

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

JAQUELINE APARECIDA ERIG OMIZZOLO

**O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NA VISITA DOMICILIAR: UM
DESAFIO AO ENFERMEIRO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA.**

**FLORIANÓPOLIS
2006**

JAQUELINE APARECIDA ERIG OMIZZOLO

**O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NA VISITA DOMICILIAR: UM
DESAFIO AO ENFERMEIRO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós – Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Antônio de Miranda Wosny

FLORIANÓPOLIS
2006

Ficha Catalográfica

054p Omizzolo, Jaqueline Aparecida Erig
O princípio da integralidade na visita domiciliar:
Um desafio ao enfermeiro do programa de saúde da família./
Jaqueline Aparecida Erig Omizzolo. Florianópolis: Ed do
autor, 2006.
101p. il.

Dissertação de Mestrado

1. Programa saúde da família. 2. Visita Domiciliar.
3. Assistência Integral a Saúde. 4. SUS (BR). I. Título

CDD 610.73

JAQUELINE APARECIDA ERIG OMIZZOLO

**O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NA VISITA DOMICILIAR: UM
DESAFIO AO ENFERMEIRO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

Mestre em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 24 de fevereiro de 2006, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dr. Antônio de Miranda Wosny
- Presidente -

Dra. Astrid E. Boehs

Dra. Gladys Amélia V.
Benito

DEDICATÓRIA

*A vocês, **Siclair, Isabella, Beatriz e Julia**, meus amores e alicerces!
Obrigada por terem suportado meus momentos de ausência,
minha impaciência, minhas angústias.
Por acalentarem meu pranto, por serem minha alegria
e pelo amor que nos une e nos fortalece a cada dia.
Amo vocês!*

*Aos meus pais, **Elmor e Eloá**, pela vida e por serem
meus maiores exemplos de luta e determinação.
Por estarem sempre alimentando
minha vontade de “ser mais”.
Pelo amor, aconchego, apoio e prontidão
em todos os momentos de minha existência.
O caminho que trilho tem muito de vocês!*

*A minha avó **Zenaide** (in memoriam), minha grande amiga,
incentivadora, e que contribuiu de forma
intensa e decisiva na minha formação.
Você partiu quando iniciei esta jornada,
mas sei que nunca deixou de me acompanhar.
Vó, você mora em meu coração!*

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos vão a todos aqueles que estiveram presentes e contribuíram nesta jornada. Em especial, manifesto minha sincera gratidão:

A **Deus**, que sempre me ampara, com sua infinita bondade!

Ao professor **Tony**, pela acolhida, pelo incentivo ao exercício de autonomia e confiança.

As minhas amigas **Denise Koeche, Marici Jeremias e Tânia Bellato**, pelo apoio, segurança e incentivo constantes no enfrentamento desta jornada!

A **gerência do PSF e aos enfermeiros**, sujeitos deste estudo, agradeço pela receptividade e disponibilidade em todos os momentos!

Aos **professores** do Curso de Mestrado, pela convivência prazerosa e pelo compartilhar de saberes!

Aos **colegas** do Curso de Mestrado, pelo companheirismo e pelas amizades que nasceram!

Aos **funcionários** do Departamento de Enfermagem, pela atenção dispensada!

A todos, muito obrigada!

*“Só a coragem no caminho
faz com que o caminho
se manifeste”.*

Paulo Coelho

OMIZZOLO, Jaqueline Aparecida Erig. **O princípio da integralidade na visita domiciliar: um desafio ao enfermeiro do Programa de Saúde da Família**, 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 101p.

Orientador: Prof. Dr. Antônio de Miranda Wosny

RESUMO

A prática da visita domiciliar tem registros antigos na história da humanidade, considerando-se desde a era pré-cristã. Historicamente pode ser dividido em dois períodos, o pré-científico ou religioso e o científico. No primeiro, a visita domiciliar caracteriza-se por um enfoque assistencialista, pela caridade e, no segundo, foi dada ênfase na sistematização dos procedimentos. Enquanto modalidade de intervenção teve seu apogeu em meados de 1920, quando foi criado no Brasil o serviço de enfermeiras visitadoras, sendo que a ênfase das ações era voltada à promoção à saúde e prevenção de doenças. Atualmente, a visita domiciliar destaca-se como ação pontual das equipes do Programa de Saúde da Família – PSF, que tem o propósito de superar o modelo biomédico, reordenando a assistência à saúde. O PSF fundamenta-se nos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS e traz como eixo à promoção à saúde, a integralidade, a territorialização e a continuidade das ações em saúde. Este estudo nasceu da seguinte inquietação: a visita domiciliar, enquanto prática assistencial vem sendo desenvolvida sob a ótica do princípio da integralidade, gerando autonomia ao usuário? Para encontrar respostas, buscamos nos apoiar no referencial do princípio da integralidade enquanto um conceito ampliado de proposta de atenção à saúde e, a trajetória metodológica foi percorrida à luz da Análise de Conteúdo proposta por Bardin, compreendido como um instrumento de análise das comunicações que se fundamenta na percepção da comunicação enquanto processo e não como um dado. A análise dos dados revelou que a visita domiciliar configura-se como um instrumento de aproximação entre equipe e usuário, e, de promoção à saúde; e, a concepção de integralidade está restringida em conhecer o contexto em que o usuário está inserido e, de buscar uma efetivação das ações intersetoriais. Ficou evidenciado que a visita domiciliar tem forte potencial enquanto instrumento de assistência à saúde, para que as ações de promoção se efetivem, e, que ela pode ser vislumbrada como uma ação propulsora da integralidade da assistência à saúde. Para tanto, se reconhece que existe a necessidade de reorientação, tanto das práticas profissionais, quanto dos olhares da formação acadêmica, e, das questões estruturais relacionadas às ações políticas.

Palavras chaves: Programa Saúde da Família, visita domiciliar, assistência integral à saúde, SUS (BR).

OMIZZOLO, Jaqueline Aparecida Erig. El principio de la integralidad en la visita a domicilio: un desafío al enfermero del Programa de Salud de la Familia, 2006, Disertación (Maestría en Enfermería). Curso de Posgrado em Enfermería. Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 101f.

Orientador: Prof. Dr. Antônio de Miranda Wosny

Resumen

La práctica de la visita domiciliar tiene registros antiguos en la historia de la humanidad, considerándose desde la era pre cristiana. En la historia puede ser dividida en dos períodos, el pre cristianismo o religioso y el científico. En el primero, la visita domiciliar se caracteriza por un enfoque asistencial, por la caridad y, en el segundo, fue dado énfasis en la sistematización de los procedimientos. Sin embargo la modalidad de intervención tuvo su apogeo a mediados de 1920, cuando fue criado en Brasil el servicio de enfermeras visitadoras, siendo que el énfasis de las acciones era vuelta a la promoción a la salud y prevención de enfermedades. Actualmente, la visita domiciliar se destaca como acción puntual de los equipos de Programas de Salud de la Familia - PSF, que tiene el propósito de superar el modelo biomédico, reordenando la asistencia a la salud. El PSF se fundamenta en los principios del Sistema Único de Salud – SUS y trae como punto principal la promoción a la salud, la integralidad, la extensión territorial y la continuidad de las acciones en salud. Este estudio nació de la siguiente inquietud: la visita domiciliar, como práctica asistencial, ven siendo desarrollada bajo la óptica del principio de la integralidad, generando autonomía al usuario. Para encontrar respuestas, buscamos apoyarnos en el referencial del principio de la integralidad mientras un concepto ampliado de propuestas de atención a la salud y, la trayectoria metodológica fue recorrida a la luz del Análisis de Contenido propuesta por Bardin, comprendido como un instrumento de análisis de las comunicaciones que se fundamenta en percepción de la comunicación como proceso y no como un dato. El análisis de los datos mostró que la visita domiciliar se configura como un instrumento de aproximación entre equipos y usuarios, y, de promoción a la salud; y, la concepción de la integralidad está limitada en conocer el contexto en que el usuario está insertado y, de buscar una realización de las acciones intersectoriales. Quedó evidenciado que la visita domiciliar tiene fuerte potencial como instrumento de asistencia a la salud, para que las acciones de promoción se efectúen, y, que ella pueda ser vislumbrada como una acción propulsora de la integralidad de la asistencia a la salud. Para tanto se reconoce que existe la necesidad de reorientación, tanto de prácticas profesionales, como de miradas de la graduación académica, y, de las cuestiones estructurales relacionadas a las acciones políticas.

Palabras llaves: Programa de Salud de la Familia, visita domiciliar, asistencia integral a la salud, SUS (BR).

OMIZZOLO, Jaqueline Aparecida Erig. **The principle of integrality in the home visit: a challenge to the nurse in the Family Health Program, 2006.** Dissertation (Master's degree in Nursing)–Course of Masters degree in Nursing, Universidade Federal de Santa Catarina (Federal University of Santa Catarina), Florianópolis. 101f.

Advisor: Prof. Dr. Antonio de Miranda Wosny

ABSTRACT

The practice of the home visit has ancient records in the history of mankind, taking into consideration the departing point of the pre-Christian era. It can be historically divided in two periods, the pre-scientific or religious and the scientific one. In the first, the home visit is characterized by an attendance focus, by charity, and in the second the emphasis is centered on the systematization procedures. While the intervention way had its high point in the mid 1920s, when the service of the visiting nurses was created in Brazil, and the emphasis of the actions was turned to the promotion of the health and to the prevention of the diseases. Nowadays the home visit is centered on the punctual action of the team of Family Health Program – PSF – that aims at overcoming the biomedical pattern, by re-organizing the health care. The PSF is based on the principles of the Sistema Único de Saúde (Unique Health System) – SUS – and projects as its axis the health promotion, the integrality, the splitting in territories, and the continuity of health actions. The present study resulted from the following concern: does the home visit, as an attendance practice, act under the point of view of the integrality principle, thus promoting autonomy to its user? In order to find the answer, we tried to look for help in the reference of the integrality principle, since it is a larger concept of the propositions of the health care and, the methodological track was taken in accordance to the Content Analysis proposed by Bardin, conceived as an instrument of analysis of the relationships that is based on the perception of communication as a process, not as a datum. The analysis of the data revealed that the home visit constitutes an instrument of approach between the team and the user, and so of health promotion, too; and the integrality conception is restricted to the understanding of the context in which the user is inserted, as well as in looking for the performance of the intersectorial actions. It is clear that the home visit has a strong power as an instrument of health care, so that the promotion actions may be enacted; it is also clear that it can be seen as an action that stimulates the integrality in health care. On the other hand, it is also evident that there is the need for a re-directioning either of the professional performances and of the focusing on the academical formation, as well as on the structural concerns related to the political actions.

Key words: Family Health Program, home visit, integral health care, SUS (BR).

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados Numéricos do Programa de Saúde da Família	30
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Evolução da Implantação das Equipes de Saúde da Família BRASIL, 1998/2005	31
Quadro 2 – Unidades de Saúde do Município de Lages – SC	61
Quadro 3 – Demonstrativo da Distribuição Geográfica, Áreas, Número de Pessoas e Famílias Cadastradas por Área de Abrangência e Total de Uds Realizadas no período de junho a dezembro de 2005	62
Quadro 4 – Perfil dos enfermeiros entrevistados	63
Quadro 5 - Categoria: Elementos Facilitadores da Visita Domiciliar	72
Quadro 6 – Categoria: Elementos Dificultadores da Visita Domiciliar	75
Quadro 7 – Categoria: Finalidades da Visita Domiciliar no PSF	79
Quadro 8 – Categoria: Atribuições do Enfermeiro na Visita Domiciliar	83
Quadro 9 – Categoria: O que é Integralidade	85
Quadro 10 – Categoria: O SUS, a Integralidade e as Relações Políticas	88
Quadro 11 – Categoria: A Visita Domiciliar e o Princípio da Integralidade	91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ESF – Equipes de Saúde da Família

F Sesp – Fundação Serviço Especial de Saúde Pública

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PECs – Programa de Extensão de Cobertura

Piass – Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento

PNS – Plano Nacional de Saúde

Ppreps – Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidades Básicas de Saúde

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
RESUMEN	viii
LISTA DE TABELAS	ix
LISTA DE QUADROS	x
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xi
SUMÁRIO	12
CAPÍTULO 1	
INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 2	
DOS IDEÁRIOS MUNDIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE AO NASCIMENTO DO PSF NO BRASIL – Uma breve retrospectiva histórica	20
CAPÍTULO 3	
VISUMBRANDO A VISITA DOMICILIAR COMO POSSIBILIDADE DE PRÁTICA DA INTEGRALIDADE	33
CAPÍTULO 4	
MARCO TEÓRICO	43
4.1 O referencial da integralidade e seus sentidos	43
4.2 Conceitos	51
CAPÍTULO 5	
TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	54
5.1 O cenário do estudo	55
5.1.1 Alguns dados geográficos e históricos	55
5.1.2 Algumas referências históricas sobre saúde	56
5.1.3 Caracterizando o Programa Saúde da Família	58

5.2 Sujeitos integrantes do estudo	62
5.3 Descrevendo as etapas metodológicas	63
5.3.1 Apresentação da proposta do estudo à gerência local do PSF	63
5.3.2 Apresentação da proposta aos sujeitos de estudo	64
5.3.3 Aplicação das entrevistas	64
5.3.4 Registrando os dados	65
5.3.5 Descrevendo o Método de Análise e Interpretação dos Dados	66
5.3.6 Aspectos éticos	69

CAPÍTULO 6

BUSCANDO A APROXIMAÇÃO DO PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE COM A

VISITA DOMICILIAR	70
6.1 Facilidades e dificuldades da Visita Domiciliar	70
6.2 Finalidades da Visita Domiciliar e atribuições do enfermeiro	78
6.3 Em busca dos significados da Integralidade na Visita Domiciliar	85
6.4 Aproximando a Visita Domiciliar e o Princípio da Integralidade	91

CAPÍTULO 7

CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
-----------------------------------	----

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
---	----

1 INTRODUÇÃO

Há onze anos vem sendo desenvolvido um novo modelo de assistência à saúde para a realidade brasileira, que se traduz no Programa de Saúde da Família (PSF). Este modelo, também entendido como estratégia, uma vez que rompe com a idéia de verticalidade e transitoriedade, foi iniciado em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Busca sintonizar-se com os princípios da universalidade e equidade de atenção à saúde e da integralidade das ações, em consonância com a proposta do sistema de saúde vigente no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentre estes princípios, neste estudo procuraremos dar ênfase ao da integralidade, que, conforme o texto constitucional refere-se a “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL. Constituição (1988, art.198, II).

De acordo com Franco & Merhy (2003, p.57), “o Programa de Saúde da Família é a principal resposta que tem sido oferecida no âmbito da assistência, pelos órgãos governamentais, à crise do modelo assistencial”. Este programa nasce com a intenção de transpor o então modelo vigente, centrado na visão hospitalocêntrica e na assistência curativa.

Desde então, o PSF vem se constituindo em um desafio constante para os enfermeiros e para a equipe de saúde como um todo, no sentido de estar e sentir-se engajado nesta proposta. Isso gera algumas ansiedades, relacionadas à mudança de paradigma, que acaba por configurar uma nova concepção de trabalho em saúde, no que diz respeito à atenção primária, traduzido na multidisciplinaridade e na interdisciplinariedade.

O trabalho em equipe, considerado como um dos pressupostos mais importantes do PSF, vem abrindo espaço frente ao trabalho individualizado e por vezes fragmentado. Mas, para que este modelo de ação conjunta produza as transformações desejadas, são necessárias mudanças significativas na abordagem do profissional, seja esta individual ou coletiva.

O foco assistencial do PSF é a família, considerada em seu contexto físico e

social, o que exige da equipe de saúde um olhar ampliado do processo saúde-doença.

Neste contexto de intervenção às famílias, e, pautando-se na perspectiva do princípio da integralidade, espera-se que, com as ações de intervenção do PSF, a realidade em saúde possa ser modificada. A proposta do PSF privilegia esta concepção quando reforça que, ao se trabalhar com famílias, cabe um novo exercício da prática profissional, percebendo e intervindo nas famílias de forma integral e articulada, sem deixar de privilegiar o estado de equilíbrio individual (saúde) de seus membros.

Gerada esta nova possibilidade de redimensionar o exercício profissional, percebemos que o enfermeiro também vem aprimorando e fortalecendo a sua prática na atenção básica à saúde. Um exemplo disto é a prática da visita domiciliar (VD), a qual vem se consolidando a cada momento em que os enfermeiros a interpretam e a aplicam como uma estratégia de promoção e de assistência à saúde.

Acreditamos que, mesmo num entendimento algumas vezes empírico, ou seja, mediante uma concepção própria sobre o desenvolvimento e finalidade da visita domiciliar, o enfermeiro interpreta e apropria-se da idéia de que esta prática contribui para a aproximação do real contexto de vida do usuário e, também, para o estabelecimento de relações afetivas e sociais, oportunizando a geração de vínculo e acolhimento.

Esta modalidade de intervenção familiar¹, a visita domiciliar ou domiciliária¹, vem sendo reforçada através da ação pontual das equipes de PSF.

Segundo a proposta do Ministério da Saúde, as visitas domiciliares, devem ser realizadas com programação semanal, priorizando situações e grupos de risco e as solicitações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

É possível observar que não somente os ACS estão envolvidos nesta prática da visita que, por proporcionar uma atenção diferenciada e quem sabe mais completa, acaba por envolver todos os membros da equipe de saúde.

Takahashi e Oliveira (2001, p.43) quando se referem às finalidades da visita domiciliar, entendem que “ela possibilita ao profissional conhecer o contexto de vida do usuário do serviço de saúde e a constatação “in loco” das reais condições de

¹ Neste estudo, entendemos que visita domiciliar tem o mesmo significado que visita domiciliária, uma vez que as palavras domiciliar e domiciliária são entendidas como sinônimos, referindo-se diretamente ao domicílio, caracterizando-o como casa de residência. (FERREIRA, A. s/d, p. 489). Estaremos utilizando, de forma mais enfática, o termo domiciliar.

habitação, bem como a identificação das relações familiares”.

Alonso (2003, p.70), aponta em seu estudo que, “no interior das casas passa a perceber-se tudo aquilo que se envolve no espaço privado; manifestam-se concretamente, as imagens de poder, os relacionamentos entre as pessoas na busca de si mesmos”.

Freire (1981), em seus escritos, faz alusão a casa como um lugar especial, que traz consigo lembranças e histórias como referências de vida, conforme descreve Brandão,

Me vejo então na casa onde nasci, no Recife, rodeada de árvores, algumas delas como se fossem gente, tal a intimidade entre nós [...] A velha casa, seus quartos, seu corredor, seu sótão, seu terraço – o sítio das avencas da minha mãe – o quintal amplo em que se achava, tudo isso foi meu primeiro mundo. Nele engatinhei, balbuciei, me pus de pé, andei, falei. (BRANDÃO, 2002, p.9)

Nesta perspectiva de adentrar na casa do outro, conhecer e intervir na sua realidade, permear suas relações familiares e não ver somente aspectos de saúde e doença desvinculados do todo há que se pensar, entre tantas questões, nas relações de vínculo e acolhimento que esta prática implica. E, ainda, como fazer refletir significativamente a todos os envolvidos neste processo, usuário, família, equipe, a proposta de integralidade, vislumbrada num entendimento mais amplo do que o proposto no texto constitucional.

São vários os sentidos do princípio da integralidade e que refletem diferentes pontos,

o primeiro conjunto se refere a atributos das práticas profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática, independentemente de ela se dar no âmbito do SUS, o segundo conjunto refere-se a atributos da organização dos serviços; o terceiro aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde. (MATTOS, 2001, p. 61)

Entendemos que, para uma maior aproximação desta leitura ampliada do “princípio da integralidade”, neste contexto, é necessário compreendermos a dinâmica das relações geradas através da visita domiciliar realizada pelo enfermeiro da equipe de PSF.

Percebemos a visita domiciliar como uma atividade essencial para a eficiência e eficácia do PSF por ser um espaço dinâmico de relações, que oportuniza

a aproximação entre diferentes pessoas e diferentes saberes através do diálogo; sendo este traduzido por Freire (1983 p.95) “como encontro dos homens para a tarefa comum de saber agir, se rompe, se seus pólos (ou um deles) perdem a humildade”. Ainda, a compreendemos como uma prática de saúde emancipadora, efetivada através da promoção da saúde dos membros de uma família, geradora de vínculo entre esta e equipe de saúde.

Neste sentido, este estudo nasceu a partir do amadurecimento de idéias, frente à realização de uma prática assistencial, desenvolvida com enfermeiros do PSF de um município da região serrana de Santa Catarina. A referida prática constitui-se no desenvolvimento da disciplina obrigatória do Mestrado em Enfermagem / PEN, denominada de Projetos Assistenciais em Enfermagem, a qual objetiva propor, aplicar e avaliar um projeto assistencial.

A proposta de estudo **da prática assistencial** nasceu a partir do desejo de valorizar os aspectos éticos e culturais da visita domiciliar na Estratégia da Saúde da Família, por meio do desenvolvimento de uma prática reflexiva, junto aos enfermeiros integrantes das equipes de PSF. Também, de conhecer e acompanhar o desenvolvimento das visitas domiciliares junto às equipes para a identificação da existência ou não, de um referencial teórico para a prática das visitas domiciliares. As práticas reflexivas desenvolvidas com os enfermeiros foram apoiadas e desenvolvidas na ótica da metodologia problematizadora.

A realização da prática assistencial implicou em vivenciar em um curto período de tempo, reflexões sobre questões éticas e culturais relacionadas às ações desenvolvidas pelos enfermeiros do PSF, quando da realização de visitas domiciliares. No estudo, pudemos constatar a fragilidade do profissional enfermeiro, quando não está apoiado no conhecimento e em referenciais teóricos que norteiem suas ações assistenciais.

Desta prática reflexiva nasceram novas inquietações, as quais fundamentam a justificativa para este estudo. Dentre elas, a proposta de aprofundar a análise e o debate do “princípio da integralidade” e de seus sentidos, como norteadores das ações propostas no PSF, e, quem sabe, se constituindo em um referencial para as ações assistenciais dos enfermeiros, em especial a visita domiciliar.

Entendemos, também, que a estratégia de Saúde da Família, enquanto proposta de intervenção, fundamenta-se no princípio constitucional da integralidade,

uma vez que pauta suas ações no núcleo familiar, considerando-o como eixo estruturante para as práticas de saúde.

Consideramos relevante, a mudança expressiva que o modelo atual de assistência à saúde vem provocando, tanto nas práticas quanto na ação profissional, até o seu reflexo no usuário, para o qual vem buscando promover uma maior autonomia e, ao mesmo tempo, permitindo uma maior aproximação entre estes profissionais e o acesso ao sistema em si. A visita domiciliar é, neste sentido, um fator positivo e colaborador para que isso ocorra, quando realizada de acordo com princípios éticos que a norteiam.

Levando em conta estes pressupostos e a experiência acumulada durante a minha trajetória profissional de oito anos na Saúde Coletiva, enquanto enfermeira integrante de uma equipe de PSF e gerente de enfermagem na rede básica de saúde municipal, quando convivi estreitamente com a realidade desta estratégia, nasceu o seguinte questionamento, o qual entendo ser a *questão norteadora* deste estudo: A visita domiciliar, enquanto prática assistencial, vem sendo desenvolvida sob a ótica do princípio da integralidade, gerando autonomia² ao usuário?

Pautando-se nesta interrogação preliminar e, buscando encontrar significados e respostas para contribuir com o fortalecimento da visita domiciliar, este estudo tem como *objetivo geral* compreender se a visita domiciliar no PSF tem sido uma prática assistencial facilitadora da construção do princípio da integralidade; e, como *objetivos específicos*, reconhecer a visita domiciliar como possibilidade de ação integral de assistência à saúde, a partir da prática cotidiana da equipe de saúde, especialmente do enfermeiro; e, entender os significados e os sentidos do conceito de integralidade e identificá-lo na visita domiciliar realizada enquanto proposta da Estratégia de Saúde da Família.

Assim, percorremos no segundo capítulo deste trabalho, a história da atenção primária em saúde e suas implicações em âmbito mundial. Trouxemos nuances históricas de movimentos importantes no Brasil, como a Reforma Sanitária, a criação da Lei do SUS, à criação e implantação do Programa de Saúde da Família.

No terceiro capítulo, buscamos historicizar as origens da visita domiciliar, fazendo um percurso desde os registros da era pré-cristã, passando pelo seu auge no movimento sanitarista no Brasil que culminou com a institucionalização dos

² Autonomia é por nós compreendido como a capacidade do ser humano de auto governar-se, podendo decidir sobre si e para si, em seus contextos de vida.

serviços de enfermagem através do curso de visitadoras sanitárias, até o seu resgate no PSF como instrumento de intervenção em saúde, que congrega ações educativas e assistenciais.

Apresentamos no quarto capítulo, o marco conceitual que fundamentou este estudo, no qual trouxemos as concepções postas na visão constitucional, onde a integralidade da assistência é entendida como um conjunto de ações articuladas e contínuas, desenvolvidas em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde; também, apresentamos idéias que favorecem seu entendimento enquanto um conceito ampliado. Na seqüência da discussão destes elementos teóricos, apresentamos os conceitos que nortearam estudo: visita domiciliar, integralidade, saúde e enfermeiro, os quais referendam nossas crenças pessoais e profissionais.

O quinto capítulo traz a trajetória metodológica percorrida, pautada no método de análise de conteúdo, proposto por Laurence Bardin, o qual é compreendido como um instrumento de análise das comunicações e, se fundamenta na percepção da comunicação enquanto processo e não como um dado.

O sexto capítulo apresenta a análise desenvolvida frente às falas dos entrevistados e contraposições com o referencial teórico da integralidade, no qual buscamos apresentar um diálogo claro entre os dados encontrados e nossas abstrações.

Trazemos no sétimo capítulo as considerações finais, que, contraditoriamente ao termo utilizado, não são finais, mas sim análises construídas na perspectiva de auxiliar a compreensão do princípio da integralidade no que tange à sua apropriação no desenvolvimento da visita domiciliar; nas ações desenvolvidas pelos enfermeiros, seus elementos facilitadores e dificultadores, bem como a compreensão destes frente ao seu próprio papel dentro do PSF. Buscamos ainda, contribuir na compreensão do conceito de visita domiciliar e deixar espaços abertos e interrogações que estimulem a produção de novos constructos intelectuais.

2 DOS IDEÁRIOS MUNDIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE AO NASCIMENTO DO PSF NO BRASIL - UMA BREVE RETROSPECTIVA HISTÓRICA

As idéias sobre atenção primária à saúde começaram a brotar a aproximadamente nove décadas, por volta do ano de 1920, a partir da divulgação de um texto inglês, o qual tratava da organização do sistema de serviços de saúde (Starfield, 2004). Também, ressalta-se as reflexões do médico inglês Bertrand Dawson, na perspectiva de que os serviços de saúde fossem capazes de cuidar do indivíduos de uma determinada comunidade propiciando ações preventivas e terapêuticas, opondo-se ao modelo flexneriano (Franco e Merhy, 2003). Nesta nova proposta, distinguem-se três importantes níveis de serviços de saúde; os centros de saúde primários, secundários e hospitais-escola. Cada nível teve sua função estabelecida, porém todos estariam interligados. A partir desta concepção, muitos países reorganizaram seus serviços de saúde.

A grande meta proposta em 1977, pela Assembléia Mundial de Saúde, que é conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000”, acabou por desencadear atividades de impacto frente às questões de saúde relacionadas à atenção primária, possibilitando considerar a atenção domiciliária um instrumento de aproximação entre serviços e usuários.

Em 1979, em reunião da Assembléia Mundial de Saúde, confirmaram-se às discussões realizadas em Alma Ata (URSS), que trataram sobre atenção primária à saúde, ficando definida como a

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

de um processo de atenção continuada à saúde. (OMS, 1978, citado por STARFIELD, 2004, p.30-31).

Ainda, conforme descreve Starfield (2004), foram especificados na Conferência de Alma Ata como os componentes fundamentais da atenção primária à saúde: educação em saúde, saneamento ambiental (águas e alimentos), programas de saúde materno-infantil (de imunizações à planejamento familiar), prevenção de doenças endêmicas locais, tratamento adequado de doenças e lesões comuns, fornecimento de medicamentos essenciais, promoção da boa nutrição e medicina tradicional.

Estes conceitos foram pensados para serem aplicados em todos os países, porém como muitos tinham realidades diferentes e, ainda, alguns voltados para a tecnologia e especialização como essência no atendimento à saúde, isto não foi possível. Somente a partir de um outro olhar, voltado para o pressuposto de “proximidade das pessoas”, é que tais conceitos se tornariam aplicáveis.

Desta reorganização dos serviços, nasceram diferentes olhares para contemplar os apontamentos do conceito de atenção primária à saúde. Um destes foram os então chamados “médicos de família”, que surgiram em Cuba, com a característica de serem membros da comunidade onde atuavam morando e exercendo sua profissão.

Os países industrializados conseguiram alcançar muitas das metas propostas na conferência de saúde, mas é importante salientar as idéias de Vuori (1984), citado por Starfield, quando aponta que a maioria destes países destacou seus programas de longa duração para atividades como fornecimento de alimentos, de água potável, saúde materno-infantil, imunizações e controle de doenças endêmicas, tratamento básico de problemas de saúde e fornecimento de medicamentos essenciais. Muitos destes países asseguraram que alcançaram suas metas de atenção primária em saúde fundamentados na disponibilidade de serviços de atenção médica. Somente quando compreenderam a atenção primária à saúde como uma estratégia que integra todos os aspectos dos serviços de saúde e, que somente desta forma é que ela se torna igualmente aplicável como meta em nações industrializadas. Vuori destaca que essa visão requer que um sistema de atenção à saúde seja organizado para enfatizar a justiça e a equidade social, a auto-responsabilidade, a solidariedade internacional e a aceitação de um conceito amplo de saúde. (STARFIELD, 2004, p. 32)

Nesta perspectiva de reorganização do sistema de saúde, no Brasil, nasce em 1987 o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), buscando orientar estratégias dos sistemas existentes anteriormente, os quais pautavam-se nas perspectivas da saúde pública e da saúde previdenciária. Este sistema manteve-se como modelo centralizador.

De acordo com Carvalho (2002), O SUDS foi uma consequência da pressão da VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em março de 1986 e foi um importante marco na defesa da vida e da saúde.

Para uma melhor compreensão dos caminhos que levaram a criação do SUDS e, posteriormente ao Sistema Único de Saúde (SUS), buscamos destacar algumas das questões históricas nacionais que os antecederam, e que foram importantes marcos da saúde pública. Dentre elas, a criação do Instituto Butantan em São Paulo e do Instituto Soroterápico Federal, que atualmente é a Fundação Oswaldo Cruz, localizada no Rio de Janeiro; ambos tiveram impacto decisivo no desenvolvimento das ciências biomédicas e na saúde pública (LIMA. In: Finkelman, 2002, p.40).

Em 1920, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, com o intuito de centralizar ações sanitárias no âmbito federal e, seu primeiro dirigente foi Carlos Chagas. E, de acordo com Lima (2002),

a ênfase na saúde coletiva e nas chamadas endemias rurais marcou a constituição do Departamento Nacional de Saúde Pública e a formação de novas gerações de profissionais. O termo sanitarista substituiu progressivamente a referência tradicional aos higienistas, indicando especialização profissional e maior distinção entre as atividades científicas no laboratório e as atividades de saúde pública. (LIMA, In: Finkelman (org), 2002, p.42).

O mesmo autor destaca que, entre as décadas de 30 e 40, muitos médicos brasileiros completaram suas especializações na escola norte americana John Hopkins de Higiene e Saúde Pública, considerada um importante centro de pesquisa, financiado pela fundação Rockefeller. Esta escola teve influência direta na formação médica no Brasil, a exemplo da criação da cadeira de higiene, na Faculdade de Medicina de São Paulo, datada de 1918.

Uma outra consideração importante foi a criação do Ministério da Educação e Saúde em 1931, sustentado em uma estrutura verticalizada e centralizadora, característica da história da saúde pública no Brasil.

Lima, In: Finkelman (2002) destaca que a década de quarenta foi um importante período de consolidação das lideranças sanitaristas brasileiras e, considera que “de imenso hospital, o Brasil transformara-se em grande laboratório e escola para as campanhas de saúde pública e formação de um novo tipo de sanitarismo”.

A criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em 1942, durante a Segunda Guerra Mundial; e, a implantação de programas de extensão de cobertura foram, de acordo com Corbo e Morosini (2005), propostas que “embasaram e determinaram o surgimento das diretrizes e dos princípios do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF)”.

Ainda, de acordo com as autoras, registra-se que, a partir da década de 50 o SESP, que antes era responsável pelo saneamento da região Amazônica e do Vale do Rio Doce, e, por ações de prevenção e investigação sobre malária e assistência médico-sanitária aos trabalhadores destas regiões, expandiu e intensificou suas ações, passando a desenvolver “ações de assistência médica, educação sanitária, saneamento e controle de doenças transmissíveis em várias regiões do país” (CORBO e MOROSINI, 2005, p. 158). Em 1960, o SESP foi vinculado ao Ministério da Saúde e transformado em Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (F.Sesp) e, em 1990 foi integrado a Fundação Nacional de Saúde (Funasa).

Corbo e Morosini (2005), referendam o estudo de Silva e Dalmaso (2002), quando apontam que a F. Sesp funcionou como um ‘laboratório’ de aperfeiçoamento de princípios e normas que fundamentam o Pacs e o PSF. Neste sentido, algumas das principais diretrizes destes programas já eram desenvolvidas através do modelo de assistência preconizado pela F. Sesp, como: “a oferta organizada de serviços na unidade, no domicílio e na comunidade, a abordagem familiar, a adscrição da clientela, o trabalho com equipes multiprofissionais, o enfoque intersetorial, o tratamento supervisionado para o controle de algumas doenças e a realização de visitas domiciliares” (CORBO e MOROSINI, 2005, p. 158 - 159).

Pela caracterização destas ações, a F. Sesp foi pioneira na atenção básica domiciliar e, “sua atuação bem-sucedida e o decorrente prestígio como organização, deve-se em grande medida à gestão profissional viabilizada pela adoção do regime

de trabalho integral e dedicação exclusiva de seus quadros”. (Mercadante, In: FINKELMAN (org.) 2002, p. 240)

Mercadante (2002), aponta ainda, como sendo a maior inovação na assistência à saúde, a criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), em 1949, destacando três características inovadoras desta iniciativa, sendo: “o atendimento médico domiciliar até então inexistente no setor público (...); o financiamento consorciado entre todos os IAPs³ e, principalmente, o atendimento universal ainda que limitado aos casos de urgência”. (Mercadante. In: FINKELMAN, 2002, p. 237).

Destaca-se que, em 1968 no governo de Costa e Silva, foi elaborado o Plano Nacional de Saúde (PNS). Este plano trouxe em seu arcabouço características centrais como a universalização do acesso e a integração da assistência médica no Ministério da Saúde; outros aspectos do PNS eram a privatização da rede pública e a adoção do preceito da livre escolha, pelo paciente, do profissional e do hospital; e, ainda, trazia a questão de que a remuneração aos provedores deveria ser proporcional ao número e complexidade dos procedimentos. Esta iniciativa teve repercussão negativa e resistência, em especial da área previdenciária e dos governos estaduais de São Paulo e do Rio Grande do Sul. Considera-se ainda que, se a proposta em questão tivesse sido implementada, “teria modificado substancialmente o sistema de saúde vigente no país”. (Mercadante. In: FINKELMAN, 2002, p. 241).

Na seqüência desta trajetória, registra-se que dado o cancelamento do PNS, nasce a tentativa ministerial de implementar

um conjunto de princípios e diretrizes destinados a orientar a ação e decisão do governo, definindo os postulados básicos a serem observados na institucionalização e implementação do Sistema Nacional de Saúde (SNS). A prestação de serviços gerais de saúde seguiria alguns princípios, que hoje regem o Sistema Único de Saúde (SUS), tais como a universalização da assistência, a regionalização dos serviços e a integração entre serviços preventivos de assistência individual (Mercadante, In: FINKELMAN, 2002, p. 241)

Esta iniciativa foi ‘abortada’ e novos passos foram dados. Dentre eles, Corbo e Morosini (2005), apontam o II Plano Nacional de Desenvolvimento, como um

³ IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensão, foram criados em substituição aos CAPs (Caixas de Aposentadoria e Pensão). O primeiro IAP foi criado em 1926, destinado aos funcionários públicos federais.

importante marco de referência, inclusive como delineador do surgimento do Pacs e PSF. As autoras destacam que, no período de 1975 a 1979,

a assistência médica brasileira caracterizava-se por um quadro de grandes contrastes: (...) uma medicina altamente especializada e cara, restrita a um pequeno segmento (...) da população; por outro, o não atendimento das necessidades básicas de grandes parcelas da população (CORBO e MOROSINI, 2005, p. 159).

Na segunda metade da década de 70, surgem os PECs – Programas de Extensão de Cobertura, no intuito de atender as necessidades básicas de saúde da população, e fundamentavam-se nas concepções da medicina comunitária, preconizando “a integração de atividades preventivas e curativas voltadas para o indivíduo e a coletividade, a utilização de equipes de saúde, o uso de tecnologias apropriadas e o recurso à participação comunitária” (CORBO e MOROSINI, 2005, p. 159). As autoras destacam ainda que, os PECs que tiveram maior significado no país foram o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (Ppreps) e o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass), ambos instituídos no II PND.

Dada uma parte desta trajetória histórica dos acontecimentos ligados a saúde no Brasil, retomamos a discussão inicial da atenção primária à saúde, compreendendo que houveram vários movimentos e tentativas de efetivação e consolidação de propostas de extensão da cobertura de saúde.

Porém, de acordo com Corbo e Morosini (2005), é o movimento de Reforma Sanitária o maior determinante para o surgimento de iniciativas de práticas de atenção primária à saúde. O auge deste movimento deu-se quando a saúde foi declarada como um dever do Estado e direito do cidadão, na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

No ano de 1990, surge a Lei 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde (Lei do SUS), pontuando que as atividades de assistência à saúde serão regidas pelos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade, e, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e outras providências; e, a Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e dá ênfase ao controle social, através da criação dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde. (Brasil. Constituição (1988)).

Em 1991, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que teve seu modelo originado nas experiências de Cuba e da China.

O PACS foi inicialmente implantado na região Nordeste, no estado da Paraíba e, priorizava “ações de informação e educação em saúde voltadas para a área materno infantil”. O PACS acabou por estender-se, em caráter emergencial, aos estados da Região Norte, em função da entrada da cólera no país. (CORBO e MOROSINI, 2005).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) caracteriza-se por ser um indivíduo oriundo da sua própria comunidade, residente nela, conhecendo assim seus principais problemas e sendo o gerador de vínculo entre a comunidade e o serviço local de saúde.

Entre as atividades desenvolvidas pelo ACS destaca-se a visita domiciliar de uma determinada área, previamente mapeada e, a participação na programação da unidade básica de saúde. Suas atividades devem ser supervisionadas pelo enfermeiro da unidade básica de saúde.

Em relação aos agentes comunitários de saúde, o Ministério da Saúde destaca que estes,

podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS: a) ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da Família; e b) ligados a uma unidade básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional. Atualmente, encontram-se em atividade no país 204 mil ACS, estando presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados. (BRASIL, Ministério da Saúde, Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>)

Avançando na organização dos serviços de atenção primária à saúde, no ano de 1994, o Ministério da Saúde implanta o Programa de Saúde da Família (PSF), que tem sido uma das prioridades dos governos desde então, tanto no âmbito nacional como no estadual e no municipal. Este programa nasce com a proposta de ampliar a capacidade resolutiva do PACs e, de superar o modelo biomédico existente, pautado no tecnicismo e na especialidade, para reordenar a assistência à saúde. O modelo traz como eixo a promoção à saúde, a integralidade, a territorialização e a continuidade das ações em saúde (Corbo e Morosini, 2005). Fundamenta-se nos princípios do SUS, e dentre estes, destacamos a

universalidade de acesso aos serviços de saúde, a **integralidade** da assistência, e a preservação da **autonomia** das pessoas.

Corbo e Morosini (2005) referendam Mendes (2000), quando buscam um significado do princípio da integralidade, sob a ótica de que este é “um conjunto de serviços prestados pela equipe de saúde, que visa a atender às necessidades mais comuns da população adscrita buscando também a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas apresentados” (CORBO e MOROSINI, 2005, p. 162).

Em 1998, o Ministério da Saúde dá origem a um documento propositivo para a organização do PSF no Brasil, onde afirma que seu principal objetivo é:

A reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. (BRASIL, Ministério da Saúde, Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>)

O PSF vem se constituindo em um grande mercado de trabalho, necessitando de profissionais qualificados, que respondam as necessidades de mudança do modelo assistencial, a fim de aproximar aos seus preceitos de universalização e atendimento integral. Outro fator importante é a chamada “humanização do atendimento”, aproximando-se do sentido do cuidado, da ética profissional e relações humanas (vínculo e acolhimento). Corbo e Morosini (2005), destacam-se que

os propósitos da saúde da família vão ao encontro da participação popular, uma vez que perseguem a aproximação das ações em relação às necessidades da população e, por coerência, a compreensão de que a população pode qualificar e modificar a definição e a execução das políticas públicas, no sentido de sua maior democratização (CORBO e MOROSINI, 2005, p.171).

Conforme registram Silva et al (2004), no aspecto quantitativo,

em dezembro de 2000, o PSF estava implantado em 3.090 municípios e estavam constituídas 10.473 equipes de saúde da família (ESF), com cobertura de 22% da população brasileira e 145.299 agentes comunitários de saúde atuando em 4.610 municípios, o que corresponde a 51% da

população do país (Silva et al, In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A .2004, p. 77)

A equipe básica do PSF é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Em alguns casos podem ser incorporados profissionais de saúde bucal de nível médio e cirurgião dentista. A equipe tem suas funções normatizadas pelo Ministério da Saúde, especificando as atribuições e ações que deve ser desempenhada por cada profissional.

Conforme destaca o próprio Ministério,

O trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. (BRASIL, Ministério da Saúde, Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>)

Franco e Merhy (2003), descrevem como funções das equipes de PSF, a visita domiciliar, as ações programáticas e os atendimentos no consultório por médicos e enfermeiras. Reforçam ainda que,

as visitas são compulsórias e apresentadas como o grande trunfo do Programa para mudar o modelo de assistência. O PSF trabalha a idéia de que essa intervenção no ambiente familiar é capaz de alterar o perfil 'higiênico' da população e assim, prevenir os agravos à saúde (FRANCO e MERHY, 2003, p. 58).

Cada equipe de saúde acompanha cerca de 3 mil a 4 mil e 500 pessoas ou mil famílias de uma determinada área, das quais passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde.

Em relação às funções desenvolvidas pelas equipes de saúde da família, o Ministério da Saúde aponta que,

a atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a

comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde. (BRASIL, Ministério da Saúde, Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>)

As equipes têm também o compromisso de estabelecer vínculos, de estimular a organização das comunidades para o exercício do controle social das ações e serviços de saúde; buscar atuar de forma intersetorial, estabelecendo parcerias com diferentes segmentos sociais e institucionais, objetivando “intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade” (BRASIL, Ministério da Saúde, Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>)

Destaca-se que, de acordo com o Ministério da Saúde, “o PSF visa à reorganização das ações de saúde no atendimento básico, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças”, vale ressaltar que a partir do ano de 1996, este passa a ser entendido como uma estratégia, pois, segundo Mattos (2000), In: (Corbo e Morosini, 2005),

a história do PSF pode ser dividida em dois períodos: o primeiro se estende desde a sua criação até 1996, quando o PSF é visto como um modelo de extensão de cobertura de acesso aos serviços de saúde; e a partir de 1996, quando passa a ser considerado como uma estratégia de transformação do modelo assistencial, como proposta de substituição das práticas tradicionais de assistência. (CORBO e MOROSINI, 2005, p. 173)

A seguir, apresentamos, a título de ilustração, alguns dados numéricos recentes, em relação ao PSF, disponibilizados na site oficial do Ministério da Saúde BRASIL, Ministério da Saúde, Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>

TABELA 1: DADOS NUMÉRICOS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

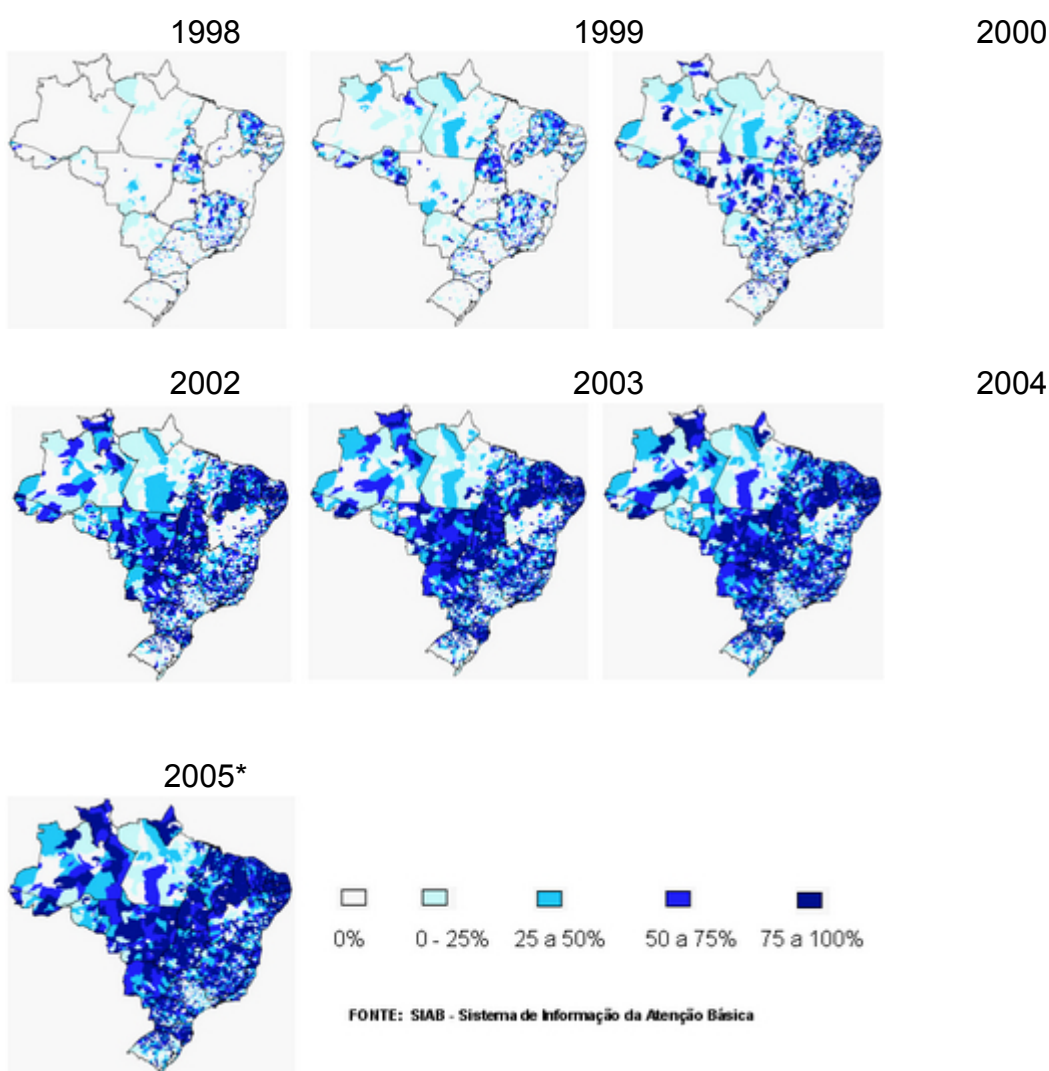
Resultados alcançados em 2003 (físico e financeiro)	Resultados alcançados em 2004 (físico e financeiro)	Resultados alcançados em 2005 (físico e financeiro) até 31/10/05
Equipes de Saúde da Família	Equipes de Saúde da Família	Equipes de Saúde da Família
Total de equipes de Saúde da Família implantadas: 19 mil	Total de Equipes de saúde da Família implantadas: 21,3 mil	Total de Equipes de Saúde da Família implantadas: 23,9 mil
Total de Equipes de Saúde da Família implantadas: 19 mil	Total de Equipes de Saúde da Família implantadas: 21,3 mil	Total de equipes de Saúde da Família implantadas: 23,9 mil
Total de municípios: 4,4 mil municípios	Total de municípios: 4,6 mil municípios	Total de municípios: 4,9 mil municípios
Cobertura populacional 35,7% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 62,3 milhões de pessoas	Cobertura populacional: cobrindo 39% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 69,1 milhões de pessoas	Cobertura populacional: cobrindo 43,4% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 76,8 milhões de pessoas
Investimento na estratégia Saúde da Família: R\$ 1.662,80 milhões	Investimento na estratégia Saúde da Família: R\$ 2.191,04 milhões	Investimento na estratégia Saúde da Família: R\$ 1.678,08
		Dados de Janeiro a Agosto de 2005

Fonte: site oficial do Ministério da Saúde

Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>

Consideramos importante salientar, a expansão das equipes de saúde da família, referente a implantação no Brasil, no período de oito anos (1998 – 2005), conforme quadro demonstrativo apresentado a seguir:

QUADRO 1: EVOLUÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DAS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA BRASIL, 1998/2005



Fonte: site oficial do Ministério da Saúde

Disponível em: <[http:// dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php)>

Os dados acima apresentados mostram a magnitude da abrangência das equipes de saúde da família, a âmbito nacional do Programa, visto que, em 1994, havia 328 equipes e 55 municípios cobertos. Considera-se ainda que, dado o crescimento registrado até o mês de agosto de 2005, a meta proposta pelo Ministério da Saúde para o ano de 2006 é de chegar a 27 mil equipes.

Ainda, entendemos que, enquanto estratégia de mudança, o PSF, em alguns casos, ainda mantém a hierarquização de saberes e a repetição do modelo biologicista; porém, as mudanças vêm se consolidando, mesmo que lentamente, sendo que um fator essencial para tal, vem sendo a formação acadêmica, voltada à

atenção básica em saúde. Nesta perspectiva, muitos ainda serão os desafios para a efetivação de mudanças.

3 VISLUMBRANDO A VISITA DOMICILIAR COMO POSSIBILIDADE DE PRÁTICA DA INTEGRALIDADE

Neste estudo, será dada ênfase especial à visita domiciliar, buscando resgatar brevemente, seu histórico, o qual temos percebido que se confunde com o nascimento da enfermagem no âmbito da saúde pública. E, caracterizar também, os aspectos operacionais da visita domiciliar no PSF.

De acordo com estudos de Albuquerque et al (2004), existem registros da prática de visita domiciliar já no velho testamento e, as mesmas autoras citam Duarte e Diogo (2000), que descrevem a fundação da ordem de Virgem Maria, por São Francisco Salles, por volta de 1610; esta congregação era formada por mulheres cuja função era a de visitar diariamente as casas dos doentes, onde desenvolviam atividades de higiene, auxílio, alimentação e vestuário.

Augusto e Franco (1980), citado por Mazza (1998) apontam que a origem das visitas domiciliares datam da era pré-cristã e, podem ser divididas em dois períodos, o pré-científico ou religioso e o científico. No primeiro, a visita domiciliar caracteriza-se por um enfoque assistencialista, pela caridade. No segundo, foi dada ênfase na sistematização dos procedimentos referentes à realização das visitas, por volta de 1850.

Ainda, segundo estes autores, a visita domiciliar acompanhou a evolução científica e, em 1900, teve registrado seu início nos Estados Unidos quando da criação da “Visiting Nurses Association” expandindo-se a outros países. Em 1909, o Conselho Municipal de Londres disciplinou e regulamentou a formação das visitadoras.

Outra forte influência, em especial à enfermagem, foram às mudanças introduzidas por Florence Nightingale, na Inglaterra, as quais produziram um grande impacto na formação das enfermeiras nos Estados Unidos (Mendes, 2001, p. 10).

Araújo et al (2000, p.117), transcrevem do Boletim Informativo da ABEn (1982), uma fala de Florence datada de 1863, que retrata sua preocupação com o atendimento do doente em seu domicílio, referindo-se a saúde como um estilo de vida, sendo:

Cresce a convicção de que em todos os hospitais, por melhor que seja a sua administração, perdem-se vidas que poderiam ser poupadas; e que, via de regra, o pobre que recebesse boa assistência médica, cirúrgica e de enfermagem se recuperaria melhor na choça miserável em que vive do que no mais refinado ambiente hospitalar. (ABEn, 1982, In: ARAÚJO et al, 2000)

De acordo com Mendes (2001, p.10), a criação da Visiting Nurses Association congregou várias agências de assistência domiciliar na virada do século XIX, as quais passaram a atuar prestando cuidados a famílias ricas e pobres. O mesmo autor considera ainda que

o alto índice de indivíduos acometidos por doenças infecto-contagiosas acelerou a mudança na prática de enfermagem. Surgiram enfermeiras visitantes, agentes difusoras de educação da saúde, marcando, desde a metade do século XIX, a ênfase do caráter preventivo da assistência domiciliar (MENDES, 2001, p. 11).

No Brasil, conforme detalha Moreira (1999, p. 8), em 1921 já existia a idéia de “instituir o serviço de enfermagem de forma organizada e oficial”, no país.

Souza, Lopes e Barbosa (2004), referem que em 1920, foi introduzida na escola de enfermagem da Cruz Vermelha, por Amaury de Medeiros, um curso de visitadoras sanitárias. Aponta ainda que,

neste mesmo ano foi criado o serviço de visitadoras como parte do serviço de profilaxia da tuberculose. Tal iniciativa marca a inclusão da visita domiciliar como atividade de saúde pública, uma vez que o referido serviço fazia parte do Departamento Nacional de Saúde Pública. (SOUZA, LOPES e BARBOSA, 2004, p. 2)

Em seus estudos, Rosen (1994, p. 12) registra., que em 1918, Carlos Chagas, então diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, incentivou a criação de cursos e escolas, entre elas a de Enfermeiras Visitadoras, criada com o apoio da Fundação Rockefeller, no ano de 1923. Este serviço de enfermeiras visitadoras buscava atender doentes de tuberculose e prestar assistência materno-infantil, dando ênfase a ações de promoção à saúde e prevenção de doenças.

Através destas ações, o período do início do século XX demarca a prática organizada / profissional, da visita domiciliar no Brasil. Porém, segundo Mendes (2001), não há registro formal da história da assistência domiciliária no Brasil.

A chegada da Fundação Rockefeller no Brasil, mais especificamente no Rio de Janeiro, dá-se no apogeu da campanha nacionalista a favor do saneamento, que tinha como pressupostos a valorização das ações no campo sanitário e foco nas doenças. Conforme Moreira (1999, p. 4), “[...] o Estado republicano tomou a iniciativa de chamar a Fundação Rockefeller a contribuir com a modernização da saúde pública brasileira, em consonância com os ideais de cientificidade, racionalidade e higiene imperante”.

Em 1923, nasceu vinculada à Universidade do Rio de Janeiro, a Escola de Enfermagem Anna Nery, que institui as bases do ensino no modelo de enfermagem moderna de Florence Nightingale. As primeiras alunas diplomadas foram contratadas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, onde prestavam assistência e trabalhavam sobre o enfoque educativo de higiene, direcionados à tuberculose, saúde da criança e com atenção especial à visita domiciliária. (MAZZA, 1998, p.4)

Moreira (1999) enfatiza este momento histórico, quando afirma que,

a criação de uma escola e a delimitação de um campo de prática profissional constituíram os pré-requisitos necessários para que fossem retirados do cenário público os visitantes de saúde – agentes ‘leigos’ que assistiam à população com conhecimento empírico, sem organização e controle formais – regulamentando-se, ao mesmo tempo, a enfermagem como profissão estratégica na organização sanitária da cidade. (MOREIRA, 1999, p. 3).

Fortalecendo a visão higienista e a estratégia preventiva, em 1926, em São Paulo, foi criado o curso de educadoras sanitárias.

De acordo com Souza, Lopes e Barbosa (2004, p. 3), no contexto da Enfermagem de Saúde Pública, a visita domiciliar realizada pelas visitadoras sanitárias, “constituiria um dos instrumentos mais eficientes para se trabalhar com a comunidade e com as famílias na promoção e na detecção de suas necessidades de saúde”.

Já, Mendes (2001, p. 18), afirma que “o atendimento das enfermeiras visitadoras no Brasil não visava ao indivíduo e sim ao controle da cadeia de transmissão das doenças infecto-contagiosas, sob coordenação do serviço público de saúde”.

Um outro fato histórico que consideramos importante registrar, foi à criação, em 1949, do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU). Este

serviço foi inicialmente vinculado ao Ministério do Trabalho, sendo considerada uma das primeiras atividades planejadas de assistência domiciliar à saúde no Brasil (MENDES, 2001, p. 18).

De acordo com Mendes (2001, p.18), em 1967, o Samdu foi incorporado pelo recém criado Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, seus serviços foram implantados em, além do Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul, Pará, Pernambuco, Piauí e Ceará, entre outros estados brasileiros. Mendes registra ainda que os médicos que eram contratados para trabalhar no Samdu, recebiam salários mais altos do que aqueles que trabalhavam em hospitais, pois na época, esta não era considerada uma “atividade nobre da medicina”, sendo que qualquer médico que estivesse de plantão “fazia saídas em ambulâncias para o atendimento de urgência em domicílio”.

Interessante registrar também que o Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, criou em 1967 um sistema de assistência domiciliar, no qual atendia prioritariamente doentes crônicos, entendendo que este serviço seria caracterizado como um prolongamento da assistência hospitalar no domicílio, gerando uma alta precoce e ampliando a capacidade de internação. Este serviço é mantido até os dias de hoje (MENDES, 2001, p.20).

Com esta breve incursão histórica, compreendemos que os cuidados a domicílio não se constituem em uma prática inovadora, pois já vinham sendo empregados informalmente, desde os tempos mais remotos. O que podemos observar é que houve diferentes momentos e diferentes concepções da prática de assistência domiciliar no decorrer da história.

Especialmente no Brasil, observamos dois momentos significativos na assistência domiciliar. O primeiro foi, no início do século XX, quando da profissionalização das enfermeiras visitadoras para o desenvolvimento de ações de saúde com ênfase no caráter preventivo; e, o segundo, foi a institucionalização do SUS (1990) e a criação do PSF (1994), direcionando o olhar assistencial à família.

Atualmente, regada por todos os fatores já apontados no capítulo anterior, como a Conferência de Alma Ata e, a implantação da Estratégia de Saúde da Família, percebemos que vem ocorrendo uma resignificação da assistência de enfermagem, em especial ao que diz respeito a prática da visita domiciliar.

Neste contexto de resignificação, considerando os sentidos da integralidade e os limiares do cuidado de enfermagem, compreendemos a visita domiciliar como

um forte instrumento na busca da consolidação de práticas emancipadoras de saúde, em especial, na estratégia de saúde da família.

A visita domiciliar, entendida e desenvolvida como uma prática emancipadora, proporciona aos profissionais um importante espaço para o exercício do diálogo, permite uma proximidade para o acompanhamento, conhecimento e reconhecimento das famílias em suas necessidades de saúde, perpassando nessa perspectiva, pelo olhar da integralidade.

Esta ação é um importante instrumento para a promoção da saúde e implementação do princípio da integralidade, enquanto prática que valoriza o cuidado, como espaço de fortalecimento do trabalho coletivo verdadeiro e, facilitador do estabelecimento de vínculo. A prática da visita domiciliar, direcionada à ação educativa em saúde é também entendida como importante instrumento de assistência e de cuidado, uma vez que promove a relação dos profissionais e dos indivíduos, assistidos em seu próprio contexto.

Na perspectiva do PSF, a visita domiciliar é uma ação inerente às equipes de saúde da família. Pois, de acordo com Araújo et al (2000, p.118), “o domicílio é considerado o cenário onde ocorrem as relações sociais geradoras de conflitos e de outros fatores de risco de adoecer, sendo também o local privilegiado para o desenvolvimento das ações de promoção e manutenção da saúde”.

Para Souza, Lopes e Barbosa (2004, p. 3), a visita domiciliar realizada na concepção proposta pelo PSF,

é um instrumento que possibilita à enfermeira identificar como se expressam, na família, as formas de trabalho e vida dos membros, quais padrões de solidariedade se desenvolvem no interior do universo familiar e como estes podem contribuir para o processo de cuidado, cura ou recuperação de um de seus membros. Além de buscar a identificação desta situação familiar, a sua prática compreende ainda entender as funções sociais, econômicas e ideológicas e de reprodução da força de trabalho da família na sociedade. (SOUZA, LOPES e BARBOSA, 2004, p.3)

Araújo et al (2000, p. 118), quando refletem sobre a atuação da equipe de saúde da família no domicílio, afirmam que:

O cuidado dispensado à saúde no domicílio propicia à equipe de saúde da família, a inserção no cotidiano do cliente; identificando demandas e potencialidades da família, em um clima de parceria terapêutica. Para isso concorrem fatores como a humanização do cuidado, a ausência de riscos

iatrogênicos de origem hospitalar, o resgate das formas de cuidar calcadas nas práticas tradicionalmente usadas pela população, embasadas na sua bagagem cultural (ARAÚJO et al , 2000, p. 118).

Ainda, considerando a atuação do enfermeiro frente à visita domiciliar, destacamos uma fala que ilustra esta prática, através de um relato de vivência profissional de Nascimento (2000),

Prestar assistência no domicílio, coloca o enfermeiro no contexto real onde o processo de desequilíbrio da saúde se instala, como também, exige desse profissional “trabalhar” seus valores pessoais e conceituais de família e saúde para entender os próprios conceitos das famílias assistidas. Propicia, ainda, uma relação empática, pois, é necessário uma abordagem pautada na interação, no respeito à pessoa para que o enfermeiro crie laços de confiança com as famílias e consiga o acesso dele e da equipe à intimidade e aos problemas vivenciados no dia-a-dia das mesmas” (NASCIMENTO, 2000, p.171).

A visita domiciliar que vem sendo desenvolvida na perspectiva do PSF, em especial pelo enfermeiro, tem congregado ações educativas e assistenciais. Também é compreendida como um método de trabalho que tem como objetivo principal “levar ao indivíduo, no seu domicílio, assistência e orientação sobre saúde” (Mattos, In: KAWAMOTO 2004, p.35).

Para Takahashi e Oliveira (2001, p.43), a visita domiciliária (VD), em seu aspecto técnico, é entendida como “instrumento de intervenção fundamental da estratégia de Saúde da Família, a qual é utilizada pelos integrantes das equipes de saúde para conhecer as condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade”. É ainda entendida como uma parte das ações a serem desenvolvidas no programa, porém de forma planejada e sistematizada.

As mesmas autoras apontam os **objetivos** e os **pressupostos** que orientam a Visita Domiciliar (VD), que são:

- *Objetivos:*

Devem ser estabelecidos considerando o(s) motivo(s) da sua solicitação e estar em consonância com a finalidade para a qual a atividade foi proposta.

- *Pressupostos:*

Nem toda ida ao domicílio do usuário pode ser considerada uma VD;

Para ser considerada uma VD, tal atividade deve compreender um conjunto de ações sistematizadas, que se iniciam antes e continuam após o ato de visitar o usuário no domicílio;

A sua execução pressupõe o uso de técnicas de entrevista e de observação sistematizada;

A realização da VD requer um profissional habilitado e com capacitação específica;

Na elaboração dos objetivos da VD, é necessário considerar os limites e as possibilidades do saber específico do profissional/técnico que a executará;

A relação entre o profissional e o usuário deve estar pautada nos princípios da participação, da responsabilidade compartilhada, do respeito mútuo (crenças e valores relacionados ao processo saúde-doença) e da construção conjunta da intervenção no processo saúde-doença;

Podem existir diferenças socioculturais e educacionais entre os profissionais e os usuários dos Serviços de Saúde, que devem ser consideradas no planejamento e na execução da VD;

A intervenção no processo saúde-doença pode ou não ser uma ação integrante da VD.

Ainda, segundo Takahashi e Oliveira (2001), o planejamento, a execução, o relatório e a avaliação, são partes integrantes do processo de desenvolvimento da VD, compreendendo a descrição técnica da VD, os quais assim caracterizam-se:

a) **Planejamento:** inicia-se com a seleção das visitas, mediante os critérios estabelecidos pela equipe de saúde. Após, estabelecem-se os objetivos da VD, os quais orientam para uma revisão de conhecimentos, a qual dará suporte à entrevista e à observação no domicílio. Posteriormente, faz-se a leitura do prontuário e troca de informações entre os profissionais que já tiveram algum contato com a família, etapa chamada de captação da realidade; a qual fundamenta também o estabelecimento dos objetivos da VD. Recomenda-se o preenchimento do impresso utilizado na VD e, se possível, o agendamento prévio da visita com o usuário.

b) **Execução:** durante a visita, deve-se adaptar o plano, no caso de intercorrências que possam impedir o alcance dos objetivos propostos, a fim de poder atender as necessidades da família; na chegada ao domicílio, proceder à identificação e explicar claramente os objetivos da visita; procurar ser cordial.

Iniciar a entrevista ou executar procedimentos se for o caso, sempre seguindo os objetivos propostos. Anotar as informações e destacar o caráter sigiloso das mesmas; Realizar observação sistematizada da dinâmica familiar, e, ao término da visita, o profissional deve resgatar seus objetivos e fazer uma síntese do que foi realizado à família.

c) **Relatório da VD:** Quando do retorno a unidade, o profissional deve elaborar um relatório escrito sobre a VD o qual deve ficar anexo ao prontuário. Este deve ser claro, sintético ter seqüência lógica e ser iniciado com as informações colhidas, seguido das observações feitas e finalizando com as intervenções realizadas. Sobre a família visitada, devem ser registradas necessidades expressadas ou observadas pelo entrevistador e ainda aspectos que possam ser explorados numa próxima oportunidade. O relatório deve ser apresentado à equipe para que sejam tomadas as providências necessárias para a continuidade da assistência.

d) **Avaliação do Processo:** é necessária para que a equipe estabeleça o “passo seguinte” na assistência. Também para se fazer à auto-avaliação na realização da VD, no sentido de analisar se os objetivos foram alcançados, se o preparo para a realização da VD foi adequado, se o tempo estimado foi cumprido, se os pressupostos foram contemplados. (grifou-se) (TAKAHASHI e OLIVEIRA, 2001, p.44-45).

Ainda, nesta perspectiva operacional, a visita domiciliar , tem apresentado vantagens e desvantagens.

Mattos, In: KAWAMOTO (2004), destaca que, dentre as principais vantagens na execução da VD, pode-se perceber que o profissional de saúde leva *in loco* os conhecimentos, diretamente no meio ambiente familiar, caracterizado por condições particulares de moradia e higiene, o que torna mais fácil e eficaz o planejamento de ações de enfermagem; promove um melhor relacionamento entre a equipe de enfermagem e a família pela característica de ser uma atividade desenvolvida no domicílio, sendo menos formal e sigilosa; e, propicia maior liberdade para a exposição de problemas, uma vez que o tempo disponível para o atendimento torna-se mais flexível do que na unidade de saúde. Como desvantagens ou limitações, as autoras consideram que o horário de trabalho do usuário, juntamente com seus afazeres domésticos, possa ser um complicador no sentido de dificultar ou impossibilitar a realização da VD; por parte da equipe, gasta-se mais tempo para a

realização da VD e para o deslocamento da unidade de saúde ao domicílio; e, consideram um método dispendioso, pois demanda custo de pessoal e de locomoção.

Em consideração ao que está posto na literatura científica frente aos objetivos e pressupostos da visita domiciliar, suas vantagens e desvantagens, compreendemos que estes apenas auxiliam a condução operacional, técnica no que tange ao desenvolvimento da VD; porém, estão além de conduzir, por meio de sua prática, uma reflexão mais ampliada sobre o real significado da VD, tanto por parte do usuário, quanto por parte do enfermeiro ou equipe de saúde, considerando o contexto e a filosofia do PSF.

Entendemos que a importância e a eficácia da visita domiciliar vem sendo reconhecida, tanto pelos enfermeiros quanto pela equipe de saúde da família, não somente pela ação profissional em si, mas pelos resultados que ela traduz, como o fortalecimento do vínculo, uma relação de respeito e até de amizade entre famílias e equipe.

Enquanto instrumento profissional, entendemos que a visita domiciliar vem provocado transformações nesta equipe, pois seus membros necessitam estar presentes nos domicílios e, obrigatoriamente fazer contato com a realidade do usuário; o que entendemos ser o grande diferencial desta ação.

Neste sentido, a visita domiciliar com toda a sua bagagem histórica, traz resultados inovadores, mesmo que em longo prazo, gerando mudança de comportamento das famílias e comunidades frente às questões de promoção à saúde e qualidade de vida.

Nesta ótica, o ambiente familiar e a família em si, passam a ser o objeto de atenção permanente da equipe de saúde, incluindo as relações internas e externas das famílias. O domicílio, espaço privado de uma família, passa a ser o local das intervenções e das ações de assistência à saúde, provocando o desenvolvimento de uma dinâmica própria, singular. Esta característica nos leva a crer que as ações que nascem neste contexto têm mais chance de serem efetivadas, pelo compromisso estabelecido entre equipe e família e pela relação de confiança gerada dentro do ambiente domiciliar.

Neste campo tão vasto, ainda há muito o que explorar, e os estudos publicados demonstram que a enfermagem vem se dedicando a analisar este contexto familiar por meio de núcleos e grupos de estudos da família, trazendo à

discussão diferentes abordagens. Apesar de o foco dos estudos, muitas vezes, não estar direcionado ao desenvolvimento da visita domiciliar pelo enfermeiro, não há como negar que a enfermagem tem buscado aproximar-se do tema, indo ao domicílio por outros caminhos.

4 MARCO CONCEITUAL

Segundo Fawcet (1992,1984 e 1978) e Botha (1989), referendadas por Silva e Arruda (1993, p.85), o marco conceitual “apresenta conceitos e proposições em níveis mais abrangentes de abstrações”, é aquele traduz ou que relaciona “um conjunto de conceitos e proposições abstratas e gerais, intimamente interrelacionadas”.

Diante deste contexto, iniciamos apresentando elementos teóricos que julgamos contribuir na compreensão do princípio da integralidade e sua aplicabilidade dentro das diretrizes do SUS, através de diferentes leituras. E, em seguida, apresentamos os conceitos norteadores deste estudo, os quais foram redimensionados durante o desenvolvimento do projeto de dissertação, sendo mantidos como eixos, os conceitos de visita domiciliar, integralidade, saúde e enfermeiro.

4.1 O REFERENCIAL DA INTEGRALIDADE E SEUS SENTIDOS

Em seus aspectos conceituais, o SUS é entendido como um sistema, pois forma-se por várias instituições que permeiam os três níveis governamentais, sendo a União, os Estados e os Municípios. São também estabelecidos contratos e convênios com o setor privado, que deve utilizar as mesmas normas que orientam o serviço público, quando da prestação de serviços para a rede pública.

O SUS traz ainda características específicas, quando sustenta que o atendimento à saúde deve ser oferecido a todos, ser descentralizado, racional, eficiente e eficaz, democrático, equânime e, deve atuar de maneira integral. Esta atuação de forma integral é entendida no sentido de “não ver a pessoa como um amontoado de partes, mas como um todo, que faz parte de uma sociedade”. (SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. 2001, p.6).

Enquanto princípio do SUS, a integralidade da assistência é entendida como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos,

individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL Lei n. 8.080/90).

Em 1994, a criação e implantação do PSF veio reforçar esta política de saúde, quando reafirma propostas de atenção à saúde com ênfase nos princípios da universalidade, descentralização e integralidade.

A proposta do PSF nasce contrária ao modelo hospitalocêntrico vigente até então, trazendo em seu arcabouço, um forte compromisso de mudança no que se refere à atenção à saúde prestada à população. Caracteriza-se pelo incentivo à atenção familiar, ancorado pelo trabalho multiprofissional. Esta reorganização do serviço proposta no PSF pauta-se, essencialmente, no foco de atendimento à família e na integralidade que, de acordo com Gomes e Pinheiro (2005, p.3), “esses objetivos e metas têm o sentido de resgatar a integração das ações de prevenção e promoção, recuperação e reabilitação na oferta de respostas às demandas por saúde das famílias nos locais de moradia”.

De acordo com o Ministério da Saúde, esta tendência na reordenação das práticas de saúde vem se evidenciando tanto na área pública quanto na privada, no sentido de efetivar os serviços e diminuir custos. Na área pública, com vistas à garantia da atenção universal e, na área privada, com vistas à garantia da lucratividade.(Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em www.saúde.gov.br/sgtes/versus)

As práticas de saúde construídas na perspectiva da lucratividade acabam centradas no eixo tecnicista, nos procedimentos ou na medicalização das doenças, onde a interpretação de saúde passa a ser percebida como um bem ou serviço. Em contrapartida, as práticas de saúde que se apóiam no princípio da integralidade como orientador de suas ações, tendem a tecer possibilidades de vivências e reflexões coletivas; especialmente no âmbito do trabalho em saúde, constituindo um importante desafio, tanto ao sistema de saúde, quanto aos profissionais que nele atuam e, em consequência, para as instituições formadoras destes profissionais.

A transformação de tais práticas e a reorganização da saúde vêm sendo fundamentadas em um princípio norteador, a integralidade da atenção à saúde.

Hartz e Contandriopoulos (2004, p.1), afirmam que no Brasil, a integralidade é um dos principais pilares na construção da Atenção Primária da Saúde, uma vez que se fundamenta na primazia das ações de promoção, na garantia dos três níveis

de complexidade, na articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação; abordagem integral dos indivíduos e famílias.

Starfield (2004, p. 314), considera que “a integralidade exige que a atenção primária reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las”. Complementa também que as decisões tomadas frente aos serviços de atenção primária podem e devem variar de acordo com o lugar e a época, pois dependem da natureza dos problemas de saúde das diferentes populações. Neste sentido, a integralidade da atenção é um importante mecanismo, uma vez que assegura que os serviços sejam pactuados frente às necessidades de saúde de uma determinada população.

Conforme já mencionamos anteriormente, o princípio da integralidade é um dos pilares do SUS. A origem histórica deste princípio e o desenvolvimento da idéia de integralidade pautam-se em ideais produzidos no movimento da reforma sanitária brasileira, que conforme considera Mattos (2001), nascem do descontentamento e da não aceitação de uma política assistencialista descompromissada e descontextualizada com as necessidades e problemas de saúde da população em geral.

O mesmo autor sustenta também que,

a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns, desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e igualitária. (MATTOS, 2001, p. 41)

A fim de pensarmos, a integralidade neste contexto amplo, acreditamos que ela deva perpassar desde as práticas de atenção à saúde, nos princípios de gestão e na organização das políticas de saúde. E, ainda considerar a necessidade de se trazer o usuário para o centro da gestão, o qual se constituiria o primeiro caminho para a integralidade. (BRASIL, Ministério da Saúde. Integralidade como orientação da saúde, In: Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde, 2005, p. 97).

Para um entendimento mais amplo de integralidade, pode-se pensar em estudar conceitos que traduzam seu significado. Porém, conforme afirma CAMARGO JR. (2001, p. 12), a integralidade é uma palavra que não pode ser chamada de conceito. Ainda, para este autor, integralidade reflete “um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas”. Nesta mesma lógica, dando seqüência ao seu pensamento, o mesmo autor reitera que,

pode-se identificar, grosso modo, um conjunto de tradições argumentativas que desembocam neste agregado semântico: por um lado, um discurso propagado por organismos internacionais, ligado às idéias de atenção primária e de promoção à saúde; por outro, a própria demarcação de princípios identificadas em pontos esparsos da documentação oficial das propostas de programas mais recentes do Ministério da Saúde em nosso país; por fim, nas críticas e proposições sobre a assistência à saúde de alguns autores acadêmicos em nosso meio. (CAMARGO JR. 2001, p.12)

A integralidade também é apontada como sendo uma palavra polissêmica⁴, ou seja, que tem vários sentidos. Alguns sentidos correlatos, outros articulados entre si, porém sentidos distintos. Mattos, (2001, p.42), sobre esta questão considera que os sentidos distintos “possibilitam que vários atores, cada qual com suas indignações e críticas e, pelo menos por um instante, pareçam comungar os mesmos ideais”.

Refletindo ainda sobre os sentidos da integralidade, Mattos (2001) considera que talvez seja importante não buscar uma definição exata do termo, pois poderia cercear outras possibilidades de interpretação, no sentido de silenciar atores sociais.

Em seus estudos, Mattos (2001, p. 44) parte de duas indagações para buscar uma aproximação do sentido da integralidade, quais sejam:

- Integralidade segue sendo uma noção, ou um conjunto de noções úteis para discriminar certos valores e características que julgamos desejáveis no nosso sistema de saúde?

⁴ Conforme descrevem Xavier e Guimarães (2004, p. 148), o termo polissemia “aponta para uma idéia com múltiplos sentidos e representações, associados às necessidades e práticas dos sujeitos”.

- Ela ainda segue sendo um bom indicador da direção que desejamos imprimir ao sistema e suas práticas e, portanto, segue indicando aquilo que é criticável no sistema e nas práticas de saúde que existem hoje?

A partir destas hipóteses, Mattos (2001) indica um caminho inicial para a análise dos sentidos da integralidade, não para uma definição em si. Aponta três conjuntos de sentidos que servem como norteadores na busca da compreensão da integralidade, que são:

A) Da Medicina Integral à Prática da Integralidade: integralidade como um traço da boa medicina

Mattos (2001) considera este como sendo um primeiro sentido da integralidade, o qual teve sua origem pautada nas discussões do ensino médico nos Estados Unidos, onde tal movimento ficou conhecido como medicina integral. Para este ramo da medicina, a integralidade teria significado através das atitudes dos médicos, os quais se recusassem a reduzir seu paciente a um sistema biológico. No Brasil, este movimento não se consolidou de forma institucional e, associou-se à medicina preventiva que era reconhecida como “*locus* privilegiado da resistência ao regime militar e um dos berços do que seria posteriormente chamado de movimento sanitário”. Das críticas postas à saúde pública tradicional e à medicina preventiva, nasce nos anos setenta no Brasil, a Saúde Coletiva. Esta vem caracterizar as práticas de saúde como práticas sociais.

Este sentido da integralidade identifica-se com as práticas de cuidado e prestação dos serviços de saúde que, em uma análise sintética, nos permite entender que

estaria ligado a não reduzir o usuário aos aparelhos e sistemas do corpo e a criar espaços de encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário, para que esse possa ser ouvido em todas as suas demandas, lançando mão de todas as tecnologias disponíveis para ampliar a capacidade de atenção. (BRASIL, Ministério da Saúde. Integralidade como orientação da saúde, In: Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde, 2005, p. 99).

Nesta perspectiva, o trabalhador em saúde deve estar preparado para atuar em diferentes núcleos de saberes e práticas, do apoio social à amplitude da

autonomia do usuário. As ações de cuidado pautadas nesta proposta devem procurar articular-se com as ações de promoção e prevenção à saúde, sendo incorporadas como prática cotidiana dos trabalhadores.

B) Dos Programas Verticais aos Programas Integrais: a integralidade como modo de organizar as práticas

Este vem se constituir, de acordo com Mattos (2001), como um segundo conjunto de sentidos da integralidade, que relaciona-se de forma mais direta com a organização dos serviços e das práticas de saúde. Mattos (2001), destaca que,

A criação, na década de setenta, do antigo Sistema Nacional de Saúde (SNS), consolidou uma antiga divisão entre as instituições responsáveis pela saúde pública e pela assistência médica – a primeira era pensada como sendo de alçada do Ministério da saúde, enquanto a segunda ficava na alçada do Ministério da Previdência Social. Uma das razões para tal dissociação era o reconhecimento de que as necessidades das práticas de saúde pública e das práticas assistenciais eram bastante distintas. As últimas eram demandadas diretamente pela população, enquanto as primeiras eram apreendidas inicialmente pelos técnicos. (MATTOS, 2001 p.52).

Essa estrutura caracterizou uma dicotomia do sistema de saúde, resultando na análise pertinente de que a assistência médica e a saúde pública eram pensadas de modo autônomo.

Em uma tentativa de articular tais práticas, de saúde pública e assistenciais, buscou-se inicialmente transformar as antigas unidades de saúde pública que, Mattos (2001), descreve que ocorreram em duas ordens;

A primeira, inerente ainda às práticas dos programas verticais, dizia respeito a superação da fragmentação das atividades no interior da unidade. A introdução de prontuários unificados nessas unidades ilustra esse tipo de mudança. A segunda ordem de transformações constitui na introdução de práticas assistenciais típicas, de atendimento da demanda espontânea nessas antigas unidades de saúde pública. (MATTOS, 2001, p.54).

Atualmente, busca-se organizar os serviços e desenvolver práticas de

saúde que se efetivem de forma horizontal, articulando e não dicotomizando as ações de saúde pública e assistencial, buscando promover a aproximação entre as áreas especializadas.

Nesta análise, entendemos que,

a integralidade pode ser tomada como um princípio de organização contínua do processo de trabalho, permitindo a ampliação da leitura e intervenção sobre os problemas enfrentados pelos usuários. A organização dos serviços se daria também no sentido de realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população a qual atendem. (BRASIL, Ministério Da Saúde. Integralidade como orientação da saúde, In: Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde, 2005, p.100).

Ainda, considerando a análise feita por Mattos (2001), sobre a articulação entre a demanda espontânea e a demanda organizada, quanto à ampliação do olhar e das ações, também sugerida na citação anterior, a mesma se configurará e poderá ser expressa, uma vez que seja pautada no diálogo.

C) Integralidade e Políticas Especiais

Neste terceiro conjunto de sentidos do princípio da integralidade busca-se relacioná-lo com as políticas consideradas específicas, as quais Mattos (2001), denomina de políticas especiais. “Estas se configuram em políticas especialmente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem um certo grupo populacional”. (MATTOS, 2001, p.57).

Mattos (2001), defende ainda que, este terceiro sentido do princípio da integralidade reporta-se à necessidades de grupos específicos, com problemas de saúde. E, que não se restringe ao termo política e sim programas, ressaltando sua dimensão mais ampla, mais abrangente.

Em sua concepção, o termo programa refere-se “a um conjunto de ações organizadas com vistas ao enfrentamento de um problema público qualquer, tendo geralmente expressão institucional (e, portanto orçamentária) e uma perspectiva de atuação não limitada temporalmente”. (MATTOS, 2001, p. 58).

Como a política que mais se aproxima do sentido do princípio da

integralidade, Mattos (2001) reporta-se a Política Nacional da AIDS, que busca abranger aspectos preventivos e assistenciais, preocupando-se em respeitar os direitos da pessoa que vive com a doença e responsabilizando-se em distribuir gratuitamente os medicamentos pertinentes, sem descuidar-se dos aspectos preventivos.

Na busca constante deste terceiro sentido da integralidade, fica claro que o governo deve primar em traçar políticas de atenção específicas que tragam em seu arcabouço pressupostos preventivos e assistenciais, procurando atender na sua totalidade os grupos sociais específicos e preocupando-se com o desenvolvimento de seus direitos.

Neste sentido, é importante considerar a necessidade da criação e consolidação de “espaços coletivos de escuta e busca de alternativas às demandas sociais por saúde”. E, ainda, que

o trabalho em saúde exige o desafio de, no ensino e na prática assistencial, trabalharmos com a possibilidade de potencializarmos a escuta e a construção coletiva de equipes, em ato. Implica o encontro das diversas competências dos trabalhadores que se voltam para a produção de cuidados e de uma gestão que faça sentido na vida coletiva. Trabalho que exige rever as relações de poder e mesmo de onipotência de cada trabalhador para que se construa o trabalho em equipe com a intercessão e a articulação de conhecimentos e competências e com a criatividade de diferentes membros da equipe. (BRASIL, Ministério da Saúde. Integralidade como orientação da saúde, In: Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde, 2005, p.100-101).

Os sentidos da integralidade, aqui apresentados, trazem consigo a evidência da transformação das ações profissionais, chegando à concepção da multidisciplinariedade, com vistas a interdisciplinariedade.

Esta perspectiva de atenção integral pauta-se em uma construção coletiva, que, além dos profissionais, os gestores e os usuários são chamados à participação e decisão conjunta, buscando gerar autonomia.

Diante do exposto, cabe finalizar apresentando sucintamente e deixando para reflexão, três direções da integralidade frente às práticas de saúde, dispostas em documento do Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DGES/MS (In: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Apostila**, 2003, p. 5), que são;

- A integralidade da atenção à saúde supõe, entre outros aspectos, a ampliação e o desenvolvimento da *dimensão cuidadora* no trabalho dos profissionais para que se tornem mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento, de vínculo com os usuários das ações e serviços de saúde e, também, mais sensíveis às dimensões do processo saúde-doença não inscritas nos âmbitos tradicionais da epidemiologia ou da terapêutica.
- A atenção integral à saúde implica ampliação dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha na construção de seu repertório de compreensão e ação e, ao mesmo tempo, o reconhecimento da limitação da ação uniprofissional para dar conta das necessidades de saúde dos indivíduos e populações. Destaca-se que atenção integral implica mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde (para que efetivamente constituam equipe multiprofissional) e entre profissionais de saúde e usuários (para que se desenvolva efetivamente autonomia dos usuários).
- A integralidade pressupõe práticas inovadoras em todos os espaços de atenção à saúde, práticas em diferentes cenários – todos aqueles em que a produção da saúde e do cuidado ocorre o conhecimento da realidade de vida das pessoas, bem como de todos os âmbitos do sistema de saúde. A integralidade requer a implementação clara e precisa de uma formação para as competências gerais necessárias a todos os profissionais de saúde, tendo em vista uma prática de qualidade, qualquer que seja seu local e área de atuação, que desenvolva a capacidade de análise crítica de contextos e que problematize saberes e processos de educação permanente.

4.2 CONCEITOS

Os conceitos aqui apresentados, nortearam este estudo e referendam crenças pessoais e profissionais, sendo: visita domiciliar, integralidade, saúde e enfermeiro.

VISITA DOMICILIAR

O conceito que ora apresentamos, é adaptado às idéias de Fracolli e Bertolozzi (2001) e, reflete também nossas concepções profissionais. Ao estudarmos sobre esta temática, nos deparamos com diversos conceitos de visita domiciliar, porém alguns um tanto reducionistas e, por acreditarmos que a visita domiciliar não é meramente um instrumento de intervenção, mas sim uma possibilidade para uma ação transformadora em saúde, é que trazemos uma visão ampliada da visita domiciliar, sendo por nós compreendida como

uma ação profissional, que caracteriza uma intervenção no contexto familiar, no intuito de "identificar como se expressam, na família, as formas de trabalho e vida dos membros que a compõem, como estas formas são socializadas entre os membros, quais padrões de solidariedade se desenvolvem no interior do universo familiar, suas relações internas, e, como estes podem contribuir para o processo de cuidado, cura ou funções sociais, econômicas, ideológicas e de reprodução da força de trabalho da recuperação de um de seus membros.[...] esta prática compreende ainda entender as família na sociedade". É um momento ímpar de criação e fortalecimento de vínculo, fundamentada na prática do diálogo. (com base em FRACOLLI e BERTTOLOZZI, 2001, p. 7)

INTEGRALIDADE

Definir um conceito de integralidade não é uma tarefa simples, uma vez que Mattos (2001) reforça que, nesta tentativa de conceituá-la poderíamos estar abortando alguns de seus sentidos.

Nesta perspectiva, não trazemos um conceito propriamente dito, mas sim algumas considerações que entendemos serem relevantes para auxiliar a compreensão dos diversos sentidos da integralidade.

Desta forma, a partir de nossos estudos, compreendemos a integralidade como, uma possibilidade de prestar assistência à saúde de uma forma mais ampliada, que traz consigo a necessidade de mudança de atitudes, de postura profissional e governamental. Provoca importantes desafios no que tange à efetiva mudança no atendimento às necessidades de saúde da população; para tanto, apóia-se em elementos fundamentais; a escuta, o acolhimento, o vínculo. Está

imbricada de um forte potencial emancipador e transformador, quando se reporta as relações estabelecidas no cotidiano dos serviços de saúde. É fonte geradora de atitudes positivas na assistência à saúde.

SAÚDE

Este conceito foi produzido pelo grupo de enfermeiros que participou da reestruturação curricular do curso de graduação em Enfermagem da UNIPLAC, do qual fui integrante e, traduz aquilo que entendemos enquanto significado de saúde.

Potencial do ser humano, determinado pela capacidade dos indivíduos em mobilizar recursos para satisfazer suas necessidades, durante a sua existência, em contextos ambiental, social e cultural diversos. Envolve processos biológico, psicológico, cultural, social, espiritual, individual e coletivo.(UNIPLAC – PPP/Curso de Graduação em Enfermagem, 2005).

ENFERMEIRO

Dentre tantos conceitos que traduzem o ser enfermeiro, neste estudo trago, de forma sistematizada, algumas idéias que refletem significados fundamentados em minhas concepções pessoais e em minha prática profissional, o qual estou desenvolvendo ao longo dos anos, entendo o enfermeiro como um profissional crítico e reflexivo, que pauta sua ação no cuidado integral ao ser humano. Está em constante expansão de seus compromissos científicos, educacionais, sociais, e éticos; com responsabilidades desafiadoras de planejamento, execução e avaliação de ações de saúde, nos aspectos da prática assistencial, educacional e administrativa, reafirmando seu compromisso com a saúde da população.

5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Este estudo buscou pautar-se em uma abordagem qualitativa, voltando seu olhar para o princípio da integralidade na visita domiciliar, enquanto um desafio do enfermeiro do Programa de Saúde da Família.

A abordagem qualitativa parte da concepção da existência de uma relação dinâmica entre o sujeito e seu contexto, provocando naturalmente um vínculo indissociável entre a objetividade e a subjetividade que permeiam o sujeito.

Ainda consideramos que, a pesquisa qualitativa propicia e estimula o reconhecimento das pessoas que participam do estudo, como sujeitos capazes de produzir conhecimentos e de modificarem suas práticas profissionais por meio da práxis.

Os aspectos metodológicos fundamentaram-se no método de Análise de Conteúdo, proposto por Laurence Bardin, o qual é compreendido como um instrumento de análise das comunicações e, surgiu como possibilidade desafiadora para guiar este estudo, uma vez que se fundamenta na percepção da comunicação enquanto processo e não como um dado, o que pressupõe uma análise do subjetivo.

A análise de conteúdo é entendida como “um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a ‘discursos’ extremamente diversificados”. (BARDIN, 1977, p.9)

Na área da saúde, de acordo com Leopardi e Rodrigues (1999), a análise de conteúdo vem sendo utilizada pela “necessidade de evidenciar relações entre o fato objetivo da desordem biofisiológica e algumas dimensões constituídas por valores, símbolos, representações, desejos e comportamentos, somente alcançados por meio de incursões à subjetividade, expressa pela enunciação verbal” . (LEOPARDI e RODRIGUES, 1999, p. 11)

Destaca-se que, no projeto de dissertação, haviam sido previstas duas etapas de coleta de dados, sendo um de entrevistas, e, outra de acompanhamento das visitas domiciliares, junto aos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde. Esta segunda etapa constituiria-se em exercitar a observação participante, a fim de

obter dados relacionados ao estudo em questão. Porém, como tal etapa já havia sido contemplada quando do desenvolvimento da prática assistencial³, optou-se por não repeti-la.

5.1. O CENÁRIO DO ESTUDO

Apresentamos a seguir, dados geográficos e históricos sobre o município de Lages/SC, local onde foi desenvolvido o presente estudo. Ressalta-se que consideramos importante registrar tais dados, uma vez que na década de 70, o referido município passou por significativas transformações que atingiram diretamente os serviços de saúde pública, sendo este considerado um movimento de vanguarda na área da saúde, no cenário estadual e nacional, destacando-se por meio de ações inovadoras.

5.1.1. Alguns dados geográficos e históricos

O município de Lages está situado na região do Planalto Catarinense, a uma altitude média de 900 metros acima do nível do mar, no Estado de Santa Catarina. Tem uma área total de 2.644,313 km², e uma população de 157.682 habitantes, sendo destes, 97,40% (153.582) residentes na área urbana e 2,60% (4.100) residentes na área rural. A estimativa de população para dezembro de 2003, era de 160.771 habitantes. (BRASIL, IBGE, censo de 2000. Disponível em: <www.ibge.gov.br>). Seu clima é frio no inverno, com geadas freqüentes, nos meses de junho, julho, agosto.

Historicamente, de acordo com Costa (1982), a região dos Campos de Lages era ponto de passagem para os tropeiros que iam dos Campos da Vacaria, de

³ A prática assistencial constitui-se no desenvolvimento de disciplina obrigatória do Mestrado em Enfermagem / PEN, denominada de Projetos Assistenciais em Enfermagem. Neste contexto, nosso estudo da prática assistencial nasceu a partir do desejo de valorizar os aspectos éticos e culturais da visita domiciliar na Estratégia da Saúde da Família, por meio do desenvolvimento de uma prática reflexiva, junto aos enfermeiros integrantes das equipes de PSF. Também, de conhecer e acompanhar o desenvolvimento das visitas domiciliares junto às equipes para a identificação da existência ou não, de um referencial teórico para a prática das visitas domiciliares. Destaca-se que, a análise do acompanhamento das visitas domiciliares, no referido estudo, foram desenvolvidas a partir da observação participante.

Viamão ou de Araranguá até as feiras de Sorocaba, em São Paulo, ou vinham para o Sul. Em função disso, o governador de São Paulo incumbiu o bandeirante Antônio Correia Pinto a fundar um povoado na região, que serviria de ponto de defesa contra a invasão dos castelhanos que cobiçavam a região e protegeria tropeiros e viajantes. A primeira construção da povoação foi no lugar denominado Taipas, na chapada do Cajurú, mas o lugar era impróprio pela dificuldade para conseguir materiais de construção. A segunda tentativa foi à margem do rio Canoas, mas por causa de uma enchente que causou muitos prejuízos a povoação teve que ser novamente transferida. Foi à margem direita do rio Caveiras, ao lado do arroio Carahá, que Correia Pinto fez construir a igreja matriz “de taipas, coberta de telhas e portas fechadas”, edificou um sobrado para sua residência e mandou levantar um paredão para represar a água de um arroio com o fim de facilitar o trabalho das lavadeiras que, quando precisavam ir até as margens do arroio Carahá, eram perturbadas por índios que se aproximavam e as assustavam atirando pedras e cascas de árvores.

Ainda, conforme registra Costa (1982), em 22 de novembro de 1766 é fundada a povoação de Nossa Senhora dos Prazeres das Lajens, data considerada de aniversário da fundação da cidade; a 22 de maio de 1771 é elevada a categoria de vila; em 1820, através de um Alvará Real é desanexada de São Paulo para fazer parte de Santa Catarina; a 25 de maio de 1860 é elevada à categoria de cidade chamada de “Campos de Lajens”. Era assim chamada pela abundância de “Pedra Laje” (arenito) que existia em certos pontos da região; e, em 1960, por decreto do prefeito Vidal Ramos Júnior, ficou estabelecido que Lajes deveria ser escrita com “g” e não “j”.

A primeira autoridade que Lages teve em sua História, foi o Capitão Mor Regente do Sertão de Curitiba, Antônio Correia Pinto de Macedo, seu fundador.

5.1.2. Algumas referências históricas sobre saúde

No que diz respeito à saúde sabe-se que os chás medicinais (macela, losna, sabugueiro, funcho, hortelã, folhas de goiabeira, etc.) e os emplastros, eram bastante usados.

Pedro da Silva Ribeiro, natural de Viamão, teria sido, de acordo com Costa (1982, p. 546), o primeiro “curandeiro” lageano, pois, sempre que havia casos de enfermidade, o procuravam para conselhos e remédios.

O primeiro médico formado em uma Faculdade de Medicina foi o Dr. Hartwigo Frederico Emilio Rambusch.

A primeira farmácia de Lages foi aberta pelo “Tenente Cirurgião” Roberto Sanford, em 31 de agosto de 1869.

Walmor Argemiro Ribeiro Branco foi o primeiro lageano a formar-se em Medicina. Começou o curso na Faculdade de Porto Alegre, em 1906 e concluiu em 1911, no Rio de Janeiro. Em 1912, abriu seu consultório em Lages.

O segundo lageano a receber o diploma de médico foi Cândido Ribeiro, em 1913.

O primeiro Laboratório de Anatomia e Patologia no Estado foi instalado em Lages pelo Dr. Célio Belisário Ramos.

Especializada em Ginecologia e Obstetrícia, a Dra. Wilma Machado Carrilho, é a primeira lageana formada em Medicina.

Em relação à enfermagem, de acordo com pesquisa realizada por estudantes de graduação em enfermagem (Macedo et al, 2000, p. 4), sabe-se que a primeira enfermeira que chegou a Lages, no início da década de setenta, foi Marilene Sagaz, a qual fez especialização na Alemanha, trazendo técnicas avançadas de enfermagem e, implantou os primeiros treinamentos de qualificação para atendentes de enfermagem.

Conforme registra Costa (1982), no que se refere à assistência hospitalar, a idéia de instalar em Lages, um hospital, começou a ser debatida nos últimos anos do século XIX. Porém, só foi concretizada quando, em 1908, com auxílio dos governos do Estado e do Município, foi adquirido um grande edifício, construído à esquina da Rua Lauro Muller e Rangel Pestana (atual Hercílio Luz), que adaptado, passou a abrigar o Hospital Nossa Senhora dos Prazeres de Lages, dispondo de 10 leitos.

Em 1949, foi construído o Pavilhão Oswaldo Cruz, para doenças contagiosas.

Em 11 de fevereiro de 1978, o hospital passou à responsabilidade das Irmãs da Divina Providência, sendo administrado pela Irmã Gonzaga.

A 19 de dezembro de 1943, foi inaugurado o Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos, como Maternidade, com 62 leitos iniciais. Seu primeiro Diretor foi o Dr. Joaquim Pinto de Arruda.

Lages conta também com o Hospital Infantil Seara do Bem, inaugurado em 30 de junho de 1968, mantido pela Associação Beneficente Seara do Bem, com 276 leitos e nove enfermarias.

A 13 de agosto de 1956, foi inaugurado um Serviço de Assistência Municipal, de Ambulatório. Atualmente, instalado em prédio próprio, o Pronto Socorro Municipal Tito Bianchini, dispõe de serviço de Pronto Atendimento 24 horas. No mesmo prédio, funcionam os setores administrativos da Secretaria Municipal da Saúde e Vigilância Epidemiológica.

De acordo com Alves et al (2000), na década de setenta foi criado o Departamento de Saúde e Assistência Social (DAS), que funcionava no atual prédio do Pronto Socorro Municipal, o qual equivale a atual estrutura da Secretaria Municipal de Saúde que, enquanto status de secretaria, nasceu no início dos anos oitenta, sendo nominada de Secretaria de Saúde e Habitação. Esta incorpora o Departamento de Habitação e o Departamento de Coordenação de Saúde Pública, que contempla a Divisão de Policlínica, Divisão do Pronto Socorro e Divisão Odontológica. Também foi criada a Secretaria Municipal do Bem Estar Social, a qual objetivou executar programas e projetos que melhorassem as condições sociais, econômicas e sanitárias da coletividade. No final dos anos setenta, cria-se o Conselho Municipal de Associação de Bairro, o qual seria responsável pela organização dos postos de saúde, destinados ao atendimento de saúde pública.

Hoje a cidade de Lages vem sendo considerada como pólo de referência no atendimento à saúde aos municípios da região serrana, chegando a atender atualmente clientes oriundos de 40 municípios próximos, estimando-se uma população de 500 mil habitantes. (Novos Rumos – Correio Lageano, p. 8, 21 de agosto/2005)

5.1.3. Caracterizando o Programa de Saúde da Família

A primeira iniciativa de implantação do PSF no município de Lages ocorreu

no ano de 1994, que, com o incentivo do Ministério da Saúde, foram criadas três unidades piloto, sendo os postos de saúde dos bairros Santa Catarina, Guarujá e Penha. No ano seguinte, este atendimento diferenciado se ampliou para mais cinco unidades, totalizando oito unidades de PSF no município, que se fizeram atuantes até o ano de 1997.

No ano de 2001 houve uma reestruturação nas políticas de saúde, levando a uma nova proposta de implantação do PSF no município de Lages, o qual reiniciou no mês de outubro, com 16 equipes e 156 funcionários. A implementação das ações do programa foi ocorrendo gradativamente e as propostas de ampliação se deram ao longo dos anos.

De acordo com dados registrados pela atual gerência do PSF (2005), hoje o município possui 27 Unidades Básicas de Saúde distribuídas pelo segmento urbano. Destas, 18 atuam como PSF, 02 como PACS e as outras 07 unidades básicas têm projeção para estarem como PSF até o ano de 2009. Há também uma proposta de implementar uma unidade de PSF itinerante que assista às comunidades rurais, uma vez que já contam com a presença de ACS.

As equipes de PSF contam hoje com 29 médicos, 32 enfermeiros, 32 técnicos de enfermagem, 13 auxiliares de enfermagem, 10 odontólogos, 10 auxiliares de consultório odontológico e 216 agentes comunitários de saúde (ACS).

A abrangência do PSF é de 105.881 habitantes, correspondendo a 65,86% da população local. (Lages. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto Municipal de Expansão do PSF, 2003).

Ainda há que se registrar que, 04 das unidades de PSF têm uma proposta de atendimento diferenciado e são chamadas de Unidades de Atendimento Avançado. Estas unidades prolongam o horário de atendimento que, em geral é de 08 horas, para 12 horas, prestando atendimento médico e de enfermagem. Para tal contam com uma equipe específica, que é composta de médico e técnico de enfermagem.

Conforme registram dados do SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica), o perfil das famílias cadastradas no PSF, são em sua maioria compostas por mulheres, totalizando 30.837 famílias e 114.452 pessoas. Deste total, 82,59% são crianças na faixa etária de 7 a 14 anos, que freqüentam escola; 93,07% estão na faixa de 15 anos ou mais, sendo alfabetizados; e, 8,76% são pessoas que tem

cobertura por planos de saúde. (Lages. Secretaria de Assistência a Saúde. Secretaria Municipal de Saúde, SIAB, 2005)

Ainda, caracteriza o perfil deste usuário, pelo tipo de moradia, onde 48,48% são de tijolo e 35,22% de madeira; 97,19% têm abastecimento de água pela rede pública; 96,98% têm o lixo coletado; 97,68% tem abastecimento de energia elétrica e, somente 8,43% tem sistema de esgoto, sendo que os demais, 71,95% destinam os dejetos orgânicos em fossas e, 19,62% em céu aberto.

Em relação aos atendimentos prestados nos últimos seis meses (junho/dezembro/2005), destacamos o quantitativo de visitas domiciliares realizadas pelas equipes de PSF, a saber: médico - 3.140, enfermeiro – 3.991, outros profissionais de nível superior – 719, profissionais de nível médio - 3.414, ACS – 207.145; totalizando 218.409 visitas domiciliares. (Lages. Secretaria de Assistência a Saúde. Secretaria Municipal de Saúde, SIAB, 2005)

A seguir, apresentamos um quadro demonstrativo das Unidades Básicas de Saúde (UBS), do município de Lages:

QUADRO 2: UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LAGES – SC

UBS	Atendimento Prestado	Número de equipes de PSF
UBS São Miguel	PSF	01
UBS São Pedro	PSF	01
UBS Tributo	PSF	02
UBS Várzea	PSF	02
UBS Vila Mariza	PSF	01
UBS Habitação	PSF	01
UBS Petrópolis	PSF	02
UBS São Carlos	PSF	01
UBS Guarujá (*)	PSF	02
UBS Santa Catarina	PSF	02
UBS Centenário	PSF	02
UBS Coral (*)	PSF	03
UBS Gethal	PSF	01
UBS Penha	PSF	02
UBS Popular	PSF	01
UBS Pró Morar	PSF	01
UBS Santa Helena (*)	PSF	02
UBS Santa Mônica (*)	PSF	02
UBS Caça e Tiro	Básico	-----
UBS Copacabana	Básico	-----
UBS Frei Rogério	Básico	-----
UBS São José	Básico	-----
UBS Universitário	Básico	-----
UBS Vila Nova	Básico	-----

(*) Unidades com atendimento avançado

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde da Lages, 2005.

Este estudo foi desenvolvido em três Unidades Básicas de Saúde, da Secretaria Municipal da Saúde de Lages as quais têm implantada a estratégia de saúde da família, junto a cinco enfermeiros que lá atuam. A opção por tais unidades, pautou-se no número de equipes de PSF existentes, bem como, buscou-se contemplar pontos geográficos distintos de inserção destas equipes, os quais refletem diferentes necessidades das comunidades, em virtude de fatores sócio-econômicos, culturais, populacionais, entre outros . Para a definição desta amostra, foi também considerada a participação dos enfermeiros na primeira etapa deste trabalho, quando da realização da prática assistencial. As referidas unidades, são assim caracterizadas:

QUADRO 3: DEMONSTRATIVO DA DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA, ÁREAS, NÚMERO DE PESSOAS E FAMÍLIAS CADASTRADAS POR ÁREA DE ABRANGÊNCIA E TOTAL DE VDS REALIZADAS NO PERÍODO DE JUNHO A DEZEMBRO DE 2005.

UBS	Localização Geográfica em relação ao centro da cidade	Equipes / Área de atuação	Número de pessoas cadastradas por área de abrangência	Número de Famílias cadastradas por área de abrangência	Total de VDs realizadas pelas equipes(*)
A	Sudeste	ÁREA 12	2804	808	5285
		ÁREA 14	3353	1033	7106
		ÁREA 15	3356	975	6419
B	Sudoeste	ÁREA 01	4085	1053	8073
		ÁREA 02	4442	1060	7507
C	Leste	ÁREA 08	2815	750	4558
		ÁREA 09	2578	687	4033

(*) VDs realizadas durante o período de junho a dezembro de 2005.

Fonte: SIAB – SMS Lages/SC

5.2. SUJEITOS INTEGRANTES DO ESTUDO

Os integrantes deste estudo foram cinco enfermeiros das equipes do Programa de Saúde da Família, do município de Lages, (SC). A escolha deste sujeito foi pautada considerando sua participação já na primeira etapa deste trabalho, quando da realização da prática assistencial, conforme já descrito em nota de rodapé.

No projeto de dissertação, previu-se entrevistar 11 enfermeiros, no entanto, este quantitativo foi readequado para cinco entrevistados, considerando justamente a participação anterior no trabalho, bem como o acompanhamento das visitas domiciliares que já havia sido realizado junto a estes, também nesta primeira etapa.

Na UBS A foram entrevistadas duas enfermeiras, sendo que a terceira estava gozando férias durante o período de realização das entrevistas. Na UBS B, foram entrevistados dois enfermeiros; e, na UBS C foi entrevistada uma enfermeira. Todos os sujeitos já haviam participado anteriormente da prática assistencial.

Atualmente trabalham no PSF trinta e dois enfermeiros, sendo que o perfil geral dos cinco entrevistados, é o seguinte:

QUADRO 4: PERFIL DOS ENFERMEIROS ENTREVISTADOS

DADOS GERAIS	SITUAÇÃO	PERCENTUAL
Estado civil	Casado	80%
	União estável	20%
Faixa etária	Entre 21 e 24 anos	80%
	Acima de 24 anos	20%
Procedência	Região serrana de SC	80%
	Rio Grande do Sul	20%
Ano de conclusão da graduação	Anterior a 2000	20%
	Posterior a 2000	80%
Cursos de Especialização lato sensu	Saúde da Família	60 %
	Administração Hospitalar	20%
	Educação em Enfermagem	20%
Vínculo com escolas formação em Enfermagem	Nenhum	20 %
	Escola de nível médio	40 %
	Escola de nível superior	40%
Recebeu curso introdutório para PSF	Sim	20%
	Não	80%
Tempo de atuação no PSF	01 ano	20 %
	02 anos	40%
	03 anos	20%
	Acima de 5 anos	20%

Fonte: SMS – Lages, 2005.

5.3. DESCREVENDO AS ETAPAS METODOLÓGICAS

5.3.1. Apresentação da proposta do estudo à gerência local do PSF.

A fim de iniciarmos o percurso metodológico deste estudo, fizemos uma apresentação formal e explicativa do nosso projeto à gerência do PSF local, a fim de detalhar os objetivos da pesquisa, bem como da caminhada metodológica proposta. Foi disponibilizada uma cópia do projeto de pesquisa, como também apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, obtido a autorização para o desenvolvimento o estudo nas Unidades de PSF.

5.3.2. Apresentação da proposta aos sujeitos de estudo

Esta etapa constitui-se da apresentação oral da proposta de estudo e de seus aspectos éticos, a cada um dos sujeitos participantes. A referida apresentação foi feita individualmente, através de visitas prévias agendadas com os enfermeiros.

5.3.3. Aplicação das entrevistas

De acordo com Trentini e Paim (2004, p.76), a entrevista “tem por objetivo obter informações, constitui condição social de interação humana, sem a qual não haverá ambiente favorável para produzir informações fidedignas”. Pode caracterizar-se como uma arte que permeia o saber ouvir o outro.

Existem vários tipos de entrevista, porém, para caracterizar esta coleta de dados, neste estudo optamos em utilizar a entrevista semifechada, a qual, segundo Trentini e Paim (2004, p.78), “parte de tópicos relacionados ao tema da pesquisa; à medida em que a interação entre o entrevistador e o entrevistado progride, a conversa vai tomando corpo e surge a oportunidade para aprofundar e focalizar o assunto de acordo com o tema da pesquisa”.

A partir desta concepção, elaboramos um roteiro de entrevista explicativo, contendo três questões guias que enfocaram a compreensão dos entrevistados sobre a visita domiciliar, sobre o significado do princípio constitucional da integralidade e, sobre a existência ou não de alguma relação entre a visita domiciliar e o princípio da integralidade; sendo que, tais questões nos orientaram quando da realização desta etapa.

Neste intuito, as entrevistas foram aplicadas aos sujeitos do estudo, no período de setembro e outubro de 2005, quando procuramos nos adequar a rotina da cada unidade de saúde, buscando dar um caráter informal a esta etapa.

Assim, as primeiras entrevistas foram realizadas na UBS A, sendo que as entrevistadas optaram por responder conjuntamente as questões, apoiando-se no trabalho coletivo que desenvolvem, mesmo pertencendo a equipes diferentes. Esta entrevista transcorreu naturalmente, e, percebemos que as entrevistadas, denominadas de Amarelo e Branco estavam à vontade. A duração desta entrevista foi de 44:40 minutos.

Dando continuidade, foram realizadas mais duas entrevistas, sendo estas com as enfermeiras da UBS B, as quais preferiram responder as questões individualmente.

A entrevista inicial foi com Carmim, tendo a duração de 21:29 minutos; este foi o tempo total, porém registramos que houve algumas interrupções de pacientes que estavam a sua procura, o que não impediu que a entrevistada respondesse a todas as questões, porém, pode-se perceber em Carmim uma certa ansiedade em finalizar o mais breve possível a entrevista; pois, naquele dia o saguão da UBS estava lotado de pacientes aguardando atendimento. Em virtude desta situação, nos propomos a retornar um outro dia para a realização da entrevista, mas Carmim manifestou que não haveria esta necessidade.

Em um segundo momento, realizamos a entrevista com Lilás, que respondeu as questões de forma mais pensativa, procurando encontrar significados práticos aos questionamentos levantados. Registramos que chamou nossa atenção quando este, em determinado momento da entrevista, comentou que precisaria estudar mais sobre o tema, pois há algum tempo não lia nada sobre o assunto. Esta entrevista durou 15:06 minutos.

A última etapa da aplicação das entrevistas ocorreu na UBS C, quando conversamos com Dourado durante 7:09 minutos. Desta entrevista, destacamos que as respostas da entrevistada foram bastante sucintas e objetivas, e, nelas percebemos que os relatos decorriam de situações relacionadas a sua vivência diária, de forma bastante pontual.

5.3.4. Registrando os dados

O registro dos dados foi realizado através de um diário de registro e da gravação digital das falas dos entrevistados, as quais posteriormente, foram transcritas na íntegra, respeitando a linguagem de cada entrevistado.

De acordo com Trentini e Paim (2004, p.84), “o registro no diário servirá como mais uma fonte de informações, de grande utilidade na interpretação e discussão dos resultados”. Os registros por nós efetuados foram referentes à postura dos entrevistados frente às questões propostas, os quais nos auxiliaram a compreender o contexto das respostas.

Nesta etapa, buscamos observar e respeitar o que aponta Bardin (1977, p.174), quando enfatiza que a etapa de preparação do material deve respeitar a transcrição exata de cada entrevista, deve preservar o máximo de informações, tanto lingüísticas (registro da totalidade dos significantes), quanto paralingüística (anotações dos silêncios, perturbações da palavra e aspectos emocionais).

5.3.5 Descrevendo o Método de Análise e Interpretação dos Dados

O método de análise de conteúdo caracteriza-se como um método de investigação originado dos estudos da professora de psicologia da Universidade de Paris V, Laurence Bardin, a qual pautou-se na investigação psicossociológica e no estudo das comunicações de massa.

De acordo com Bardin, a análise de conteúdo trata-se de “um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo de mensagens”. A autora considera ainda que, “enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre dois pólos de rigor, da objetividade e da fecundidade da subjetividade”. BARDIN (1977, p.9)

Para Leopardi e Rodrigues, (1999, p. 19), “a Análise de Conteúdo visa tornar evidentes e significativamente plausíveis à corroboração lógica os elementos ocultos da linguagem humana, além de organizar e descobrir o significado original dos elementos manifestos”. Neste sentido, as mesmas autoras registram que, “a Análise de Conteúdo surgiu, portanto, em função de buscar o conhecimento, a explicação ou conceituação de conteúdos inaparentes”.

O método de análise de conteúdo é demarcado por etapas ou fases. Leopardi e Rodrigues (1999, p. 27), apontam que, geralmente, inicia-se com uma leitura geral do material, em seguida faz-se um recorte em suas partes a fim de serem categorizadas e classificadas, com intuito de uma codificação do significado das partes, fazendo a correlação com o todo.

A partir destes postulados, e, considerando a técnica de análise proposta por Bardin, iniciou-se a *organização da análise*, a qual respeitou as três fases que a compõem, sendo que a etapa de pré-análise constitui-se na organização dos dados, no intuito de torná-los operacionais e sistematizar as idéias iniciais. E, por se tratar de uma análise qualitativa, também foram considerada a intuição. Nesta etapa,

trabalhamos com todos os documentos obtidos, sendo considerada a transcrição fiel das cinco entrevistas realizadas. A leitura freqüente e exaustiva das entrevistas nos possibilitou elencar inicialmente algumas categorias para posterior análise.

A próxima etapa é denominada por Bardin de *exploração do material* e, se constitui numa fase mais longa, pois envolve a codificação dos dados. Assim, nos detivemos novamente na exploração das falas das entrevistas, buscando dados e informações que pudessem não ter sido percebidos na etapa anterior e, procurando já organizar possíveis categorias temáticas, e, percebendo os “núcleos dos sentidos”, além de observar a freqüência de suas aparições no intuito de encontrar significados em torno do objeto de análise.

A terceira fase, é denominada por Bardin de *tratamento dos resultados obtidos e interpretação*, onde os resultados obtidos são tratados de forma a serem significativos e válidos, quando buscamos aproximar os dados explorados anteriormente. Nesta etapa, fizemos uma macro divisão entre os conteúdos temáticos das entrevistas, organizando-os inicialmente em facilidades e dificuldades levantadas para a realização da visita domiciliar. Estes conteúdos emergiram de forma significativa nas falas dos entrevistados e, mesmo não estando previstos anteriormente, decidimos apresentá-los pois trazem destacam questões fundamentais para a discussão temática proposta neste estudo.

Consolidado este estágio, passamos à *codificação dos dados*, que caracteriza a segunda etapa proposta por Bardin (1977, p. 103), a qual afirma que “torna-se necessário saber a razão *porque é que* se analisa, e explicitá-lo de modo a que possa saber *como* analisar”. Neste sentido, a autora aponta que “tratar o material é codificá-lo”. A organização da codificação abrange três opções:

- o recorte: escolha das unidades;
- a enumeração: escolha das regras de contagem;
- a classificação e agregação: escolha das categorias

Nesta etapa de organização dos conteúdos, exercitamos novamente a leitura dos documentos, agora mais especificamente sobre os núcleos de sentidos encontrados, a fim de observar os critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

Procuramos também verificar se os dados encontrados estavam próximos de nossos objetivos com este estudo, enquadrando-se na questão de pesquisa.

Após esta verificação, iniciamos a *categorização* propriamente dita, que, de acordo com Bardin (1977), é compreendida como uma operação de classificação de elementos que vêm a compor um conjunto, sendo estes agrupados sob um título genérico.

A categorização objetiva produzir uma representação simplificada dos dados brutos, através de um sistema de categorias.

Nesse intuito, nessa etapa passamos a organizar as pré categorias elencadas, por meio da aproximação de temáticas freqüentes entre os dados das entrevistas.

Foram então organizados sete quadros temáticos, sendo que, os dois primeiros tratam de apresentar a macro divisão originada da análise geral dos dados, que indica as facilidades e dificuldades apontadas pelos entrevistados, frente à realização da visita domiciliar.

Os próximos cinco quadros, apresentam componentes principais e, em alguns casos os sub-componentes relacionados à categoria em questão e, refletem as respostas as questões apresentadas nas entrevistas. Por isso, são apresentadas simultaneamente as unidades de significados, nas quais transcrevemos na íntegra, partes dos depoimentos dos sujeitos do estudo, correspondentes a cada categoria.

Salienta-se que, para aprimorarmos esta análise, foi considerada também a fase da *inferência*, a qual é compreendida como um tipo de interpretação controlada; pois, de acordo com Bardin (1977, p. 133), para “saber mais” sobre o texto, um leitor apóia-se em pólos de atração, que, na análise de conteúdo podem ser considerados os elementos clássicos que constituem o mecanismo da comunicação, que são o emissor, o receptor e a mensagem.

A autora afirma ainda que, neste tipo de análise “a validade é resultante de uma coerência interna entre os diversos traços significativos”. Neste sentido, é importante observar que, na análise de enunciação cada entrevista deve ser estudada na sua totalidade, de forma organizada e singular. Há uma dinâmica própria em cada produção a qual é analisada e, os diferentes indicadores devem procurar adaptar-se a irredutibilidade de cada locutor, a qual buscamos respeitar durante todo este processo de análise.

Nesta etapa, trouxemos respostas abertas, no intuito de interpretar, dialogar, confrontar e analisar alguns elementos que emergiram da realidade

apresentada pelos entrevistados, com o referencial teórico deste estudo.

5.3.6. Aspectos éticos

Segundo o estudo de Padilha (1995, p.118), em relação às questões éticas e cuidados metodológicos na pesquisa de enfermagem, ética é considerada “teoria, investigação ou explicação de um tipo de experiência humana ou forma de comportamento dos homens, ou da moral, considerado, porém na sua totalidade, diversidade e variedade”.

No planejamento de uma pesquisa ou de um estudo específico, muitas vezes nos defrontamos com diversas questões éticas que precisam ser consideradas. No presente estudo, nos comprometemos a prezar tais aspectos em todo seu percurso.

As questões éticas permearam todas as etapas deste estudo, respeitando os dispostos na resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde - CNS, a qual estabelece normas regulamentadoras e diretrizes para as pesquisas com seres humanos. Foi respeitado o anonimato dos integrantes da prática, os quais receberam identificação fictícia, sendo que os enfermeiros foram identificados por cores e as Unidades Básicas de Saúde por letras do alfabeto. Foi garantida a liberdade de participação no estudo, podendo os sujeitos desistirem de tal, se assim o achassem necessário.

Os sujeitos deste estudo foram convidados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual foram apontados os objetivos deste estudo.

Ressalta-se também, que o presente projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos desta Universidade, do qual obtivemos a aprovação, de acordo com o parecer consubstanciado do projeto 339/05, em reunião do conselho de ética.

6 BUSCANDO A APROXIMAÇÃO DO PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE COM A VISITA DOMICILIAR

Inicialmente, apresentamos uma análise macro dos elementos encontrados nas falas dos enfermeiros entrevistados. Esta primeira análise buscou destacar as idéias que fazem referência aos elementos indicadores de facilidades e dos pontos positivos na realização das visitas domiciliares, bem como os elementos dificultadores e pontos negativos desta atividade.

Em seguida, passamos a uma análise mais pontual das entrevistas, da qual surgiram cinco categorias de análise. Estas categorias foram agrupadas pela aproximação de temas, às quais atribuímos os seguintes títulos: finalidades da visita domiciliar; atribuições do enfermeiro na visita domiciliar; o que é integralidade; o SUS, a integralidade e as relações políticas; a visita domiciliar e o princípio da integralidade.

6.1. Facilidades e dificuldades da Visita Domiciliar

A visita domiciliar enquanto atividade de assistência em saúde, vem apresentando diferentes elementos frente a sua prática. Neste momento, buscamos apresentar características que a facilitam e fortalecem e, aquelas que dificultam ou que são interpretadas como negativas à sua realização.

No decorrer de nossas leituras encontramos algumas referências a esse respeito, como em Nogueira e Serpa (1977) In: MAZZA (1998) , KAWAMOTO (2004), SOUZA, LOPES e BARBOSA (2004).

Estes autores, frente às facilidades e vantagens da visita domiciliar, trazem em comum que esta propicia um maior conhecimento sobre a realidade dos indivíduos e família, pois parte de uma análise pautada no contexto em que estes estão inseridos; favorece uma atenção integral em saúde pela identificação mais próxima das relações familiares e de um conhecimento mais sólido das condições de saúde da comunidade; facilita a elaboração de um planejamento de assistência de

enfermagem pautado nos recursos disponíveis da família; propicia um relacionamento menos formal entre equipe e família efetivando a interação entre estes (fortalecimento de vínculos); facilita a reflexão junto às famílias frente ao processo saúde-doença, fortalecendo sua característica educativa; permite uma maior liberdade de expressão por parte do paciente, pois este se encontra em “seu território”; e, evidencia-se a troca de saberes popular e científico, através do contato da visita.

Entendemos ser importante apresentar estes dados, fazendo um comparativo entre o que se destaca na literatura, com o que emerge da prática diária.

Apresentamos a seguir, os elementos que se caracterizaram como facilitadores e positivos frente à visita domiciliar, realizada pelos enfermeiros entrevistados, os quais se originam da primeira análise geral dos dados levantados nas entrevistas.

QUADRO 5: CATEGORIA: Elementos Facilitadores Da Visita Domiciliar

Componentes	Unidades de significados
- A VD propicia o conhecimento da realidade das pessoas.	<p>“A VD além de ser função do enfermeiro, da equipe, como estratégia de atendimento, ela nos dá o conhecimento da realidade dessas pessoas, não adianta você orientar sem conhecer, que era o que antigamente se fazia, dentro de um consultório, sem conhecer todo este contexto (...)”</p> <p style="text-align: right;">Amarelo</p>
- A VD promove o estabelecimento de vínculo , relação de confiança (mais forte e evidenciado com a ida do enfermeiro no domicílio do que com a vinda do cliente a UBS);	<p>“A visita funciona quando você tem um vínculo, e você só faz o vínculo se você for visitar. Se você for em busca, eles não vem te trazer esse contexto da casa; esse contexto da casa você adquire com a visita.”</p> <p style="text-align: right;">Carmin</p> <p>“(...) a questão do vínculo, isso também é importante, a gente adquire confiança, a enfermeira me falou então eu confio!”</p> <p style="text-align: right;">Branco</p> <p>“A proximidade eu acho que cria o vínculo, o respeito, a confiança nesse profissional que ta indo (...) isso não se cria no primeiro momento, né; isso leva algum tempo e às vezes a gente passa algum tempo com essa família e só quando eles realmente passam a ter o vínculo é que você descobre o que realmente acontece (...) quando você passa a fazer parte deste contexto, acho que aí você criou o vínculo e aí começa sua atuação.”</p> <p style="text-align: right;">Amarelo</p> <p>“É que, o enfermeiro indo dentro deste domicílio, ele pode estabelecer um vínculo maior, é diferente da família ou indivíduo de eles virem até na unidade.”</p> <p style="text-align: right;">Dourado</p>
- A VD auxilia na compreensão do cliente enquanto membro de uma família, de uma comunidade (olhar ampliado);	<p>“o paciente como membro de um local, inserido num contexto no qual ele faz parte, e que ali que você tem que tratar ele dando visão pro melhor; (...)”</p> <p style="text-align: right;">Carmin</p> <p>“(...) a gente tem que planejar nossas ações , ver o paciente como um todo, dentro de uma família, dentro de toda uma comunidade.”</p> <p style="text-align: right;">Amarelo</p>
- A VD propicia à comunidade, a compreensão do papel do enfermeiro na equipe;	<p>“ E a felicidade que eles sentem com a visita né; como eles sentem importantes; e nem falando de visita médica, (...) mas nós enfermeiros, eles acabam vendo de que há um diferencial(...)”</p> <p style="text-align: right;">Carmin</p>

Em relação aos dados apresentados no quadro acima, podemos observar que, em um comparativo com a literatura e as falas dos entrevistados existem muitas aproximações, confirmando-se que a visita domiciliar favorece um conhecimento da realidade das famílias e comunidades através da aproximação que esta provoca e, que as ações realizadas no domicílio também colaboram para que a comunidade conheça e compreenda melhor o papel do enfermeiro.

Uma questão que destacamos, é o fato de estar bem caracterizado que a VD promove o estabelecimento de vínculo e gera uma relação de confiança entre equipe e comunidade. Isto aparece ainda mais forte quando as falas indicam que este vínculo efetiva-se em função da ida do enfermeiro ao domicílio, e não com a vinda do paciente ou família até a UBS. Esta afirmação apareceu nos relatos de quatro dos cinco entrevistados, nos levando a entender que a assistência prestada na UBS mantém um rótulo de assistencialismo, no sentido de que lá as pessoas vão à procura de tratamento. Entretanto, o domicílio, caracteriza-se como um espaço diferenciado, local onde se pode realizar educação em saúde, “trabalhar a prevenção”, sendo justificado por ser um ambiente mais sossegado e por se dispor de mais tempo para realizar as atividades. Uma das falas de Carmim traduz esta concepção, quando afirmou que,

É fundamental, pra PSF é fundamental a visita domiciliar; isso é que faz a educação em saúde, aqui dentro a gente não faz educação em saúde; e quem vem aqui não vem buscar educação em saúde; quem vem aqui vem buscar o curativo. O preventivo você faz lá fora. Você estimula ele lá fora; só assim que você consegue o preventivo.

Nesta perspectiva, o vínculo surge como um diferencial no atendimento domiciliar e, as falas dos entrevistados vão ao encontro do que Franco e Mehry (2003) afirmam, compreendendo que “o vínculo é uma diretriz dos modelos de assistência, usado como ferramenta na consolidação de referenciais profissionais e sua responsabilização para uma determinada parcela da população usuária dos serviços de saúde”. E, “baseia-se no estabelecimento de referências dos usuários a uma dada equipe de trabalhadores, e a responsabilização destes para com aqueles, no que diz respeito a produção do cuidado”. (FRANCO e MEHRY, 2003, p.84)

Neste foco, confirma-se também a idéia de que o vínculo está, historicamente ligado à idéia do cuidado, e vem sendo fortalecido ao longo dos tempos, através das transformações ocorridas no próprio processo de trabalho em saúde e, que, sua efetivação requer dos sujeitos envolvidos um importante, e por vezes demorado, processo de aproximação, conhecimento e interação.

Com esta análise compreendemos que o fortalecimento da idéia de vínculo junto aos profissionais de saúde perpassa pela reformulação da lógica de construção do processo de trabalho. A reflexão diante desta possibilidade de

mudança e fortalecimento do sistema de saúde se faz pertinente, urgente e permanente junto aos profissionais de saúde, a fim de se consolidar uma assistência à saúde da população, de qualidade e com vistas à promoção integral do cuidado.

Outra consideração que fazemos frente às vantagens expostas da visita domiciliar, é que sem dúvidas, esta se constitui em um instrumento importante na promoção da saúde, uma vez que propicia uma visão ampliada de saúde. As condições em que a visita é realizada, acabam por propiciar e favorecer o enfermeiro na transposição do enfoque biológico, e, agregar a este as dimensões subjetivas e social dos usuários, trabalhando de uma forma plural.

Em relação às dificuldades e desvantagens da visita domiciliar, apresentamos algumas considerações, referendando ainda os autores Nogueira e Serpa (1977), In: MAZZA (1998), KAWAMOTO (2004), SOUZA, LOPES e BARBOSA (2004).

Os autores consideram que o horário de trabalho e dos afazeres domésticos podem impossibilitar e dificultar a realização da VD; problemas relacionados a tempo e forma de locomoção da equipe aos domicílios; a falta de integração entre as ações da VD e a referência na UBS; falta de capacitação em assistência domiciliar dos profissionais de saúde em geral;

O quadro a seguir, retrata os elementos levantados pelos enfermeiros, que se caracterizam como dificultadores e negativos frente à visita domiciliar.

QUADRO 6: CATEGORIA: ELEMENTOS DIFICULTADORES DA VISITA DOMICILIAR

Componentes	Sub- categorias	Unidades de significados
- Deslocamento da equipe para a realização das VDs	- Inexistência de carro público para realização das VDs (visitas realizadas a pé em longas distâncias, ou, quando chove fica impossibilitado o deslocamento da equipe);	<i>“ muito pouco também pela questão do tempo que não tem ajudado também, e muita chuva, né, então, a gente não tem um carro disponível, às vezes é mais longe”.</i> Amarelo
- Número elevado de famílias cadastradas, impossibilitando conhecer a todos.	- contato direto com algumas famílias e desconhecimento total de outras;	“E um grande problema é a área de abrangência muito grande, vai indo num limite até quatro mil pessoas, que é o máximo de limite, e daí quando chega estourando esse limite, você não consegue mais ter uma noção do que que tá acontecendo com eles; é muito grande, é muita coisa, é muita coisa que você tem que ver.” Carmim <i>“Vejo que a gente tem também um número muito grande de pessoas e que isso é um complicador. Eu acho humanamente impossível você fazer visita e conhecer todas as pessoas; como no meu caso, eu tenho três mil e poucas pessoas, você acha que eu conheço todas?”</i> Amarelo
- Demanda elevada de serviços na UBS, dificultando a saída da equipe para a VD;	- Número de profissionais reduzidos; - Sobrecarga de trabalho, em especial para o enfermeiro (multi-atribuições); - O enfermeiro “tendo” que assumir diversos papéis (psicólogo, assistente social.....);	<i>“(…), porque essa demanda que tá aqui fora lotada, com dois técnicos não te permite que você faça isso;”</i> Carmim <i>“E , uma coisinha hoje, uma coisinha amanhã, quando a gente vê, tem uma lista de atribuições , que a gente tem que dar conta, que a gente é cobrado, e isso dificulta muito o trabalho também”.</i> Branco
- Não aceitação da visita domiciliar	- Desconhecimento, por parte da população, das finalidades da VD.	<i>“(…) as pessoas que tem planos de saúde e que desconhecem a estratégia e não aceitam a visita; assinam um papel dizendo que não querem a visita, só no momento que ela precisa!(…) então, quando a gente foi lá, eles achavam que é esse programa: que uma pessoa ia ficar disponível na casa deles o tempo todo para fazer todos os procedimentos, e que a família não ia ter responsabilidade nenhuma(…) Então aí gera um desconforto entre equipe e eles, porque não entendem e, até que entendam eles acham que é má vontade, então “pra que funciona, pra que que serve isso, vocês não fazem nada”, e, isso é bem complicado.</i> Amarelo <i>“ E tem pessoas que não abrem para a visita; não tem abertura para a visita. Então também é muito complicado! Eles não te permitem que você chegue; te atendem no portão; e faz um tempão que eu vou e um tempão que eu continuo sendo recebida no portão, então isso é bem complicado”</i> Carmim

Componentes	Sub- categorias	Unidades de significados
- Planejamento centrado na quantidade de VDs realizadas/mês,	- <i>qualidade e resolutividade em segundo plano;</i>	<p>“a visita domiciliar, ainda ela é muito falha, nos dias de hoje, no sentido de que não tem um referencial, no sentido de que a gente fica muito atrelada as atribuições de dentro da unidade, nossa disponibilidade de tempo, e isso prejudica muito o real objetivo da visita domiciliar; pra que a gente possa estar fazendo com qualidade mesmo, não em quantidade “</p> <p style="text-align: right;">Dourado</p> <p>“(…) o enfoque, como instrumento de intervenção, eu acho que ta muito na quantitativa. Isso é um problema que eu acho, em relação ao PSF. Ele é quantitativo, ele exige que você tenha um número, exige entre linhas, que você tenha um número X de visitas, né.”</p> <p style="text-align: right;">Carmim</p>

Os dados acima apresentados, vão ao encontro das dificuldades gerais apontadas na literatura; destaca-se nas falas dos entrevistados os componentes que indicam dificuldade de desenvolvimento de trabalho em equipe multidisciplinar, sendo que mesmo assim consideram ideal fazer a VD com a participação de toda a equipe; que, o vínculo tem mais possibilidade de ser estabelecido com um único membro da equipe, em geral aquele que visita a família com maior freqüência; que ainda há a cultura de contar com a boa vontade de alguns integrantes da equipe, demonstrando a fragilidade nas relações de trabalho em equipe, e, que ainda existem alguns profissionais que demonstram resistência em sair da unidade para a realização da VD.

Em relação às questões das relações de trabalho e trabalho multidisciplinar, compreendemos que há a necessidade de se (re)aprender a trabalhar, buscando a essência das relações pessoais e da troca de saberes que nos parece um pouco esquecidas ou pouco valorizadas.

Nesta perspectiva, Franco e Mehry (2003) consideram que a proposta do PSF traz consigo o reconhecimento de que a mudança do modelo assistencial ocorre a partir da reorganização do processo de trabalho. Entendemos que interpretar a dinâmica das relações não é o foco deste estudo, porém é uma questão iminente e que impõe uma necessidade constante de compreensão de todos os sujeitos envolvidos neste processo. Concordamos que

(...) não é a mudança da forma ou estrutura de um modo médico-cêntrico para outro, equipe multiprofissional centrado como núcleo da produção de serviços, que por si só garante uma nova lógica finalística na organização do trabalho. É preciso mudar os sujeitos que se colocam como protagonistas do novo modelo de assistência. (...) e, isto, passa também pela construção de novos valores, uma cultura e comportamento pautados pela solidariedade, cidadania e humanização na assistência. (FRANCO e MEHRY, 2003, P. 116-117)

Ainda dentro do componente desenvolvimento de trabalho multidisciplinar, destaca-se a questão da formação acadêmica, que, na visão dos enfermeiros entrevistados, ainda não está voltada para a atenção primária em saúde. Em nosso entendimento, esta questão é elemento chave nesta discussão, pois compreendemos que é na formação que se propagam as sementes de mudança. A filosofia do PSF requer profissionais capazes de transpor as dimensões inseridas no processo saúde-doença e mais dispostos a desenvolver práticas assistenciais com um olhar sensível ao usuário. Estes profissionais precisam também reconhecer seu papel enquanto membro de uma equipe, compreender as limitações de suas ações neste contexto e exercitar a troca de saberes.

O componente seguinte da análise, retrata outro fator dificultante para a realização de VD, que é a inexistência de transporte para locomoção a maiores distâncias, e , também o clima regional que se caracteriza como frio e chuvoso.

A demanda elevada de serviços na UBS, foi fato referenciado por todos os entrevistados, assim como o número reduzido de pessoal, o que dificulta a saída da equipe para a realização da VD. Levantam ainda, que o foco está centrado na quantidade de VDs realizadas/mês, e não essencialmente na qualidade e resolutividade, o que gera uma demanda quantitativa obrigatória. Esta demanda quantitativa fica claramente demonstrada por meio dos números referentes as VDs, apresentados no Quadro 3.

Estas últimas colocações, apontam deficiências e contradições do atual sistema de saúde, considerando que o modelo assistencial adotado está pautado em uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, o qual deveria permitir ações para além das práticas curativas. Fica evidenciada a limitação estrutural, quer seja relacionada à composição da equipe, do dimensionamento de prioridades de ação ou do meio de transporte.

O PSF tem um objetivo claro que é o de ampliar a cobertura de assistência à saúde, facilitando o acesso da população aos serviços e garantindo um atendimento

inclusivo frente às necessidades de saúde da população, sendo que, uma atitude nesta perspectiva, de acordo com Corbo e Morosine (2005), tende a implicar em uma compreensão ampliada do sofrimento e dos problemas de saúde que se apresentam aos serviços, e, ainda, acionar um conjunto de práticas e saberes articulados entre si, para dar conta de tais questões.

Frente ao exposto, percebe-se a imensa lacuna existente entre as proposições e a realidade efetiva do PSF, o que gera inúmeras inquietações perante a consolidação do próprio sistema de saúde. Compreendemos que o arcabouço do SUS, assim como o PSF, traz consigo um conteúdo ampliado e humanista frente à atenção básica em saúde, porém, até que ponto sua implantação é eficiente e eficaz e, apresenta resultados pautados em transformações reais de atitudes positivas na saúde da população?

Mediante esta análise, compreendemos que, a prática diária, as discussões e reflexões dos profissionais cotidianamente nos serviços de saúde, trilhadas nos pressupostos do SUS, é fator fundamental para manter vivo o próprio sistema, alimentando-o e impulsionando-o às transformações necessárias e desejadas.

6.2. Finalidades da visita domiciliar e atribuições do enfermeiro

Apresentada esta primeira análise macro do estudo, damos continuidade demonstrando os resultados obtidos, através de uma análise temática fundamentada nos conteúdos das respostas às questões específicas.

A primeira questão do roteiro da entrevista destacou que a visita domiciliar vem recebendo um importante enfoque enquanto instrumento de intervenção no PSF. Diante desta afirmação, buscamos saber qual a compreensão do entrevistado sobre a visita domiciliar e da sua finalidade no PSF.

Esta questão, resultou duas categorias de respostas. A primeira revelou a compreensão dos entrevistados sobre as finalidades da VD no PSF (Quadro 7), e, a segunda tratou das atribuições dos enfermeiros na VD (Quadro 8).

QUADRO 7 : CATEGORIA: FINALIDADES DA VISITA DOMICILIAR NO PSF

Componentes	Sub- categorias	Unidades de significados
<p>- Proporcionar o conhecimento da realidade;</p>	<p>- relações familiares, condições de saúde, sócio-econômica; - valores, cultura, crenças religiosas; - diagnóstico da população.</p>	<p>“A observação, eu acho fundamental, não adianta o paciente vir aqui , ele fala uma coisa, só que eu não sei como é que ele vive, como é que é a família dele, como é que é a casa dele, pra poder planejar uma ação mais estratégica em cima daquela família, pra poder modificar ou, tentar modificar a curto, médio e longo prazo, alguns problemas; situações que estão acontecendo com essa família. Então, pra mim a finalidade principal, é educar, orientar, esclarecer, ajudar, são palavras que eu sempre uso.” Lilás</p>
<p>- Favorecer a prática da prevenção de doenças e promoção à saúde</p>	<p>- educação em saúde e troca de saberes</p>	<p>“É fundamental, pra PSF é fundamental a visita domiciliar; isso é que faz a educação em saúde, aqui dentro a gente não faz educação em saúde; e quem vem aqui não vem buscar educação em saúde; quem vem aqui vem buscar o curativo. O preventivo você faz lá fora. Você estimula ele lá fora; só assim que você consegue o preventivo”. Carmim (...) dentro do que o PSF preconiza, prevenção, promoção, então isso, não cabe ao atendimento ambulatorial, e sim dentro das casas onde você pode, através desse vínculo, ta estabelecendo essa relação de uma forma menos formal”. Dourado</p>
<p>- Possibilitar o planejamento de condutas “personalizadas”, sua implementação e avaliação</p>	<p>- instrumento de intervenção</p>	<p>“(…) a partir da visita domiciliar que nós temos todo um entendimento, uma compreensão da realidade vindo do contexto familiar, e, através dessa identificação, dessa observação dessa realidade, a gente pode estar implementando alguma assistência. Planejando, implementando e avaliando também”. Dourado</p> <p>“Na visita, conversa com o paciente e já tem uma idéia do sócio cultural, de relações familiares que é onde a gente tem bastante problema também, e a gente consegue planejar uma conduta justamente de acordo com o que o paciente pode ter, não tem como planejar algo muito difícil de ser alcançado porque ele não vai aderir ao plano.” Branco</p>
<p>- Promover a criação e consolidação de vínculo entre equipe, família e comunidade</p>	<p>- contribui para a configuração de identidades: ser conhecido pelo nome, conhecer as pessoas pelo nome, ser chamado para entrar nas casas.</p>	<p>“ A visita funciona quando você tem um vínculo, e você só faz o vínculo se você for visitar. (...) A finalidade! A finalidade é vínculo com a família mesmo; é pra saber a real, a situação pra tu entender o porque que ta aqui. Então ela vem com uma taquicardia, se ela vem hipertensa, se ela vem...., o que que ta acontecendo?” Carmim</p> <p>“E tem o lado gostoso, tem o lado bom, tem o lado de te conhecerem pelo nome, de te chamarem, de você entrar, de você já saber o que que ta se passando; da melhora que você consegue fazer, né, assim, tem esse lado gostoso!” Carmin</p>
<p>- Ter caráter dinâmico, assistencial, social, político e de ajuda mútua.</p>		<p>“Essa pra mim é a principal finalidade da visita domiciliar, ajudar as pessoas (...) eu to pensando que na visita tem uma visão muita assistencial, né; ‘ ah, eu vou fazer visita e vou prestar uma assistência’. Eu vou, mas não é esta minha principal finalidade; a principal finalidade é trocar informação.” Lilás</p>

No terceiro capítulo deste trabalho, onde descrevemos questões relacionadas à visita domiciliar, trouxemos concepções de vários autores que identificam seus objetivos e finalidades, dentre eles, resgatamos para discussão, o que propõe o Ministério da Saúde frente à finalidade da VD, a qual é compreendida como um instrumento de intervenção fundamental da estratégia de Saúde da Família, utilizado para que os membros da equipe conheçam as condições de vida e saúde das famílias que estão sob sua responsabilidade. Nesta concepção, a VD é considerada uma parte das ações a serem desenvolvidas no programa, que deve ser planejada e sistematizada.

Para ilustrar o quadro acima apresentado, trazemos também as idéias de Souza, Lopes e Barbosa (2004), frente à visita domiciliar realizada na concepção proposta pelo PSF, sendo esta entendida como instrumento que possibilita à enfermeira identificar as formas de expressão das famílias relativas às vidas de seus membros, incluindo o trabalho que desenvolvem, se existem padrões de solidariedade no universo familiar, se estes contribuem em processos de cuidado, cura ou recuperação de um de seus membros e, busca ainda, identificar a situação familiar frente às funções sociais, econômicas e ideológicas e de reprodução da força de trabalho da família dentro de uma sociedade.

Já Mattos In: Kawamoto (2004) destaca que a visita domiciliar que vem sendo desenvolvida na perspectiva do PSF, em especial pelo enfermeiro, tem congregado ações educativas e assistenciais. Frente a esta colocação, temos a considerar que nosso estudo revelou um enfermeiro consciente das ações acima registradas, porém angustiado com a sobrecarga de serviço dentro da unidade que tem dificultado uma atuação mais ampliada, o que foi refletido na fala de Branco, transcrita abaixo:

(...) às vezes a gente quer sair e não tem como, e o pessoal da enfermagem tá sofrendo muito com isso, porque a gente tem que dar conta de toda a demanda da unidade, mais as equipes, mais a parte burocrática, e aí às vezes, o que que nós fazemos aqui por exemplo, a gente estabeleceu um dia, né, pra cada enfermeiro sair fazer visita.

Esta questão será apresentada de forma mais consistente no Quadro 10.

TAKAHASHI e OLIVEIRA (2001), destacam a visita domiciliar como um instrumento de intervenção fundamental da estratégia de Saúde da Família, servindo

para conhecer as condições de vida e saúde das famílias, através de ações planejadas e sistematizadas.

As falas dos enfermeiros entrevistados trazem algumas destas questões ao evidenciarem os componentes que conduzem a um olhar de diagnóstico populacional propiciado através da VD, quando indicam que se pode obter conhecimento da realidade familiar através de elementos como as relações familiares, condições de saúde, sócio-econômica; valores, cultura e crenças religiosas;

Consideram também a finalidade de favorecer a prática da prevenção de doenças e promoção à saúde por meio da educação em saúde e troca de saberes, uma vez que parte da concepção de que todos estão aprendendo neste contexto. Embora tenha aparecido como categoria à educação em saúde no domicílio, sentimos que há um descompasso entre o discurso e a prática. A idéia de educação em saúde aparece de modo genérico nas entrevistas, sendo que não encontramos elementos pontuais e significativos desta ação, nas falas dos entrevistados.

Um outro componente evidencia que a VD possibilita o planejamento, implementação e avaliação de condutas “personalizadas”, pautadas na realidade de cada família visitada.

As falas dos enfermeiros entrevistados destacam novamente questões relacionadas ao vínculo, quando compreendem que a VD favorece a promoção, a criação e consolidação de vínculo entre equipe, família e comunidade.

Em nossa análise consideramos que, por mais que os enfermeiros compreendam como finalidades o caráter preventivo e de promoção à saúde que a VD exige, incomoda-lhes a questão vinculada à assistência, e entenda-se curativa, pois ainda estão muito presentes quando do planejamento das VDs. A fala de Branco, caracteriza esta situação:

Então as nossas visitas, elas são planejadas, né, por prioridade ainda, no meu caso, eu não consigo fazer visita de prevenção ; até, agora, estou tentando me programar é..., pra chamar as mulheres para preventivo de câncer, mas ainda não consegui. Então ainda a gente tem que priorizar (...) Então assim, é ..., não conheço todo o pessoal da minha área, não conheço todos os casos mais graves, mas, os que a gente tem de prioritário, que necessita de uma atenção especial, a gente faz num primeiro momento; os que são mais teimosos no tratamento, ou que carecem de uma atenção especial, a gente consegue dar conta;

Por outro lado, falas dos enfermeiros entrevistados, revelam algumas das percepções dos usuários frente à VD, indicando que há por parte destes, uma incompreensão de sua finalidade de acordo com o que preconiza o PSF, e uma cobrança explícita da questão assistencial, sendo:

A comunidade também tem essa idéia de que a visita é pra procedimento ou é pra dar um remédio, pra levar uma receita; se a gente fizer, tentar fazer um atendimento mais integral, dar uma atenção especial mais pra uma família, eles não entendem isso. E cobram da gente, “ah, mas o que que ta fazendo lá na casa do fulano, se eu to precisando de curativo e de remédio em casa”! **Branco**

Estas falas traduzem questões relacionadas ao processo de mudança da assistência à saúde, que se procurou estabelecer com a implantação do PSF. Para nós fica claro o grande desafio que se configura com esta prática, que é a mudança dos sujeitos, protagonistas desta história. Neste sentido, compreendemos que esta mudança é lenta, uma vez que é utópico crer que a implantação do sistema, por si só, dê conta de transformar todo um processo histórico de assistência à saúde, por décadas pautada em um modelo tecnicista.

Mediante as questões apresentadas e, reportando-nos novamente ao conceito de integralidade que defendemos, no qual acreditamos em uma prestação de assistência à saúde de forma mais ampliada e, que, para tanto, exige uma mudança de atitude tanto profissional quanto governamental, entendemos que as finalidades da visita domiciliar aqui apresentadas contemplam questões inerentes a esta ação, porém, ainda não conseguem dar conta de transpor rotinas assistenciais frente às relações estabelecidas diariamente nos serviços de saúde, bem como, ainda mostra a ação do enfermeiro de certa forma fragilizada pelo sistema.

A demonstração de uma “boa vontade” inerente na ação do enfermeiro, também não dá conta de ampliar a dimensão e o significado de cuidado embutido na “ação pontual” da visita domiciliar; o que, ao nosso olhar, requer um maior aprofundamento teórico do significado desta ação de intervenção, uma vez que se sustenta no contexto familiar.

QUADRO 8: CATEGORIA: ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NA VISITA DOMICILIAR

Componentes	Sub- categorias	Unidades de significados
- Realização da VD	- planejamento, implementação e avaliação de ações de prevenção da doença e promoção da saúde; pautadas no contexto familiar. - analisar prioridades junto à equipe;	“ (...) nos dá o conhecimento da realidade dessas pessoas, não adianta você orientar sem conhecer, que era o que antigamente se fazia, dentro de um consultório, sem conhecer todo este contexto, por exemplo, você falava lá da alimentação e nem sabia das condições sócio econômicas dessas pessoas, e falava que é importante a proteína, que é importante as verduras, legumes e as vezes eles não usam nada disso. Conhecer os valores, a culturas, o que que tem, o que eles acham importante, o que que para eles é importante(...)” Amarelo
- Ter conhecimento da realidade da clientela	- família, comunidade, área de abrangência.	“A VD além de ser função do enfermeiro, da equipe, como estratégia de atendimento, ela nos dá o conhecimento da realidade dessas pessoas” Amarelo “ (...) o profissional vai até o seu domicílio, pra poder diagnosticar, conhecer, ter maior afinidade com a população em geral, cliente – paciente.” Lilás “Conhecer os valores, a cultura, o que tem, o que eles acham importante, o que para eles é importante (...)” Amarelo
- Praticar educação em saúde e realizar atividades assistenciais (curativas)		(...) embora muitas vezes, com o nosso corre corre, né, a gente priorize essas pessoas que realmente a gente poderia dizer que necessitam mais dos nossos cuidados, mas não é essa só a nossa função. Deveria ser atendimento pra todos, conhecer a realidade de todos para poder fazer a prevenção e a promoção. Amarelo
- Criar, estabelecer e fortalecer vínculos.		“É que, o enfermeiro indo dentro deste domicílio, ele pode estabelecer um vínculo maior, é diferente da família ou indivíduo de eles virem até na unidade.” Dourado “(...) porque eu entro na casa, eu sei realmente a condição daquela família, econômica, de saúde, de problemas que estão tendo dentro da família, de problemas que tão tendo com furto, com filho que ta preso, então eu consigo entender a reação daquela pessoa que eu to visitando”. Carmim

Durante este estudo, encontramos referências que apontam para a atuação da equipe na VD e, não especificamente de um ou outro profissional. Porém, muitas das referências encontradas traduzem o que os enfermeiros levantaram em suas falas expostas acima.

Neste sentido, ARAÚJO et al (2000), quando refletem sobre a atuação da equipe de saúde da família no domicílio e afirmam que o cuidado prestado no domicílio possibilita à equipe de saúde da família a inserção no cotidiano do cliente, facilitando a identificação das demandas, fortalece o clima de parceria, resgata o

cuidado popular e propicia a humanização do cuidado; contemplam o componente que registra a necessidade do enfermeiro de conhecer a clientela (família e comunidade) de área de abrangência, a fim de compreender o contexto e a dinâmica familiar.

Takahashi e Oliveira (2001) apontam os pressupostos para a realização da VD e, entre outros, salientam que a relação entre o profissional e o usuário deve estar pautada nos princípios da participação, da responsabilidade compartilhada, do respeito mútuo (crenças e valores relacionados ao processo saúde-doença) e da construção conjunta da intervenção no processo saúde-doença. As mesmas autoras indicam que o planejamento, a execução, o relatório e a avaliação, são partes integrantes do processo de desenvolvimento da VD. Estes elementos estão contemplados quando os enfermeiros trazem esta questão nas falas do primeiro componente apresentado, sendo a realização da VD através do planejamento, implementação e avaliação de ações de prevenção da doença e promoção da saúde; pautadas no contexto familiar e, analisando prioridades junto à equipe; que o planejamento pautado na realidade tem maior chance de ser efetivado, por meio do exercício de uma visão integral do indivíduo;

Considerando a atuação do enfermeiro frente à visita domiciliar, no capítulo 3 destacamos um relato de vivência profissional de Nascimento (2000), que reforça a necessidade do enfermeiro trabalhar seus valores pessoais, culturais e conceituais de família; de praticar o exercício da interação, do respeito; e de criar laços de confiança com as famílias. O que vai ao encontro do componente que destaca a importância da criação, estabelecimento e fortalecimento de vínculos entre enfermeiro e família.

Entendemos ser pertinente nesta análise, trazer à discussão o conceito que defendemos de enfermeiro, a fim de contribuir na compreensão do papel do enfermeiro, em especial no PSF, entendendo-o como um profissional crítico e reflexivo, que pauta sua ação no cuidado integral ao ser humano; que está em constante expansão de seus compromissos científicos, educacionais, sociais, e éticos; com responsabilidades desafiadoras de planejamento, execução e avaliação de ações de saúde, nos aspectos da prática assistencial, educacional e administrativa, reafirmando seu compromisso com a saúde da população.

6.3. Em busca dos significados da integralidade na Visita Domiciliar

A segunda questão que procedemos à análise temática, trouxe em seu arcabouço uma breve explicação no intuito de lembrar os entrevistados que a Constituição Federativa do Brasil de 1988, garante a saúde enquanto dever do Estado e direito do cidadão, e, que a Lei Orgânica da Saúde, 8080/90, dispõe que os princípios doutrinários que regem a assistência à saúde são a universalidade, a equidade e a integralidade.

Baseando-se nesta introdução, se buscou saber dos enfermeiros entrevistados, qual o significado, para estes, do princípio da integralidade.

Esta questão decompõe-se em duas categorias de respostas, sendo que a primeira denotou a compreensão dos entrevistados sobre o princípio da integralidade (Quadro 9), e, a segunda, fez emergir deste contexto, as questões políticas que permeiam o sistema de saúde (Quadro 10) e influenciam diretamente as ações desenvolvidas pelos enfermeiros nos PSF.

QUADRO 9: CATEGORIA: O QUE É INTEGRALIDADE

Componentes	Sub- categorias	Unidades de significados
- Olhar ampliado da assistência	- visão integral: ver o todo, o meio, o contexto; - relacionar a queixa do paciente com o contexto em que ele está inserido;	<p>“ (...) então eu acho que esse é o princípio, que a gente tem que planejar nossas ações , ver o paciente como um todo, dentro de uma família, dentro de toda uma comunidade”.</p> <p>Branco</p> <p>“ (...) eu acho que, esse princípio deveria ser o princípio para todo o atendimento, né, não só na visita, mas pra todo o atendimento,né! Ver como um indivíduo que tem toda uma história, e que tem todo um contexto ao seu redor! Mas, por essa demanda e por todas essas questões que ninguém consegue resolver e tem problema, infelizmente acho que não é visto, reforço que acho que em alguns momentos até se vê o indivíduo num todo, mas , a maior parte....., você tem isso em mente, mas será que se coloca em prática isso, eu realmente me pergunto isso”!</p> <p>Amarelo</p> <p>(...) E assim, nem todos ainda pensam no todo, infelizmente, a maioria pensa : “ta com dor aonde”? Então vamos tratar esta dor, ponto final, né, não quero mais saber, não, há, isso aí eu não posso resolver, há isso aí não é comigo”.</p> <p>Amarelo</p>

Componentes	Sub- categorias	Unidades de significados
- É o bem estar da família.	- condições de saúde: físico, psicológico, financeiro, social, cultural;	<p>“Integralidade é que o indivíduo, família, ele deve ter essa assistência à saúde num todo, não só no biológico, mas no psicológico, no social, e isso engloba a integralidade”. Dourado</p> <p>“ A visão daqui da integralidade é que tu consiga ver o meio justamente porque ali pode estar a causa pra tentar resolver todo o..., é o bem estar em saúde , bem estar físico, psicológico, eu acho que o financeiro também , o social; é tu conseguir dar uma assistência adequada em todos esses sentidos”. Carmim</p> <p>“ (...) integral ele é realmente o todo,então, eu vou pra visita, eu tenho que ver a queixa do paciente e relacionar ela com todo o contexto onde ele está. Na família, contexto sócio econômico, cultura, então eu acho que é esse o princípio. Então, eu vou montar, eu vou planejar um plano terapêutico para o paciente, com ele, com a família dele, e, tentando abranger o paciente como um todo mesmo”. Branco</p>
- Integração dos serviços.	- níveis primário, secundário e terciário;	<p>“(…) no sentido da integralidade, no artigo constitucional, o significado para mim, é a questão da integração entre os serviços de saúde,né, nos seus âmbitos, primário, secundário e terciário; a fim de haver uma melhor estratégia, planejamento, pra poder tanger, direcionar a assistência de saúde. A integralidade então, é fazer com que o sistema funcione, né! Esse é o sentido que eu tenho de integralidade”. Lilás</p>
- Ter acesso à assistência em saúde.		<p>“(…) eu tenho plena convicção de que esse princípio da integralidade, ele é extremamente importante, principalmente na conduta do enfermeiro; porque se ele não tiver essa visão de que todos devem ser como um todo, e que todas as pessoas tem acesso e tem direito, a essa..., a saúde, então, o enfermeiro ele não pode estar fora desse princípio. A sua conduta deve estar baseada nesse princípio”. Dourado</p>

No capítulo 4 deste estudo, trazemos discussões atuais sobre o que é o princípio da integralidade, tanto na concepção do sistema de saúde – SUS, quanto na concepção de estudiosos desta temática.

Enquanto princípio do SUS, a integralidade da assistência é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade

do sistema.

Estudiosos do tema demonstram que a integralidade vem sendo compreendida como um dos elementos de sustentação na construção da atenção à saúde, pautando-se nas ações de promoção, procurando articular os três níveis de complexidade.

Esta concepção transparece nas falas dos entrevistados nos componentes que indicam a integralidade como 'integração dos serviços' e, 'ter acesso à assistência'.

Em relação à integração dos serviços de saúde, os entrevistados destacam a inter-relação entre os serviços a nível primário, secundário e terciário como eixo central para a efetivação do sistema e, o *ter acesso à assistência* traduz a importância da concepção do todo para auxiliar na compreensão do indivíduo em seu contexto e no seu direito pleno de acesso aos serviços de saúde.

As falas dos entrevistados trazem ainda, a idéia de *assistência com visão integral* como um olhar ampliado sobre a família e o *bem estar da família*, resgatando neste apontamento, o contexto em que o paciente está inserido e, fatores importantes a serem considerados na assistência á saúde, como o físico, psicológico, financeiro, social e cultural.

Mediante a análise destes componentes, compreendemos que fica explícito o reconhecimento da necessidade de inter-relação entre os diferentes atores e organizações, para a efetivação positiva da assistência á saúde; o que, necessariamente constitui-se em um importante desafio aos profissionais que atuam no sistema, uma vez que a consolidação desta concepção, muitas vezes, esbarra em condições desfavoráveis para sua implementação.

Isto fica claro na fala de Amarelo quando destaca que tem a consciência do atendimento pautado na visão integral, porém em algumas situações não consegue desenvolvê-la, quer seja pela demanda acentuada na unidade, quer seja por questões de incompreensão da filosofia do PSF e, até de vontade, no sentido de querer efetivar o princípio da integralidade através das ações profissionais.

Os componentes de integralidade emergentes das entrevistas, nos remetem mais uma vez a trazer a discussão o conceito de integralidade por nós defendido, o qual a compreende como uma possibilidade de prestar assistência à saúde de uma forma mais ampliada, que traz consigo a necessidade de mudança de atitudes, de postura profissional e governamental. Provoca importantes desafios no que tange à

efetiva mudança no atendimento às necessidades de saúde da população; para tanto, apóia-se em elementos fundamentais; a escuta, o acolhimento, o vínculo. Está imbricada de um forte potencial emancipador e transformador, quando se reporta as relações estabelecidas no cotidiano dos serviços de saúde. É fonte geradora de atitudes positivas na assistência à saúde.

Este conceito trás consigo um arcabouço de idéias que buscam auxiliar a compreensão do princípio da integralidade, uma vez que este pode constituir-se como um princípio organizacional do processo de trabalho, dado o espaço que ele proporciona as atitudes profissionais e a possibilidade de se fazer uma leitura ampliada sobre as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade.

QUADRO 10: CATEGORIA: O SUS, A INTEGRALIDADE E AS RELAÇÕES POLÍTICAS

Componentes	Unidades de significados
- Decisões centralizadas	<p>“E são situações assim, diariamente, a gente recebe montes de ofícios, colocando ações que você tem que desenvolver , que não são ações que sejam do PSF. Não são ações de promoção, prevenção; são no contexto geral, mas que deslocam totalmente do foco da equipe e que você tem que correr atrás porque vem a determinação de cima pra baixo”. Carmim</p>
- Intersetorialidade deficitária ,ausência de fluxo de encaminhamentos e desarticulação de serviços de suporte;	<p>“A única dificuldade que eu vejo, é assim, ah, você tenta ter esse olhar , mas com isso você tem ações que você depende de outros, e aí, eu acho que não deixa de ser um atendimento integral, porque ele não vai ocorrer, vai ficar só no papel. Porque você precisa de saneamento, ...; não tem essa parte, porque você precisa desde o psicólogo; você não consegue atendimento odontológico, o paciente fica dias na fila. Então, acho que isso dificulta, não adianta você ter isso em mente, mas não consegue colocar em prática. Acho que esse é a maior dificuldade”. Amarelo</p> <p>“E o sistema todo né, a gente tem algumas visitas domiciliares em que a gente vai fazer um atendimento de promoção, é diferente de onde a pessoa é um acamado, que é hipertenso, que não tem saneamento, e a gente precisa se relacionar com as outras pessoas; nesse caso o que é que eu vou fazer? Vou orientar dieta? Não vou nunca atingir o princípio da integralidade. É preciso ter uma linha de pensamento, ter condições de trabalho, ter uma interrelação com os setores, então... tem que caminhar muito. Por enquanto a gente faz o que dá! O que a gente consegue fazer. Eu acho que ainda é muito fragmentado. Muito mesmo!”. Branco</p> <p>“ Então, essas ações tu vê, tu levanta, tu detecta o problema, sabe que ele existe, e você não sabe nem bem qual o fluxo das secretarias. E o problema vai continuar, e você vai continuar fazendo visita e você vai continuar vendo esse problema ali, nos teus olhos, e vai continuar sem solucionar. Porque dentro da própria instituição acaba não tendo um fluxo que movimente as coisas; daí, joga pra cá, joga pra lá, não é conveniente! E às vezes isso desgasta!”. Carmim</p> <p>“Fiz um diagnóstico, um pré diagnóstico dentro das necessidades, e aí ta a relação. Na busca dos outros, público-privado, eu acho que é isso aí”. Lilás</p> <p>“(...) só que aí, quando a gente precisou, dos outros setores, a intersetorialidade não ocorreu, não teve. Até agora eu to esperando resposta da secretaria sobre um psicólogo, porque , tudo bem que a gente faz também a parte da psicologia, ta no nosso dia a dia isso, mas não somos formados pra isso; não temos base suficiente pra atuar nessa área! Senão, não teriam motivo de existirem, e í fica faltando. E agora? Pra me receberem de novo? Como que vai ser isso? “Não, quando eu precisei de você, te contei, abri todo o problema, aí você tava aqui presente; agora que eu preciso que você resolva, / que é assim que eles pensam/ como é que você, o que você ta querendo aqui de novo, se não faz nada”? é bem complicado, então eu acho que a boa intenção até a gente tem né; mas, vai até um ponto, porque dali em diante, se você não tiver respaldo não consegue”. Amarelo</p>

Componentes	Unidades de significados
<p>- Falta de pessoal, acúmulo de trabalho e desvio de função.</p>	<p>“Fulano de tal tá tem tal programa e falta tal coisa, pra quem que eles vão passar? Pro enfermeiro. Isso pesa....., cada vez mais tem que fazer relatórios, preenchendo papéis e mais distante da comunidade; embora seja contratado pra estar na comunidade”. <i>Amarelo</i></p> <p>“E , uma coisinha hoje, uma coisinha amanhã, quando a gente vê, tem uma lista de atribuições , que a gente tem que dar conta, que a gente é cobrado, e isso dificulta muito o trabalho também. Né, então tem os dois lados, e aí tenho certeza que, quem faz isso confia no enfermeiro, porque se não confiasse, se a gente não fosse capaz de fazer, não dariam isso pra gente. Então esse é um lado bom. (...)hoje, o enfermeiro é um profissional angustiado. Então a gente, pega pra fazer tudo, quer dar conta de tudo e a gente não consegue. Então a gente faz muito pouco do que é da gente, a gente perde a essência do trabalho”. <i>Branco</i></p> <p>“ (...) porque essa demanda que ta aqui fora lotada, com dois técnicos não te permite que você faça isso; então, essa..., o enfoque, como instrumento de intervenção, eu acho que ta muito na quantitativa. Isso é um problema que eu acho, em relação ao PSF”. <i>Carmim</i></p>

Ao trazermos estes elementos à discussão, entendemos que fica clara a interdependência dos profissionais de saúde entre si e com os serviços, pensando na perspectiva da integralidade da assistência.

Hartz e Contandriopoulos (2004), já assinalam esta questão quando afirmam que os serviços de saúde pautados na integralidade são interdependentes, uma vez que nenhum dispõe da totalidade de recursos e competências necessárias, de forma absoluta, para a resolução dos problemas de saúde de uma determinada comunidade, nos seus diferentes ciclos de vida.

Na análise das falas dos enfermeiros, podemos perceber uma nuance de sentimentos, por vezes contraditórios. Entre eles destacamos a boa vontade, a consciência de papéis, a preocupação, a angústia e o otimismo. Trazem a tona questões relacionadas às condições de trabalho quando indicam preocupação com a tomada de decisão centralizada, com a intersetorialidade deficitária, com a ausência de fluxo de encaminhamentos e desarticulação de serviços de suporte e, com o acúmulo de serviço desencadeado por diversos fatores.

Este último elemento vem carregado de diferentes situações, quer seja a sobrecarga de serviço dentro da UBS por falta de pessoal, ou dimensionamento inadequado, ou transferências e substituições, enfim, vários fatores que tem convergido para gerar situações de angústia entre os enfermeiros. Identifica-se claramente que estes têm a consciência de seu papel frente às ações que o PSF propõe mas que não o exercem plenamente, pois se deparam com diversos limites, que, neste caso específico, perpassam pelas relações políticas.

Neste sentido, não bastam apenas a disponibilidade e o compromisso profissional do enfermeiro e da equipe de saúde. Há a necessidade de uma construção cotidiana destes e uma contrapartida dos gestores para que haja um significado real do processo de organização e de gestão do trabalho no PSF.

Mattos (2001), aponta três sentidos para a integralidade, e, quando discorre sobre o segundo sentido, que trata dos Programas Verticais aos Programas Integrais: a integralidade como modo de organizar as práticas, afirma que este conjunto relaciona-se de forma mais direta que os demais, com a organização dos serviços e práticas de saúde.

A (re) organização dos serviços de saúde a fim de desenvolver práticas que articulem e promovam a aproximação entre as áreas especializadas se faz urgente, bem como a necessidade de revisão e/ou construção de fluxos efetivos que venham a facilitar a intersetorialidade no sistema de saúde e, ainda, um planejamento eficiente e eficaz, em nível de gestão, no que se refere a dimensionamento de pessoal.

A tomada de medidas específicas nesse sentido, é importante e necessária para a consolidação da proposta do PSF, com vistas a desenvolver práticas de saúde que consigam dar conta de atender as diferentes necessidades da população. Também indica que a compreensão de que a integralidade como princípio norteador, demanda de organização continua dos serviços de saúde.

Ainda, traz a tona à discussão relacionada ao processo de trabalho em saúde, na qual não é nossa intenção aprofundar, mas sim registrá-lo como uma questão iminente a ser cotidianamente discutida, uma vez que este se constitui em um universo complexo, diverso, de composição coletiva, uma vez que articula os profissionais de saúde e os usuários do sistema.

Nesta perspectiva, uma das possibilidades de efetivação do princípio da integralidade, dá-se por meio do pensamento e da ação de caráter interdisciplinar de uma equipe multiprofissional consciente, onde os saberes se complementem em prol das necessidades dos usuários, num entendimento ampliado do sentido da integralidade, resultando em uma fonte geradora de atitudes positivas na assistência à saúde.

6.4. Aproximando a Visita Domiciliar e o princípio da integralidade

Na terceira e última questão da entrevista, partimos do olhar dos enfermeiros para saber se existe alguma relação entre a visita domiciliar e o princípio da integralidade.

Desta questão, surgiu um único componente – a visita domiciliar e o princípio da integralidade (Quadro 11), que, através das unidades de significados traduz a percepção dos entrevistados sobre a relação que permeia os elementos de análise.

QUADRO 11: CATEGORIA: A VISITA DOMICILIAR E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

Componentes	Unidades de significados
<p>- O princípio da integralidade como referencial para a prática da VD</p>	<p>“Então, eu acho que, esse princípio deveria ser o princípio para todo o atendimento, né, não só na visita, mas pra todo o atendimento,né! Ver como um indivíduo que tem toda uma história, e que tem todo um contexto ao seu redor! (...)É, porque realmente eu acho que falta um referencial para a gente ta seguindo, é, você acaba sentindo falta na hora em que você está, mas afinal, com tantos problemas, com tantas coisas, de que princípio que eu vou partir? De repente, esse seja um caminho! Então todos vamos partir , embora que tenha uma lei, embora que se tenha estudo, mas , enquanto equipe, de onde nós vamos começar? Como nós vamos agir? Como é que vai ser essa visita; tanto do enfermeiro, quanto do técnico, quanto do médico, quanto do agente? É uma questão que a gente se questiona muito!” Amarelo</p> <p>“É..., eu tenho plena convicção de que esse princípio da integralidade, ele é extremamente importante, principalmente na conduta do enfermeiro; porque se ele não tiver essa visão de que todos devem ser como um todo, e que todas as pessoas tem acesso e tem direito, a essa..., a saúde, então, o enfermeiro ele não pode estar fora desse princípio. A sua conduta deve estar baseada nesse princípio”. Dourado</p> <p>“ (...) a relação entre a VD e a integralidade, é toda né! Não tem como você dar uma assistência adequada se você não conhece o meio; não tem como; não consegue” Carmim</p>

Buscando encontrar as relações entre visita domiciliar e o referencial da integralidade, podemos perceber que este a permeia por diferentes prismas.

Um aspecto é o de querer prestar uma assistência pautada em um referencial teórico, neste caso o princípio da integralidade; outro, é o de conhecê-lo e de ter condições de efetivá-lo através das ações cotidianas.

A percepção dos enfermeiros de que o referido princípio poderia ser um alicerce tanto nas ações inerentes as visitas domiciliares, quanto nas ações assistenciais a

fim de possibilitar um atendimento integral à comunidade, indica que estes profissionais têm um potencial transformador, fortalecendo sua atuação dentro do PSF.

A adoção de um referencial norteador das ações no Programa, poderá facilitar e aproximar a equipe no que tange a efetivação de um trabalho multidisciplinar, respondendo a mais uma essência do PSF.

O referencial da integralidade por si só, pressupõe práticas em diversos cenários e, portanto requer dos profissionais um potencial criativo e inovador, ainda mais em se tratando de prestar cuidado no domicílio, com vistas a fortalecer a atenção primária em saúde.

Por acreditarmos neste potencial do profissional enfermeiro e, que a visita domiciliar não é meramente um instrumento de intervenção, mas sim uma possibilidade para uma ação transformadora em saúde, é que trazemos uma visão ampliada da visita domiciliar.

O conceito de visita domiciliar que adotamos para guiar este estudo, é adaptado às idéias de Fracoli e Bertolozzi (2001, p. 7) , e reflete também nossas convicções pessoais, sendo compreendida como uma ação profissional, que caracteriza uma intervenção no contexto familiar, no intuito de "identificar como se expressam, na família, as formas de trabalho e vida dos membros que a compõem, como estas formas são socializadas entre os membros, quais padrões de solidariedade se desenvolvem no interior do universo familiar e como estes podem contribuir para o processo de cuidado, cura ou funções sociais, econômicas, ideológicas e de reprodução da força de trabalho da recuperação de um de seus membros.[...] esta prática compreende ainda entender as famílias na sociedade". É um momento ímpar de criação e fortalecimento de vínculo, fundamentada na prática do diálogo.

Este conceito busca aproximar-se e refletir o princípio da integralidade nesta prática, uma vez que traz a concepção da VD não meramente intervencionista, como aponta as diretrizes do PSF, mas sim, num âmbito de uma maior aproximação com o usuário, afim de conhecê-lo e respeitá-lo como cidadão, por meio do reconhecimento de sua realidade de vida. Podendo assim, assisti-lo de acordo com suas reais necessidades de saúde, de forma solidária, individual ou coletivamente, indo ao encontro da vislumbrada assistência integral em saúde.

Mediante as análises das entrevistas, cabe ainda destacar que, nas falas dos enfermeiros aparece de forma insipiente uma vivência fortalecida do princípio da integralidade na visita domiciliar, não traduzindo significativamente aquilo que se apresenta no conceito acima. Mesmo a criação de vínculo, tão enfatizada em diversas falas, não fica claramente explicitado quais as ações que o traduzem; como por exemplo, o diálogo.

Estas questões nos permitem perceber que elementos essenciais para a prática da integralidade não aparecem de forma significativa, pois não transparecem fortalecidas nas vivências profissionais. Por outro lado, percebemos que as experiências da prática da integralidade restringem-se em aspectos operacionais e estruturais do sistema de saúde. E, que o “olhar integral” confunde-se com o “olhar o meio do indivíduo”.

É claro para nós e, a própria literatura confirma, que a integralidade nunca será plena em qualquer serviço de saúde. Cecílio (2001) chama isto de “integralidade focalizada”, que se reporta ao espaço singular das UBS, considerando o esforço da equipe em atender as necessidades mais emergentes dos usuários, captadas em sua expressão individual. Este autor considera ainda que, esta integralidade pretendida só será alcançada a partir do esforço coletivo e solidário da equipe, alicerçado em seus múltiplos saberes e práticas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta dissertação, percorremos diversos caminhos buscando compreender a visita domiciliar, enquanto uma prática que reflita e que facilite a construção do princípio da integralidade, na Estratégia de Saúde da Família. Nestes caminhos, que se compuseram de um misto de nossa vivência, das sucessivas leituras, dos diálogos com colegas, das entrevistas em si, entre outros, pudemos aproximar idéias e exercitar um debate teórico entre estas interlocuções.

A trajetória percorrida e o método de análise de conteúdo de Bardin nos possibilitaram perceber diversas questões pertinentes à prática da visita domiciliar, desenvolvida pelo enfermeiro, no contexto deste estudo. Acreditamos que muitas delas estão dispostas ao longo deste trabalho. Destacamos nas considerações àquelas que, em nosso entendimento, poderão contribuir para o fortalecimento e qualificação da visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família.

Percebemos que a visita domiciliar é um instrumento em potencial para que as ações de promoção à saúde, se efetivem. Promover significa impulsionar, fomentar; o que pode levar à transformação. Visualizamos esta transformação focada para atitudes positivas em saúde, tendo como alicerce o cuidado domiciliar.

A Estratégia de Saúde da Família tem contribuído para a disseminação desta assistência, através de sua expansão geográfica no cenário nacional, sendo que atualmente existem mais de 23,9 mil equipes de saúde da família implantadas, abrangendo 4,9 mil municípios, com uma cobertura populacional de 43,4% da população brasileira, o que corresponde à cerca de 76,8 milhões de pessoas.

Considerando que, a visita domiciliar expande as ações assistenciais da UBS, ela pode ser realizada enquanto ação propulsora da integralidade da assistência em saúde. Para tanto, se reconhece que existe a necessidade de reorientação, tanto das práticas profissionais, quanto dos olhares da formação acadêmica, e, das questões estruturais relacionadas às ações políticas direcionadas à promoção da saúde.

Em relação às práticas profissionais, nosso estudo revelou que existe, por parte dos enfermeiros, uma boa vontade no que se refere à disponibilidade para

mudanças. Evidenciou-se a preocupação em poder desenvolver um trabalho pautado em ações de promoção à saúde, de conhecer e participar da comunidade onde estão inseridos, de preocupar-se em prestar assistência multidisciplinar e com o trabalho em equipe em si. Porém, não ficam claras as ações que estes executam para tal.

A questão do vínculo que estabelecem com a comunidade, o qual permeia muitas das falas, ficou fortemente caracterizado com a ida do enfermeiro no domicílio, e não com a vinda do usuário na UBS, conforme destacamos no sexto capítulo. O que nos leva a perceber a existência de um espaço a ser preenchido frente à filosofia do PSF, explicitando uma dicotomia assistencial não preconizada, quando afirmam, por exemplo, que é no domicílio que se desenvolvem ações de educação em saúde e não na UBS.

Nos pareceu clara a compreensão, por parte dos entrevistados, de que a visita domiciliar configura-se como um instrumento de aproximação entre equipe e usuário, e, de promoção à saúde. Porém, esta concepção é negada quando os enfermeiros são categóricos em afirmar que, quando do planejamento da visita domiciliar, são priorizadas as ações curativas.

Em relação à concepção de integralidade, nos parece estar restringida naquilo que denominam de *conhecer o contexto em que o usuário está inserido e, de buscar uma efetivação das ações intersectoriais*. Tais questões podem propiciar condições favoráveis, mas não garantem a prática da integralidade de uma forma ampla. Compreender e aplicar o princípio da integralidade implica em “superar reducionismos” e entender que há a necessidade de se buscar (re) orientar a organização dos serviços de saúde. Como indica Mattos (2001), para se ampliar as percepções frente às necessidades de um determinado grupo /comunidade, há que buscar-se as melhores formas de dar respostas a tais necessidades.

Acreditamos que isso se deva, em partes, pela formação acadêmica, ainda centrada no modelo tecnicista; e, eis aí, um outro viés importante de se considerar. O próprio Ministério da Saúde tem consciência desta lacuna em relação à construção da integralidade nos ambientes de formação profissional e vem apontando algumas ações e experiências pedagógicas objetivando preenchê-la, fertilizando um terreno vasto, que é o da educação. Tais ações podem ser exemplificadas pelo movimento nacional que ocorreu em torno do AprenderSus, que adotou a integralidade como eixo central na formação profissional em saúde.

Salienta-se ainda, a necessidade que emerge de reestruturar o próprio processo de trabalho, uma vez que a mudança do modelo assistencial por si só, não dá conta de provocar as transformações desejadas. Franco e Mehry (2003) destacam a importância de que essas relações sejam interpostas pela construção de novos valores, de uma cultura e comportamento pautados na solidariedade, na cidadania e na humanização da assistência. Consideram também, que o trabalho em saúde necessita estar relacionado ao que chamam de “face humanitária”, e que esta deve ser incorporada ao arsenal tecnológico utilizado para a produção do serviço. Este arsenal pode ser traduzido na produção do acolhimento e da responsabilização do vínculo, ao passo que são entendidos como diretrizes do modelo assistencial.

Frente ao exposto e, considerando nossa interrogação preliminar que buscava saber se a visita domiciliar, enquanto prática assistencial, vem sendo desenvolvida sob a ótica do princípio da integralidade, gerando autonomia ao usuário, compreendemos que ainda existem muitos desafios a serem vencidos.

Acreditamos que, apesar das limitações em relação ao quantitativo das entrevistas, este estudo e as reflexões aqui tecidas, possibilitaram uma aproximação e geraram possibilidades de um debate em torno da temática em questão, considerando sua amplitude.

Entendemos que conseguimos atingir o objetivo proposto para este estudo, no qual nos propomos a compreender a visita domiciliar, enquanto uma prática facilitadora da construção do princípio da integralidade, na Estratégia de Saúde da Família.

Temos a clareza de que este estudo não se esgota nestas análises, uma vez que apresentamos questões que refletem uma realidade específica, traduzidas por meio das vivências de um grupo de enfermeiros do município de Lages/SC; ao contrário, traz muitas outras inquietações e abre uma leque de questões à serem investigadas e confrontadas com outros estudos neste âmbito.

Neste sentido, é possível não termos apresentado uma “originalidade significativa”, como considera Wosny (2002), porém a caminhada de construção dessa dissertação, nos permitiu ampliar conceitos e reflexões e, agregar novos saberes.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Adriana et al. Visita domiciliária: refletindo sua prática e capacitação. In Creutzber, M., Funck L., Kruse MHL., Mancia, JR. (org). **Livro-Temas dos 56º. Congresso Brasileiro de Enfermagem; Enfermagem hoje: coragem de experimentar muitos modos de ser** [livro em formato eletrônico]; 2004, out 24-29 [capturado 05 Jan de 2006]; Gramado (RS), Brasil. Brasília (DF): ABEn; 2005. Disponível em: <<http://bstorm.com.br/enfermagem>>. ISBN 85-87582-23-2. Acesso em:..05. de janeiro de 2006

ALONSO, Ilca L. K. **Luzes e sombras no ritual do encontro entre o universo profissional e o mundo da intimidade familiar: a intervenção profissional na saúde da família em âmbito domiciliar.** Florianópolis: UFSC/PEN, 2003, 203 p. - (Teses em Enfermagem, 43).

ALVES, Rosana L. et al. História da enfermagem em Lages. 2000. 18 f. Trabalho de Disciplina. (História da Enfermagem). Universidade do Planalto Catarinense, Lages – SC, 2000.

ARAÚJO. M. at al. Saúde da Família: Cuidado no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, n. especial, p.117-122, dez. 2000.

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

BRANDÃO, Carlos R. **História do menino que lia o mundo.** São Paulo: ANCA, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. Senado Federal, 1988.

_____. LEI Nº 8080 de 19/09/1990. Dispõe sobre as condições de formação, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 20 set 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma estratégia de organização dos serviços de saúde**, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde . Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Nota técnica sobre a**

iniciativa do Ministério da Saúde para estimular a mudança na graduação das profissões da saúde, conforme a política de educação para o SUS. (Apostila), Brasília/DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde, Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>> Acesso em: 15 de set. de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: unidade de aprendizagem - análise do contexto da gestão e das práticas de saúde.** / Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde / FIOCRUZ, 2005.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <www.ibge.gov.br> Acesso em: 25 de abril de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Disponível em: <www.saude.gov.br/sgtes/versus> Acesso em: 12 de maio de 2005.

CAMARGO JR., K. R. As muitas vozes da integralidade. In: Pinheiro, R. Mattos, R. A. **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde/** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

CARVALHO, Gilson C. M. **O Financiamento Público Federal do Sistema Único de Saúde -1988/2001.** 2002. 301 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo , São Paulo, 2002.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde.** In: Pinheiro, R., Mattos, R. A., Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde/ Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001.

COELHO, Paulo. **Histórias para pais, filhos e netos.** São Paulo : Globo, 2001.

CORBO, A., MOROSINI, M. Saúde da Família: História recente da reorganização da atenção à saúde. In Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org). **Textos de apoio em políticas de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

COSTA Licurgo. **O continente das Lagens:** sua história e influência no sertão da terra firme. Florianópolis: Fundação Catarinense de Cultura, 1982.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira S.A, s/d.

FRACOLLI, Lislaine A.; BERTOLOZZI, Maria R. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo. **Manual de Enfermagem/** Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. **O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2003.

FREIRE, Paulo, **Pedagogia do oprimido**, 13. ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

GOMES, Maria C. P.A., PINHEIRO, R., **Acolhimento, Vínculo e Integralidade: O poder do discurso ou o discurso sem poder? Algumas reflexões sobre as práticas cotidianas em saúde da família em grandes centros urbanos.** Texto integrante da dissertação de mestrado intitulada Acolhimento, Vínculo e Integralidade: O poder do discurso ou o discurso sem poder? Um estudo sobre as práticas cotidianas em saúde da família em grandes centros urbanos. UERJ, 2005.

HARTZ, Zulmira M.A., CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da Atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S331-S336, 2004.

LAGES, Prefeitura do Município, Secretaria Municipal da Saúde. **Projeto de Expansão do Programa de Saúde da Família do Município de Lages – SC**, Lages, 2003.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Lages. **Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB)**. Período analisado: 01/2005 à 07/2005. (Cópia p. 1 e 2, Versão: 4.2. em 08/08/2005)

LEOPARDI, M.T., RODRIGUES, M.S.P. **O Método de Análise de Conteúdo: uma versão para enfermeiros.** Fortaleza : Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

LIMA, N. T. O Brasil e a organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões. In: FINKELMAN, Jacobo (org). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MACEDO, L. et. al. **História da enfermagem em Lages.** 2000. 15 f. Trabalho de Disciplina (História da Enfermagem). Universidade do Planalto Catarinense, Lages – SC, 2000.

MATTOS, Rubens Araújo. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões.** In: Pinheiro, R., Mattos, R. A., Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde/ Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001.

MAZZA, Márcia M.P.R. **A visita domiciliária como instrumento de assistência em saúde**. 1988. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/MAZZA.HTM>>. Acesso em: 16 de abr.de 2005.

MATTOS, Thalita M. Visita domiciliária. In Kawamoto, E.E. (org) **Enfermagem Comunitária**. 2ª reimpressão São Paulo. EPU, 2004.

MENDES, Walter. **Home Care: uma modalidade de assistência à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001.

MERCADANTE, Otávio Azevedo. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (org). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MOREIRA, M. C. N. **A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 3, p. 621-45, nov. 1998, fev. 1999.

NASCIMENTO, Evania. **Programa de Saúde da Família: Vivenciando a experiência**. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 53, n. especial, p. 171-173, dez. 2000.

NOVOS RUMOS. **Correio Lageano**, Santa Catarina, Lages, p. 8, 21/ago/2005.

PADILHA, Maria Itayra C. S. Questões Éticas: cuidados metodológicos na pesquisa de enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 118-132, jul./dez. 1995

ROSEN, George. **Uma história da Saúde Pública**. São Paulo: UNESP/HUCITEC-ABRASCO, 1994.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde, **SUS – Sistema Único de Saúde**: Legislação Básica. Florianópolis, SC. IOESC, 2001.

SILVA, Alcione L.; ARRUDA, Eloita N. Referenciais com base me diferentes paradigmas: Problema ou solução para a prática de enfermagem? **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 2, n. 1, jan./jun., 1993, p. 82-92.

SILVA, R. V. B. et al. Do elo ao laço: O agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2004.

SOUZA, C. R.; LOPES, S. C. F.; BARBOSA, M. A., A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. **Revista da UFG**, vol. 6, nº Especial, dez, 2004. Disponível em:<www.proec.ufg.br> Acesso em 18 de abr. de 2005.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária**: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

TAKAHASHI, Renata F.; OLIVEIRA, Maria Amélia C. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. **Manual de Enfermagem**/ Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa em Enfermagem**: Uma modalidade convergente – assistencial. Florianópolis: Editora Insular, 2004.

UNIPLAC – **Projeto Político Pedagógico** (PPP) do Curso de Graduação em Enfermagem, Lages, 2005.

WOSNY, Antônio de Miranda. **A estética dos odores**: o sentido do olfato no cuidado de enfermagem hospitalar. Florianópolis: [s.n.] 2002. Teses em enfermagem 36.

XAVIER, Caco; GUIMARÃES, Cátia. Uma semiótica da integralidade: o signo da integralidade e o papel da comunicação. In: Pinheiro, R. e MATTOS, R. A (org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.