

# AÇÕES DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO DOMICÍLIO SEGUNDO USUÁRIOS DESTE SERVIÇO EM ANANINDEUA, PARÁ

## Actions of a family health team in the home environment according to users of this service in Ananindeua, Pará

### Nathália Silva de Souza

Residente em Estratégia Saúde da Família.  
Universidade do Estado do Pará.

### Renato da Costa Teixeira

Doutor. Docente do Curso de Fisioterapia da  
Universidade do Estado do Pará

### CONTATO

#### Nathália Silva de Souza

Rodovia Augusto Montenegro, 3401, Bloco  
D4, Apto 303 - Mangueirão  
Belém - Pará - CEP 66640-465.  
E-mail: [natsouza.fisio@gmail.com](mailto:natsouza.fisio@gmail.com)

Segundo o Ministério da Saúde, um dos objetivos da Estratégia Saúde da Família (ESF) é eleger a família e seu espaço social como núcleo básico de atendimento à saúde, o que tem início no momento do cadastramento das famílias. Este componente assistencial permite um cuidado integral e focado na promoção, prevenção e reabilitação. Considerando a importância da compreensão das ações do profissional no domicílio e da escuta da comunidade na reorientação do modelo assistencial vigente, o objetivo deste estudo foi investigar e compreender como os usuários percebem as ações desenvolvidas no ambiente domiciliar. Tratou-se de um estudo qualitativo do tipo exploratório e descritivo, com abordagem hermenêutica crítica, realizado em Ananindeua, Pará, com usuários cadastrados em uma equipe de Saúde da Família. Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado e para análise das falas utilizou-se o Método de Interpretação dos Sentidos. Observou-se que a visita é vista como uma importante ferramenta do cuidado e oportunidade de acesso ao serviço de saúde. No entanto, as ações desenvolvidas no ambiente domiciliar estavam, no geral, restritas ao âmbito curativista, embora atendam a algumas propostas da ESF e aos princípios de equidade e universalidade do Sistema Único de Saúde por ser um meio que facilita o acesso aos serviços. Portanto, a visita permite o fortalecimento de vínculo do serviço com os usuários e facilita o acesso à assistência à saúde, elementos estes conhecidos como fundamentais na reorientação do modelo assistencial de saúde.

### Palavras-chave:

Saúde da Família. Visita Domiciliar. Usuários.

### Abstract

According to the Brazilian Ministry of Health, one of the aims of the Family Health Strategy (FHS) is to select families and their social space as the basic core of healthcare, which begins when families are registered during

home visits. This component of care enables comprehensive care focused on promotion, prevention and rehabilitation. Given the importance of comprehending professionals' actions in the home environment and listening to the community, for reorienting the current healthcare model, the aim of this study was to investigate and comprehend how service users perceive the actions developed in the home environment. This was a qualitative, exploratory and descriptive study with a critical hermeneutic approach, conducted in Ananindeua, state of Pará, among users registered with a Family Health team. A semi-structured interview script was used and responses were analyzed using the Meaning Interpretation Method. It was observed that home visits were seen as an important healthcare tool and opportunity to access healthcare services. However, the actions developed in the home environment were generally restricted to the sphere of healing, although they fulfilled some FHS proposals and the principles of equity and universality of the Brazilian National Health System, through being a means of facilitating access to services. Therefore, home visits strengthen the linkage between services and users and facilitate access to healthcare. These elements are known to be fundamental for reorienting the healthcare model.

### Keywords:

family health, home visits, users.

## INTRODUÇÃO

Este artigo é parte de um trabalho de conclusão de Residência Multiprofissional da Universidade do Estado do Pará (UEPA). A primeira turma deste programa de residência iniciou suas atividades em 2012, como resultado de uma parceria entre a UEPA, hospitais e serviços de saúde vinculados à Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (SESPA).<sup>1</sup>

Foi durante as atividades dos residentes de fisioterapia e terapia ocupacional deste programa, na área de concentração Estratégia Saúde da Família, que a questão de pesquisa do presente trabalho foi levantada, junto a uma equipe de Saúde da Família em Ananindeua, Pará.

Esta equipe de saúde atua no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), cujo trabalho elege como ponto central o estabelecimento de vínculo e a criação de laços de compromisso e de responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.<sup>2</sup>

Nesse contexto, um importante componente assistencial passa a exercer um papel fundamental: a visita domiciliar. É uma das modalidades de atenção domiciliar que tem sido am-

plamente difundida no mundo e tem como pontos fundamentais o cliente, a família, o contexto domiciliar, o cuidador e a equipe multiprofissional.<sup>2,3</sup>

A visita domiciliar apresenta-se como um instrumento que confronta o modelo hegemônico de saúde e como uma situação propícia à maior interação do profissional de saúde com os usuários e a não predominância de uma postura profissional de indiferença.<sup>4</sup>

Entretanto, sem desconsiderar a importância da visita no âmbito da ESF para um atendimento integral e humanizado, a relação do profissional com o usuário nesse contexto tem sido vista com aparente simplicidade, dada a constância dos encontros. Diante disso, há o risco de o profissional não reconhecer as necessidades dos usuários como uma questão de saúde, por não perceber o limite tênue entre a ação de sociabilidade, meramente, e as ações de saúde.<sup>5,6</sup>

Além disso, no espaço de convivência das famílias, é recorrente o risco de impor um modelo de vida desconsiderando os arranjos familiares, as histórias, a concepção do viver, pois oferecem um olhar de existência que precisa ser considerado.<sup>7</sup>

Diante destas considerações, depreende-se que conhecer o olhar de usuários e suas famílias sobre as ações desenvolvidas no domicílio por uma equipe de saúde da família torna-se de extrema importância na reorientação do modelo de atenção à saúde, uma vez que esta deve ser fundamentada também na escuta da comunidade.<sup>5</sup>

Percebendo a necessidade e importância da visita domiciliar enquanto prática do cuidado em saúde e tecnologia de interação e visando favorecer análise e discussão de temas relacionados a um cuidar mais humanizado, este estudo almeja investigar como os usuários percebem as ações desenvolvidas no ambiente domiciliar.

## MÉTODO

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória e descritiva. A opção pelo método qualitativo deve-se ao fato de o objeto de estudo estar inserido no universo dos significados. Esse conjunto de fenômenos é entendido como parte da realidade social, pois o ser humano é definido, não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.<sup>8</sup>

Dentre as abordagens conceituais e metodológicas mais utilizadas em pesquisa qualitativa, este estudo segue a abordagem hermenêutica na sua vertente crítica, uma vez que trata da percepção dos usuários de um serviço de visita domiciliar, para que seja compreendido o que esta prática representa para estes indivíduos. Esta abordagem está fundamentada na com-

preensão e visa desvelar o que faz sentido para o sujeito, tal como percebido por ele e manifesto, confrontando essa produção subjetiva com a materialidade a que a mesma dialeticamente se vincula.<sup>9,10</sup>

O estudo foi realizado no município de Ananindeua, Estado do Pará, com usuários adscritos a uma Estratégia Saúde da Família, no bairro de Águas Lindas. A coleta de dados ocorreu no domicílio dos usuários, no turno matutino, nos meses de outubro e novembro de 2013.

A técnica utilizada para a seleção dos participantes foi a seleção teórica, ou seja, de acordo com a relevância do informante ante o objeto investigado e experiências em relação ao fenômeno de interesse.<sup>4,11</sup>

Foi incluído o usuário maior de dezoito anos, representante de uma família cadastrada em uma ESF do bairro de Águas Lindas, de ambos os sexos, independente de raça; que aceitou participar da pesquisa voluntariamente, e que recebia visita há pelo menos seis meses.

Não foram inclusos no estudo usuários que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); aqueles que não estavam em condições físicas e psicológicas para participar da entrevista, nem aqueles que se recusaram a responder os questionamentos propostos.

Foram entrevistados vinte representantes de famílias cadastradas. O fechamento amostral se deu por inclusão progressiva (sem demarcação, a priori, do número de participantes), interrompida por saturação, ou seja, quando a inclusão de novos participantes é suspensa em razão de apresentação repetitiva ou redundante dos dados. Este é um dos procedimentos mais utilizados em pesquisa qualitativa, considerando que nela a ideia de amostragem não é a mais indicada, pois, o universo em questão não são os sujeitos em si, mas as suas representações ante o tema investigado.<sup>8</sup>

Para a seleção dos participantes foi estabelecido um contato inicial com o agente comunitário de saúde (ACS) de cada microárea da ESF. Buscaram-se aqueles que atendessem aos critérios de inclusão e exclusão. Feito isso, estabeleceu-se o contato com os potenciais participantes do estudo, os quais foram convidados a participar e esclarecidos sobre a proposta da pesquisa.

Dado o consentimento, a entrevista foi agendada para uma data próxima, quando foi feita a leitura e assinatura do TCLE. Pelo Termo, o participante foi esclarecido sobre a garantia de preservação de sua identidade e de sua autonomia para se retirar da pesquisa a qualquer momento, se assim o desejasse, o que não interferiria na continuidade do acompanhamento pela equipe de saúde.

Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada com a seguinte pergunta disparadora: “O que a equipe de saúde faz na sua casa ao realizar a visita domiciliar?”

Essa classificação da entrevista (semiestruturada) utiliza perguntas abertas, por meio das quais o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada.<sup>8</sup>

Para efeito de registro do conteúdo de entrevista foi utilizado um aparelho gravador de voz. Posteriormente, as falas dos participantes foram transcritas em arquivos individuais, que foram demarcados apenas com um nome fictício, a fim de preservar a identidade dos informantes. Os nomes mencionados nas falas (dos membros da equipe de saúde e familiares dos informantes) receberam o mesmo tratamento e são de conhecimento da pesquisadora e do orientador, somente.

Os dados foram analisados utilizando-se como referência os fundamentos do método de interpretação dos sentidos. Este método de análise consiste numa proposta de interpretação de dados em pesquisa qualitativa que trata de uma perspectiva das correntes compreensivas das ciências sociais que analisa as palavras, as ações, o conjunto de inter-relações, grupos, instituições, conjunturas, dentre outros corpos analíticos.<sup>13</sup>

Todos os participantes foram estudados segundo os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, respeitadas as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Res. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CEP CCBS-UEPA), CAAE 15179313.7.0000.5174, sob o parecer nº 426.989, de 17 de outubro de 2013.

A realização desta pesquisa foi autorizada pela Secretaria de Saúde de Ananindeua (SESAU), responsável pela instituição à qual se vincula a ESF abordada neste estudo.

## RESULTADOS

A exploração das falas das informantes permitiu identificar duas categorias principais: as características da visita domiciliar e os aspectos a serem melhorados nesta prática.

### *Características da visita domiciliar*

As falas das informantes permitiram inferir dois enfoques: o primeiro diz respeito aos motivos que justificaram a realização da visita domiciliar e o segundo mostra a percepção das informantes sobre a visita enquanto possibilidade de acesso ao serviço de saúde.

No que concerne à motivação da visita, os relatos permitiram identificar ideias diversas, como o agendamento de consul-

tas e exames na unidade de saúde da família; informação sobre o calendário vacinal; verificação da necessidade de atendimento médico; assistência domiciliar e provisão de medicamentos.

Sobre este primeiro enfoque, para algumas entrevistadas, a visita é entendida como uma ação que envolve toda a família. Abaixo estão transcritos os relatos de algumas informantes sobre o trabalho dos ACS no domicílio:

*[...] vem saber como a gente tá. Aí ela vem marcar consulta pra gente aqui, do meu filho também. Só com ela que eu marco só, negócio de ultrassom, essas coisas (Maria de Jesus)*

*Primeiramente, ver como a gente tá, né. Tem negócio de pressão pelo meio, tem um bocado de coisa que ela faz, né. Ela vem com assistente social, ela já trouxe tantas pessoas aqui (Ana Rosa)*

*Ela marca consulta às vezes pra gente; ela toda vez passa pra ver o que a gente precisa; avisar se tem alguma coisa lá no posto pra gente (Jacira)*

*Ela vem avisar a gente sobre as consultas que estão marcadas, vem me avisar sobre o planejamento do bolsa família, vem avisar quando tem vacinação no posto pras crianças, e, às vezes, quando a gente precisa de consulta, ela tá marcando. O Dr. Mário [médico] vem também (Fátima)*

*Ela vem mais assim mesmo. Só pra dizer quando é pra criança pesar, pra ver a altura da mãe. Às vezes, também ela pergunta se tá tudo em dia, porque meu marido é hipertenso, se ele tá indo (Maria Rita)*

*Ah ela vem, ela pergunta como é que tá a saúde, a minha, a das criança, aí ela conversa, me dá algumas orientações pra higiene e tudo, às vezes, até da alimentação assim, porque eu não tava muito bem de saúde. Aí, eu assino o papel (Lúcia)*

Um dos relatos evidencia ainda a provisão de medicamentos no ato da visita:

*[...] o médico tem nos receitado remédios ótimos né e tanto eu quanto meu marido, eu não tenho o que dizer contra eles. Ele vem, consulta ele, passa os remédios, e os remédios que ele tem passado pra nós tem sido maravilhosos (Ângela)*

Por outro lado, algumas informantes perceberam que o motivo das visitas tinha sido a necessidade de cuidado individual para algum membro da família em função de desconforto ou doença, como observado a seguir:

*Ah, eles vêm mais pra verificar como é que tá a saúde dela ((avó)), ver como é que ela tá, as condições dela [...]; vieram aqui fazer a fisioterapia nela; as medicações que eles vêm deixar aqui, a receita, os exames, é isso. Quando tem vacinação eles vêm em casa aplicar nela, porque ela não vai mais pro posto, ela já pega toda essa parte em casa já (Ana Maria)*

*Ela ((terapeuta ocupacional)) tenta fazer um trabalho aí com a mamãe. E vem o João ((ACS)) também. Quando ela tava no tratamento da zipela ((erisipela)), ele vinha pra dar apoio [...]. Ela tava precisando muito, negócio de curativo né, aí ele sempre vinha trazer os material de curativo, aí ele sempre vinha aqui dar assistência, verificar a pressão dela [...] (Odete)*

A prestação de cuidado individualizado no domicílio é considerada também como vínculo e possibilidade de acesso ao serviço de saúde. Outros relatos revelaram esta percepção sobre a visita, sendo isso, para alguns, uma facilidade, pois, assim, não haveria necessidade de se deslocar até o posto de saúde:

*Porque, às vezes, a gente não sabe certas coisas pra gente no posto e ela avisa. Ela vem avisar pra gente tomar essa vacina que teve, eu não sabia. E ela veio avisar. E eu fui a primeira que cheguei lá ((ri)) (Jacira)*

*[...] pelo meu tratamento, eu acho importante a visita deles. Acho mais fácil fazer meu tratamento assim (Marialva)*

*Ah, eu não quero que a terapeuta pare de vir aqui, não. Nem o agente de saúde. Quero que eles continuem vindo e que continuem dando assistência pra gente, né? E pra ela (mãe), principalmente. Porque fica mais fácil do que ela tá indo pra lá (Odete).*

*[...] porque se não tivesse a agente de saúde pra tá avisando a gente quando a gente tá muito apereada, que não dá pra ir marcar uma consulta. Se não tivesse ela nesse posto, minha amiga... ((sacode a cabeça negativamente)) (Fátima)*

*Eu acho que agora tá melhor porque a gente não vai mais de madrugada, né. Às vezes, ele (médico) vem aqui, consulta aqui mesmo. Às vezes, também ele já passa pras minhas filhas, ele encaixa aqui, porque ele é bacana [...] (Eleonora)*

*Pelo fato das meninas ((fisioterapeuta e terapeuta ocupacional)) virem até aqui, aí através delas eu já recebi visitas da farmacêutica, de uma nutricionista, então eu acho assim um fator muito positivo. Como eu falo pro pessoal aqui de casa: é um apoio. Então, a gente tem que ter esse auxílio, essa porta de entrada, porque se caso a gente precisar de uma coisa maior né, ser atendido... (Marta)*

A visita domiciliar, para alguns, é a oportunidade de ter um atendimento no caso de quem está impossibilitado de se deslocar até a unidade de saúde por motivo de doença:

*Quando ela podia andar, eu levava. Mas teve uma época que ela não conseguiu mais, aí a Amélia ((ACS)) foi e... ((silêncio)). Eu conversei com o doutor, aí ele disse 'não' ((explicou que seria melhor fazer a assistência no domicílio)) (Marta)*

*Antes, a gente levava ela (avó) no posto, né? Mas agora não, agora que eles começaram a vim... Ela debilitou muito mais por causa da idade, né? E ela reluta muito por algumas coisas, mas... ((silêncio)) (Ana Maria)*

Uma das participantes deixou claro que a visita é uma facilidade no sentido de evitar procedimentos burocráticos na ida ao posto de saúde:

*Olha, eu acho que seria mais difícil ((se não houvesse visita domiciliar)) porque, a gente vai no posto se matricular, e é a maior coisa. "A senhora vai pra ali, porque mora pra lá". Lá é assim né (Nelma)*

Algumas informantes consideraram ainda este vínculo a opção para quem não pode pagar por um serviço de saúde suplementar (plano de saúde):

*Olha, pelo menos da minha parte, eu acho bom, né. Quando eles estão aqui porque, às vezes, precisa, porque aqui nem todos precisam porque alguns têm plano de saúde. Já a minha avó precisa mais, que ela não tem (Ana Maria)*

*[...] mas sempre eu ia particular, porque eu tinha plano de saúde e tudo, daí agora não deu mais pra pagar e, agora, graças a Deus, eu tô recorrendo aí no posto (Maria Rita)*

*Eu tava pagando plano pra ele (filho), mas a gente entrou num aperto aqui em casa e o pai dele viajou agora e ele ainda não recebeu pra comprar uma pomada aí pro corpo dele ((para o filho)) (Eliana)*

### Sugestões para a melhoria do serviço

No geral, as informantes demonstraram-se satisfeitas com as condutas adotadas pela equipe de saúde. No entanto, algumas mencionaram o aumento da frequência das visitas como um potencial fator de melhoria para o serviço, como observado nos relatos abaixo.

*Pra melhorar mesmo eu queria que eles visitassem mais ela (a avó), porque, na verdade, aqui, quem precisa mais é ela. Porque se mudasse mais e viesse com mais frequência, né (Ana Maria)*

*Esses tempo eu tava achando que ela tava demorando bastante a vim aqui. Se ela pudesse vim mais vezes, seria melhor ainda (Elisa)*

Estas sugestões foram seguidas de comentários sobre o tema. Algumas informantes afirmaram receber visita frequente do médico. Outras, evidenciaram a pouca frequência ou ausência da agente de saúde em seu domicílio e, que, inclusive, deslocavam-se até o posto de saúde quando precisavam de algo ou solicitavam uma visita ao encontrarem-na ao acaso:

*Olha, faz tempo que ela não vem. Acho que ela casou e ficou rica ((ri alto)). Aqui e acolá ela vem aqui (Sandra)*

*Com exceção das meninas ((fisioterapeuta e terapeuta ocupacional)) né, que elas tão vindo, é só a visita do doutor. É ((silêncio)). Não tenho mais assistência assim de nada. É porque a gente tem aquela visão de agente de saúde que ele vai, acompanha. Não vou te dizer que ela não vem. Quando eu solicito, ela vem, ou então eu vou lá (Marta)*

*A agente de saúde, com frequência, ela não vem muito. É mais pra deixar as coisas. Às vezes, eu que vou lá atrás dela ((ri)), mas quando precisa, ela vem. Depois que mudou aí, não sei o que foi, pararam mais de*

*tá andando nas casas dessa rua aqui, não sei os outros agentes (Ana Maria)*

Outra informante, ao relatar a pouca frequência da visita, justifica o fato baseando-se na necessidade de atendimento:

*[...] ele sempre vinha aqui dar assistência, verificar a pressão dela, mas aí ela melhorou, ficou boa, ele se ausentou um pouco, porque aí não tinha mais essa necessidade de ele ficar vindo todo dia (Odete)*

As demais participantes afirmaram estar satisfeitas, não tendo motivos para reclamar ou sugestões a fazer. Vejamos a seguir alguns relatos:

*Não, não. Nem do agente de saúde nem do médico eu não tenho queixa. Pra mim, é o melhor médico que tem aí nesse posto. Pra mim, é. E eu acho que todo mundo acha isso ((ri alto)) (Jacira)*

*Na minha casa, é ótimo. Tudo que ela pode fazer, ela faz. Tudo que é do alcance dela... (Sueli)*

*Porque até ele ((o médico)) vir de dois em dois meses, ele vem, consulta... (Ângela)*

Uma das informantes fala sobre a sua satisfação com o trabalho do profissional que faz visita em seu domicílio e demonstra reconhecer suas limitações:

*[...] ele é bacana. Ele passa o remédio e o posto, tendo, eles dão. Se não tiver... Aí esse outro que é pra pressão, o governo que dá, né. Aí, pra mim, tá tudo bem. Ele não pode fazer mais que outra coisa né, porque o presidente que tem que dar mais, assim, coisa pras pessoas, né, o recurso (Eleonora)*

## DISCUSSÃO

De maneira geral, os sujeitos revelaram que a visita da equipe ocorre como investigação de alguma necessidade de saúde ou para atender a essa necessidade mediante agendamento de consultas e provisão de medicamentos. Isto leva a crer que há uma valorização da visita como meio de acesso aos serviços de saúde, seja pela impossibilidade de algumas pessoas se deslocarem até a unidade (por desconforto, doença ou, até mesmo, por falta de tempo), seja pela falta de recursos para investir em um serviço de saúde suplementar.

As ações desenvolvidas no ambiente domiciliar, como descritas pelos sujeitos deste estudo, no geral, atendem à pro-

posta da ESF e aos princípios de equidade e universalidade do SUS ao monitorar a situação de saúde da família e, assim, identificar as demandas de sua área de abrangência; prestar assistência integral e contínua à saúde da população adscrita na unidade de saúde e no domicílio, e por ser um meio que facilita o acesso aos serviços de saúde, aproximando-o das necessidades da população.<sup>13,14,15</sup>

Lima et al.<sup>16</sup>, em seu estudo sobre a visita domiciliar, já haviam constatado esta associação da visita à possibilidade de agendar consultas, além da entrega de resultados de exames e da ampliação do acesso ao serviço para aqueles que se encontram com alguma dificuldade de comparecer à unidade de saúde.

No entanto, Mandú et al.<sup>17</sup> mencionam que esta associação frequente tem se tornado uma preocupação do Ministério da Saúde, e afirma que o enfrentamento desta questão está localizado no interior de um debate a ser encaminhado no âmbito dos municípios e unidades de saúde da família, em torno das finalidades e conteúdo das visitas, das condições existentes nos serviços locais à sua concretização, acerca das necessidades e responsabilidades dos usuários e famílias e das ESF na produção de saúde.

Estudos<sup>16,17</sup> sugerem ainda que esta associação pode prejudicar o acompanhamento das famílias, possivelmente por influenciar algumas pessoas - que não se encaixam neste perfil - a serem menos proativas, no sentido de entenderem que este seja o principal objetivo da visita domiciliar, causando dependência e desestímulo a um envolvimento mais ativo na superação de condições adversas enfrentadas.

No que concerne às ações realizadas no domicílio, foi observada a predominância da descrição de ações no âmbito curativista como razões para a ocorrência da visita, o que revelou a valorização destas ações sob a ótica dos usuários. Esta característica também foi observada no estudo de Cruz e Bourget<sup>18</sup>, que menciona a prescrição medicamentosa e os cuidados individualizados como itens destacados pelos sujeitos.

Sobre esta realidade, Sosai e Pinto<sup>14</sup> referem-se à importância da visita no que tange ao rompimento com a ideia da prática clínica e individualista. Desta forma, pode-se voltar a atenção para a família e à comunidade fora do hospital.

Quanto à melhoria do serviço, as informantes consideraram que a maior frequência das visitas poderia contribuir para a sua maior efetividade. Há ainda aqueles que entenderam, em determinado ponto, as suas limitações, atribuindo ao poder público a responsabilidade pela provisão de recursos para a manutenção dos serviços de saúde.

Embora seja preconizado que as equipes devam estabelecer um cronograma de visitas programadas, as falas revelaram que o agente de saúde demora a aparecer nas residências, in-

clusive naquelas onde há maior necessidade de assistência. No entanto, há casos neste estudo em que outros profissionais realizavam a visita com mais frequência, como médico, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta. Albuquerque e Bosi<sup>19</sup> afirmam que outros profissionais, isoladamente, de fato, podem realizar visitas em determinadas situações.

A necessidade de assistência deve ser identificada na primeira visita, quando os agentes de saúde e profissionais da equipe estabelecem o seguimento das demandas. Porém, cabe aos ACS o acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade. Embora isto seja uma determinação do Ministério da Saúde, torna-se necessário conhecer a política, filosofia e definição dos serviços oferecidos pela unidade de saúde à qual a equipe está vinculada.<sup>13</sup>

No entanto, é imprescindível lembrar que o excesso de atribuições, associado à inadequação entre o volume populacional da área de abrangência e as equipes, também aparece como limitador para a participação dos profissionais nas atividades domiciliares.<sup>20,21</sup>

É válido ressaltar que a efetividade da assistência (domiciliar e/ou clínica) não exclui a necessidade do acompanhamento do usuário e de sua família por parte da equipe após a intervenção. A PNAB esclarece que a longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, pois o vínculo estabelecido entre profissional e usuário permite o acompanhamento dos efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida do usuário, ajusta condutas quando necessário e diminui os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e coordenação do cuidado.<sup>15</sup>

## CONCLUSÃO

Um olhar sobre a descrição das ações pelos sujeitos deste estudo permite observar que cada participante descreve a

visita domiciliar de acordo com sua necessidade e/ou de sua família, aborda diversas ações no domicílio. Vale considerar que isto merece ser observado quando se fala na busca pela qualidade do serviço de saúde, uma vez que, o que se busca é atender às necessidades de saúde da população.

No entanto, a perspectiva dos sujeitos atua, sob determinado ponto, como um fator limitador das interpretações deste estudo. Estas interpretações foram construídas a partir do que foi exposto nos relatos, o que pode diferir quando confrontam-se os relatos com a realidade.

O processo de trabalho da equipe de saúde é estabelecido de acordo com a necessidade observada pelos profissionais, o que nem sempre está de acordo com o que é percebido e descrito pelos usuários. Por isso, considerando as limitações deste estudo, sugere-se a realização de outras pesquisas que permitam conhecer, por parte dos gestores, as diretrizes da prática das equipes.

Ficam reconhecidas neste estudo as limitações da visita domiciliar ao reforçar uma prática curativista, deixando em segundo plano a produção de fatores que levem à reflexão e ação por parte dos usuários sobre seu estilo de vida.

Por outro lado, a visita mostrou ser um importante componente de assistência à saúde ao permitir o fortalecimento de vínculo do serviço com os usuários e facilitar o acesso à assistência à saúde, elementos estes conhecidos como fundamentais na reorientação do modelo assistencial de saúde.

Importante considerar ao final deste estudo a despretenção em apresentar conclusões absolutas sobre a visita domiciliar, uma vez que, tratando-se da percepção de indivíduos inseridos em diferentes contextos familiares, cada um revela o que está presente em sua realidade. Além disso, revela-se o reconhecimento do grande desafio da ESF ao lidar com a realidade biopsicossocial que envolve as famílias em um contexto de transição do modelo de saúde no país.

## REFERÊNCIAS

1. Universidade do Estado do Pará (UEPA). Residência Multiprofissional em Saúde. 2012 fev [citado 2012 set 24]. Disponível em: uepa.br/portal/ascom/ler\_detalle.php?id\_noticia=1861137. Acesso em: 24 set. 2012.
2. Marin MJS, Siqueira Júnior AC, Nunes CRR et al. O sentido da visita domiciliar realizada por estudantes de medicina e enfermagem: um estudo qualitativo com usuários de unidades de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(11):4357-65.
3. Lacerda MR, Giacomozzi CM; Oliniski SR et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde Soc*. 2006;15(2):88-95.
4. Albuquerque ABB, Bosi MLM. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(5):1103-12.
5. Laganá MTC. A ética do cotidiano e a Estratégia Saúde da Família (ESF). *Saúde Coletiva*. 2009;6(34):230.
6. Abrahão AL. Atenção e cuidado em saúde no ambiente familiar: aspectos da visita domiciliar. *Rev APS*. 2011 out;14(4):472-80.
7. Ribeiro CJ. Problematizando o instrumento visita domiciliar. *Sociedade em Debate*. 2010 jan;16(1):209-21.

8. Minayo MCS. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 31ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
9. Creswell JW. Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions: sage publications: international educational and professional publisher. London: Sage Publications; 1998.
10. Gadamer H. Verdade e método. Petrópolis: Vozes; 1999.
11. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev Saúde Pública. 2005;39(3):507-14.
12. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 31. ed. Petrópolis: Vozes; 2012. p. 79-108.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
14. Sosai LCF, Pinto IC. A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades x potencialidades. Cienc Cuid Saúde. 2010 jul;9(3):569-76.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: Ministério da saúde; 2012.
16. Lima AN et al. A visita domiciliária realizada pelo Agente Comunitário de Saúde sob a ótica de adultos e idosos. Saúde Soc. 2010;19(4):889-97.
17. Mandú ENT et al. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do Programa Saúde da Família. Texto Contexto Enferm. 2008 jan;17(1):131-40.
18. Cruz MM, Bourget MMM. A visita domiciliária na Estratégia Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. Saúde Soc. 2010;19(3):605-13.
19. Albuquerque ABB, Bosi MLM. Visita domiciliária como componente do PSF: compreendendo as percepções dos usuários dos serviços no município de Fortaleza (CE) [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2006. 99f.
20. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização dos serviços básicos e da estratégia Saúde da Família em centros urbanos do Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24(suppl 1): s7-16.
21. Trad LAB, Rocha AARM. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16(3):1969-80.