

INSTITUTO FLORENCE DE ENSINO SUPERIOR
CURSO DE ENFERMAGEM

ADRIANA SAMPAIO BARROS

VISITA DOMICILIAR: dificuldades na construção do vínculo familiar na Estratégia
Saúde da Família

São Luis-MA
2017

ADRIANA SAMPAIO BARROS

VISITA DOMICILIAR: dificuldades na construção do vínculo familiar na Estratégia
Saúde da Família

Artigo apresentado a Coordenação do Curso de
Enfermagem como requisito para obtenção do
título de Bacharel em Enfermagem no Instituto
Florence de Ensino Superior.

Orientador: Márcia Raquel Lima Amaral Moura

São Luís-MA

2017

B277v

Barros, Adriana Sampaio.

Visita domiciliar: dificuldades na construção do vínculo familiar da ESF e familiares./ Adriana Sampaio Barros. – São Luís: Instituto Florence de Ensino Superior, 2017.

20 f.; il.

Orientador: Prof^a. Márcia Raquel Lima Amaral Moura.

Artigo (Graduação em Enfermagem) – Instituto Florence de Ensino Superior, 2017.

1. Saúde da família. 2. Visita domiciliar. 3. Assistência domiciliar. I. Moura, Márcia Raquel Lima Amaral. II. Título.

CDU614

ADRIANA SAMPAIO BARROS

VISITA DOMICILIAR: dificuldades na construção do vínculo familiar na Estratégia
Saúde da Família

Artigo apresentado a Coordenação do Curso de
Enfermagem como pré-requisito para obtenção do
título de Bacharel em Enfermagem no Instituto
Florence de Ensino Superior.
Orientador: Márcia Raquel Lima Amaral Moura

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.
(Orientador)

Prof.
(Examinadora)

(Examinadora)

VISITA DOMICILIAR: dificuldades na construção do vínculo familiar na estratégia

HOME VISIT: difficulties in building the family bond in the strategy

Adriana Sampaio_Barros⁽¹⁾, Marcia Raquel Lima Amaral Moura ⁽²⁾

RESUMO A visita domiciliar é um importante instrumento da Estratégia Saúde da Família, pois, é através da mesma que se possibilita o conhecimento e a realidade do indivíduo e sua família in loco, fortalecer e criar vínculos entre o profissional e o cliente. O presente estudo é uma revisão bibliográfica realizada nos bancos de dados da LILACS, SCIELO e REBEn, na busca de foram utilizados 11 artigos científicos dos que contemplassem o objetivo de identificar as dificuldades presentes na visita domiciliar tanto para o profissional quanto o usuário da Estratégia de Saúde da Família como resultados, as dificuldades encontradas foram: falta de tempo, sobrecarga de trabalho, dificuldades no transporte, violência territorial, despreparo profissional, desconhecimento do processo de trabalho, equipes incompletas e alta rotatividade dos profissionais. Tais dificuldades podem interferir e dificultar a construção do vínculo entre o profissional e usuário do programa Estratégia Saúde da Família. Conclui-se que os profissionais e familiares passam por sérios problemas relacionados com a visita domiciliar, onde o profissional encontra diversas barreiras que interferem na realização das mesmas, a gestão da Estratégia Saúde da Família e entraves profissionais podendo dificultar o estabelecimento da visita domiciliar e aproximação entre o profissional e a família.

Descritores: Visita domiciliar, Saúde da Família, Assistência Domiciliar

ABSTRACT The home visit is an important tool of the Family Health Strategy, because it is through the same that the knowledge and reality of the individual and his family in loco are possible, to strengthen and create links between the professional and the client. The present study is a bibliographic review carried out in the data bases of LILACS, SCIELO and REBEn, in the search were used 11 scientific articles that contemplated the objective of identifying the difficulties present in the home visit for both the professional and the user of the Health Strategy of As a result, the difficulties encountered were: lack of time, work overload, difficulties in transportation, territorial violence, lack of professional preparation, lack of knowledge of the work process, incomplete teams and high turnover of professionals. Such difficulties may interfere and make it difficult to build the link between the professional and the user of the Family Health Strategy program. It is concluded that professionals and families have serious problems related to the home visit, where the professional encounters several barriers that interfere with their accomplishment, the management of the Family Health Strategy and professional obstacles, making it difficult to establish the home visit and approach between the professional and the family.

Descriptors: Home visit, Family Health, Home Care

¹ Acadêmica do curso de Enfermagem do Instituto Florence de Ensino Superior (IFES). e-mail: adryannahsampaio@hotmail.com

² Enfermeira. Docente do Instituto Florence de Ensino Superior (IFES). e-mail: coord.enfermagem@florence.edu.br

1 INTRODUÇÃO

A visita domiciliar (VD) pode ser definida como "um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento tanto educativo como assistencial". Constitui-se como uma atividade que possibilita uma interação mais efetiva entre os membros da equipe de saúde, na medida em que possibilita o convívio desta com a realidade vivenciada pelo usuário-família¹.

Sendo assim, a visita domiciliar é um grande instrumento utilizado no processo de educação em saúde, o qual se constitui em um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e a promoção da saúde. É um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde².

Esta modalidade de atendimento é uma oportunidade de entender melhor o modo de vida dos usuários, conhecerem o ambiente em que vivem e as relações familiares, abordar questões que vão além da doença física e contemplem os problemas sociais e emocionais, proporcionando orientações voltadas para as reais necessidades de saúde do usuário e buscando singularidades na forma de cuidar. Estabelece-se como uma oportunidade de conhecer e acompanhar o usuário e sua família no próprio ambiente familiar.

A visita domiciliar por ser um instrumento de interação entre os profissionais e a família, ela pode ser realizada de duas formas: A primeira é denominada visita domiciliar Fim, onde a mesma tem objetivos específicos de atuação na atenção domiciliar terapêutica e visita a pacientes acamados. A segunda é a visita domiciliar Meio, na qual se realiza a busca ativa pela demanda reprimida, promoção e prevenção da saúde mediante educação em saúde de maneira individualizada³.

O enfermeiro realiza a visita domiciliar as famílias que necessitam de maior atenção à saúde e o agente comunitário de saúde (ACS) realiza a visita domiciliar mensal com todas as famílias de sua microárea. Este fato evidencia que o enfermeiro volta sua prática para a intervenção na saúde, a partir da investigação das necessidades afetadas, enquanto o (ACS) detecta as demandas da população e acompanha a saúde das famílias, o que é preciso ser feito periodicamente⁴.

O enfermeiro e o ACS, por serem profissionais que atuam diretamente com o usuário, tanto através de atividades na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) quanto nas visitas domiciliares, desenvolvam de modo intrínseco ao seu cotidiano as mais variadas práticas de saúde, principalmente as ligadas ao cuidado.

Durante a visita domiciliar, trabalha-se muito com a comunicação, o "saber ouvir" é uma atividade sempre presente nesta modalidade de atendimento. Esta habilidade na comunicação desperta o sentimento de confiança, estabelece relacionamento interpessoal da equipe multiprofissional/pacientes e familiares, permitindo assim despertar confiança segurança essa satisfação neste processo dialógico.⁵

O vínculo familiar estabelece relação entre o profissional e o usuário, família, comunidade, baseada na ética, na corresponsabilidade, no respeito e na confiança. A construção do vínculo depende tanto dos usuários quanto da equipe. A base do vínculo para a equipe é o compromisso com a saúde daqueles que a procuram, ou são por ela procurados⁶. Vivemos hoje a fragilidade na construção de laços nas relações, sejam elas, de trabalho, conjugais, parentais que acaba vulnerabilizando as mesmas. Nesse contexto surgiram vários questionamentos: Quais são as dificuldades encontradas na construção do vínculo familiar? Quais as dificuldades encontradas pelos profissionais enfermeiros na visita domiciliar? Essas dificuldades interferem no fortalecimento dos laços?

O interesse por este tema partiu da experiência que adquirir ao substituir minha mãe como agente comunitária de saúde no período de um ano, e vivenciar de perto as necessidades que os usuários do programa têm ao receber uma visita domiciliar. É por meio de uma visita domiciliar que permite ao profissional da saúde interagir com o usuário do programa e o meio em que ele vive, e principalmente se aproximar e conhecer a realidade e criar vínculos de amizade e inspirar confiança.

O conhecimento do desenvolvimento desta tecnologia de saúde favorecerá a melhoria do serviço prestado ao usuário da Estratégia da Saúde Família visto que poderemos apontar os pontos mais tênues que merecerão mais atenção por parte de todos os envolvidos. O bjetivo deste trabalho foi Identificar as dificuldades presentes na visita domiciliar tanto para o profissional quanto o usuário da Estratégia de Saúde da Família que estão diretamente ligadas à construção do vínculo familiar.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de revisão bibliográfica, desenvolvida com base em material já elaborado, constituído essencialmente de livros e artigos científicos, com a temática visita domiciliar e as dificuldades na construção do vínculo familiar entre profissionais e usuários da Estratégia Saúde da Família.

Para identificar as publicações que compuseram a revisão bibliográfica deste estudo, foi realizado uma busca na literatura de produções processadas por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), indexadas nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (*Scientific Eletronic Library Online*) e REBen Revista Brasileira de Enfermagem). Para tanto, empregaram-se descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Visita domiciliar, Saúde da Família, Assistência Domiciliar. (conforme mostra o Tabela 1).

Tabela 1: Quadro com o descritor, as bases de dados e o quantitativo de artigos encontrados e utilizados de acordo com o tema do estudo.

BASE DE DADOS	ENCONTRADOS	UTILIZADOS
VISITA DOMICILIAR		
LILACS	413	2
SCIELO	223	2
REBEN	4	0
SAÚDE DA FAMILIA		
LILACS	16.535	4
SCIELO	6.535	1
REBEN	312	0
ASSISTÊNCIA DOMICILIAR		
LILACS	15.545	1
SCIELO	374	1
REBEN	5	0

A busca pelos estudos foi realizada de Março a Maio de 2017. Os critérios de inclusão utilizados foram: textos completos em português, publicados de 2009 a 2017 disponíveis gratuitamente, que contemplavam ou respondiam a pergunta da pesquisa. Foram excluídos da pesquisa textos que não respondiam as perguntas e o ano de publicação inferior a 2009.

Para a coleta dos dados, todos os artigos foram lidos criteriosamente em sua íntegra e selecionados, por atenderem rigorosamente aos critérios de inclusão, e seus conteúdos foram julgados suficientemente esclarecedores e pertinentes para fazerem parte do presente estudo. Dos 37 artigos encontrados nas bases de dados, apenas 11 constituíram os quadros de resultados por atenderem rigorosamente aos critérios de inclusão.

Inicialmente, criou-se um quadro com todos os descritores, as bases de dados e o quantitativo de artigos encontrados e utilizados de acordo com o tema do estudo. Após, foi elaborado um quadro geral com todos os dados obtidos (título, autores, ano, base de dados e resultados) com o objetivo de colher ao máximo de informações possíveis durante a coleta dos dados, tornando possível a análise, comparação e discussão das informações extraídas dos artigos encontrados na busca. Em seguida, as interpretações dos dados foram realizadas a partir da leitura de todos os artigos na íntegra e identificada às categorias temáticas de acordo com a similaridade e legitimidade dos artigos obtidos.

A discussão dos resultados ocorreu após as leituras e agrupamento dos dados obtidos através da comparação dos resultados dos artigos coletados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a seleção dos artigos percebemos a emergência de alguns temas que podem dificultar o estabelecimento do vínculo durante o trabalho na Estratégia de Saúde da Família. Os resultados foram agrupados em 2 temas para melhor discussão dos dados coletados durante a pesquisa: Gestão da Estratégia Saúde da Família e Entraves Profissionais.

Quadro 1 - Distribuição dos artigos científicos, quanto as dificuldades da Estratégia Saúde da Família. São Luís-MA, 2017

Título	Autor	Ano	Base de dados	Resultados
Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade	Maria José Menezes Brito ¹ , Angélica Mônica Andrade ² , Beatriz Santana Caçador ³ , Letícia Fernanda de Cota Freitas ⁴ e Claudia Maria de Mattos Penna ⁵	2013	SCIELO	“Então, o mesmo enfermeiro que está aqui dentro para assistência é o mesmo que tem que sair para fazer visita. É o mesmo que não tem tempo para sentar com o agente comunitário para estar programando, organizando ...”
Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde	Mislaine Casagrande de Lima Lopes ¹ e Sonia Silva Marcon ^{2*}	2012	LILACS	“Já em relação às dificuldades. Uma delas, bastante citada entre os profissionais, refere-se à falta de tempo.”
A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar.	Arlete da Guia Drulla ¹ , Ana Maria Cosvoski Alexandre ² , Fernanda IzumiRubel ³ , Verônica de Azevedo Mazza ⁴	2009	LILACS	“Os profissionais deparam com dificuldades como o tempo cronológico, pois muitas vezes ocorre sobreposição de atividades e atuação de um profissional em várias unidades de saúde.”
Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família	Helen Nicoletti Fernandes ¹ , Maira BussThofehrn ² , AdrizeRutz Porto ³ , Simone Coelho Amestoy ⁴ , Michelle Barboza Jacondino ⁵ , Mariana Rodrigues Soares ⁶	2015	LILACS	“Um estudo realizado em hospital de grande porte localizado no interior de Minas Gerais apontou em primeiro lugar, dentre os demais estressores... relacionamento interpessoal e sobrecarga de trabalho.”
Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário	¹ Verena Duarte Moraes, ² Carlos Eduardo Aguilera Campos, ³ Ana Laura Brandão	2014	LILACS	“Isso pode ser explicado pela recém-chegada dos médicos da ESF nos CMS e sua rotatividade, o que impede a construção do vínculo...”
Visita domiciliar no âmbito da	Adriana Bezerra de Brasil	2009	SCIELO	“A gente não é acostumada, (...) com eles, a gente vê pela primeira vez, é

Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil	Albuquerque 1 Maria Lúcia Magalhães Bosi 1			muito difícil ver, é meio estranho, a gente fica meio acanhada, é muito diferente; aqui com eles já estou.”
Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pelo ótica dos usuários	Maria José Sanches Marin ² , Milton Marchioli ³ , Maria Yvete Aguiar Dutra Moracvick ⁴	2012	SCIELO	“{...} olha, eu acho assim: ter um medico é certo para cada área específica, porque aqui é médico só para todos, mas é regara da unidade...”

(Próprio autor)

O enfermeiro, no cargo de gestão, possui um grande progresso na sua atuação, e se deve, principalmente, à implantação do programa de agentes comunitários de saúde (PACS) em 1991, pois valorizou a atuação do enfermeiro.

Percebeu-se que o enfermeiro é capaz de administrar, desenvolver suas tarefas e ações, e modificar a realidade local de onde ele atua. O gestor deve ser hábil para compor consensos e alianças socialmente construídas, se contrapondo a racionalidade gerencial burocrática, normativa e tradicional. Assim se faz necessário que o gestor realmente conheça a realidade de seu território de abrangência, para que possa desenvolver as ações gerenciais de modo a contemplar os princípios do SUS.⁷

Por outro lado nesta atual situação, o ser gestor e ser enfermeiro da ESF geram uma sobrecarga excessiva de trabalho nas unidades básicas de saúde, sobre profissional enfermeiro é um fator de grande relevância, pois, este problema interfere na execução das visitas diária destes profissionais. Essas dificuldades relacionadas à sobrecarga e falta de tempo, pode implicar na insatisfação da família ao receber este profissional, ocasionando assim que o enfermeiro e o agente comunitário de saúde percam totalmente a sua credibilidade, implicando na não construção do vínculo familiar.

A sobrecarga de tarefas do enfermeiro é apontada pelos ACS como o principal motivo da falta de supervisão. Tal ação é considerada como uma atividade importante para discussão das adversidades encontradas no cotidiano do trabalho, como também representa um espaço para reflexão, em que a enfermeira pode avaliar a necessidade de informação, capacitação e educação permanente.⁸

Com relação a composição das equipes da Estratégia de Saúde da Família é recomendável que a equipe de uma unidade de Saúde da Família seja composta, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Outros profissionais de saúde poderão ser incorporados a estas unidades básicas, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais.⁹

Uma das características importantes do Programa Saúde da Família é o estabelecimento de equipes formadas por profissionais de diferentes áreas. Ao falar em equipe, surge a necessidade de considerar o relacionamento interpessoal, o trabalho em grupo, a inter e a multidisciplinaridade. A falta de componentes pode dificultar na operacionalização da atenção básica.¹⁰

No que diz respeito ao problema de ordem estrutural que também dificulta a implementação da VD na esfera da atenção domiciliar (AD), é de grande importância a disponibilidade do carro para a realização das visitas. Entretanto, este nem sempre está disponível nos horários acordados, atrasando, com isso, as visitas agendadas e, em certos casos, não sendo possível visitar todos os pacientes programados no dia. Esse problema se torna ainda mais complexo quando se tem a informação de que há pacientes que necessitam desse serviço e não são visitados há mais de um ano. Soma-se, ainda, a carência de materiais minimamente necessários (como equipamentos e medicamentos) para assistência domiciliar.¹¹

Neste contexto o nível municipal é quem define a melhor adequação dos meios e condições operacionais, cabendo-lhe a competências de garantir a infraestrutura/funcionamento da rede básica necessária ao pleno desenvolvimento das ações da estratégia de Saúde da Família, incluindo recursos materiais e a disponibilidade de carros para realização das visitas.

A alta rotatividade também é encontrada como uma dificuldade na construção do vínculo. A insatisfação no trabalho relacionada a falta de capacitação, distância das unidades e disponibilidade de materiais para realizar o trabalho são apontados como dificultadores no desenvolvimento desta atividade. Outro fator que também causa essa rotatividade é o estresse ao qual são submetidos os profissionais também é indicado como gerador de insatisfação e da intenção de deixar o posto de trabalho. A maior parte dos profissionais não recebeu capacitação para atuar na ESF, o que pode comprometer seu desempenho e dificultar a capacidade para resolução de conflitos que surgem na prática diária, o que também

foi apontado como fator gerador de estresse. No entanto a rotatividade constitui-se em sério problema em função dos altos custos gerados por esses eventos. ¹²⁻¹³

Quando a rotatividade encontra-se acima de 26%, ela produz altos custos e impactos financeiros e, estando acima de 50%, essa rotatividade pode comprometer a produtividade e a qualidade da assistência prestada. ¹⁴ A literatura científica considera que o principal fator que leva o profissional a deixar uma organização é seu nível de insatisfação com a função que exerce, podendo ser causada por qualquer um dos muitos aspectos que compõem o trabalho. ¹⁵

Quadro 2- Distribuição dos artigos científicos, quanto Entraves Profissionais. São Luís-MA, 2017

Título	Autor	Ano	Base de dados	Resultados
Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil	1 Andréa Sabino 2 Filgueiras, Ana Lúcia Abrahão Silva	2010	LILACS	“[...] a parte ruim é que tem agentes que num tem muito conhecimento do bairro, aí tem que ficar explicando que é agente, qual a função do agente, tem gente que não aceita, às vezes porque tem plano de saúde.”
A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades x potencialidades	Lilian Carla Ferrari Sossai* Ione Carvalho Pinto**	2010	LILACS	“As equipes de saúde que realizam visitas domiciliares enfrentam um alto grau de tensão. As maiores dificuldades encontradas são as de ordem técnica, ou seja, os profissionais não contam com preparo específico para certas situações...”
Atuação do agente comunitário de saúde: conhecimento de usuários	Andreia Souza de JesusI; Flavia Pedro dos Anjos SantosII; Vanda PalmarellaRodriguesIII; Adriana Alves NeryIV; Juliana Costa MachadoV; Tatiana Almeida CoutoVI	2014	LILACS	Esses entrevistados relacionam... desconhecimento a respeito do trabalho desse profissional, o que pode resultar em insatisfações com a atuação desses profissionais...”
Enfermeiras desafiando a violência no	Sandra Helena Isse Polaro2, Lucia	2013	SCIELO	“É proposta central da ESF a família como participe do processo saúde-doença, com ações individuais e

âmbito de atuação da estratégia de saúde da família1	de da de da	HisakoTakase Gonçalves3, Angela Maria Alvarez4			coletivas, em seu ambiente físico e social. Todavia, tal foco se desvirtua quando o principal desafio da equipe é vencer a violência territorial, sério problema social que interfere no desenvolvimento das ações por parte dos profissionais da equipe.”
--	-------------	--	--	--	--

(Próprio autor)

A operacionalização da ESF se dá por meio da demarcação territorial dos usuários, da execução do trabalho realizado por equipe multidisciplinar e interdisciplinar, do conhecimento das famílias que são o alvo da assistência e do elo entre os colaboradores e as famílias assistidas.¹⁶

O espaço-território vai muito além de um simples recorte político-operacional do sistema de saúde é o locus onde se verifica a interação população-serviços no nível local. Caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço singulares, com problemas e necessidades de saúde determinados, os quais para sua resolução devem ser compreendidos e visualizados espacialmente por profissionais e gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse território apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção e reconstrução.¹⁷

O despreparo e desconhecimento do processo de trabalho podem implicar e trazer sérios prejuízos ao cliente que esteja acamado, resultando inclusive em frequentes hospitalizações. Além disso, o despreparo pode gerar ansiedade e maior desgaste físico, ocasionando situações de risco para ambos, dificultando a melhora do paciente e implicando na insatisfação do profissional quanto do usuário do programa Estratégia Saúde da Família.¹⁸

Estudos vêm mostrando que os profissionais de saúde em especial das equipes de saúde da família, tem dificuldades de trabalhar na ESF. Esses autores apontam que as dificuldades estão associadas à falta de conhecimentos e habilidades no que tange aos instrumentos e estratégias para se trabalhar com famílias, bem como a organização do processo de trabalho, seja no interior da equipe, ou na gestão do serviço, que não cria condições para que haja o desenvolvimento desse tipo de atividade.¹⁹

Para o Ministério da Saúde o treinamento introdutório capacita os profissionais para que possam analisar, junto com a comunidade, a situação de

sua área de abrangência, no que se refere aos aspectos demográficos, socioeconômicos, ambientais e sanitários (morbimortalidade e fatores de risco), identificando os problemas e as potencialidades existentes. Contribui também para que os profissionais compreendam e apreendam os indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), estabelecendo mecanismos de monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas, que ofereçam suporte ao processo decisório da Unidade Básica de Saúde (UBS).²⁰

Em termos gerais, espera-se que o profissional, uma vez qualificado através do curso introdutório, esteja capacitado a: Compreender os princípios e diretrizes básicas da ESF, no âmbito do SUS. Identificar os fundamentos e instrumentos do processo de organização e prática dos serviços de saúde da família: trabalho em equipe, desenvolvimento das ações programáticas, organização do processo de trabalho e intersetorialidade. Compreender as bases para o desenvolvimento do processo de planejamento das ações e serviços das UBS.²¹

Outro problema está relacionado ao trabalho dos profissionais da ESF está baseado no vínculo de proximidade com os usuários do serviço e a comunidade onde está inserido. Cria-se, desta forma, um ambiente propício para que o profissional se envolva mais na problemática e condição de saúde da população. Por outro lado, esta ação tende a gerar aproximações de risco, tornando estes profissionais vulneráveis à violência.²²

A criminalidade é presente e constante na sociedade brasileira, sobretudo em regiões vulneráveis e nas periferias de grandes cidades. Faz parte desse contexto os assaltos à mão armada, as agressões e os assassinatos, os quais resultam em graves consequências sociais, sendo evidenciados pelo aumento dos índices de violência e da morbimortalidade. Essa realidade afeta diretamente a qualidade de vida das pessoas, gerando diversos problemas socioeconômicos que refletem no cotidiano da sociedade.²³⁻²⁴

A violência territorial interfere no desempenho da assistência à saúde por provocar limites no acesso ao serviço, fazendo com que a população não compareça à unidade e, da mesma forma, os profissionais não conseguem desenvolver uma assistência domiciliar. O acesso ao atendimento domiciliar, por questões de interferência da violência, não se consegue realizar com qualidade para os usuários.²⁵⁻²⁶

Este quadro caracteriza-se como um problema social que atinge os indivíduos de forma pessoal e coletiva, trazendo vários problemas para a promoção do cuidado em saúde. Em seu contexto social e histórico, a violência configura-se como um problema de saúde pública, estando relacionada a agravos físicos, emocionais e sociais que influenciam na qualidade de vida dos cidadãos, trazendo consequências para as condições de saúde das pessoas. Podendo causar danos aos profissionais que estão suscetíveis e a comunidade, pois, o profissional vai se tornar alheio a esses problemas. ²⁷⁻²⁸

Quando falamos na organização das visitas estas devem ser programadas semanalmente pelos enfermeiros e ACS, da estratégia saúde da família. Os enfermeiros e os ACS já saem para a visita domiciliar conhecendo a história clínica e social da família, sendo que por vezes eles resgatam essa história no prontuário ou na reunião de equipe. Planejar a visita domiciliar é fundamental, pois possibilita ao profissional organizar e dinamizar seu tempo, uma vez que as tarefas são muitas. O planejamento possibilita conhecer a história familiar previamente, favorecendo a aproximação e a orientação na visita domiciliar. Além de definir os dados que precisam ser levantados junto à família para serem agregados ao projeto terapêutico da família e ao plano de visita. ²⁹

Quanto ao horário de realização das visitas domiciliares elas frequentemente são feitas a partir das 9h da manhã, uma vez que os enfermeiros e os ACS relataram que parte da comunidade acorda neste horário, sendo necessário respeitar esse costume. Por vezes, a família é avisada antecipadamente a respeito da visita domiciliar a ser realizada, especialmente em casos nos quais há coleta de sangue e urina, ou curativos. O horário preferencial das famílias para a realização da visita domiciliar é um critério importante a ser considerado para que as visitas não sejam infrutíferas. ³⁰

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebeu-se que os maiores desafios enfrentados na construção do vínculo familiar, pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família, está na realização da visita domiciliar, pois, essa modalidade vem trazendo vários entraves que dificultam a interação entre os profissionais e a comunidade. Dentre esses entraves podemos relatar problemas oriundos da gestão e da própria prática profissional, são eles: falta de tempo, sobrecarga de trabalho, dificuldades no transporte, violência territorial, despreparo profissional, desconhecimento do processo de trabalho, equipes incompletas e alta rotatividade dos profissionais.

Embora tenha sido evidenciado que vários fatores relacionados à visita domiciliar podem interferir no estabelecimento do vínculo, a visita domiciliar continua sendo um importante instrumento, pois, ela possibilita uma aproximação entre os envolvidos desta pesquisa, estreitando os laços entre os profissionais e a família. Desse modo é essencial que o profissional ponha em prática essa atividade, pois, esse vínculo só é conquistado através de muito trabalho, esforço, empenho e dedicação de toda equipe.

REFERENCIAS

1. Roesemarta julia marques lopes padilhamics, carvalho mtc, silva mo, pinto vt. **visita domiciliar: uma alternativa assistencial**.revenfermuerj.
2. kerbernpc, kirchhofalc, cezar-vaz. **considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde**. cad saúde.
3. Coelhofig, savassilcm. **aplicação da escala de risco familiar como instrumento de priorização de visitas domiciliares**. ver brasmed família comun.
4. Martinsjj,albuquerquegl, nascimentoerp, barra dcc, souza wgas, pacheco wns. **necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio**.
5. Rehemtcmsb, trad lab. **assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira**.ciênc saúde.
- 6.Barrêto, a. j. r.et al. **experiências dos enfermeiros com o trabalho de gestão em saúde no estado da paraíba**. texto contexto-enferm., v. 19, n. 2, p. 300-8, 2010.
7. Barrêto, a. j. r. et al. **experiências dos enfermeiros com o trabalho de gestão em saúde no estado da paraíba**. texto contexto-enferm., v. 19, n. 2, p. 300-8, 2010.
- 8.Saude da familia: **uma estratégia para reorientação do modelo assistencial** . brasil. ministério da saúde, 1997. p 13 11:25.
9. Brasil. ministério da saúde. secretaria de assistência à saúde. coordenação de saúde da comunidade.**saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**.
10. Sossai lcf, pinto ic. **a visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades x potencialidades**. ciênc. saúde coletiva. 2010;9(3):569-576.
- 11.Campos, c. v. a.; malik, a. m. **satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do programa de saúde da família**. revista de administração pública, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008.
- 12.Rodrigues, j. a. c.; pereira, m. f.; sabino, m. m. f. l. **proposta para adoção de estratégias para diminuir a rotatividade de profissionais da estratégia de saúde da família de santo amaro da imperatriz**. col. gestão da saúde pública, v. 2, p. 65-81, 2013.
- 13.Rodrigues, j. a. c.; pereira, m. f.; sabino, m. m. f. l. **proposta para adoção de estratégias para diminuir a rotatividade de profissionais da estratégia de saúde da família de santo amaro da imperatriz**. col. gestão da saúde pública, v. 2, p. 65-81, 2013.

14. Campos, c. v. a.; malik, a. m. **satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do programa de saúde da família**. revista de administração pública, rio de janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, mar./abr. 2008.
15. Herzberg, f. the motivation to work. 2. ed. new york: john wiley & sons, inc., 1964.
16. Costa e, Carbone M. **Saúde da família: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2009; 260 p.
17. Schimith md, lima mads. **o enfermeiro na equipe de saúde da família: estudo de caso**. reventerm uerj [internet]. 2009 apr/june [cited 2014 feb 12]; 17(2): 252-6. available from: disponível
18. (Santos, leon, funghetto, 2011) santos. r. s; leon. c. g. r. m. p; funghetto. s. s. **princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar**. ciência & saúde coletiva, 16(supl. 1):855-863, 2011.
19. (Machado et al (2006); manfrini e boehs (2004); ribeiro (2004); centa et al (2004); oliveira e marcon (2007). oliveira, r.g.; marcon, s.s. **trabalhar com famílias no programa de saúde da família: a prática do enfermeiro em maringá-paraná**. revesc enferm usp, são paulo, v. 41, n. 1, p. 65-72, mar, 2007.
20. Brasil. **ministério da saúde. secretaria de políticas de saúde**, departamento de atenção básica. treinamento introdutório. milton menezes da costa neto (org). Brasília: ministério da saúde, 2000.16 p.
21. Brasil. **ministério da saúde. secretaria de políticas de saúde**, departamento de atenção básica. treinamento introdutório. milton menezes da costa neto (org). Brasília: ministério da saúde, 2000.16 p.
22. Pires rm. projeto de pesquisa aprovado pelo cnpq (cosau/cgsau/dabs) sob o protocolo 470165/20081 (edital mct/cnpq 14/2008 – universal/edital mct/cnpq 14/2008 universal – faixac): **saúde da família no interior do estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do sus; 2008**.
23. Mikton cr, tanaka m, tomlinson m, streiner dl, tonmyr l, lee bx, et al. global research priorities for interpersonal violence prevention: a modified delphi study. bull world health organ. 2017;95(1):36-48.
24. Lopes cs, moraes cl, junger wl, werneck gl, ponce de leon ac, faerstein e. direct and indirect exposure to violence and psychological distress among civil servants in rio de janeiro, brazil: a prospective cohort study. bmc psychiatry. 2015;15(109):1-9.
25. Silva lo l, dias ca, soares mm, rodrigues, sm. **acessibilidade ao serviço de saúde: percepções de usuários e profissionais de saúde**. cogitare enferm. 2011;16(4):654-60.

26. Leão lo, dias ca, soares mm, rodrigues sm. **acessibilidade ao serviço de saúde: percepções de usuários e profissionais de saúde**. cogitareenferm. 2011;16(4):654-60.
27. Minayo mcs. conceitos e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. in: najine k, assis sg, constantino p. **impactos da violência na saúde**. 2ª ed. rio de janeiro (rj): fiocruz; 2009. p. 21-42.
28. Vasconcellos irr, abreu amm, maia el. **violência ocupacional sofrida plos profissionais de enfermagem do serviço de pronto atendimento hospitalar**. revgaúchenferm. 2012;33(2):167-75.
29. Favoreto, c. a. o.; camargo júnior, k. r. **alguns desafios conceituais e técnicooperacionais para o desenvolvimento do programa de saúde da família como uma proposta transformadora do modelo assistencial**.
- 30 Abrahão al, lagrange v. a visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. in: morosini mvgc, corbo amda (org.). **modelos de atenção e a saúde da família**. rio de janeiro: epsjv/fiocruz; 2007.