ou da comunidade, como podemos observar nas falas dos enfermeiros descritas a seguir:

A visita domiciliar é um momento de troca, de escuta, de identificação de problemas e de buscar meios para que esses problemas sejam resolvidos não pontualmente, mas sim de forma que eles não voltem mais a aparecer (E 59).

A visita domiciliar serve para observar coisas que não dá para saber no posto somente na casa, sendo um momento que fortalece os laços entre o profissional e a família, e **umenta a visão do profissional quanto aos outros riscos que aquela família pode está correndo, como riscos sociais, habitacionais, para tentar traçar um plano para tentar ajudar essa família** (E 64).

A visita domiciliar é realizada por toda a equipe, eu (enfermeiro) e os agentes de saúde selecionamos quatro casos, de acordo com a necessidade, priorizamos os pacientes acamados, quando existe algum paciente numa área mais afastada agendamos um dia para ir nessa área. **A visita possibilita que o profissional possa conhecer os problemas de saúde e atender esse paciente que não pode ir até a unidade, neste momento é realizado encaminhamento, prescrições e orientações** (E 65).

Quanto ao enfermeiro enquanto profissional da Estratégia de Saúde da Família, **deve se fazer presente durante a visita domiciliar para poder solucionar esses problemas identificados pelo agente de saúde, sendo a presença do enfermeiro na visita essencial para o resgate de pacientes que abandonaram o tratamento ou até deixaram de realizar acompanhamento** (E 76).

Realizávamos as visitas para prevenção de doenças também, íamos até as áreas de risco que sabíamos que alagava no período chuvoso, então **íamos antes para realizar limpeza nos quintais, tudo isso para prevenir**, então eu acho muito importante a visita domiciliar da enfermagem (E 86).

Hall (2005), nos chama atenção da importância do espaço visual, ele nos possibilita criar ferramentas, cuidar de si mesmo e dos outros, avaliar aparências e colher informações, sendo uma peça essencial na construção do entendimento humano. A informação visual costuma ser menos ambígua e mais focalizada. A VD permite aos profissionais conhecer as condições de vida, trabalho, habitação das famílias e também de suas relações, os agravos presentes nas comunidades facilitando o planejamento e o direcionamento das ações (DRULLA et al., 2009). Esses aspectos são visualizados nas falas abaixo:

O momento mais importante na visita domiciliar é a análise das condições de moradia e de saúde em relação ao saneamento básico que tem naquela casa (M 53).

A minha visita é importante porque primeiro eu **conheço as famílias com as quais eu vou trabalhar**, de casa em casa eu **vou descobrindo cada um, seus costumes, seus problemas familiares, seus problemas de saúde**, então a minha **visita me permite conhecer as pessoas** para quem eu irei trabalhar, **ou seja, toda comunidade** (A 54).

O momento da visita é que você **utiliza para fazer a inspeção sanitária da casa do paciente e realmente você faz uma avaliação do contexto em que seu paciente vive**. Conseguimos **saber quantas pessoas residem com ele, as condições de higiene e até mesmo as condições financeiras** que eles se encontram (M 57).

Nós agentes comunitários de saúde somos investigadores, pois **através do nosso trabalho é descoberto focos de algumas doenças** que atingiram a comunidade (A 74).

A visita domiciliar é o ato de conhecer, mapear área em que eu trabalho, ao conhecer essa área é meu dever realizar a visita para trabalhar a prevenção e promoção da saúde (A 75).

Nesse contexto, a visita domiciliar constitui importante instrumento da atenção em saúde, pois possibilita aos profissionais conhecer a realidade de famílias e de indivíduos no seu contexto natural, além de desenvolver os aspectos relacionados a longitudinalidade, acessibilidade e processos interativos entre profissional/usuário e família, portanto, configura-se como importante instrumento de intervenção na APS, e, para o Ministério da Saúde potencializa a participação ativa das pessoas nos processos saúde-doença (BRASIL, 2012b). O rastreamento dos problemas e conhecimento da realidade *in loco* facilita a construção do plano de intervenções que deve ser realizado pela equipe de saúde garantindo maior resolutividade em suas ações.

À medida que o homem desenvolveu a cultura, ele se domesticou e neste processo criou uma série de mundos, diferentes um do outro sendo que cada ambiente proporciona um tipo de estresse (HALL, 2005), levando em consideração esta informação podemos inferir que o ambiente criado por ele mesmo, seu lar, facilita a comunicação e propicia conforto o suficiente para deixar as barreiras, entre profissionais/usuários, mais porosas quando esta comunicação se estabelece no domicílio. Para os participantes algo importante estabelecido durante o processo de trabalho da VD é o contato pessoal entre profissionais e familiares. Nota-se que o ambiente familiar é mais propício à comunicação, à atenção diferenciada e a uma aproximação entre estes atores:

A visita é excelente, só que tem que melhorar nesses pontos, o número de visitas deve ser maior, ter um acompanhamento mais próximo, a orientação deve ser por escrito, ter um número de contato para podermos estar nos comunicando, **pois a comunicação é essencial no cuidado de uma pessoa, a equipe tem um conhecimento maior de como cuidar** (F 12).

Para falar a verdade eu não estava precisando de nada, é que eles estavam passando nas casas para pesar as crianças pequenas, **a equipe veio na casa da vizinha pesar o filho dela e conversar com a gente** (F 13).

Com a visita nós sabemos como o meu ex-cunhado está, eu não conheço nada, **a enfermeira e a agente explicam as condições em que ele se encontra**, o que mais podemos fazer para ele ficar melhor, eles que me dizem se ele está bem ou não, **a conversa com eles é muito boa, acabamos confiando** (F 18).

A visita pra mim facilita a comunicação (A 55).

Durante a visita devemos ser profissionais, para isso **temos que saber ouvir e calar** (A 60).

A visita domiciliar do agente de saúde não é somente um momento de investigação, pois devemos estar averiguando e indagando essa família, **mas também de diálogo**, pois conversamos (A 73).

Para Drulla et al. (2009), o trabalho desenvolvido durante a visita domiciliar expressa potencialmente uma aproximação entre as equipes de saúde e as famílias

principalmente quando estas são realizadas por profissionais de diferentes abordagens e em diferentes momentos. Na mesma linha de pensamento Sossai e Pinto (2010), afirma que a VD aproxima a equipe de saúde ao indivíduo, à família e à comunidade, ampliando a compreensão do universo social em que vivem. É importante o intercâmbio entre as partes, equipe e comunidade, fortalecendo os laços, proporcionando bom entendimento, para que as informações sejam transmitidas com segurança e interpretadas de forma correta sendo colocadas em prática com o intuito de prevenir agravos futuros.

SUBTEMA A. Atores e Responsabilidades no Contexto da Visita Domiciliar

No decorrer desta investigação os dados revelaram que é de conhecimento da população os atores e as responsabilidades de cada um dos integrantes das equipes da ESF perante as famílias e a comunidade relativas à sua área de abrangência. A partir desta inferência podemos considerar que as visitas são realizadas, mesmo que de forma irregular. Muito embora as famílias não recebam mais as visitas, recordam dos momentos vividos durante as mesmas, nas quais identificam atitudes, comportamentos e os profissionais que lhes prestaram cuidado. A Política Nacional da Atenção Básica por intermédio da Portaria nº 2.488/11 estabelece que as equipes da ESF devem ser multiprofissionais compostas, conforme modalidade das equipes, por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar ou técnico em saúde bucal, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2011).

A ESF envolve a comunidade por meio dos ACS e deve colocar as equipes multiprofissionais mais perto dos domicílios, das famílias e da comunidade e não uma atividade estratégica de competência exclusivamente do ACS. É uma dimensão que envolve todos os profissionais, que apesar dos saberes específicos, a visita domiciliar se concretiza pela aproximação com a realidade dos usuários exigindo, portanto, articulação de saberes e diferentes práticas para assim alcançar o indivíduo nas suas necessidades específicas:

Não tenho do que reclamar, a minha agente de saúde, ela sempre está por aqui. Queria que com os outros também fosse assim. **Quanto mais gente viesse melhor, a gente nunca precisa só de uma coisa, poderiam ter mais profissionais para vir em nossa casa** (F 27).

Na visita **vem sempre a técnica, o médico e a agente de saúde** (F 28).

Nessa visita **vieram o médico, a agente de saúde e a enfermeira** (F 30).

A visita domiciliar na verdade é um atendimento multidisciplinar na residência do paciente, no qual o médico, o enfermeiro, o ACS, o dentista, o psicólogo se tiver, no caso do posto em que trabalho só dispomos do fisioterapeuta, esses profissionais é que vão até a residência do paciente (M 53).

Deveríamos ter a participação de outros profissionais na visita, pois a enfermeira, o médico, o técnico de enfermagem e o agente de saúde por vezes não dão conta da necessidade encontrada na família, às vezes somos psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, somos bem mais do que deveríamos ser (A 61).

Há uma necessidade por parte das famílias e da comunidade da inserção de novos profissionais para incrementar a Equipe de Saúde da Família. A falta de um dos profissionais compromete a eficácia do serviço e sua resolutividade. O tratar desses atores exigem práticas multidisciplinares, o que justificaria a incorporação a esta equipe de profissionais ligados ao NASF tais como: médico acupunturista; assistente social; profissional de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; ginecologista/obstetra; homeopata; nutricionista; pediatra; psicólogo; psiquiatra; terapeuta ocupacional; geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; profissional com formação em arte e profissional de saúde sanitária. O NASF tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade (BRASIL, 2011). A ausência desses profissionais representou uma lacuna, visto que a visita domiciliar poderia ser muito mais resolutiva se tivesse mais profissionais com conhecimentos diferentes para expor seu ponto de vista e assim chegar a um consenso, visando sempre o bem estar da família e da comunidade.

Muito embora a VD seja de responsabilidade dos profissionais da ESF a sua prática ainda não foi incorporado por alguns dos profissionais, em especial pelo médico. A Portaria nº 2.488/11 GM traz como atribuições específicas dos profissionais (Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Médicos e Agentes Comunitários de Saúde) o dever de realizar atenção a saúde aos indivíduos e famílias quando indicado ou necessário no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (BRASIL, 2011). A visita domiciliar representa uma mudança de paradigma assim como a ruptura com o modelo hospitalocêntrico, trazendo à tona o cuidado familiar e a responsabilidade com a nossa saúde e com a dos demais. As falas a seguir demonstram a resistência de alguns profissionais relativas à VD:

Até hoje ainda temos dificuldade em reunir a equipe completa para realizar a visita domiciliar, muitas das vezes só vai o agente de saúde e a enfermeira, e acabamos algumas vezes nos deparando com uma realidade em que não só a presença da enfermeira se faz necessária, mas também do profissional médico, e às vezes não têm como o médico ir até o domicílio, pois a demanda na UBS é muito grande (E 76).

A visita domiciliar que vinha sido feita somente uma vez na semana, muita das vezes nesse dia o médico não se encontrava na unidade, e devido a isso e ao fato de que na nossa unidade temos um déficit no número de técnicas de enfermagem só ia para visita a enfermeira juntamente com a ACS, as técnicas raramente vão devido ao fato de serem poucas na unidade. A equipe como um todo dificilmente realiza a VD em conjunto e isso dificulta o atendimento, pois na maioria das vezes esse paciente necessita do atendimento de todos os membros da equipe (TE 79).

Eu (Médico), por exemplo, já estou com um bom tempo que não realizo a visita domiciliar, em alguns casos a enfermeira vai até o domicílio quando é detectado a necessidade pelos ACS, mas a visita com toda a equipe não está sendo realizada (M 81).

Aqui na unidade que trabalho atualmente, **eu (enfermeira) tenho uma grande dificuldade para realizar a visita domiciliar**, quando era realizada a visita nesta unidade era por mim e pelo agente de saúde, **pois a médica da minha equipe não ia, inclusive deixou bem claro que ela não realizava visita domiciliar** (E 86).

A falta de profissionais foi revelada como condição rotineira na área onde a pesquisa foi desenvolvida. São vários os motivos, seja pela indisposição do profissional em se deslocar até o domicílio, pela indisponibilidade do mesmo ou pela falta de profissionais para realizarem as outras atividades que também devem ser exercidas na Unidade Básica de Saúde. Todas essas ocasionalidades sobrecarregam os Enfermeiros que em conjunto com ACS realizam a VD em duplas e não em equipe.

Aspectos educativos também são priorizados durante esta modalidade de atenção que traz em seu bojo orientações para o autocuidado e para as diferentes situações encontradas (DRULLA et al., 2009), estimulando e monitorando práticas saudáveis e a prevenção de agravos. O desenvolvimento de atividades educacionais no SUS não abrange apenas a educação da população por parte dos profissionais da ESF, a educação permanente de sua força de trabalho e a formação de profissionais diferenciados com um olhar voltado para a Saúde Pública também são aspirações importantes dentro da proposto do sistema de saúde vigente.

Além dos profissionais da equipe existe a participação de estudantes de enfermagem e de medicina nas VD realizadas. Ao incorporar um vínculo com instituições de ensino, por meio dos estágios supervisionados o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação estabeleceram uma parceria que visa exatamente incentivar a formação de profissionais aptos para atuar no SUS, evitando assim a fragmentação do ensino e superespecialização precoce mantendo um amplo campo de visão sobre o processo saúde-doença (RAMOS-CERQUEIRA et al., 2009).

A enfermeira ficou sabendo através da agente de saúde que a minha filha havia ganhado bebê, e se dirigiu até a nossa casa para ver como ela estava passando, por está operada, veio fazer o trabalho dela, analisar como ela e o bebê estavam, fez curativo junto com os alunos de Enfermagem da UFMA ensinando a eles como fazia, então eu gostei me senti mais a vontade (F 3).

A agente de saúde está vindo mais, passando todas as orientações entregando folhetos, explicando sobre as doenças, orientando sobre as vacinas das crianças (F 13).

A visita serve muito, tem orientação pra gente de como jogarmos o lixo fora, de como guardarmos as garrafas para não acumular água, de limparmos a caixa d'água, tudo para evitar a dengue, aqui tem muitos casos quando chove. Dentre outras coisas eles **ensinam até como preparar o soro caseiro** (F 29).

A enfermeira veio aqui com o agente de saúde e mais alguns alunos, acho que de medicina, ela mediu meu bebê, deu orientação para mim quanto a amamentação e **eles só observaram e olharam a carteira de vacina. Perguntaram sobre o banheiro, o lixo e fizeram algumas anotações** (F 37).

O médico e a enfermeira explicam tudo bem detalhado, o médico passa a medicação e diz em que horário tomar, **eles me dão a atenção necessária, ensinando como comer, o que devo fazer pra não piorar a minha situação,** pois sou diabética e às vezes não sei o que pode me prejudicar ou me fazer bem (F 39).

Batista et al. (2012) enfatizam que ainda se vivencia uma formação muito tecnicista e valorizadora da doença e orientada pelo modelo biomédico, com pouco conhecimento das questões socioculturais e do contexto familiar por parte dos profissionais. Por isso Lopes, Saube e Massaroli (2008) destacam que deve ser considerado um desafio de implementar e consolidar um novo olhar e redirecionamento para a prática da visita domiciliar. Para tanto, investir qualitativamente na formação de estudantes da saúde é o caminho para futuros profissionais comprometidos com novas formas de atuar, sobretudo no respeito ao indivíduo e a família na sua complexidade e integralidade. Este novo olhar está voltado para o processo de ensino e aprendizagem, sendo a VD um momento oportuno para colocar em prática o que foi aprendido de forma segura com a supervisão de profissionais habilitados para o desenvolvimento desta atividade.

SUBTEMA B. Prioridades para a Visita Domiciliar

O processo de trabalho na ESF, como um todo, é guiado pelas ações programáticas baseado em um intenso cronograma de atividades com grupos específicos: hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças e acamados. O Ministério da Saúde adverte que é de responsabilidade das equipes de Atenção Básica atenderem os cidadãos conforme suas necessidades em saúde, muitas vezes produzidas pela dificuldade em acessar os serviços de saúde pelas longas distâncias ou pela forma como são organizados; seja pelo seu estado de saúde, impedindo-os de se deslocarem até esses serviços, exigindo que a assistência seja dispensada em nível domiciliar (BRASIL, 2013). Essa condição foi revelada nas falas dos participantes da pesquisa:

A visita **facilita a minha vida demais principalmente por causa dele** (pai) **que tem dificuldade de andar e cansa,** tem problema de pulmão, qualquer movimento ele fica cansado (F 1).

É ruim eu está levando meu marido no posto. Às vezes eu chego lá, o doutor não vai, não dá certo, **ai lá eu volto para casa empurrando a cadeira de rodas, é muito cansaço** para mim, eu já não posso mais (F 9)

As consultas são marcadas para ele, nesse caso **temos que pagar um carro para levá-lo até o posto de saúde** isso gera mais um gasto. **Ele**

anda pouco, não consegue andar muito, tem muita dificuldade para andar, tem dificuldade para arranjar um carro (F 17).

Nesse estado é muito difícil se deslocar, pois ele anda pouco e **daqui é muito longe para o posto de saúde** (F 20).

Eu não consigo ir até lá, tenho dificuldade para andar, depois que tive o derrame fiquei assim. **Não consigo ir até o posto** tenho que pedir para alguém daqui de casa ou então para o agente de saúde fazer isso para mim (F 26).

Eu acho bom porque eles vêm no mês certo, todo mês eles passam aqui para ver a minha mãe. **Minha mãe precisa dessas visitas, ela tem dificuldade de andar, ficando difícil de ela ir para o posto e eu não tenho condições de pagar um carro** para levar ela para consultar lá (F 31).

A visita é de grande importância, pela facilidade de ter o médico na minha residência, **tenho dificuldade para andar, me locomovo muito devagar e aqui é longe do posto além de tudo na minha casa tenho um ambiente mais confortável**, oportunidade de boa assistência, em casa tem mais condição (F 32).

É neste contexto que a atenção domiciliar surge como forma de assistência desenvolvida pela ESF em que cada Equipe de Saúde da Família é responsável por uma área adscrita, o que inclui famílias que podem ou não se deslocar até às Unidades de Saúde para receber o atendimento em saúde que necessitam em diversos momentos de suas vidas.

Coelho e Savassi (2004) caracterizam a visita domiciliar segundo dois aspectos: visita domiciliar fim e a visita domiciliar meio. A visita domiciliar fim, com objetivos específicos de terapêutica e cuidados aos acamados e a visita domiciliar meio com a finalidade de ir em busca da demanda reprimida, promoção e prevenção da saúde utilizando estratégias de educação em saúde. Segundo Drulla et al. (2009), para melhor assistência à população os critérios de atendimento domiciliar devem seguir características preferenciais dentre as quais os idosos, crianças, gestantes e pessoas com necessidades especiais.

A Agente de Saúde vem aqui em casa e nós pedimos a visita. Aí eles (profissionais) vêm “tudinho”. **Eles (profissionais) vêm na nossa casa em situações de rotina e não só quando estamos precisando ou tem alguém morrendo** (F 1).

A visita é importante porque às vezes não estamos sentindo nada, mas conversando com eles acabamos descobrindo alguma coisa, eu pelo menos as vezes nem sei que estou com a pressão alta então quando a equipe vem aqui eles medem e descobrem, **eles vem para me ver, nem preciso dizer que estou doente ou me sentindo mal** (F 19).

Na visita você se depara com situações diferentes, olhamos aquela pessoa de um jeito, mas quando aferimos a PA e **você descobre que a PA está alterada, ou algum problema** que essa pessoa está passando, tudo isso muda o seu olhar a respeito daquela pessoa, **às vezes eles se abrem na visita, pedem conselhos, não que estejam sentindo algo, isso acontece quando é apenas uma visita de rotina** (A 72).

Nós profissionais fazemos esse atendimento especial, **a visita domiciliar**, dando uma atenção especializada a esse paciente, aí depende **na maioria**

das vezes é a um paciente acamado que precisa de um atendimento mais sensibilizado (M 53).

A visita domiciliar é o método que encontramos para **estar buscando e conversando com as famílias para saber a necessidade e do que aquela família está precisando, não precisar se só para quem está doente** (A 72).

Esse atendimento em domicílio é diferente do que é feito no posto, pois o ambiente muda, **é propício para orientações quanto a questões de higiene**, porque às vezes essas condições não são encontradas na residência a ser visitada, **visando o bem estar do paciente e sua recuperação, tudo isso deve ser dito durante a visita, nas orientações** (A 74).

A visita domiciliar é uma ferramenta que a equipe dispõem para promover um atendimento mais "humanizado", pode-se dizer assim, visto que esse atendimento é **mais voltado aqueles pacientes que por sua patologia ou até mesmo necessidades especiais encontram-se impossibilitados de receber esse atendimento na unidade** (M 81).

Quanto aos critérios para estabelecer prioridades para a visita domiciliar é necessário alicerçá-los a partir dos princípios que regem o nosso sistema de saúde (universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social), pois são eixos norteadores para o atendimento domiciliar. Os princípios doutrinários dizem respeito às características que o sistema deve ter para o desenvolvimento de ações de saúde que contemplem a todos de uma determinada população por meio de preceitos constitucionais. De acordo com as disposições da Constituição Federal, o SUS deve ser universal e igualitário, com isso destacam-se os princípios da universalidade, equidade e integralidade.

A universalidade enfoca a oferta dos serviços e ações de saúde a todos que deles necessitam enfatizando ações preventivas e reduzindo o tratamento de agravos (BRASIL, 2000b). O acesso às ações de saúde deve estar disponível a todas as pessoas, independente de sexo, raça, idade, condição social, ou qualquer outra característica populacional:

Minha mãe também é acompanhada pela visita, é hipertensa, mas ela ainda pode andar ainda ver, faz tudo ao contrário do meu pai. Eu sei que tenho direito. **Todos nós temos direito** (F 1).

A enfermeira veio aqui quando eu tive bebê, gostei, pois ela examinou a criança toda e nem todos fazem isso. **Quando minha filha está doente e eu não posso ir ao posto, a enfermeira que vem até aqui** avaliar ela (F 5).

Quando minha avó adoeceu, ela teve um AVC, veio toda a equipe aqui visitar, para nós foi muito bom, foi maravilhoso, ficamos maravilhados, porque **eles acompanharam de perto, ela estava aqui em casa acamado** (F 6).

A enfermeira, o médico e a agente sempre se comportavam bem, **não senti nenhum tipo de discriminação e eu nunca percebi um comportamento de hesitação, porque tem gente que tem preconceito que fazia cara feia quando viam as úlceras, mas eles não**. A equipe examinava minha mãe toda (F 33).

Segundo Souza (2007), o entendimento de equidade dá-se ao respeitar o direito de que todos são iguais e buscar dar mais a quem mais precisa. Para os profissionais devem se apropriar da sensibilidade de reconhecer que essas desigualdades são injustas e que em se tratando de saúde é possível referir às condições diante do adoecer e do morrer de modo a garantir condições de vida e saúde iguais para todos (TEIXEIRA, 2011). O princípio da equidade reafirma que a necessidade de diminuir as disparidades sociais e regionais deve ocorrer por meio das ações e dos serviços de saúde:

Quando minha irmã esteve doente aqui eles sempre vinham, gostei do atendimento, eles faziam muito bem para ela, no tempo da minha irmã foi uma coisa muito boa que eles fizeram, **pois a gente não podia pagar táxi aqui pra li para levá-la até o posto**, então eles fizeram muito bem a ela (F 15).

Ela é hipertensa, é sequelada de AVC, já teve uma paralisia cerebral na infância e apresenta características de problemas psiquiátricos, acamada mesmo, por isso ela perdeu a possibilidade de andar. Ela não consegue se deslocar até o posto (F 16).

Como minha filha precisa da receita especial e não temos sempre condições de ir ao hospital, essa visita é muito importante. **Temos dificuldade de levá-la no posto porque ela é especial e quando eles vêm trazem logo a receita azul para o médico prescrever, já aconteceu até de ele mesmo trazer a medicação** (F 35).

A VD como instrumento para o desenvolvimento da assistência domiciliar tem como um de seus objetivos assistir integralmente a população. Para Teixeira (2011), a compreensão de integralidade deve-se ao leque de ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, implicando a sistematização do conjunto de práticas que vem sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde. O sentido que o homem tem do espaço, apresenta uma relação muito próxima com seu sentido do eu, que está em íntima interação com o ambiente (HALL, 2005). O homem está em constante interação com o meio em que vive e, por este motivo, não pode ser dissociado dele, e o ambiente apresenta-se como extensão de sua própria existência, assim avaliá-lo sem levar em consideração este parâmetro torna o campo de visão e entendimento do processo saúde-doença muito limitado:

Além de me ver perguntavam várias coisas: **se aqui havia coleta de lixo, se tinha esgoto, se nosso banheiro era dentro de casa. Eles viam tudo referente a casa, a comida, os remédios, quem me ajudava em casa, tudo, tudo** (F 36).

Houve um comportamento bem atencioso, minha sogra era muito bem cuidada, **sempre houve, por parte dos profissionais, a explicação sobre o horário dos remédios e os cuidados a ser tomado em casa com tapetes para não tropeçar, cortinas para não acumular poeira, limpeza, eles explicavam os horários para comer, se tinha mais frutas e verduras para ela, aí a gente ia arrumando conforme eles diziam. Fazíamos o que estava ao nosso alcance** (F 34).

O agente de saúde passa aqui e fala do estado de saúde da minha mãe, **ela olha tudo, do quintal, da caixa d'água, da limpeza, pergunta do meu trabalho**, se agente está tendo alguma dificuldade e **quem está ficando mais tempo com a mamãe** (F 40).

O enfermeiro e o agente sempre vinham aqui, ver como nossa família estava. **No período da chuva eles vasculhavam o quintal e até limpavam** para não acumular coisas que possam trazer a dengue. **Perguntavam se aqui em casa tinha alguém que ajudava a cuidar da mamãe ou era só eu. Se a gente estava precisando de alguma coisa, se eles poderiam ajudar** (F 48).

Quando falei que eu desconfiava que meu filho estava usando drogas, a agente de saúde me ajudou muito, ela até conversou com ele, marcou uma consulta com o médico, ele avaliou. **Falamos com o padre e vimos a possibilidade de ele ir para uma fazenda de recuperação, eles me orientaram bastante, tanto a equipe quanto o padre** (F 50).

Todos os fatores que envolvem as condições sociais nas quais os indivíduos e a comunidade estão inseridos são importantes no momento da avaliação de sua condição de saúde, porém não apenas questões ambientais são pertinentes a esta avaliação. Cunha e Sá (2013) identificam que o território é base das iniciativas de articulação intersetorial e as equipes atuam na identificação de situações de risco social, potencializam a consolidação das redes locais, de modo que o acesso ao SF facilita o ingresso em outros serviços sociais. Devemos considerar ainda, para exercermos a integralidade, dinâmicas familiares, questões de conflitos, situações de risco social como: drogadição, desemprego, prostituição, violência, dentre outras situações que podem comprometer a saúde da família. Por outro lado, permite aos profissionais planejar intervenções a partir das reais necessidades dos membros da família.

TEMA 2. CIDADANIA DE USUÁRIOS NAS VISITAS DOMICILIARES

Rezende Filho e Câmara Neto (2013) apresentam a ideia de que o termo cidadania está associado com condição de igualdade civil e política, estabelecendo um relacionamento entre uma sociedade política e seus membros. Moisés (2005) afirma que a cidadania está na importância atribuída à confiança dos cidadãos para o funcionamento das instituições democráticas. A categoria de cidadão forneceu um status de pertencimento à comunidade política assegurando o seu direito de participar da escolha de governos e de representantes, protegendo assim o indivíduo de arbitrariedades, opressão ou violação dos seus direitos. Essas articulações conceituais nos levam a identificar que o cerne da palavra cidadania não poder ser caracterizado apenas como o conhecimento de seus direitos e deveres, mas sim a oportunidade de fazer parte de um processo maior, da construção de um novo indivíduo que além de conhecer, exerce e luta por ela.

Para Sadeck (2009), o conceito de cidadania pode ser apreendido a partir de dois ângulos — o individual como conjunto de direitos que habilita o indivíduo a participar de forma plena da vida pública e o social que representa o grau de tolerância com as desigualdades, assegurando condições de vida mínimas para todos os cidadãos. A concepção de cidadania pode ainda ser considerada a partir de mudanças institucionais incluídas na Constituição Brasileira de 1988 – A Constituição Cidadã, em especial, o que se encontra expresso no Artigo 196 com a definição de saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Essa concepção expressa, portanto, o direito ao acesso, a inclusão e a participação a um sistema definido em bases legais. Tornar-se cidadão passa a significar a “integração individual ao mercado como consumidor e como produtor” (LONGHI; CANTON, 2011, p. 19). Portanto, amplia-se para o exercício de direitos e de cumprir deveres em um Estado que entende que todos os indivíduos são iguais sobre sua tutela, isto é, cidadania pode ser dimensionada como o direito a ter direitos. Para Sob essa perspectiva o Tema Cidadania de Usuários nas Visitas Domiciliares, será descrito e discutido a partir de dois subtemas: Profissionais, Usuários e as Questões Éticas na Visita Domiciliar e Organização do Sistema de Saúde.

SUBTEMA A. Profissionais, Usuários e as Questões Éticas na Visita Domiciliar

As questões que envolvem a privacidade e a confidencialidade das informações na visita domiciliar foram reveladas como aspecto a ser refletido nas ações de saúde no contexto da ESF.

Será utilizada a assertiva de Sugarman (2000) para esclarecer o que vem a ser um problema ético. Para o autor, são questões comuns da prática da atenção à saúde que ocorre nas relações com os usuários, com a equipe (incluindo o compartilhamento de informações) assim como a organização do sistema.

Parece necessário compreender também o que é privacidade e confidencialidade. Para Fortes (1998), privacidade diz respeito à intimidade, à vida privada. Segundo Sacardo (2001), a privacidade constitui-se mecanismos de regulação do relacionamento entre os profissionais de saúde e os usuários, que pode facilitar o estabelecimento da confiança mútua necessária ao desenvolvimento do trabalho. A confidencialidade, por outro lado, é a garantia no resguardo das informações dadas por uma pessoa e é dever de quem as recebe preservá-las (GOLDIM, 1998). Portanto, a confidencialidade pressupõe que o paciente/usuário revele informações diretamente ao

profissional que passa a ser responsável pela preservação das mesmas. Nessa perspectiva, Bertachini (2012) adverte que a privacidade e a confidencialidade são do campo da proteção da pessoa, da sua história, das suas necessidades e peculiaridades.

Parece que isso pode assumir especial importância na ESF devido à centralidade que a relação vincular e de co-responsabilização tem na estruturação dessa estratégia de organização da Atenção Básica. Além do mais, o atendimento à família propicia acesso da equipe a informações mais íntimas, o que foi reconhecido pelos participantes como um problema ético por terem sua intimidade comprometida pela presença recorrente de pessoas estranhas/desconhecidas:

Veio aqui em casa um grupo, eram seis pessoas, a Agente da Saúde, a Enfermeira e **as outras pessoas eu não sei quem era, as outras pessoas não eram do posto** (F 23).

Fizeram visita a minha casa a enfermeira, a agente de saúde e **mais duas pessoas que eu não conhecia** (F 24).

O direito do usuário à privacidade deve ser garantido por todos os integrantes da equipe por meio do sigilo. Sem a garantia da confidencialidade, o usuário não se sente à vontade para revelar à equipe de saúde, informações relevantes, mas que são potencialmente embaraçosas ou mesmo não teria confiança. Por outro lado, a privacidade mesmo quando não há vínculo direto (pessoas alheias a ESF), impõe a todos os profissionais resguardar as informações com as quais tiveram contato e de preservar a pessoa, e, portanto, os direitos das famílias e dos seus membros. Isto é, recai sobre o profissional da equipe esse compromisso ético. Sob esse aspecto, ressalta-se que a aproximação de alunos com o contexto social das famílias – a sua moradia – deve estar sob responsabilidade de profissionais docentes e funcionar como instrumento de aprendizagem baseado em compromissos éticos.

Mas, foi revelado que a VD acontece sem a presença de nenhum profissional da equipe:

Nem sei se ele já era um médico mesmo, **eram em torno de cinco pessoas que não se identificaram para mim**, não sei se eram só acadêmicos ou se já estavam formados (F 16).

A privacidade e a confidencialidade das informações reveladas ou as situações observadas quando da VD devem ser mantidas em segredo, sobre pena de prejudicar a relação de confiança entre as partes e colocar em risco a qualidade do processo de cuidado, de vigilância e promoção da saúde. São condições reconhecidas como necessárias pelos profissionais da ESF:

Os Agentes formam um vínculo com as famílias, através da confiança que transmitimos para essas famílias, pois **o que ouvimos aqui não sai daqui, a confiança é tanta que em nenhum momento eles (comunidade)**

pedem que não falemos o que foi dito para outra pessoa, pois eles (família) já sabem que não será dito nada. O nosso trabalho deve ser feito com consciência e **respeito ao outro**, por isso o que **eu escuto numa casa eu não falo em outra**, é uma confiança formada em muitos anos. Eu acho isso muito interessante: quanto eles confiam em nós, pois eles (famílias) **se abrem para nós contam os seus problemas** e nós tentamos fazer o bem ao outro (A 63).

Passamos confiança para essas famílias, através dessa confiança esses pacientes **revelam situações que vão da saúde à conflitos familiares, como violência doméstica e abuso, eles confiam** no Agente de Saúde mas para **manter essa confiança** é preciso que o Agente não deixe de realizar a visita que esteja presente, que **saiba quando manter essa conversa em segredo**. Em alguns casos o que é revelado para nós quando necessário é passado para outros membros da equipe como o médico (E 76).

Dias et al. (2013, p. 449), lembram que o processo saúde-doença é “ancorado na troca de informações, conselhos e cuidados de saúde entre profissionais e pacientes”. Desse processo relacional, ambas as partes devem ser beneficiadas. De um lado, os profissionais necessitam de informações para determinar, definir, estabelecer e negociar estratégias para a promoção da saúde, para o tratamento de doenças ou para reabilitação. Do outro, o usuário e sua família, espera que o profissional atenda às suas necessidades de atenção em saúde de modo eficaz, resolutivo e eticamente conduzido. Nesse processo, fatos do cotidiano e da intimidade de indivíduos, isoladamente e de suas famílias, são revelados ou são percebidos/identificados pelos profissionais. Essa lógica parece ser pautada em um princípio nato de confiança em relação aos profissionais, como destacados nas falas dos participantes da pesquisa.

Os acontecimentos revelados nas falas dos participantes da pesquisa dizem respeito à violação da privacidade e são geradores de constrangimentos, inseguranças, ameaças à confidencialidade com repercussões negativas para as práticas em saúde. Podem ainda representar uma situação de coerção profissional, o que faz com que as famílias aceitem sem questionar as decisões unilaterais dos profissionais. São situações que exigem garantir, de todas as formas possíveis, que a entrada nas moradias, nos lares das famílias ocorra em pleno respeito às normas éticas. Assim, para que o usuário sinta-se livre em consentir uma ação é preciso que a prática em saúde responsabilize-se pela autonomia individual dos sujeitos.

A confidencialidade pressupõe a revelação de informações diretamente ao profissional que passa a ser responsável pela preservação das mesmas. A condição do profissional em preservar tais informações é do campo da privacidade, que sob essa perspectiva, é delimitada pelo campo do dever e da ética. Portanto, a entrada nos lares das famílias, isto é, na sua intimidade, deve ocorrer sob a tutela de normas éticas que norteiam o exercício profissional e os sistemas de saúde.

Mas, as falas dos usuários de famílias cadastradas na ESF na área onde a pesquisa foi realizada, foram reveladas situações produtoras de insegurança, desconfiança e constrangimentos por ter que dividir com pessoas estranhas ao seu convívio a sua intimidade, o que implica na qualidade da atenção e no comprometimento do vínculo:

Se a visita for feita do jeito que está ocorrendo **não é muito legal**. Isso aconteceu mesmo depois de pedir para eles não fazerem isso, pois quando isto acontecia meu pai ainda não havia banhado devido aos afazeres a gente se atrapalha um pouco. **Isso deixa agente nervosa, com vergonha**. Se fossem corrigidos esses erros acredito que a comunidade iria olhar a visita de outra forma, pois **há pessoas que não querem mais receber essas visitas, e isso é ruim** (F 25).

Eu penso que a visita domiciliar desse jeito **é ineficiente** para nós aqui (F 7).

Eu já cheguei a dizer que uma visita realizada desse jeito **é desnecessária para mim**, se não tivesse não faria diferença (F 16).

Na ESF, a VD faz parte das atividades profissionais cujo objetivo é expresso como recurso para que as intervenções em saúde alcancem a família e seus membros em suas necessidades específicas. É, portanto, mais do que um recurso ou estratégia para atenção em saúde, é uma tecnologia de interação no cuidado à saúde (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009) e para que seja definida como tal deve ser previamente planejada e sistematicamente conduzida, entretanto:

Há vezes que a Agente de Saúde **avisa**, aí tiramos o paciente da rotina dele, pois temos que banhar ela mais cedo, deixar arrumadinha. Ela (a familiar) fica ansiosa esperando. Acaba que eles (profissionais) **não aparecem**, isso é muito ruim (F 16).

Acho ruim quando as meninas (ACS) **não me dizem nada, quando é que vem pra visita, aí eu fico esperando** (F 9).

Às vezes a gente deixa de ir para o trabalho **para esperar a visita**, perde o nosso tempo, empata as pessoas e na hora **não aparece ninguém**. Passamos o dia todo esperando e eles (profissionais) **não vêm, nem avisam que não vem**. Eles diziam que vinham fazer a visita e no dia marcado **não apareciam**, várias vezes eles cometeram esta falha. Na maioria das vezes a visitas eram feitas pela manhã, **já chegaram na minha casa em horários impróprios, como na hora do almoço ou que eu já havia me ocupado com outras coisas** e tive de parar tudo para atendê-los, **isso me incomodou**. Outro fato que **me incomodou bastante foi à visita surpresa, chegaram aqui sem me avisar e isso não foi bom**. É melhor quando eles (profissionais) chegam aqui e eu já dei banho nele, já coloquei na cadeira de rodas e está pronto para esperar por eles (profissionais). Acabava que quando eles avisavam que viria **eu mudava a rotina dele** para que desse tudo certo, era feito tudo mais cedo (F 25).

Para Cruz e Bourget (2010), a ESF incorpora e reafirma as diretrizes e os princípios do SUS (universalidade, equidade, integralidade, regionalização, participação social e descentralização) e tem como alicerce a família, o território, a responsabilização e o respaldo do trabalho em equipe. Portanto, nesse modelo de atenção, a prática sistemática da VD pela ESF é base de sustentação para as práticas de saúde na Atenção Básica, pois

se destaca como instrumento para a promoção da saúde, para intervenções curativas e de reabilitação. Mas, para o alcance desses objetivos, o planejamento da VD precisa ser concebido a partir de um processo articulador e colaborativo com a equipe e com a família. Essa condição poderá evitar desvios éticos como o acesso ao domicílio em horas/momentos inadequados ou sem a anuência da família.

Corroborar-se com Sossai e Pinto (2010) quando destacam que a VD possibilita compreender o modo de vida das famílias, conhecer o ambiente familiar e as relações que são estabelecidas nesse núcleo social e de abordar as questões que ultrapassam a doença. Entretanto, para que as relações entre profissionais/família sejam estabelecidas no espaço da família, Hall (2005) explicita a necessidade de manifestações proxêmicas que fornecem limites entre o espaço profissional e o espaço da família, este último, como espaço do outro protegido por seus membros.

Na Política Nacional do Ministério da Saúde, a prática concreta da VD tem se constituído especialmente em atribuições dos ACSs, cabendo aos demais profissionais a sua realização em situações específicas (BRASIL, 2009). Entretanto, os usuários reclamam dessa atividade, em especial, pela ausência do ACS:

Antes ela (a agente de saúde) **não vinha todo mês** porque parece que ela estudava (F 3).

A agente de saúde **só aparecia de 3 em 3 meses**. Encontrei com ela na rua e disse que estava grávida. Ela falou para eu começar a fazer o pré-natal e **só apareceu** quando eu já estava com 6 meses (F 4).

Nós precisamos do agente de saúde para visitar a nossa casa para saber o que está acontecendo com o paciente que está doente dentro de casa, e ele (agente de saúde) **não comparece, é uma dificuldade para encontrá-lo**, às vezes **precisamos ir até a casa dele**, o agente de saúde não vem até a nossa casa (F 7).

A agente de saúde **agora que resolveu aparecer**, fazia **mais de ano que ela não aparecia** (F 13).

Aqui os agentes **passam apenas na rua, mas de vir em casa não**, o acompanhamento do agente de saúde **está prejudicado**. Eles estão **vindo cada vez menos** (F 14).

O ACS organiza seu processo de trabalho a partir de um cronograma centrado nas ações programáticas em saúde (FERREIRA et al., 2009), enquanto que o mais coerente seria programá-lo a partir das necessidades produzidas pelo processo saúde-doença nas famílias e nos seus membros. O afastamento do ACS e do campo social da família e do seu objeto de trabalho pode estar sendo definido pela mudança no perfil desse profissional na ESF (GALAVOTE et al., 2011). Antes essa função era exercida por moradores da comunidade com inserção social reconhecida pelas famílias, formação escolar elementar e trabalho voluntário. Atualmente, vivencia-se a longos passos, um processo de profissionalização do ACS, com vínculo e piso salarial definido, além de maior nível de

escolaridade. Mas, o que talvez tenha contribuído com efeito negativo sobre o processo de trabalho do ACS, pode decorrer do fato deste, em alguns casos, residirem em áreas diferentes daquelas onde atua, produzindo um “contra processo” – é a família que vai até a casa do ACS.

Embora os benefícios decorridos da aproximação do profissional com o contexto social das famílias e do trabalho em equipe, nas práticas da ESF, estas dimensões estão comprometidas na VD na ESF na área em que a pesquisa foi realizada:

Um ponto negativo é quando vem só o enfermeiro, queria que o **médico viesse também** (F 10).

A enfermeira e a agente de saúde vêm sempre, **mas o médico do posto de saúde nunca veio aqui**. Queria muito que ele viesse **porque tem coisa que a elas não resolvem** e que eu gostaria de conversar com ele (F 21).

Só recebo visita da agente de saúde e quando não consigo resolver o problema no posto tenho que procurar outro hospital. É muito desgastante esse vai e volta para o posto ou hospital, principalmente com criança. É uma despesa a mais pra gente com táxi ou ônibus (F 23).

Vem a agente de saúde, mas a visita dela por si só não é suficiente, pois ela não tem resposta para tudo (F 24).

Às vezes eu digo (para as famílias) que estamos **sem médico no posto** e eles (pacientes) perguntam **se nem a enfermeira pode ir fazer a visita** (A 56).

No tocante a ausência de um trabalho articulado e em equipe, Barros e Sá (2010) enfatizam um predomínio na organização do trabalho a partir de consultas e procedimentos individuais numa abordagem prescritiva apoiada em exames e medicamentos. Condições inadequadas para o trabalho em saúde, como deficiência de recursos humanos e materiais configuram-se como impróprias para o trabalho e para as relações entre profissionais e usuários (GARLET et al., 2009) e dificulta o atendimento das demandas dos usuários.

As famílias e profissionais se ressentem pela falta do médico na equipe. Esse fato pode ser compreendido pela alta rotatividade desse profissional nas ESF, o que para Medeiros et al. (2010, p. 1522), “implica em perda de pessoas estratégicas, gerando fator de ruptura e, conseqüentemente, prejudicando a eficiência organizacional”. Acentuam as autoras que a rotatividade não é causa, mas consequência de fenômenos como política salarial e condições de trabalho. Em outra extremidade do sistema de saúde, a estabilidade da ESF é fundamental para a construção de um trabalho em equipe e coletivo.

Por outro lado, Alves (2005) e Beni, Luz e Kohirausch (2007), apresentam como obstáculos para as práticas de saúde na ABS o fato de que estas estão baseadas no modelo tradicional hegemônico que prioriza a assistência curativa, o que poderia justificar a ausência da VD enquanto prática de cuidado na ESF, além das questões da gestão, em

especial, a ausência de transporte para garantir a mobilidade da equipe até as residências das famílias.

SUBTEMA B. Organização do Sistema de Saúde

A investigação revelou também as questões de cidadania relativas ao sistema de saúde, que por sua vez guardam estreita relação com a gestão dos serviços de saúde, pois, segundo Zoboli (2002) é muito difícil separar a ética dos cuidados de saúde com as questões éticas da administração em saúde. Assim, a organização do sistema de saúde, conformada no contexto onde a pesquisa foi realizada, revelou fatores geradores de problemas éticos, tais como: condições estruturais mínimas das Unidades Básicas de Saúde no atendimento das urgências (aparelho de PA; fitas para realização da glicemia; soro; agulhas; medicação); dificuldades no acesso a exames de rotina; falta de estrutura para realização da VD (falta transporte, profissionais e segurança); equipes incompletas e despreparo profissional para atuar na ESF:

Não quer dizer que são os agentes que precisam melhorar, **é a unidade**, porque nunca tem atendimento para uma emergência e acabamos indo para outros hospitais. Ela (enfermeira) tem o carro dela que vem, mas a agente de saúde às vezes **reclama porque para vir a equipe médica para cá precisa de transporte** (F 1).

A unidade às vezes não possui condições devido **a precariedade** dessas unidades de saúde (A 75).

Eu fiz meu pré-natal todo na (cita o nome da unidade), pois aqui (posto) **eu nunca tive esperança de fazer**. Apesar de ser longe, **lá eu fazia tudo**. Aqui ainda tinha que marcar pelo SUS **esperar a boa vontade do SUS** para fazer exame, **lá não, eu fazia tudo direto** desde ultrassom ao exame, tudo eu fiz lá (F 13).

Estou com muita necessidade da visita, mas **não estou tendo este acompanhamento**. Muitas das vezes **eles avisam que não tem condições de vir, que não podem vir por falta de carro** (F 15).

A visita é realizada **apenas quando tem carro**, elas **deixam de ocorrer** sempre que a prefeitura para de mandar o carro (F 20).

Se tem agente de saúde **porque não faz a visita mensalmente?** Se tem enfermeira porque ela **não acompanha os pacientes** que necessitam? Isso ajudaria muito, **mesmo que o médico não viesse. Mas se eles não realizam a visita domiciliar como a equipe vai saber quem precisa de atendimento?** O resultado é **deslocar o paciente para UPA**, pois existe um problema de saúde que cresce e ninguém está notando, **não está buscando saber o que acontece**. O que nos chega é que **não há carro para serem realizadas as visitas domiciliares**. Ele (o pai) já ficou internado, mas sempre levando ele para longe, pois **aqui no posto de saúde não tem médico, não resolve** e lá na UPA resolve tudo (F 16).

O paciente chega até a unidade e **não têm medicação**, às vezes **nem têm receituário**, temos que tirar xerox porque não tem e isso é o básico, **falta o aparelho de verificar glicemia** (A 63).

A visita domiciliar que foi realizada **não adiantou, infelizmente não adiantou**. Orientações, até que eles fazem, mas o que adiantaria mesmo **era verificar a pressão, fazer o teste de glicemia**. Deveriam fazer isso todo mês para ver se a pressão e a diabetes está alta ou baixa. Como vamos saber se eles não fazem isso (F 17).

Lá no posto eles falam pra gente que **o médico não faz visita porque não tem transporte**, por isso **demoram a vir**. Já aconteceu de eu ficar esperando e **eles não aparecerem porque não tinha o transporte ou porque quebrou ou porque o carro não foi para o posto** (F 21).

Gostaria apenas que eles pudessem **fazer mais exames ou levar ela para fazer os exames**, pois eu **não tenho como deslocar ela daqui para outro lugar** (F 31).

Portanto, as questões de cidadania na VD envolvem as relações profissionais com usuários e famílias e com a organização do sistema de saúde. Por isso, tanto é necessário discutir esses aspectos com profissionais como com os usuários e gestores em saúde. Considera-se que os fatores que determinaram nessa investigação problemas éticos, configuraram-se, sobretudo como direitos garantidos no SUS dentre os quais a longitudinalidade, o acesso, a resolutividade e a integralidade, que estão cerceados e reclamados pelos atores sociais da ESF (famílias e profissionais). Apontam, portanto, para a responsabilidade ética de gestores em virtude dos problemas que decorrem da estrutura e da organização dos serviços, numa explícita relação entre prática profissional, políticas públicas e condições organizacionais das unidades e do sistema de saúde (ZOBOLI, 2003). A autora enfatiza que a reorganização da ABS a partir da ESF reforça a necessidade de compromissos éticos e exige dos envolvidos (políticos, profissionais/trabalhadores, gestores e usuários) mudanças atitudinais na atenção em saúde e ao mesmo tempo em que amplia e aprofunda discussões e intervenções que envolvem tais questões:

Ainda por cima **os profissionais que fizeram a visita não tinham a disponibilidade de tempo** que o idoso precisa, **vieram com pressa**, isso me incomodou muito, pois o idoso **gosta de conversar, quer contar o que aconteceu, detalhando** e eles **não vem com esta disponibilidade** (F 16).

Parece que o atendimento lá **no posto é muito corrido, não dá para contar tudo, o médico não tem tempo para escutar** (F 10).

Numa consulta quando o paciente entra na sala **já existe um tempo estipulado** para a sua duração, o enfermeiro e o médico já **possuem um tempo determinado** para realizar o atendimento (F 22).

O cuidado ético valoriza a preocupação dos profissionais no que diz respeito à conduta, atitudes e à busca de novos modos de cuidar no domicílio e de cuidar da família enquanto unidade social. Significa diminuir a distância ou a assimetria entre o profissional e o usuário com vistas a reconstruir novos modos de cuidar. Para isso é preciso disponibilidade na qual o profissional permanece aberto para o usuário exercitando a escuta atenta e eficaz. É preciso dispor de tempo.

Diante da prevalência das condições crônicas e do aumento da população idosa, situações estas que sugerem maior contato do usuário com os serviços de saúde e integração da rede de serviços para a garantia de acesso aos diversos níveis, a continuidade do cuidado não se viabiliza e acentua-se pela ausência de mecanismos formalizadores de referência aliada a não corresponsabilidade profissional:

Por que quando tem algum problema a gente tem que levar para emergência, lá no posto não atende emergência. Em uma emergência nunca tem nada. Não tem, volto para a Cidade Operária, para UPA ou Socorrão (F 1).

Mas se eles não realizam a visita domiciliar como a equipe vai saber quem está precisando de atendimento, **o resultado é deslocar o paciente para UPA, pois existe um problema de saúde que esta crescendo e ninguém está notando, não está buscando saber (F 16).**

Já tive que recorrer a UPA, uma vez foi marcada a consulta e o médico não veio, foi o jeito leva-lo na UPA da Cidade Operária, lá conseguimos atendimento, já fizemos isso duas vezes. **Porque marcamos no posto de saúde e o médico não veio, ficamos perdendo tempo.** Tomou muito remédio e melhorou, mas **sempre levando ele para longe, pois aqui no posto de saúde não tem médico, não resolve e lá na UPA resolve é tudo (F 17).**

As falas parecem apontar as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com menos obstáculos para o acesso. A falta do profissional médico nas ESFs assim como a não disponibilidade de acesso a exames laboratoriais na Atenção Básica, empurram o usuário para fora da APS e da ESF. Barros e Sá (2010) enfatizam que a população aprende na relação com os serviços de saúde que é mais fácil procurar a UPA para ter seus problemas e necessidades atendidas. As autoras defendem que não se trata de explicar aos usuários que as urgências não são locais para cuidar da saúde. Ao contrário, é preciso acolher os usuários nas suas necessidades na Atenção Básica.

Estes resultados definem-se como oportunidade para repensar a sistemática da VD na ESF, seus processos organizativos e as atitudes profissionais, que juntam desvirtuam a sua essência quando poderia ser capaz, por meio de um trabalho em equipe, articular saberes e práticas pautadas na dimensão do cuidado ético e cidadão, na responsabilidade coletiva do trabalho e na interação entre as categorias profissionais e destes com as famílias.

TEMA 3. VISITA DOMICILIAR COMO INSTRUMENTO DE CUIDADO

Segundo Sossai e Pinto (2010), a visita domiciliar é uma prática do trabalho da área da saúde que foca o indivíduo e a família no espaço domiciliário, oferecendo um cuidado integral e focalizado na promoção, prevenção e reabilitação. O cuidado familiar por meio de ações desenvolvidas no ambiente domiciliar proporciona tanto a promoção

quanto a recuperação da saúde dos indivíduos e da família, e tornam-se necessárias para atenção em saúde.

É por meio da relação entre os profissionais e os familiares que se vislumbra a continuidade do cuidado em contexto domiciliar, portanto, a visita domiciliar se configura como principal estratégia para alcançar esse objetivo, evidenciando ações acolhedoras e humanizadas, trazendo como significado do cuidar a compreensão do indivíduo em sua plenitude, ouvindo o paciente com sensibilidade, criatividade e solidariedade (GASPARETTO; MENEGON; VECHIA, 2011). A ausência desta continuidade incomoda os profissionais que conseguem enxergar as falhas relativas à continuidade da assistência. Estas reflexões partem das seguintes falas:

A visita domiciliar da continuidade ao atendimento seja ele recebido no posto de saúde ou em outra instituição de saúde, é um dever do profissional que trabalha na Estratégia de Saúde da Família, pois é uma das suas principais atribuições. É no momento da visita que podemos conhecer a essência desta família e a relação que eles têm com o paciente ou com o problema pelo qual estão passando, **podem ser observadas quais as pessoas que poderiam nos ajudar dentro da casa a manter uma rotina de cuidado** sendo pilares para quando não estivéssemos na área (E 59).

Estamos sem realizar a visita domiciliar, e para mim é ruim porque às vezes as pessoas pedem pela visita a um idoso acamado e **eu não tenho como ir, e dar continuidade a assistência que foi prestada anteriormente, então para mim a minha assistência está falha, pois não consigo realizar um cuidado continuado** (E 64).

Souza et al. (2005) referem que os cuidados prestados pela Enfermagem pertencem a duas esferas distintas: uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição para cuidar de outro ser. Podemos tomar esta afirmação como verdadeira não só para a Enfermagem, mas também para os profissionais pertencentes à ESF, pois compete a todos os membros das equipes da Atenção Básica proporcionar cuidado holístico e humanizado para o usuário.

A visita domiciliar é um instrumento de realização da assistência domiciliar constituída pelo conjunto de ações sistematizadas para viabilizar o cuidado as pessoas com algum nível de alteração no estado de saúde (dependência física ou emocional) ou para realizar atividades ligadas a ESF (BRASIL, 2003).

Hammerschmidt, Borghi e Lenardt (2006), aponta que o cuidado deve ser concretizado sem que esteja somente submetido à cura, valorizando o tratamento com as pessoas, o “cuidado digno”, partilhando e interagindo para alcançar o bem viver. O cuidado manifesta-se na preservação do potencial saudável dos cidadãos e depende de uma concepção ética que contemple a vida como um bem valioso em si (SOUZA et al., 2005):

O cuidado prestado não é só físico envolve o emocional, espiritual, quando chegamos até a casa deles nós damos uma palavra amiga, isso já reanima, não envolvendo assim só o físico, mas também o espiritual. Todos os tipos de cuidado (A 60).

Além de agente de saúde, éramos psicólogos, ouvíamos os problemas das famílias, eles (famílias) tinham confiança nos profissionais (A 68).

Outros dados apontam que o cuidado proporcionado durante a visita domiciliar permite conhecer para melhor atender as necessidades dos pacientes tornando-a um instrumento eficiente e resolutivo. Segundo Bezerra et al. (2013), a visita domiciliar contribui para a melhoria das ações no tratamento e atenção aos que estão envolvidos no processo saúde/doença. Os profissionais de posse dessas informações e, com esta postura diferenciada, podem intervir de forma mais efetiva e resolutiva junto a cada família produzindo relações e interações fortalecidas e apoiadas na confiança:

Quando eles chegaram aqui a minha mãe não tinha noção de nada, tinha mau cheiro nas feridas, muita coisa feia. Ai eles foram conversando, me orientando, a enfermeira, a técnica e mais um auxiliar vinham duas vezes por semana fazer os curativos, limpavam tudo, colocavam os produtos e assim ela foi melhorando e **hoje ela está bem, já se mexe, parece que agora ela já entende o que está acontecendo** (F 5).

O grande valor da visita domiciliar é que a família que a recebe sente que existe alguém que se importa com eles, que eles têm em quem se apoiar em um momento de dificuldade, e valor no que diz respeito ao **cuidado prestado aqueles pacientes e suas famílias** (E 59).

Estes dados nos revelaram as visitas domiciliares como instrumento para fortalecer as relações de cuidado na ESF e como instrumento para a continuidade e manutenção do cuidado em contexto domiciliar, possibilitando um maior vínculo entre as equipes da ESF e as famílias. Sendo assim, a visita domiciliar configurou-se como ferramenta do cuidado profissional na Atenção Básica a Saúde.

TEMA 4. SENTIMENTOS DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS RELATIVOS A VISITA DOMICILIAR

O sentimento de satisfação retrata a ideia de que a visita domiciliar foi considerada uma atitude de ajuda, apoio, acolhimento das famílias e conforto. É por meio dessa ferramenta assistencial que as famílias sentem-se valorizadas. Estes sentimentos contribuem para que os usuários desta modalidade de atenção tornem-se satisfeitos com a sua execução. Estes sentimentos são identificados nas falas dos participantes:

A visita deles (profissionais de saúde) **me ajudou muito**, pois eu tenho o meu pai com um problema seríssimo de saúde (F 1).

Por causa da visita eu tenho até uma ajuda financeira para a alimentação, uma cesta básica doada pela igreja católica, material para o curativo, produtos caros (F 5).

A visita domiciliar é um momento de acolhimento, na VD você se depara com situações diferentes, olhamos aquela pessoa de um jeito, mas quando aferimos a PA e você descobre que está alterada, ou algum problema que essa pessoa está passando, tudo isso muda o seu olhar a respeito daquela pessoa (A 73).

Para mim a visita domiciliar significa o seguinte, um acompanhamento com o profissional de saúde, no caso do nosso programa PSF, era para ser justamente dessa forma, **nós (ACS) irmos diretamente até as casas, visitar para trazer conforto** (A 56).

E quando a equipe vai até a casa, eles (pacientes) se sentem bem, **se sentem valorizados** (A 58).

Por meio da VD são estabelecidos vínculos e aproximação com a realidade que a família ocupa no seu ambiente natural – o lar – e a comunidade, além de ajuda e apoio para atender as necessidades desse grupo social. É por meio da visita domiciliar que os profissionais acionam redes de apoio para suprir as necessidades da família e de seus membros em uma dimensão ampliada que ultrapassa a dimensão biológica, a doença e o tratamento.

O acolhimento prestado às famílias por meio da VD é instrumento que reestrutura e redefine a atenção à saúde (NEVES; PRETTO; ELY, 2013), e está diretamente ligado a resolutividade dos problemas e necessidades identificadas. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, definindo-se, portanto, como prática constitutiva das relações de cuidado. Assis et al. (2010) referem que o acolhimento acontece na recepção, na clínica, no tipo de acesso, nas palestras e reuniões desenvolvidas, no tipo de oferta de serviço, entre outras formas relacionais e comunicacionais existentes entre trabalhadores de saúde e usuários. Sendo assim, o acolhimento deve fazer parte da rotina do trabalhador da saúde, em especial aqueles que compõem a Atenção Básica, porta de entrada do SUS.

Ainda contemplando a dimensão satisfação, esta foi expressa como sentimento de gratidão do usuário para com o profissional, por ele realizar a visita domiciliar, e do profissional com o usuário por colher frutos do seu trabalho:

Agradeço aos profissionais por virem a minha casa, visita tanto a mim, ao meu pai e a minha mãe e ao meu esposo também que tem problema. **Eu agradeço primeiro a Deus e a eles que vêm**. É como eu estou acabando de lhe explicar principalmente por causa dele aqui (do pai). **Eu agradeço porque sem Deus a gente não é nada, se eles vem aqui é através de Deus, não é? Fico muito agradecida** porque os profissionais estão fazendo o bem (F 1).

Então para mim é uma coisa que eu agradeço a equipe porque me deram atenção no momento que precisei e espero que cada dia que passe a nossa situação melhore... **a equipe vem até minha casa**, ver como a

minha esposa está, receitar algum medicamento para ela, a equipe para mim é excelente, são pessoas dedicadas, vieram sem nenhuma dificuldade, **então isso eu agradeço** (F 7).

Eu acho ótimo porque minha mãe não pode se deslocar até o posto de saúde, **então já agradeço essas pessoas por vir realizar a visita** (F 11).

Para mim a visita é gratificante, e eu acredito que para tanto para a família quanto para o paciente também (A 67).

Segundo Paludo e Koller (2007), a gratidão é um estado, é o momento em que a pessoa grata reconhece a generosidade do outro e em resposta age de forma benevolente. Por esta razão as autoras reconhecem que o sentimento de gratidão tem implicação no funcionamento da sociedade e do bem-estar coletivo. A gratidão é diretamente ligada ao bem-estar seja de quem executa a ação ou de quem a recebe.

Para Alves (2010), a gratidão não é tão-somente um sentimento, é algo que exige o reconhecimento de quem houve alguém que nos presenteou de algum modo com a sua bondade, que foi algo intencional, e que até poderá ter tido custos pessoais, e ainda que o dito “presente” tem valor para o seu receptor. Portanto, gratidão está, para a autora, relacionada a noção de que nada foi feito no sentido de se merecer o benefício proporcionado, ou de se ter recebido mais do que o que seria realmente merecido, motivando a reciprocidade. Desse processo é estabelecido um comportamento pró-social do indivíduo que recebe a visita domiciliar, isto é, o indivíduo identifica esta ação como sendo algo que está sendo realizado por motivo de uma preocupação profissional à qual ele não fez nada para obter esta atenção diferenciada.

A gratidão também pode estar ligada à moralidade. Pieta (2009) refere que existem pelo menos três perspectivas da psicologia que relacionam a gratidão com a moral: uma delas é que considera a gratidão um afeto moral; a outra é que vê a gratidão como uma virtude moral, e a terceira é a que contempla a gratidão como um sentimento interindividual. Durante a VD podemos identificar uma experiência mista que abarca cada um dos tipos citados. O agradecimento do qual falamos corresponde à ação de receber o bem de outros causando uma imensa sensação de bem estar que verificamos acometer ambas as partes, tanto dos usuários quanto dos profissionais. Este estado de bem estar gera a necessidade de uma reciprocidade, de pagamento seja com algo material ou com o próprio bem, embasados em qualquer uma das perspectivas expostas. Portanto, a gratidão é um sentimento puro que transcende a essência dos seres.

6 A VISITA DOMICILIAR SOB O OLHAR DA TEORIA PROXÊMICA DE HALL

A visita domiciliar possui diversas finalidades, dentre elas enfatiza-se o seu caráter informativo. Em um mundo globalizado em que as informações são múltiplas e dinâmicas é papel da equipe de saúde manter famílias, comunidade e usuários devidamente atualizados em relação aos assuntos pertinentes à sua saúde.

Entretanto, a sobrecarga de informação aumenta a necessidade de que sejam organizados esquemas de referência para consolidar a massa de informações em rápida transformação (HALL, 2005). Por essa assertiva os profissionais da ESF, e não só o enfermeiro, deve desenvolver atividades educativas para aumentar o conhecimento de famílias, usuários e comunidade (FAEDA; PONCE DE LEON, 2006). De acordo com Araújo e Paiva (2011), a família recebe informações e orientações no domicílio por meio da visita domiciliar realizada pelos profissionais de saúde, desse modo, aperfeiçoa-se cada vez mais o conhecimento dos usuários sobre aspectos que afligem sua saúde.

Sob esse aspecto, Hall (2005) afirma que apesar da televisão, ou possivelmente em razão dela, as pessoas sentem uma perda de vinculação com o mundo geral, sendo essa condição produtora de vínculos tênues onde os espaços que as pessoas mantêm entre si e com o próximo são construídos e permeados por diferentes percepções de mundo, das coisas e situações que o cercam e das pessoas que podem limitar ou reforçar vínculos.

Esta correlação entre espaço e vínculo torna-se importante para que os profissionais durante as visitas domiciliares não sejam apontados como intrusos ou como ameaça à intimidade. Adentrar os espaços que não os pertence (o domicílio das famílias), mesmo com a permissão de seus respectivos proprietários e com o intuito de identificar problemas e elaborar intervenções, portanto, por uma boa causa, sugerem respeito pelo espaço do outro, pelos seus ritos e costumes.

Sob o olhar de Hall (2005), todos os grupos de pessoas podem ter aparências e modos de falar semelhantes, mas logo abaixo da superfície encontra-se uma variedade de diferenças não expressas, não formuladas em sua forma de estruturar o tempo, o espaço, os materiais e os relacionamentos. Essas diferenças são responsáveis pelas deturpações de falas e atitudes quando indivíduos considerados diferentes interagem. Para diminuir este problema há no cenário da ESF um ator de fundamental importância – o ACS - que auxilia no diálogo e, principalmente, na diminuição das diferenças existentes entre equipe e comunidade.

Nunes et al. (2002) referem que o ACS é uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha, e por ser formado a partir de referenciais biomédicos, faz-se um ator que veicula as contradições e, ao mesmo tempo, a possibilidade de um diálogo profundo entre esses dois saberes e práticas. Neste sentido o ACS e a comunidade pertencem ao mesmo universo e supostamente deve compreender melhor os conflitos ali estabelecidos, bem como ter a capacidade de tornar as fronteiras muito mais porosas entre ele e os demais moradores daquele espaço. Diante dessa declaração as fronteiras pessoais passam a ser secundárias no processo de comunicação, não sendo mais consideradas barreira.

Para Hall (2005) a comunicação constitui o cerne da cultura e da própria vida. Pessoas de culturas diferentes não apenas falam línguas diferentes como habitam em mundos sensoriais diferentes e que em suas conversas fornecem apenas parte da mensagem, o resto é preenchido pelo interlocutor. Essas mensagens, muitas vezes subentendidas, são as mais importantes e devem ser tratadas com respeito, pois certamente o indivíduo, dono da informação, a omite por algum motivo.

Amaro (2007) nos fala que durante a visita domiciliar o profissional deve orientar os seus sentidos para ouvir não apenas as palavras ditas, como as não ditas, os movimentos dos corpos, os gestos realizados ou bloqueados, a entonação ou o silenciamento da voz, as reações de afago e a repulsa. Por este motivo Hall (2005) sugere ser indispensável interpretar as comunicações silenciosas com a mesma facilidade que interpretamos as impressas e as faladas, pois desse modo haverá aproximação das pessoas sem invadir suas extensões, seus territórios. Sob essa perspectiva, ou seja, daquilo que não é dito, o melhor caminho será o profissional está atento a tudo que ver e percebe no ambiente domiciliar, pois pode tornar-se uma evidência para o processo de investigação ou de intervenção em saúde.

Por outro lado, as falhas na comunicação ocorrem devido às partes envolvidas não identificarem que cada um vive em mundos perceptivos diferentes, isto é, os seres humanos criam extensões do seu próprio organismo, cria determinada dimensão cultural onde acontece a maioria dos eventos proxêmicos (HALL, 2005). Este fato compromete a definição de limites de espaços, tão importantes para o cenário da visita domiciliar na atenção em saúde, pois o meu limite difere do limite do outro. Segundo Cruz e Bourget (2010), a comunicação é importante instrumento para humanizar o cuidado em saúde na ESF, aliado a uma escuta qualificada onde o profissional oferece espaço para o diálogo, para o estabelecimento de laços de confiança, aspectos importantes à mudança das práticas em saúde a serem potencializadas por meio da visita domiciliar.

Assim, o lar das pessoas está protegido por proibições e a retirada de marcos desses limites e a entrada desautorizada na propriedade de outro ser humano são atos

puníveis e de apreensão ilícita. Sob essa perspectiva, Hall (2005) faz a distinção meticulosa entre a propriedade privada e a propriedade pública. A propriedade privada diz respeito ao território individual e a propriedade pública ao território do grupo. Quando esses territórios são invadidos de forma a não respeitar os limites e as permissões produzem diversos tipos de reações tais como: omitir fatos, esconder verdades, conceder informações incompletas ou até mesmo reações de fuga. São situações que comprometem o vínculo e a confiança, condições estratégicas e fundamentais para as relações de cuidado no domicílio enquanto território do outro.

No que diz respeito às distâncias Hall (2005), especifica que a presença de indivíduos considerados de posições sociais diferentes pode prejudicar a comunicação visto que a organização social é um fator de distância pessoal. Ao tratar da organização social, Amaro (2007), contribui com o pensamento de que passamos por uma desfiguração social, que submete o individual a um padrão social moralizador. Nesta tessitura é que encontramos um grande problema, quando verificamos que o atendimento domiciliar é realizado por profissionais que, algumas vezes, não estão inseridos na realidade desta comunidade. Essa condição resulta em duas situações. A primeira que o indivíduo prestador do atendimento não é considerado familiar e, por isso não merece saber de todos os seus problemas, e a segunda, por não ter um profundo conhecimento do ambiente e de seus costumes o profissional é encarado como ditador diante das situações encontradas. Este cenário se resume ao indivíduo que não acata a intervenção do profissional e o profissional que entende esta reação como descaso.

A distância social é uma questão de coletividade, o ser social tem que se estabelecer em grupos, com a finalidade de manter contato uns com os outros, ao não inserir-se ao grupo o profissional não estabelece o elo. Para mudar este paradigma, as relações devem ser construídas como alicerce da confiança, sendo estabelecida entre profissionais e comunidade. Ao estabelecer laços os profissionais podem, passo a passo, adentrar as distâncias proposta e imposta por cada indivíduo.

Ao encerrar essa contextualização, faz-se referência ao fato de que por mais que o ser humano se esforce, é impossível para ele se desfazer da sua própria cultura, pois ela determina como ele percebe o mundo. É um erro agir como se o homem fosse uma coisa e a sua casa outra coisa. Não obstante, Hall (2005) alerta que se deve ter atenção com as extensões criadas não só para nós mesmos, mas para com os outros, pois são estas extensões que demonstram os limites, até onde os profissionais podem chegar e interferir. Cabe, portanto, que cada vez mais os profissionais estejam inseridos na realidade da comunidade a qual estão atrelados seja por compromisso profissional ou por afeição.

7 CONCLUSÃO

A Atenção Básica a Saúde é um ambiente rico em saberes, é neste contexto que encontramos mais nitidamente as especificidades de cada ser, de sua condição humana, extrapolando as noções que temos a respeito da presença da doença ou da ausência desta condição. Na Atenção Básica o profissional encontra-se inserido diretamente na realidade de vida de uma comunidade, vivenciando suas perdas e seus ganhos, por estar em contato com tantas informações é imprescindível que haja a disposição instrumentos que podem ser utilizados como tecnologia para o cuidado. A visita domiciliar configura-se como carro chefe da Estratégia de Saúde da Família tendo como principal objetivo prestar cuidado ao indivíduo no ambiente domiciliar. Por meio dela profissionais e equipe mantem contato real com famílias e usuários permitindo conhecer o significado do outro como verdadeiro outro, que é ao mesmo tempo singular e plural.

A visita domiciliar coloca 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, com a privacidade e necessidades específicas da família e de seus membros. Portanto, compreender a visita domiciliar a partir dos olhares de quem a recebe e de quem a realiza permitiu um leque de informações preciosas para o desfecho da pesquisa.

O entendimento por parte dos familiares de que a visita domiciliar representa uma forma afável e complacente de agir dos profissionais nos reporta à ideia de que a mesma não é considerada por estes participantes como atividade profissional e sim como atitude de valorização ao próximo despertando sentimentos de ajuda, apoio, acolhimento e gratidão.

Entretanto, o processo de trabalho desta atividade é rico em atribuições que foram percebidas por ambos os atores envolvidos nesta pesquisa. Todos possuem compreensão das demandas que emergem da visita domiciliar, e, nesse processo, os profissionais desenvolvem seus sentidos mais aguçados para a observação, a investigação, a identificação de problemas, as situações de risco, as fragilidades e as potencialidades para o cuidado no ambiente familiar. Aliado a esses pontos, a visita domiciliar tem sido utilizada como ferramenta para as práticas educativas para a promoção da saúde e redução de danos, desde que os profissionais, reconheçam todos os aspectos éticos na qual esta atividade encontra-se ancorada.

No ambiente domiciliar como em qualquer outro ambiente de exercício profissional podem surgir questões de cunho ético, por este motivo é importante assimilar os diferentes tipos de espaços. O recinto ao qual o problema de pesquisa foi direcionado é de

domínio particular e tudo que emerge ou é produzido nesse lugar tem caráter íntimo, merecedor do sigilo, da privacidade e da confidencialidade. Tais atitudes quando respeitadas e valorizadas alicerçam a construção de vínculos que, por sua vez, favorecem o desenvolvimento da visita domiciliar como instrumento que possibilita o cuidado em saúde e de enfermagem. A dimensão desse cuidado deve ser embasada na perspectiva de que o indivíduo tem autonomia sobre sua saúde e, que, se forem necessárias intervenções estas devem ser negociadas e, posteriormente, rearranjadas com a participação de ambos os atores tendo em vista um processo terapêutico.

Os profissionais responsáveis pela realização das visitas domiciliares são identificados pela comunidade e caracterizados segundo suas atribuições. Os profissionais de Estratégia de Saúde da Família (Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde) são os principais executores da visita domiciliar, possibilitando a participação de outros profissionais da saúde bem como educadores e até mesmo religiosos, cada um com seus saberes, porém com uma única finalidade. A ausência de cada um deles é por vezes percebida como falta de vontade ou interesse, por esta razão os profissionais devem estar cada vez mais comprometidos com o trabalho e com as pessoas as quais estão sob sua responsabilidade.

A visita domiciliar por si só, não pode ser considerada ferramenta de cuidado. Para assim ser conceituada deve ser realizada a partir da organização de critérios que poderão definir um processo sistemático e auxiliador para a definição de responsabilidades, e não uma surpresa ou um evento raro. Entretanto, a pesquisa revelou que a visita domiciliar na ESF na área investigada, nem sempre é realizada para atender aos princípios doutrinários do SUS. Para romper com essas limitações, agendas cotidianas deverão fazer parte do planejamento da equipe para ajustes regulatórios para lidar/enfrentar/intervir nos problemas emergentes oriundos das necessidades das famílias e de seus membros.

São considerações que convergem para a Teoria Proxêmica de Hall e para a natureza polivalente do processo de trabalho com combinações que deverão proteger indivíduos e famílias. Requer, sobretudo, o exercício de competência estratégica e comunicativa orientada para a coprodução de mediações, de ações cooperativas e de suporte terapêutico. Portanto, engloba em um mesmo espaço, respeitando limites proxêmicos, dinâmicas interativas para gerir e gerar atores e processos de inovação e renovação, processos de planejamento pautados na ética, na responsabilidade e no compromisso social em uma temporalidade que pode ser de curto, médio e longo prazo. É, portanto, um *continuum* de modos e meios de intervenção e condução por onde permeiam competências normativas, instrumentais, pessoais, individuais, coletivas, objetivas e subjetivas.

Acreditamos que estamos numa fase de instabilidades e transitoriedade políticas, institucionais e profissionais com impactos negativos na operacionalização da visita domiciliar. Mas, mudanças paradigmáticas acontecem. Entretanto, exige mudanças atitudinais como força motriz para ações competentes e convicções mediadas politicamente a partir de motivações, valores éticos e atitudes cooperativas e colaborativas, tendo em vista a organização e a produção de serviços compatíveis e coerentes para a identificação e seletividade de problemas, necessidades e demandas prioritárias que justifiquem a visita domiciliar.

De outro modo, ressalta-se o necessário envolvimento e implicação do trabalho na ESF como ênfase na motivação, no acolhimento, na resolubilidade e efetividade visando subsidiar a tomada de decisão e a intervenção na e com a família. No que diz respeito a estes aspectos, a pesquisa revelou que a ESF sem o médico ou com baixo tempo de permanência, com alta rotatividade e sem agentes de saúde, representaram importantes limitações para a operacionalização da visita domiciliar com implicações éticas que se estende à gestão dos serviços de saúde. De outra forma, será necessário que a comunidade exerça o efetivo controle social, com base no princípio de que a saúde constitui direito de cidadania.

Por fim, este estudo nos possibilitou identificar que a visita domiciliar possui fragilidades/sombras, mas que apresenta grandes potencialidades/cores no que concerne ao cuidado em saúde. Para que as potencialidades/cores venham a emergir neste cenário um caminho que certamente dará bons frutos é sempre respeitar o território do próximo, saber ouvir, saber falar, dar valor ao processo de comunicação, identificar as entrelinhas das representações e percepções do outro, saber compartilhar experiências, prosseguir e recuar sempre no sentido de solidificar as relações e consolidar resultados.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 1103-1112, 2009.

ALMEIDA, E.; NELAS, P.; DUARTE, J. Visita domiciliária no pós-parto: avaliação das puérperas. **Revista APEO**, n. 12, p. 34-38, 2012. Disponível em: <<http://www.apeobstetras.org/docs/revista.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2014.

ALVES, A. F. A. M. V. **Gratidão**: um estudo longitudinal sobre o impacto pessoal e relacional. 2010. 74 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Lisboa, 2010. Disponível em: <http://www.repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3050/1/uflp037537_tm.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2014.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Revista Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

AMARO, S. **Visita domiciliar**: guia para uma abordagem complexa. Porto Alegre: AGE, 2007.

ARAÚJO, F. A.; PAIVA, B. S. R. A visita domiciliária com ênfase na educação em saúde. **Revista Eletrônica Saúde: Pesquisa e Reflexões**, v. 1, n. 1, p. 1-16, 2011. Disponível em: <<http://www.uninove.br/marketing/sites/publicacaoofmr/pdf/sau/AOSAU04.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2012.

ARAÚJO, M. R. N. de et al. Saúde da Família: cuidado no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, p.117-122, 2000. Número Especial.

ASSIS, M. M. A. et al. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família**: olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA, 2010.

BARROS, D. M.; SÁ, M. C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma Unidade Saúde da Família; limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 5, n. 15, p. 2473-2482, 2010.

BATISTA, P. S. de S. **Ética no cuidado em saúde e na formação universitária na perspectiva da educação popular**. 2012. 196 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

BENI, N. I. O.; LUZ, M. H.; KOHIRAUSCH, S. C. Conhecimento, percepções e assistência à saúde da mulher no climatério. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 3, p. 299-306, 2007.

BERTACHINI, L. A comunicação terapêutica como fator de humanização da Atenção Primária. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 507-520, 2012.

BEZERRA, F. A. et al. **Visita domiciliar e atenção à saúde**: uma análise na perspectiva dos usuários da estratégia de saúde da família. 2013. Disponível em: <http://www.convibra.org/upload/paper/2013/71/2013_71_7509.pdf> Acesso em: 14 fev. 2014

BRASIL. Constituição (1988). Constituição [da] República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 5 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 de ago. 2009; seção 1, n. 155.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 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). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 17 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 19 de outubro de 2006. Define os conteúdos mínimos do Curso Introdutório para profissionais da Saúde da Família. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2527.htm>>. Acesso em: 7 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 10. out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Treinamento introdutório**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2000a. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/saudebateaporta/mostravirtual/ingles/publicacoes/cad02_treinamento.pdf>. Acesso em: 7. abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Melhor em casa**: a segurança do hospital no conforto do seu lar. Brasília, DF, 2012b. v. 1. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_portugues_montado.pdf>. Acesso em: 7 out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília, DF, 2000b. 44 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde. 2003.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação da escala de risco familiar como instrumento de priorização de visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004. Disponível em: <<http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/104/98>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

CRUZ, M. M.; BOURGET, M. M. M. A Visita Domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 605-613, 2010.

CUNHA, M. S.; SÁ, M.C. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 17, n. 44, p. 61-73, 2013. Disponível em: <<http://www.readcube.com/articles/10.1590/S1414-32832013000100006>>. Acesso em: 15 abr. 2014.

DIAS, O. V. et al. Segredo profissional e sua importância na prática de enfermeiros e odontólogos. **Revista Bioética**, v. 21, n. 3, p. 448-454, 2013.

DRULLA, A. G. et al. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. **Cogitare enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 667-674, 2009. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16380/10861>>. Acesso em: 18 abr. 2013.

FAEDA, A.; PONCE DE LEON, C. G. R. M. Assistência de enfermagem a um paciente portador de diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 6, p. 818-821, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a19.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2012.

FERREIRA, R. C. et al. Relações éticas na Atenção Básica em Saúde: a vivência dos estudantes de medicina. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1553-1540, 2009. Suplemento 1.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul: Yeddis Editora, 2008.

FORTES, P. A. C. **Ética e saúde**. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária, 1998.

GALAVOTE, H. S. et al. Desvendando os processos de trabalho do Agente Comunitário de Saúde nos cenários revelados na Estratégia de Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 231-240, 2011.

GARLET, E. R. et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 266-272, 2009.

GASPARETTO, F.; MENEGON, K. M.; VECHIA, V. R. D. **O papel do enfermeiro frente a violência sexual contra a mulher**. 2011. 49 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/121429/319187.pdf?sequence=1>> Acesso em: 7 abr. 2014.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 645-653, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a13>>. Acesso em: 14 nov. 2011.

GOLDIM, J. R. **Privacidade**. Porto Alegre: Núcleo Interinstitucional de Bioética, 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/privacid.htm>>. Acesso em: 20 abr. 2014

HALL, E. T. **A dimensão oculta**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; BORGHI, A. C. S.; LENARDT, M. H. Ética e estética: envolvimento na promoção do cuidado gerontológico de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, p. 114-124, 2006. Número Especial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea13.pdf>> Acesso em: 16 maio 2012.

KAWATA, L. S. et al. Os desempenhos da enfermeira na saúde da família: construindo competência para o cuidado. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 961-970, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/12.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2012.

LONGHI, J.C.; CANTON, G. A.M. Reflexões sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS. **Physis**, v. 21, n. 1, p. 15-30, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a01.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2014.

LOPES, W. O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Ciência e Cuidado de Saúde**, v. 7, n. 2, p. 241-247, 2008. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/5012/3247>>. Acesso em: 17 abr. 2013

MARCONI, M. C.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MARIN, M. J. S. et al. O sentido da visita domiciliária realizada por estudantes de medicina e enfermagem: um estudo qualitativo com usuários de unidades de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p.4357-4365, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a08v16n11.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2014.

MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1521-1531, 2010. Suplemento 1.

MENDONÇA, M. K. **Licença posso entrar? As visitas domiciliares nos programas de agentes comunitários de saúde e saúde da família e a integralidade**. 2008. 380 f. Tese (Doutorado Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2008. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/.../MargareteKnochMendonca.pdf>. Acesso em: 16 out. 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 965-972, 2011. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16s1/a28v16s1.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2013.

MOISÉS, J. A. Cidadania, Confiança e Instituições. **Lua Nova**. São Paulo, n.65, p. 71-94. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ln/n65/a04n65.pdf> > Acesso em: 25 set. 2014

NEVES, M.; PRETTO, S. M.; ELY, H. C. Percepções de usuários e trabalhadores de saúde sobre a implantação do acolhimento em uma unidade de saúde em Porto Alegre-RS, Brasil.

Revista de Odontologia da UNESP, v. 42, n. 5, p. 364-371, 2013. Disponível em: <<http://www.revodontolunesp.com.br/files/v42n5/v42n5a08.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2013.

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13260.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2012.

PALUDO, S. S.; KOLLER, S. H. Gratidão em contextos de risco: uma relação possível? **Psicología, Cultura y Sociedad**, v. 7, p. 55-66, 2007. Disponível em: <<http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico77Psico%2004.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2012.

PIETA, M. A. M. **A expressão do sentimento de gratidão**: um estudo com crianças e adolescentes escolares de Porto Alegre. 2009. 64 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://www.lume.ufgrs.br/bitstream/handle/10183/15871/000691725.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

PRZENYCZKA, R. A.; LACERDA, M. R.; MAFTUM, M. A. Conflitos éticos no cuidado domiciliar: o dilema dos enfermeiros. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 2, p. 67-70, 2012. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/257/145>>. Acesso em: 16 ago. 2012.

RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A. et al. Um estranho à minha porta: preparando estudantes de medicina para visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 2, p. 276–281, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n2/16.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2012.

REZENDE FILHO, C.B; CÂMARA NETO, I.A. A evolução do conceito de cidadania. 2013. Disponível em < <http://www.ceap.br/material/MAT16092013195054.pdf> > Acesso em: 25 set. 2014

ROGRIGUES, M. M. T.; ROCHA, S. S.; PEDROSA, J. I. S. Visita domiciliar como objeto de reflexão. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina, v. 4, n. 3, p. 44-47, 2011. Disponível em: <http://uninovafapi.edu.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v4n3/revisao/rev1_v4n3..pdf>. Acesso em: 15 set. 2012.

SACARDO, D. P. **Expectativa de privacidade segundo pessoas hospitalizadas e nãohospitalizadas**: uma abordagem bioética. 2001. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SADEK, MT., org. SANCHES FILHO, AO., et al. **Justiça e cidadania no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein. 224 p. 2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 25 set. 2014.

SAITO, R. X. S. Políticas de Saúde: princípios, diretrizes e estratégias para estruturação de um sistema único de saúde. In: OHARA, E. C. C.; SAITO, R. S. X. (Orgs.). **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010. cap.1, p. 19-62.

SANTOS, E. M.; MORAIS, S. H. G. A visita domiciliar na estratégia saúde da família: percepção de enfermeiros. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 492-497, 2011. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/21761/16235>>. Acesso em: 16 mar. 2012.

SOSSAI, L.C.F.; PINTO, I.C.A. Visita domiciliar do enfermeiro: fragilidades x potencialidades. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 569-576, 2010.

SOUSA, M. F. de. Estratégia Saúde da Família: entre atos e revelações. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4307-4314, 2011.

SOUZA, M. L. et al. cuidado em enfermagem – Uma aproximação teórica. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 266-270, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a15v14n2.pdf> >. Acesso em: 14 nov. 2011.

SOUZA, R. R. Políticas e práticas de saúde e equidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, p. 765-770, 2007. Número Especial. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/41682/45293>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

SUGARMAN, J. **Ethics in primary care**. New York: McGraaw-Hill, 2000.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do sistema único de saúde**. 2011. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2013.

VARGAS, J. D. **História das políticas públicas de saúde no Brasil: revisão da literatura**. 2008. 28 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Escola de Saúde do Exército, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.essex.ensino.eb.br/doc/PDF/PCC_2008_CFO_PDF/CD52%201%BA%20Ten%20AI%20JEFERSON%20DUTRA%20DE%20VARGAS.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2013.

VERGARA, Sylvia Constant. **Métodos de coleta de dados no campo**. São Paulo: Atlas, 2012.

ZOBOLI, E. L. C. P. **Bioética e Administração hospitalar**. São Paulo: Edições Loyola/Editora do Centro Universitário São Camilo, 2002.

_____. **Bioética e atenção básica**: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família. 2003. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

APÊNDICES

APENDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido para os familiares

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: familiares

Venho pelo presente, solicitar sua participação na pesquisa para o desenvolvimento da Dissertação do Mestrado Acadêmico em Enfermagem **intitulada: Visita Domiciliar na Estratégia de Saúde da Família**, sob orientação da Profa. Dra. Francisca Georgina Macedo de Sousa. O motivo que nos leva a estudar este tema é que acreditamos que a visita domiciliar tem limitações que venham a surgir a partir de problemas que possam existir tendo como base o seu ponto de vista a respeito desta atividade e de como elas estão sendo executadas. A pesquisa se justifica pela necessidade de visitas domiciliares qualificadas possibilitando o estabelecimento da confiança, estreitando laços com a comunidade, exercitando a Estratégia de Saúde da Família de forma mais coerente, gerando mudanças significativas. **O objetivo da pesquisa é compreender sob a perspectiva dos usuários da ESF, o processo operacional da visita domiciliar, com ferramenta para o cuidado em saúde.** O procedimento de coleta de dados será conduzido por meio de entrevista aberta com perguntas norteadoras e circulares para alcançar maior aprofundamento do que está sendo estudado com posterior participação dos entrevistados em um grupo para exposição de questões e discussões. A nossa conversa poderá ser realizada na unidade de saúde podendo ser negociado outro local, em dia e horário que achar conveniente, privilegiando condições que permeiam a gestão de tempo e a qualidade das mesmas. A entrevista será gravada e poderá ser realizada em mais de um encontro. A participação no estudo **não acarretará custos** para você e em caso de haver despesas com o deslocamento para a realização das entrevistas este será custeado pelas pesquisadoras. A sua participação **não é obrigatória** e você pode **recusar-se** a participar ou **retirar** seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma, para isso basta entrar em contato pelos telefones abaixo. Asseguramos que todas **suas informações serão utilizadas somente pelas pesquisadoras nos resultados da investigação divulgadas em publicações científicas e acadêmicas.** Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Existe um risco mínimo para você que se submete à entrevista que está relacionado aos possíveis desconfortos emocionais. Com relação aos benefícios esperados, espera-se aperfeiçoar a visita domiciliar. O seu nome será mantido em **sigilo** e de forma **anônima**. Para possíveis questionamentos sobre este trabalho, o presente documento, em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de

Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término pelo convidado a participar da pesquisa e pelo pesquisador responsável ficando uma cópia em seu poder, onde consta o endereço e o telefone das pesquisadoras e do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria de Saúde do Município de São Luís.

Atenciosamente as pesquisadoras.

Márcia Raquel Lima Amaral Moura
Rua B Qd 37 Casa 15 Conj. Cohapam São Cristovão. São Luís- MA.
E-mail: marcynharakel@hotmail.com Telefone: (98) 88457354

Francisca Georgina Macedo de Sousa
Rua dos Sabiás, 12. Condomínio Porto Alegre, apt.1004. Renascença II. São Luís - MA.
E-mail: fgeorginams@hotmail.com Telefone: (98)82159674

Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís
Rua Deputado Raimundo Vieira, Nº 2000, Parque do Bom Menino
Telefone: 3214-7300

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____ fui informada(o) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e tive minhas dúvidas esclarecidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações aos pesquisadores e motivar minha decisão de participação na pesquisa. As pesquisadoras desse estudo certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar as pesquisadoras nos telefones citados ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

São Luis, ____ de _____ de _____

Assinatura do (a) Participante

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido para os profissionais

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: Profissionais

O Sr (a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa para o desenvolvimento da Dissertação do Mestrado Acadêmico em Enfermagem **intitulada: Visita Domiciliar na Estratégia de Saúde da Família**, sob orientação da Profa. Dra. Francisca Georgina Macedo de Sousa. Este é um estudo exploratório com abordagem qualitativa. O motivo que nos leva a estudar este tema é que acreditamos que a visita domiciliar tem limitações que venham a surgir a partir de problemas que possam existir tendo como base o seu ponto de vista a respeito desta atividade e de como elas estão sendo executadas. A pesquisa se justifica pela necessidade de visitas domiciliares qualificadas possibilitando o estabelecimento da confiança, estreitando laços com a comunidade, exercitando a Estratégia de Saúde da Família de forma mais coerente, gerando mudanças significativas. **O objetivo da pesquisa é compreender sob a perspectiva de profissionais da ESF, o processo operacional da visita domiciliar, com ferramenta para o cuidado em saúde.** O procedimento de coleta de dados será conduzido por meio de entrevista aberta com perguntas norteadoras e circulares para alcançar maior aprofundamento do que está sendo estudado. A nossa conversa poderá ser realizada na unidade de saúde podendo ser negociado outro local, em dia e horário que achar conveniente, privilegiando condições que permeiam a gestão de tempo e a qualidade das mesmas. A entrevista será gravada em meio digital e poderá ser realizada em mais de um encontro, para posterior transcrição – será guardada por cinco (05) anos e incinerada após esse período. A participação no estudo **não acarretará custos** para você e em caso de haver despesas com o deslocamento para a realização das entrevistas este será custeado pelas pesquisadoras, **não haverá quaisquer compensação financeira**. Sua participação **não é obrigatória** e você pode **recusar-se** a participar ou **retirar** seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma, para isso basta entrar em contato pelos telefones abaixo. **Asseguramos que todas suas informações serão utilizadas somente pelas pesquisadoras nos resultados da investigação divulgadas em publicações científicas e acadêmicas.** Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Existe um risco mínimo para você que se submete à entrevista que está relacionado aos possíveis desconfortos emocionais. Com relação aos benefícios esperados, espera-se aperfeiçoar a visita domiciliar. O seu nome será mantido em **sigilo** e de forma

anônima. Para possíveis questionamentos sobre este trabalho, o presente documento, em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término pelo convidado a participar da pesquisa e pelo pesquisador responsável ficando uma cópia em seu poder, onde consta o endereço e o telefone das pesquisadoras e do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria de Saúde do Município de São Luís.

Atenciosamente as pesquisadoras.

Márcia Raquel Lima Amaral Moura
Rua B Qd 37 Casa 15 Conj. Cohapam São Cristovão. São Luís- MA.
E-mail: marcynharakel@hotmail.com Telefone: (98) 88457354

Francisca Georgina Macedo de Sousa
Rua dos Sabiás, 12. Condomínio Porto Alegre, apt.1004. Renascença II. São Luís - MA.
E-mail: fgeorginams@hotmail.com Telefone: (98)82159674

Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís
Rua Deputado Raimundo Vieira, Nº 2000, Parque do Bom Menino
Telefone: 3214-7300

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____ fui informada(o) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e tive minhas dúvidas esclarecidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações aos pesquisadores e motivar minha decisão de participação na pesquisa. As pesquisadoras desse estudo certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar as pesquisadoras nos telefones citados ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

São Luis, ____ de _____ de _____

Assinatura do (a) Participante

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE C - Roteiro para a entrevista como os familiares

1. O que mais lhe agrada na visita domiciliar realizada pelos profissionais da Equipe Saúde da Família?
2. Como você gostaria que fosse a visita domiciliar no Saúde da Família?
3. Em que situações você considera importante receber na sua casa os profissionais de Saúde da Família?
4. Que cuidados devem ter os profissionais ao realizar a visita domiciliar?
5. O que os profissionais podem fazer antes da visita domiciliar?
6. Como você se sente ao receber a equipe de saúde em sua casa?
7. Que sugestões você daria para uma boa relação dos profissionais com a família durante a visita domiciliar?
8. O que não lhe agrada na visita domiciliar?
9. O que você não gosta no comportamento dos profissionais durante o contato destes com a família durante a visita domiciliar?
10. Na sua opinião o que dificulta a relação dos profissionais com a família na visita domiciliar?

APÊNDICE D - Roteiro para a entrevista como os profissionais

1. O que significa a visita domiciliar para você?
2. Você considera a visita domiciliar importante para o restabelecimento da saúde do paciente?
3. Que significados têm para você a visita domiciliar como instrumento para o cuidado na ESF?
4. Em quais situações você realiza a visita domiciliar?

ANEXO

ANEXO A – Parecer Consubstanciado



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LUÍS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
INSTITUÍDO PELA PORTARIA N. 10 de 23 de janeiro de 2012

PARECER CONSUBSTANCIADO	Nº do Protocolo: 2013.01.16.04-52 Data de Entrada no CEP: 16/04/2013
--------------------------------	---

I - Identificação:

Título do projeto: VISITA DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL				
Identificação do Pesquisador Responsável: Profª Drª Francisca Georgina Macedo de Sousa				
Identificação da Equipe executora: Profª Drª Francisca Georgina Macedo de Sousa MÁRCIA RAQUEL LIMA AMARAL				
Instituição onde será realizado: Universidade Federal do Maranhão				
Local da coleta: Centro de Saúde Santa Bárbara, Unidade de Saúde da Família Cidade Olímpica III Jailson Alves Viana e a Unidade de Saúde da Família Santa Clara.				
Área temática: Saúde – Enfermagem	Multicêntrico: Não	Patrocinador: Não	Fontes dos Recursos: Próprios	Valor do Projeto: 1356,00

II – Objetivo:

Desenvolver nos enfermeiros de quatro equipes da ESF do Distrito Sanitário do Tirirical no município de São Luís – MA, competências e habilidades para qualificar a visita domiciliar a partir dos conceitos de espaço e territorialidade.

III- Sumário do projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Acadêmico em Enfermagem, que fará uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), que mantém uma estreita relação com a prática assistencial, tendo a intenção de encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudanças e introduzir inovações na prática. Está comprometida diretamente com a melhoria do contexto social pesquisado.

Para melhor aproveitamento dos dados serão utilizadas nessa investigação as seguintes técnicas: Dinâmicas Grupais; Grupos Focais; Observação Participante e o Arco de Maguerez. As técnicas de coleta de dados serão descritas em sessão específica.

O protocolo está instruído com a seguinte estrutura: Introdução, Justificativa, Objetivo, Metodologia, Cronograma, Orçamento, Referências e Apêndice.

Justifica-se o presente projeto por meio da constatação de que a partir de visitas domiciliares qualificadas será possível estabelecer confiança, estreitando laços com a comunidade, exercitando a Estratégia de Saúde da Família de forma mais coerente, sendo autores de mudanças significativas e não meramente expectadores de vidas.

Na metodologia, trata-se de uma pesquisa se dará em consonância com o processo de investigação da PCA, que de acordo com Trentini e Paim (2004), são eles: a fase de concepção, de instrumentação, de perscrutação e a de análise. A fase de concepção se estabelece pelo ato de explicitar o tema, o problema, as interrogações e os objetivos de pesquisa por intermédio de uma revisão de literatura e na soma das experiências próprias.

A coleta de dados será realizada a partir do mês de julho de 2013, somente após submissão e aprovação do comitê de ética.

O projeto ainda apresenta cópia detalhada da metodologia (instruções, aplicação e avaliação dos dados coletados) proposta pela OMS.

Os autores informam que o projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da SEMUS.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LUÍS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
INSTITUÍDO PELA PORTARIA N. 10 de 23 de janeiro de 2012

IV- Comentários do relator:

Considerando os princípios fundamentais da Bioética, a legislação brasileira e as normatizações de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, tanto as nacionais quanto as internacionais, observamos os seguintes aspectos abaixo discriminados no protocolo aqui analisado:

- I – Sobre o protocolo, notamos que: está de acordo com a Res CNS 196/96
- II – Sobre a Pesquisa notamos que: apresenta os rigores da Res. CNS 196/96
- III – Sobre os pesquisadores notamos que: possuem qualificação para realizar a pesquisa
- IV – Sobre os sujeitos da Pesquisa notamos que: tanto os membros das famílias quanto os profissionais poderão ter escolhidos tendenciosamente.
- V – Sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) notamos que: está elaborado dentro dos critérios da Res. CNS 196/96.

V – Recomendações:

Sem recomendações

VI – Pendências


Sem pendências

VII – Parecer Consubstanciado do CEP

Deste modo, de acordo com o relato acima exposto, o protocolo 2013.01.16.04-52 referente ao projeto de Pesquisa sob o título VISITA DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL é considerada por este CEP como APROVADO.

1) Este parecer se refere só à forma como o projeto dessa pesquisa está desenhado e foi protocolado junto ao CEP, não dando nenhum respaldo à pesquisa para fins de publicação ou apresentação em congressos, bancas ou outros eventos científicos. Para isto, o pesquisador deve solicitar o Parecer Consubstanciado Aprovando Relatório de Pesquisa ou o Parecer Consubstanciado Aprovando a Finalização da Pesquisa.

VIII - Data da reunião do CEP: 01/07/2013


Prof. Dr. Marcos Antônio Barbosa Pacheco
Coordenador do CEP-SEMUS