



**CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

GISMARIA BEZERRA BATISTA

**VISITA DOMICILIAR DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: sob o olhar do idoso**

**ICÓ – CE
2021**

GISMARIA BEZERRA BATISTA

**VISITA DOMICILIAR DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA:** sob o olhar do idoso

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção de nota na disciplina de Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso da graduação em enfermagem pelo Centro Universitário Vale do Salgado.

Orientadora: Prof.^a Esp. Clélia Patrícia da Silva Limeira

GISMARIA BEZERRA BATISTA

**VISITA DOMICILIAR DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA:** sob o olhar do idoso

Projeto de pesquisa apresentado ao Centro Universitário Vale Do Salgado – UNIVS como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em _____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Esp. Clélia Patrícia da Silva Limeira
Centro Universitário Vale Do Salgado – UNIVS
Orientadora

Prof. Esp. Rafael Bezerra Duarte
Centro Universitário Vale Do Salgado – UNIVS
1º Examinador

Prof.^a Esp. Maria Jacielma Alves Melo Araújo
Centro Universitário Vale Do Salgado – UNIVS
2º Examinador

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, por ter iluminado esse meu longo percurso e por ter me dado forças para não desistir deste sonho.

Aos meus pais Pedro e Giselda por terem dedicado as suas vidas a nossa família e também por terem me acompanhado durante todo esse percurso. Vocês são muito especiais em minha vida, amor incondicional.

As minhas irmãs Giselly e Gismagda, as quais são minhas verdadeiras amigas e estão sempre me apoiando e incentivado para não desistir dos meus sonhos.

A minha orientadora, Prof.^a Clélia Patrícia, um exemplo intelectual; que não mede esforços para compartilhar seus conhecimentos; é uma pessoa brilhante e sabe reconhecer o valor do outro. Pelo apoio nos momentos de decisão e pelas reflexões possibilitadas em todo o processo. O meu muito obrigada, meu afeto e minha admiração.

A professora Cleciana Alves, cujos ensinamentos transcendem o campo acadêmico, sendo, para mim, um referencial intelectual a ser seguido por toda vida.

As minhas amigas Janaine Gonçalves, Jardenia Feitosa, Leidimar Rodrigues, Iara Ferreira e Maria Andressa que fizeram parte da minha história no decorrer desses cinco anos. Construimos uma grande amizade, éramos inseparáveis, sempre dávamos um jeitinho para participar das mesmas equipes de trabalho. Amo vocês.

Em especial ao meu amigo Lucas Araújo Almeida que desde os primeiros dias dessa longa jornada esteve sempre me ajudando no que precisava. A ele deixo um lugar reservado no meu coração.

Ao Prof. Rafael Bezerra e a Prof.^a Maria Jacielma os quais me receberam como estagiaria e me instigou a refletir sobre o objeto de estudo dessa pesquisa. Profissionais competentes e intelectuais que irei sempre me espelhar.

Muitos me acompanharam durante a realização deste estudo, apoiando-me e auxiliando-me das mais diversas maneiras. Foram ajudas valiosas, inestimáveis e que tornaram possível alcançar o sonho desejado.

Queridos amigos e familiares com quem compartilho sonhos e esperanças quero repartir a alegria desse sonho realizado e agradecer pela companhia de todos.

“A enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; pode-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

(Florence Nightingale)

LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário De Saúde
APS	Atenção Primaria a Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil
CE	Consulta de Enfermagem
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CF	Constituição Federal
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP	Especialista
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PROF	Professor (A)
PSF	Programa Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCPE	Termo de Consentimento Pós Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIVS	Centro Universitário Vale do Salgado
VD	Visita Domiciliar

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 DISTRIBUIÇÃO DA PESSOA IDOSA POR FAIXA ETÁRIA	27
TABELA 2 DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS POR SEXO	28
TABELA 3 DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS POR ESTADO CIVIL	28
TABELA 4 DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS POR NÍVEL DE ESCOLARIDADE	29
TABELA 5 RENDA MENSAL DOS IDOSOS	30

RESUMO

BATISTA, G.B. **VISITA DOMICILIAR DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: SOB O OLHAR DO IDOSO**. 2021. Ex. 54 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário Vale do Salgado, Icó, 2021.

Introdução: O envelhecimento da sociedade brasileira vem acontecendo de forma bem acelerada nos últimos tempos. As transformações na estrutura etária no Brasil incidiram dentre os anos 1940 e 1960, no qual a nação presenciou uma redução expressiva da mortalidade, conservando a fecundidade em níveis elevados. O aumento da expectativa de vida, na realidade, é uma conquista de qualquer nação. Todavia, só pode ser avaliado como amplo avanço na proporção em que se acrescente qualidade de vida ao envelhecimento. Neste contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual foi lançada como Programa Saúde da Família (PSF) nasce para reorganizar o modelo assistencial da rede básica de saúde no Brasil. A Visita Domiciliar (VD) constitui uma ação fundamental da ESF, desenvolvida pelos ACS, enfermeiros e outros profissionais que atuam dentro da atenção básica. **Objetivo:** Identificar as percepções dos idosos em relação à visita domiciliar realizada pelo enfermeiro da atenção básica de saúde. **Metodologia:** O estudo foi desenvolvido através de uma pesquisa de campo, com recursos e procedimentos metodológicos qualitativos, por meio do uso dos instrumentos e técnicas: questionário e observação. A unidade básica de saúde estudada foi a Estratégia Saúde da Família São Geraldo, do município Icó- CE, no qual entrevistamos 10 idosos, durante o período de novembro de 2020 a dezembro de 2020. E a partir de uma perspectiva teórico-crítica, buscamos compreender, os caminhos viáveis a uma intervenção condizente com a reorganização da Estratégia Saúde da Família que pressupõe a visita domiciliar como possibilidades de interação no cuidado à saúde da pessoa idosa. **Resultados:** Como resultado o estudo mostra a importância da oferta do enfermeiro no cuidar em saúde ao idoso no âmbito familiar de forma a garantir ao usuário uma atenção qualificada. Como desafios foi possível identificar as dificuldades frente às ações desenvolvidas na Visita Domiciliar que precisam ser realizadas em caráter continuado de forma a garantir a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa e acompanhar suas demandas em família. **Conclusão:** Pode-se concluir que é necessário repensar as práticas das equipes de Atenção Básica para que a visita domiciliar seja vista como possibilidade para que ações de promoção da saúde sejam implementadas. E que apesar dos avanços ainda existe amplos desafios a serem superados para a oferta de uma assistência humanizada fundada no acolhimento domiciliar.

Palavras-Chave: Visita domiciliar; Enfermeiro; Percepção do idoso.

ABSTRACT

BATISTA, G.B. **NURSES 'HOME VISIT IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: UNDER THE VIEW OF THE ELDERLY**. 2021. 54 f. Monograph (Graduation in Nursing) – Vale do Salgado University Center, Icó, 2021.

Introduction: The aging of Brazilian society has been happening at an accelerated rate in recent times. The transformations in the age structure in Brazil occurred between the 1940s and 1960s, in which the nation saw a significant reduction in mortality, keeping fertility at high levels. The increase in life expectancy, in reality, is an achievement of any nation. However, it can only be evaluated as a major advance in proportion to the quality of life added to aging. In this context, the Family Health Strategy (ESF), which was launched as the Family Health Program (PSF) was born to reorganize the care model of the basic health network in Brazil. The Home Visit (HV) is a fundamental action of the FHS, developed by the CHA, nurses and other professionals who work within primary care. **Objective:** To identify the perceptions of the elderly in relation to home visits by nurses in primary health care. **Methodology:** The study was developed through field research, with qualitative methodological resources and procedures, through the use of instruments and techniques: questionnaire and observation. The basic health unit studied was the São Geraldo Family Health Strategy, in the municipality of Icó-CE, in which we interviewed 10 elderly people, from November 2020 to December 2020. And from a theoretical-critical perspective, we sought understand, the viable paths to an intervention consistent with the reorganization of the Family Health Strategy, which presupposes home visits as possibilities for interaction in health care for the elderly. **Results:** As a result, the study shows the importance of the nurse's offer in health care for the elderly in the family context in order to guarantee the user a qualified care. As challenges, it was possible to identify the difficulties in face of the actions developed in the Home Visit that need to be carried out on a continuous basis in order to guarantee the improvement of the quality of life of the elderly person and accompany their demands in the family. **Conclusion:** It can be concluded that it is necessary to rethink the practices of Primary Care teams so that home visits are seen as a possibility for health promotion actions to be implemented. And despite the advances, there are still ample challenges to be overcome for the provision of humanized assistance based on home care.

Keywords: Home visit; Nurse; Perception of the elderly.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVO.....	12
2.1 OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
3.1 ASPECTOS DO ENVELHECIMENTO	13
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO IDOSO	14
3.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	17
3.4 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	18
3.5 VISITA DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	20
4 METODOLOGIA.....	22
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	22
4.2 CENÁRIO E LOCAL DO ESTUDO	22
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	23
4.4 INSTRUMENTO E TÉCNICA DA COLETA DE DADOS	23
4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	24
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	24
4.7 RISCOS E BENEFÍCIOS	25
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	27
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS.....	39
APÊNDICES	42
ANEXO.....	49

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da sociedade brasileira vem acontecendo de forma bem acelerada nos últimos tempos. O avanço demográfico de pessoas idosas com 60 anos ou mais segue uma tendência mundial que se releva pela diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade e o avanço da estimativa de vida (SILVA, BORGES, 2014).

As transformações na estrutura etária no Brasil incidiram dentre os anos 1940 e 1960, no qual a nação presenciou uma redução expressiva da mortalidade, conservando a fecundidade em níveis elevados. Contudo, foi a partir do final da década de 1960, com a diminuição da fecundidade, que se presenciou o processo da transição da estrutura etária, que altera a uma população quase equilibrada por jovens a um perfil de pessoas idosas (CARVALHO; WONG, 2008).

O aumento da expectativa de vida, na realidade, é uma conquista de qualquer nação. Todavia, só pode ser avaliado como amplo avanço na proporção em que se acrescente qualidade de vida ao envelhecimento. Deste modo, qualquer política pública lançada a pessoa idosa deve ponderar sua condição funcional, participação efetiva, autonomia, cuidado e autossatisfação. Além disso, deve abrir espaços que possibilitem a participação em diversas conjunturas sociais e de criação de novos sentidos para a vida na velhice. E ainda viabilizar, essencialmente, a prevenção, o cuidado e a promoção integral à saúde das pessoas idosas (MOREIRA et al., 2013).

Por sua vez, considerar o envelhecimento da sociedade brasileira como uma conquista significa garantir políticas sociais capazes de enfrentar os desafios postos, traçar estratégias e possibilidades que ofereçam a pessoa idosa condições de viver a velhice com dignidade.

Neste contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual foi lançada como Programa Saúde da Família (PSF) nasce para reorganizar o modelo assistencial da rede básica de saúde no Brasil, cuja centralidade é a família que é referenciada a partir do reconhecimento de território, por microárea de risco, o trabalho é realizado em equipe e com a integração de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por meio de ações de caráter preventivo, assistencial e de reabilitação (VERRI, 2006).

A Visita Domiciliar (VD) constitui uma ação fundamental da ESF, desenvolvida pelos ACS, enfermeiros e outros profissionais que atuam dentro da atenção básica e que por seu potencial de possibilidade de uma intervenção integral em nível primário de assistência que se define na relação da equipe com as famílias, compõe-se em objeto excepcional de reflexão no centro da oferta assistencial de saúde (MANDÚ et al., 2008).

A VD especificamente na ESF objetiva por meio do trabalho com as famílias promover a interação entre profissional e o usuário/família, a parte da aproximação do conhecimento real da condição de vida do cidadão e sua inserção em uma dada comunidade. Igualmente, a visita domiciliar constitui um instrumento de atenção à saúde que possibilita potencializar o protagonismo e a autonomia das famílias assistidas por meio do atendimento acolhedor e humanizado, dirigindo a oferta do trabalho em conjunto e integralidade das atividades (POLARO et al., 2013).

Nesse contexto, o cenário apresentado e todas as questões pontuadas têm impulsionado a importância do reconhecimento e o enfrentamento das necessidades de saúde da pessoa idosa pela efetivação das políticas públicas integradas que estão estreitamente vinculados aos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente tendo como porta de entrada a ESF. Assim, o problema proposto nesta pesquisa nasceu das seguintes indagações: Qual a percepção dos idosos com relação à visita domiciliar do enfermeiro da ESF? Como ocorre a visita domiciliar? Quais ações são desenvolvidas na mesma? Quais dificuldades os idosos enfrentam na VD do enfermeiro?

Assim, com vistas a compreender essa dinâmica e os mecanismos envolvidos no processo da visita domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família, sob o olhar do idoso. Buscamos conhecer elementos essenciais presentes no contexto da oferta de saúde a pessoa idosa.

Tendo como relevância no âmbito acadêmico e profissional o estudo trará para os interessados na temática uma fonte de pesquisa aprimorada, melhorando, assim, os seus conhecimentos para trabalhar e orientar a importância da visita domiciliar para os idosos. Desta forma, a comunidade vai poder compreender a importância da visita domiciliar, atendendo, através desta, as orientações repassadas pelo enfermeiro.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar as percepções de idosos em relação à visita domiciliar realizada pelo enfermeiro da Estratégia Saúde da Família São Geraldo, do município Icó- CE.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar os aspectos sociodemográficos;
- Compreender como ocorre à visita domiciliar;
- Conhecer as ações desenvolvidas pelo enfermeiro na visita domiciliar, na visão do idoso;
- Entender as dificuldades enfrentadas pelo idoso na VD realizada pelo enfermeiro.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ASPECTOS DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo biológico inerente à pessoa humana. Sendo um fenômeno marcado por ações dinâmicas, progressiva e irreversível, atrelados a fatores biológicos, psíquicos e sociais, ou seja, altera sua relação com o tempo, com meio em que vive e com sua própria história de vida.

Nas últimas décadas, o crescimento da população idosa no Brasil vem acontecendo de forma acelerada e progressiva, caracterizando, um processo de transição demográfica do país. Tal fenômeno decorre de alterações sociais, econômicas e epidemiológicas da população, apresentando um desafio para as políticas públicas de saúde.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE as estimativas anunciam que até 2025 a sociedade brasileira ocupará a sexta posição da maior população do mundo de pessoas idosas. Diante desse cenário de mudança demográfica, as questões sobre envelhecimento vêm exigindo o aprimoramento das políticas públicas e principalmente uma nova percepção do envelhecimento que possa garantir qualidade de vida (IBGE, 2012).

O envelhecimento, com suas particularidades, pode ser entendido em sua totalidade a partir das dimensões determinadas entre os diversos aspectos biológicos, cronológicos, sociais e psicológicos. Esses aspectos rebatem na individualidade do sujeito, a partir das condições culturais vivenciada pelo próprio. Condições econômicas, políticas, históricas, geográficas e culturais determinam distintas representações sociais na velhice.

Na atualidade, a velhice surge associada a uma carga de doenças e perdas, e é na maioria das vezes compreendida como exclusivamente um problema clínico. Para Neri e Freire a idade avançada ainda está interligada à degradação do corpo, adedência e à incapacidade. “Na base da rejeição ou da exaltação acrítica da velhice, existe uma forte associação entre esse evento do ciclo vital com a morte, a doença, o afastamento e a dependência” (Neri; Freire, 2000, p. 8). O envelhecimento começou a ser tratado como um ciclo da vida marcado pelo desgaste físico e a falta de funções sociais a partir da segunda metade do século XIX. A velhice se dá com uma ação contínua de dependências e perdas, que ofereceria uma imagem de ausência de condições aos idosos e seria responsável por uma estrutura de conceito negativo ligado à velhice (DEBERT, 1999).

O envelhecimento pode ocorrer de forma natural, o idoso conseguindo viver uma vida com bem estar, autonomia e protagonismo, superando as limitações intrínsecas da idade e mantendo-se ativo e saudável; entretanto, o que acontece com mais constância é o

envelhecimento patológico, no qual o idoso mantém-se mais vulnerável as complicações das doenças e limitações que podem acarretar fase da vida, ou seja, progressivas limitações.

Nessa perspectiva, compreende-se que o envelhecimento é um processo heterogêneo e complexo, conforme Mascaro (2004) descreve sobre a idade cronológica, biológica, social e psicológica:

A idade cronológica é marcada pela data de nascimento da pessoa e nem sempre ela caminha junto com a idade biológica, que é determinada pela herança genética e pelo ambiente, e diz respeito às mudanças fisiológicas, anatômicas, hormonais e bioquímicas do organismo. A idade social relaciona-se às normas, crenças, estereótipos [...]. A idade psicológica envolve as mudanças de comportamento decorrentes das transformações biológicas do envelhecimento, é influenciada pelas normas e expectativas sociais (MASCARO, 2004, p. 39-40).

Conforme é considerado pela Organização Mundial de Saúde, a idade cronológica, o envelhecimento inicia aos 60 anos nos países em desenvolvimento e aos 65 anos nos países desenvolvidos. No Brasil, conforme preconiza o Estatuto do Idoso (2003), as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos são idosas.

No que tange os fatores sociais, as mudanças de papéis, a crise de autoconhecimento acarretada pela falta de importância social dada ao idoso e as diversas perdas financeiras e/ou emocionais. Além das alterações nos aspectos psicológicos, que podem ocasionar aos idosos dificuldades de aderir novas funções e às transformações repentinas, além da falta de motivação, baixa autoestima, quadro depressivo e alterações psíquicas (ZIMERMAN, 2000).

É papel das políticas de saúde viabilizar condições e garantir o maior alcance de pessoas idosas com qualidade de vida, construir oportunidade para um envelhecimento ativo e saudável. Logo, torna-se necessário a construção de possibilidades e estratégias em busca de mudança no contexto atual capaz de contemplar ao idoso, atenção integral.

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO IDOSO

A construção do direito a saúde pública é recente na história do Brasil. Durante muitos anos a saúde foi concebida historicamente pelo viés da caridade, numa perspectiva assistencialista, desenvolvida por meio de ações focalistas e emergenciais. Com a promulgação da Constituição Brasileira de 1988, foi reconhecida como política pública e direito do cidadão e não um favor do Estado ou das entidades filantrópicas.

Conforme a Constituição Federal de 1988 aborda no seu artigo 196. “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à

redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Nesse processo de elaboração da CF de 1988, houve a participação efetiva da sociedade civil por meio dos movimentos sociais e garantiu a elaboração de leis específicas para que os direitos de diversas demandas sejam realmente efetivados, dentre elas, o segmento dos idosos.

Nesse contexto, nasceu a Política Nacional do Idoso, Lei nº 8842, sancionada em 1994, que reconhece o idoso como sujeito de direitos e define condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Segundo Teixeira a Política Nacional do Idoso:

[...] foi pautada em dois eixos básicos: proteção social, que inclui as questões de saúde, moradia, transporte, renda mínima, e inclusão social, que trata da inserção ou reinserção social dos idosos por meio da participação em atividades educativas, socioculturais, organizativas, saúde preventiva, desportivas, ação comunitária. Além disso, trabalho e renda, com incentivo à organização coletiva na busca associada para a produção e geração de renda como cooperativas populares e projetos comunitários (TEXEIRA, 2008, p.78).

A Política Nacional do Idoso reafirma e amplia os direitos dos idosos já promulgados na Constituição Federal de 1988, construindo a garantia dos direitos da pessoa idosa, enquanto ferramenta legal capaz de impulsionar a proteção integral na velhice, tendo como finalidade e princípios garantidores de direitos, com vista a assegurar vida digna a pessoa idosa.

Em 1999, foi aprovada a Política de Saúde do Idoso por meio da Portaria 1.395/1999 que estabeleceu normas específicas ao setor Saúde, definições e redefinições dos programas, planos, projetos e atividades visando atenção integral ao idoso, assegurando o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde; à preservação/melhoria/reabilitação da capacidade funcional dos idosos com a finalidade de assegurar-lhes sua permanência no meio social em que vivem, desempenhando suas atividades de maneira independente.

Para o alcance da finalidade da Política de Saúde do Idoso, foram definidas diretrizes norteadoras das ações na esfera da saúde, e estabelecidas às responsabilidades institucionais para a efetivação da proposta. Igualmente, orienta a ação contínua de avaliação e acompanhamento para verificar a sua abrangência, considerando possíveis ajustes que se fizerem necessárias.

Com intensa participação da sociedade civil, no ano de 2003, nasce um importante mecanismo de proteção a população idosa, o Estatuto do Idoso promulgado pela Lei 10.741 que

tem como uma das suas prioridades o redimensionamento das políticas públicas, ampliando a resposta do Estado e da sociedade às reivindicações desse segmento, bem como, a garantia da proteção integral a pessoa idosa, essencialmente no que se diz respeito às suas condições de saúde, dignidade e bem-estar.

Deste modo, o Estatuto do Idoso adota a responsabilidade compartilhada entre família, sociedade e Estado no cuidado com o idoso, priorizando o acolhimento em seu domicílio, pelo núcleo familiar. Ficando o Estado e a sociedade suplementares e não somente subsidiários na ausência ou carência da família (MIOTO, 2010).

No que tange aos direitos assegurados pelo Estatuto do Idoso referente à saúde fica definido, entre outros, atenção integral à saúde da pessoa idosa por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS) incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos; Direito a acompanhante em caso de internação ou observação em hospital, bem como em casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos deve ser objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária e órgãos competentes.

Um dos importantes desdobramentos do estatuto do idoso na área da saúde é assegurado no Artigo 18, o qual afirma que “as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores e familiares e grupos de autoajuda” (BRASIL, 2003).

Outro documento que apresenta o avanço da legislação brasileira na defesa dos direitos da população idosa, tendo em vista que, na prática, a efetivação ainda é construção contínua, é a Portaria nº 2.528, que trata da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, aprovada em 19 de outubro de 2006.

Nesse contexto, a política traça como principais diretrizes: o envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais; fortalecimento do controle social; garantia de orçamento; incentivo a estudos e pesquisas.

Nesse sentido o presente conjunto de dispositivo legal destinado à pessoa idosa tem capacidade de proporcionar e possibilitar a potencialização das ações desenvolvidas, criar estratégias para fortalecer as intervenções, a qualificação do cuidado e a garantia do acesso dos idosos aos serviços de Atenção à Saúde.

3.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia Saúde da Família - ESF foi criada pelo Ministério da Saúde em 1994, visando à reformulação do modelo de atenção à saúde e o fortalecimento dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, assumindo o desafio de garantir o acesso igualitário a todos aos serviços de saúde. Inicialmente surge com a nomeação Programa de Saúde da Família, a estratégia nasceu a partir de 2006, por meio da Portaria nº 648/06, cujo, Ministério da Saúde passou a denominar o PSF como ESF, na expectativa de fortalecer a ideia da Saúde da Família como o eixo estruturante da atenção básica, e por sua vez repensando o padrão tradicional sanitário médico curativista, para a implantação e consolidação de uma abordagem coletiva, multiprofissional, centralizada na família e na comunidade.

Assim prever através do trabalho de equipes multiprofissionais, promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, concretizando a partir do conhecimento da realidade do território local e das condições de sua população. A estratégia Saúde da Família considera o núcleo familiar como base fundamental, possibilitando, inclusive in loco, o atendimento qualificado com escuta e troca de vivências familiares, objetivando atenção humanizada, aproximar às famílias a unidade de saúde, promovendo o acesso aos serviços e o estabelecimento de vínculos com a equipe médica, a fim de contribuir na melhoria da qualidade de vida dos membros familiares.

A Política Nacional de Atenção Básica define a composição e as competências da Equipe de Saúde da Família:

- I - equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal;
- II - O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;
- III - Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe; (BRASIL, 2011).

As equipes multiprofissionais, a critério do município, podem ainda ser compostas por outros profissionais, como por exemplo, odontólogos, assistente social, educador físico, entre outros. Cada Unidade Básica da ESF, através da equipe em referencia, é responsável pelo

atendimento e acompanhamento da população de um determinado território. Estas famílias são referenciadas por cadastrados, o que facilita a aproximação de interlocução da equipe e o usuário, levantamento das demandas e condições que permeiam as necessidades em saúde, além de, traçar dados relevantes à construção dos diagnósticos, os perfis epidemiológicos, os aspectos sociais e culturais que permitem o planejamento e a possível criação de possibilidades e estratégias para atuação da equipe.

A ESF almeja humanizar as ações em saúde alcançando a construção de vínculos entre profissionais e população, busca a integralidade da assistência e o aumento do compromisso e das responsabilidades compartilhados entre a política de saúde e a comunidade (SOUSA, 2012).

Nessa expectativa, a ESF deve se planejar de tal forma que contemple atendimento integral às demandas da comunidade e a outras necessidades de saúde não percebidas como o rastreamento de doenças e educação em saúde (SARTI; MACIEL, 2012).

Portanto, toda essa construção continua da ESF no Brasil representa um avanço e um importante lugar de promoção à participação coletiva e multiprofissional, centralizada na família, a partir da realidade social, econômica e cultural de cada território em abrangência, podendo junto criar a partilha de saberes, no qual cada um contribui para a construção de meios e possibilidades para um viver saudável.

Dentro da ESF é competência do enfermeiro realizar a assistência integral de saúde a família e sujeitos, e isso contempla ações de cunho preventivo, proteção e promoção da saúde, cujas ações não são direcionadas exclusivamente em cuidar dos episódios de saúde dos núcleos familiares, mas também, compreender as circunstâncias envolvidas a assistência de saúde a cada membro da família.

3.4 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O exercício profissional do enfermeiro é um trabalho especializado capaz de propiciar ações inovadoras que atenda às necessidades da assistência integral de saúde dentro da equipe multiprofissional da ESF, cuja atuação elenca práticas contínuas, de acolhimento e escutas dos usuários na unidade, no domicílio ou em espaços comunitários para a efetivação da promoção a saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica delinea como atribuições dos enfermeiros na Atenção Básica o seguinte:

- I- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;
- III- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- IV- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;
- V- Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e VI- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS (Brasil, 2011, p. 46 e 47).

Assim, compete ao enfermeiro desenvolver atividades na ESF, como os processos específicos de sua categoria profissional na prestação de assistência com atuações voltadas para sociedade em geral, como: consulta de enfermagem (CE), assistência integral em todas as fases do ciclo de vida, acompanhamento da mulher, participação em grupos na unidade ou na comunidade, execução de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, visita domiciliar (VD), atividades de apoio e supervisão ao trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e do técnico ou auxiliar de enfermagem, podendo ainda assumir a gerência da unidade de saúde.

O exercício profissional do enfermeiro na ESF ocorre fundamentalmente na unidade de atendimento e na comunidade. Em ambos oferece suporte técnico e supervisiona o trabalho do agente comunitário de saúde (ACS) e da equipe de enfermagem, contemplando atendimento aos usuários que buscam a ESF e aos que necessitam de cuidados domiciliares, considerando o contexto local (SANTOS, 2013).

Assim sendo, para o desenvolvimento das ações do profissional da enfermagem na ESF, é necessário que o enfermeiro fundamente sua prática em conhecimento técnico-científico que norteie as possibilidades de estratégias diante as dificuldades apresentadas na efetivação da assistência, utilizando meios que ajudem na comunicação, para que facilite o desenvolvimento da interação via escuta, emprego de linguagem adequada para cada usuário, sendo cauteloso as dúvidas e sempre impulsionando a participação do próprio nesse processo (KAWATA et al., 2013).

É de suma importância que o enfermeiro desenvolva seu exercício profissional baseado em seus princípios éticos e legais para que fundamente uma prática qualificada que apresente em seu campo de atuação intervenções que possa ser realizada com eficácia, responsabilidade e competência profissional, que possam garantir atendimento integral na recuperação dos usuários em atendimento.

Conforme a Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS, o enfermeiro exerce a “prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade” (BRASIL, 2010).

O profissional da enfermagem possui atribuições e competências técnicas a ser efetivada no cuidado a saúde na atenção domiciliar, uma vez que, dispõe de instrumentos essenciais para o desenvolvimento de ações, oferecendo, por meio, de vistas regulares à atenção necessária nos níveis primários de assistência.

3.5 VISITA DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dentre a gama de atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na Atenção Primária à Saúde - APS e considerando que ESF contempla a cobertura de atendimento populacional por meio do território, ponderando as condições sociais, econômicas e culturais para melhor compreender e aproximar-se da realidade posta às famílias, a visita domiciliar destaca-se como um importante instrumento de alcance de tal objetivo por ser desenvolvida dentro do território de atuação, no domicílio do usuário.

A VD possibilita a oferta do cuidado ao ambiente de vivência do indivíduo e do núcleo familiar. Desta forma, é muito relevante que toda a equipe multidisciplinar possua uma harmonia, buscando com prioridade o aprimoramento das ações desenvolvidas em equipe e eficácia no trabalho (GAÍVA; SIQUEIRA, 2011).

Considerando, os instrumentais profissionais realizados pela equipe da estratégia saúde da família, a visita domiciliar é utilizado como eixo de aproximação ao conhecimento do contexto de vida da população, o acesso aos serviços a promoção ao atendimento integral a saúde dos usuários impossibilitados de ir à Unidade Básica de Saúde (UBS), bem como, o fomento a construção de vínculos entre profissionais e usuários.

Logo, o trabalho realizado em equipe multiprofissional e interdisciplinar na ESF à comunidade objetiva a oferta da assistência integral em saúde no direcionamento de adequar a prática em saúde contextualizada e resolutiva na percepção das correlações de ajuda profissional, familiar e sujeito.

Neste sentido, a VD é um método que referencia o enfermeiro da ESF ao estudo das restrições presentes no processo saúde-doença, como também a base de ideais na tomada de decisão das medidas que possibilitem a promoção da saúde. É pelo viés da visita que o profissional faz a busca ativa, planeja e concretiza as medidas assistenciais apropriadas ao alcance da promoção da saúde (NASCIMENTO et al., 2013).

Assim sendo, a visita domiciliar é um importante instrumento no arcabouço das técnicas, métodos e saberes da enfermagem em saúde comunitária usada para identificar e acompanhar as necessidades de saúde das famílias assistidas pela equipe e para possível intervenção no processo saúde/doença familiar. Enquanto campo de atuação constitui uma das competências da enfermagem, numa abordagem ampla, com a finalidade de estender as ações de saúde à comunidade.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa.

Segundo Minayo (2014), a fase exploratória de uma investigação envolve desde a etapa de construção do projeto até os procedimentos e testes que permitem a entrada em campo, esse processo compreende: a escolha do tópico de investigação, a delimitação do problema, a definição do objeto e dos objetivos, a construção de hipóteses ou pressupostos e do marco teórico conceitual para elaboração dos instrumentos de coleta e da exploração do campo.

A pesquisa descritiva trabalha segundo procedimentos organizados e com finalidade definida para descrever determinado conteúdo a partir de mensagens coletadas anteriormente, isto, a interpretação de mensagens (BARDIN, 2011).

A abordagem qualitativa tem caráter exploratório, possibilita assim aos participantes da pesquisa expor livremente sobre algum tema, objeto ou conceito. É utilizada quando se procura percepções e entendimento sobre determinada temática, abre espaços para a interpretação, mostrando aspectos subjetivos e atingem motivações não explícitas, ou mesmo conscientes, de maneira espontânea (GIL, 2011).

4.2 CENÁRIO E LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Icó-Ceará, situado na Região Centro Sul do Estado do Ceará, sendo à distância da capital Fortaleza de 375 km. Tem uma área de 1.872 km² e sua população é de 67.456 habitantes segundo o IBGE/2014, com densidade de 36 hab/km². Seu clima é semiárido. O IDH representa 0,606 segundo o IBGE/2010 e o PIB per capita é R\$ 8 370,04 de acordo com o IBGE/2015.

A rede de Atenção Básica do Icó, conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é composta por dezessete unidades básicas de saúde e vinte equipes que integram a Estratégia Saúde da Família (ESF), dentre estes, seis pertencem à sede e os demais localizado na zona rural nos distritos: Cruzeirinho, Icozinho, Lima Campos, Santa Cruz da Serra (Pedrinhas) e São Vicente, a estrutura do município ainda contempla dois Núcleos de Apoio a Saúde da Família de Icó – NASF, Centros de Atenção Psicossocial - CAPS - CAPS AD, CAPS II, CAPS i - CASA DE JOAO E MARIA, Centro de Especialidades Odontológicas – CEO,

Hospital Regional de Icó Prefeito Walfrido Monteiro Sobrinho, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU e Academia da Saúde de Icó.

O cenário do estudo foi a ESF São Geraldo localizada na Travessa 2 de Abril, S/N, Sede. Atualmente trabalha com aproximadamente 2.000 famílias até junho de 2020, com duas áreas descoberta do acompanhamento do ACS. A estrutura física dispõe de uma entrada que é utilizada como recepção, sala de preparação, três consultórios (médico, enfermeiro e dentista), farmácia, sala para procedimento, sala de vacinação, salão de eventos, cozinha, dois banheiros sendo destinados para os pacientes e outro para os funcionários e área de serviço.

A equipe é formada por vinte e um profissionais distribuídos da seguinte maneira: um enfermeiro, um técnico em enfermagem, um médico clínico geral, um odontólogo, atendente de saúde bucal, uma recepcionista, um auxiliar de farmácia, um motorista, dois auxiliares de serviços gerais, um vigilante e 10 ACS.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A população da pesquisa foi composta por idosos acolhidos pela atenção domiciliar do enfermeiro da ESF São Geraldo do Icó, independente do gênero, delimitados intencionalmente de acordo com a necessidade da pesquisa e por saturação das falas. A amostra foi composta por 10 idosos.

Os critérios de inclusão: Ser idoso e ser acompanhado pelo enfermeiro em visitas domiciliares. Os critérios de exclusão: Os idosos que não se sentirem confortáveis em participar da pesquisa e idosos vulneráveis onde o responsável não permita sua participação na pesquisa.

4.4 INSTRUMENTO E TÉCNICA DA COLETA DE DADOS

A pesquisa foi desenvolvida através de uma entrevista composta por um roteiro semiestruturado com questões voltadas para o perfil sociodemográficos dos participantes, bem como, para os dados subjetivos pautados no objetivo do estudo. O instrumento de coleta de dados foi aplicado nos meses de novembro e dezembro de 2020 após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa – CEP (ANEXO I). De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde para com a pandemia de Coronavírus foram adotadas as medidas do Comunicado do Ministério da Saúde - Condução de Pesquisas “2.1. Aconselha-se a adoção de medidas para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e

preservar a integridade e assistência dos participantes e da equipe de pesquisa”. Os participantes foram abordados no domicílio, com visitas domiciliares, onde foram esclarecidos os critérios de inclusão e exclusão. Em seguida, os selecionados, mediante a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B) e assinatura do Termo de Consentimento Pós-Esclarecido - TCPE (APÊNDICE C) e do Termo de Autorização de Imagem e Voz foi aplicada a entrevista, de forma a garantir o anonimato e preservação da privacidade dos entrevistados.

As informações foram coletadas em mídia digital, pelo dispositivo de gravação de áudio presente no celular e transcrito para maior fidedignidade e otimização da análise dos dados.

4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A análise dos dados foi feita de acordo com o método de análise de conteúdo de Bardin (2011) que foi desenvolvida a partir do material da pesquisa com obediência na ordem cronológica. Na pré-análise, momento de organizar e sistematizar as ideias foi feita a leitura do material de pesquisa. Na descrição analítica ocorreu o procedimento da seleção das falas separando os significativos a serem submetidos à análise, formuladas as hipóteses e os objetivos traçados para a pesquisa. Em seguida foi realizada a exploração do material esta foi a fase longa e cansativa que compreendeu todo o processo de codificação, de decomposição ou enumeração em função de normas previamente formuladas. E na última fase, interpretação referencial, que foi responsável pelo tratamento dos resultados obtidos e a interpretação, ou seja, desenvolveu-se o estudo aprofundado do material selecionado que favorece ao pesquisador o entendimento do assunto durante todo o processo de pesquisa.

Os dados foram coletados no momento da pesquisa e organizados em categorias e aos participantes foram atribuídos codinomes para preservar o anonimato dos mesmos sendo estes identificados por códigos ou siglas.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Referente aos aspectos éticos da pesquisa o mesmo obedeceu ao que consta na Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012, do CNS – Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, que dispõe sobre diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013).

Esta resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais da bioética: a autonomia, a não maleficência, beneficência e justiça. Ainda considera o respeito pela dignidade humana, além de proteger os participantes de pesquisas científicas com seres humanos.

Desse modo, o projeto de pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido à análise do Comitê de Ética e Pesquisa -CEP do Centro Universitário Leão Sampaio - Unileão, com o objetivo de cogitar a viabilidade ética do mesmo e para apreciação e aprovação do estudo, para realizar a pesquisa.

Foi solicitado de maneira formal para a pesquisa de campo através do pedido de autorização para realização da mesma por meio do Termo de Anuência (APÊNDICE A) e os participantes da pesquisa foram convidados a participarem da entrevista, por meio do TCLE, (APÊNDICE B) e assinatura do Termo de Consentimento Pós-Esclarecido (APÊNDICE C) e Termo de Autorização de Imagem e Voz, se comprometendo e se submetendo ao estudo, análise e pesquisa propostos.

4.7 RISCOS E BENEFÍCIOS

A pesquisa apresentou riscos mínimos e o pesquisador teve o cuidado de exposição, dando ênfase aos princípios éticos da beneficência e não maleficência. Ainda referente aos riscos o estudo em pauta houve a ocorrência de um evento desfavorável (inconveniente ou desconforto) decorrente da participação de um dos entrevistados em expor suas particularidades, porém o pesquisador minimizou ao máximo isso, pois os mesmos foram entrevistados no próprio domicílio, forma essa de garantia do anonimato e preservação da privacidade dos entrevistados.

Em razão do cenário vivido referente a pandemia da COVID-19, aumentou-se os riscos pertinentes à pesquisa, o contágio dos pesquisadores e/ou dos integrantes do estudo com o novo Sars-Cov-2. Objetivando a amenizar o risco, a fase da coleta dos dados foi realizada quando a pandemia estava sob controle, com a atenuação dos números de casos. Usando de medidas preventivas, como uso de EPI's pelo pesquisador; assepsia correta das mãos no começo da coleta de dados, bem como o uso constante de álcool gel ao longo de toda atividade de coleta. O pesquisador se responsabilizou a não realização dessas atividades de campo quando esteve com característica de síndrome gripal, evitando assim um risco extra aos participantes, e caso algum participante apresentasse sintomas suspeitos da COVID-19 a coleta foi automaticamente suspensa, sendo direcionados a procurar serviços de saúde do município.

Quanto aos benefícios a realização desta pesquisa foi, principalmente para os participantes da pesquisa, no sentido de servir de suporte para identificar e acompanhar as necessidades do idoso assistidas pela ESF, através da visita domiciliar e para possível intervenção no processo saúde/doença familiar, contribuindo desta forma para que as reais necessidades do idoso sejam identificadas, bem como para a família deste e comunidade, onde os mesmos irão ser mais bem assistidos, caso necessite dos serviços e a comunidade acadêmica e científica para terem mais uma fonte de pesquisa, ampliando, assim os seus conhecimentos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos capítulos anteriores buscamos situar o leitor e subsidiar a análise do nosso objeto de estudo, para que assim, pudéssemos compreender a partir de agora a dinâmica e os mecanismos abrangidos no processo da visita domiciliar do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família – São Geraldo no município de Icó aos idosos. Deste modo faremos uma explanação sobre o perfil dos entrevistados idosos. Para melhor explicitar os dados coletados optamos por apresentá-los em forma de tabelas referenciais.

Os indicadores apresentados a seguir têm como objetivo traçar um perfil geral dos idosos assistidos pela equipe ESF – São Geraldo do município de Icó - CE, estabelecendo parâmetros que permitam apontar elementos essenciais presentes no contexto da oferta de saúde a pessoa idosa. Esses indicadores contêm dados que envolvem as variáveis: faixa etária, sexo, estado civil, nível de escolaridade e renda.

Inicialmente a pesquisa mostra que a idade dos entrevistados está distribuída de forma bastante variada nas diversas faixas etárias, como pode ser visualizado na Tabela abaixo. Observa-se uma maior concentração entre 70 e 79 anos, totalizando um percentual de 70 %, por conseguinte desvele um percentual menos expressivo de idosos que têm entre 60 e 69 anos (20%) e acima de 80 anos (10%).

TABELA 1: DISTRIBUIÇÃO DA PESSOA IDOSA POR FAIXA ETÁRIA

IDADE	DADOS REAIS	PORCENTAGEM
60 a 69 anos	02	20 %
70 a 79 anos	07	70 %
Acima de 80	01	10 %
Total	10	100 %

Fonte: Pesquisa de campo 2020

Os dados apresentados na tabela 01 nos mostra que os idosos com mais de 70 anos representam uma incidência de 70% dos entrevistados, revelando uma característica significativa do território em estudo no município de Icó, que estar paralelo aos crescentes dados do Brasil, pois esta faixa etária adquire números cada vez mais expressivos. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE as estimativas anunciam que até 2025 a

sociedade brasileira ocupara a sexta posição da maior população do mundo de pessoas idosas. (IBGE, 2000).

Na caracterização quanto ao sexo foi possível confirmar a maioria dos entrevistados são do sexo feminino sendo 07 (70%) e apenas 03 (30%) do sexo masculino.

Segundo o IBGE (2010), considerado o sexo da população idosa, o quantitativo de mulheres é maior do que a de homens. Em 2000, as mulheres correspondiam 55,1% da população idosa. Isto é que para cada 100 mulheres idosas existiam 81,6 homens idosos.

Em 2010, dos mais de 20 milhões de idosos 55,5% equivale ao sexo feminino. A inferior mortalidade em relação ao sexo masculino da população feminina explana essa divergência no arranjo por sexo, logo a decorrência da crescente população feminina em percentuais mais altos do que a masculina.

TABELA 2: DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS POR SEXO

SEXO	DADOS REAIS	PORCENTAGEM
Feminino	07	70%
Masculino	03	30%
Total	10	100 %

Fonte: Pesquisa de campo, 2020.

Em relação ao estado civil, os resultados demonstram (Tabela 3), uma predominância de viúvos, representando 50 %, enquanto os casados totalizam um percentual de 30%, apenas um idoso divorciado 10% e de igual porcentagem a este um solteiro.

TABELA 3: DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS POR ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	DADOS REAIS	PORCENTAGEM
Solteira	01	10%
Casada	03	30%
Divorciado/Separado(a)	01	10%
Viúvo (a)	05	50%
Total	10	100 %

Fonte: Pesquisa de campo, 2020.

Quando interrogamos sobre nível de escolaridade, um pouco a mais da metade, 67% dos entrevistados afirmaram não saber ler e escrever, o que equivaler a não alfabetizados, seguido de 33% dos idosos possuem apenas o ensino fundamental incompleto.

Os dados relativos ao grau de escolaridade dos idosos participantes da entrevista revela uma parcela da população idosa que não foram alfabetizados ou se quer conseguiram o acesso ao ensino médio e alcance de nível superior.

Cartaxo et al. (2012) em seu estudo desenvolvido sobre a percepção de idosos em relação ao envelhecimento com qualidade de vida ressalta a baixa escolaridade como limitante a qualidade de vida, sobretudo, nas vulnerabilidades e exclusão sociais.

TABELA 4: DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS POR NÍVEL DE ESCOLARIDADE

NÍVEL DE ESCOLARIDADE	DADOS REAIS	PORCENTAGEM
Não alfabetizado	07	67%
Ensino fundamental completo	00	00 %
Ensino fundamental incompleto	03	33 %
Ensino médio completo	00	00 %
Ensino médio incompleto	00	00 %
Total	10	100 %

Fonte: Pesquisa de campo, 2020.

A situação econômica dos entrevistados mostra que a maioria dos idosos (90%) tem como fonte de renda exclusivamente um salário mínimo, enquanto apenas um entrevistado vive com renda mensal acima de 1 salário.

O aspecto de renda acima reflete diretamente a situação econômica dos idosos entrevistados, que sobrevivem com renda per capita insuficiente para prover o mínimo das condições humanas necessárias a uma velhice com bem star e qualidade de vida.

Segundo Berzins (2003, p. 31):

É importante destacar que o padrão de vida dos idosos brasileiros não alcançou os padrões dos países desenvolvidos. Estamos ainda muito longe disso (...). A renda dos idosos brasileiros, abaixo do lhes seria direito, tem contribuído na economia nacional, demonstrando assim as desigualdades predominantes no nosso país e quanto são urgentes políticas promotoras para a distribuição de renda.

TABELA 5: RENDA MENSAL DOS IDOSOS

RENDA MENSAL	DADOS REAIS	PORCENTAGEM
Menos de salário	00	00%
Salário mínimo	09	90%
Mais de 1 salário	01	10%
Total	10	100 %

Fonte: Pesquisa de campo, 2020.

CATEGORIA I – PERCEPÇÃO DOS IDOSOS SOBRE A VISITA DOMICILIAR

Elencado o perfil dos objetos da pesquisa, intencionamos neste item elucidar e apreender como a visita domiciliar repercute sobre as relações e as percepções de idosos ao atendimento e acompanhamento domiciliar efetivado pelo enfermeiro, tendo como universo da pesquisa idosos da Estratégia Saúde da Família – ESF São Geraldo, do município Icó- CE.

Faz-se necessário, pois, estabelecer uma interlocução com o teórico anteriormente mencionado para que, assim, possamos aproximar um pouco das reais condições que se tem na oferta da visita domiciliar ao idoso, podendo nos proporcionar à compreensão desse processo.

Assim sendo, os dados que se seguem expressam, portanto, algumas características que marcam as relações do usuário e enfermeiro no contexto da visita domiciliar. Assim sendo, buscamos inicialmente detalhar dados sobre a percepção do idoso ao questionarmos aos participantes da pesquisa sua análise sobre tal técnica. Dentre as falas a seguir, desponta-se que a visita domiciliar tem potencial para proporcionar a aproximação das reais necessidades de vida, uma vez que, a leitura do contexto da vida dos usuários, contribui na promoção a saúde da família, como apontam os depoimentos:

“Pra mim, a visita da enfermeira é muito boa porque sou acamada e não tem como eu ir ao postinho, também acho bom porque aqui em casa a gente fica mais à vontade.” (entrevistado 01).

“[...] muito bom, é muito importante às pessoas atenderem a gente bem, ela é muito legal e atenciosa, uma ótima enfermeira.” (entrevistado 02).

“[...] me sinto acolhida demais quando vem até a minha casa, fico mais à vontade para falar com a enfermeira sobre vários problemas, ela acompanha toda minha família.” (entrevistado 03).

“Quando tem acho muito bom, que a gente já é doente, precisa ser lembrado e bem cuidado[...].” (entrevistado 04).

Frente às falas dos idosos, pode-se observar várias situações em que a visita domiciliar apresenta benefícios trazidos pela aproximação com o meio ambiente do grupo familiar, por ser menos formal permite ao profissional, através do diálogo e do contato direto, realizar a leitura das reais necessidades do idoso e traçar possíveis estratégias de ação.

Nessa conjuntura, a Atenção Domiciliar realizado pelo enfermeiro da ESF, na execução da VD em suas atribuições, facilita a compreensão das necessidades de vida de cada usuário e família, ou seja, tem uma aproximação real do contexto familiar. A realização da visita domiciliar na ESF está alinhada a vinculação do idoso às determinações da equipe multidisciplinar viabilizando a diminuição de práticas curativistas da atuação a saúde, com o escopo de alcançar a ressignificação à saúde ofertada com qualidade (LIONELLO *et al.*, 2012).

Desta forma nos remetem a pensar a atuação do enfermeiro como elemento imprescindível, na medida em que a visita domiciliar pode ser uma forma de promover a saúde do idoso, família e comunidade, levando em consideração as diferentes realidades sociais e culturais, que possibilitam traçar estratégias assistenciais para assegurar a prevenção de doenças, promoção à saúde e qualidade de vida.

CATEGORIA II – AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO NA VISITA DOMICILIAR

Outro ponto fundamental desse estudo que nos permite aproximação da produção do cuidar em saúde do enfermeiro na visita domiciliar está voltado para a investigação das necessidades de saúde e realização de orientações educativas. Conforme evidencia os relatos:

“[...] a enfermeira me ensina como tomar a medicação correta, sempre orienta para fazer alongamento e exercício físico e também me explica sobre alimentação.” (entrevistado 05).

“Como minha mãe é acamada, ela sempre explica sobre os cuidados higiênicos, as posições para evitar ferimento e verifica a medicação. E quando precisa faz encaminhamentos.” (entrevistado 01).

“Ela verifica a minha pressão, diabetes e medicação.” (entrevistado 06).

“A gente conversa bastante, ela faz perguntas e orienta para eu procurar ela quando precisar de alguma coisa.” (entrevistado 07).

Nesse sentido, a descrição das ações desenvolvidas apontada pelo usuário, mostrou satisfação com o atendimento da enfermeira pela escuta, atenção e diálogo construído entre profissional e idosos. Além disso, evidenciou a prática de cuidado da enfermeira a realização de procedimentos como aferição de pressão arterial, glicemia, dispensação de medicamentos, entre outros.

Segundo Noro e Torquato (2014), é essencial que o enfermeiro use a Visita Domiciliar como ferramenta no desempenho de seu exercício profissional com finalidade de ampliar a proteção do SUS frente à ESF, a fim de se aproximar da realidade posta e decifra-la com o desígnio de criar possibilidades e estratégias para traçar o plano situacional, usando competência técnica para viabilizar a saúde, evitando doenças e identificando precocemente o diagnóstico, encaminhando o usuário de acordo com o nível de complexidade.

Frente a este contexto, a atuação do enfermeiro não pode estar limitada ao cuidar de doenças da pessoa idosa, mas sim promover mecanismos de autonomia e poder de decisão do usuário, bem como respeitar a independência do idoso, visando a participação deste no processo do cuidar e assim oferecer uma assistência integral e qualificada.

Importa afirmar enfaticamente que o enfermeiro precisa utilizar suas competências e atribuições para atender a pessoa idosa com qualidade, uma demanda que cresce firmemente e que requer principalmente um atendimento humanizado, pois as condições de fragilidade decorrentes do envelhecimento alcança o idoso a discriminação de si mesmo, logo quando este usuário é bem acolhido pelo profissional, é possível de alguma forma atender sua necessidade e suavizar seu sofrimento em um método de escuta e diálogo, na atenção integral e no respeito recíproco (SILVA; BORGES, 2014).

Assim, considerando que enfermeiro deve garantir a pessoa idosa uma assistência humanizada com o acolhimento de suas necessidades em saúde, o profissional não pode ter como horizonte somente a execução das atividades pautadas nos modelos curativistas e

burocráticos, sob o risco de limitar suas atividades em funções e afazeres que não lhes são próprios.

Desse modo, é essencial que os profissionais da saúde, considerando as necessidades específicas da pessoa idosa, ampare e cuidem destes de forma integral, oferecendo apoio emocional e respeito, fundamentada em uma assistência alinhada a suas necessidades, para que eles possam viver bem e terem melhores condições de vida. (NAVARRO; PENA, 2013).

CATEGORIA III – VISITA DOMICILIAR: DIFICULDADES

Por outro lado, o estudo mostrou um aspecto agravante da realidade profissional do enfermeiro, uma vez que, na maioria dos relatos as visitas domiciliares acontecem de forma pontual, assistemáticas e sem continuidade como sinaliza os depoimentos:

“Geralmente o enfermeiro vem em campanhas de vacinação.”
(entrevistado 07).

“Bom, o enfermeiro só vem quando solicitado, quem mais vem é o Agente de Saúde”. (entrevistado 08).

“Como eu sou acamada, às vezes ela aparece.” (entrevistado 01).

“Na minha casa ela nunca veio, sempre quem vem é o agente de saúde.”
(entrevistado 09).

As avaliações relatadas pelos idosos nos leva a pensar as condições de trabalho do enfermeiro na UAPS que requer habilidades, estratégias e planejamento da equipe multidisciplinar, frente à promoção e recuperação à saúde do usuário e família. Nesse sentido as problemáticas encaradas pelos profissionais não podem dificultar ou negar o acesso dos usuários ao serviço com qualidade, capaz de proporcionar a influência mútua entre usuário e o profissional de saúde.

Entretanto, vale destacar que as dificuldades presentes no processo de trabalho dos profissionais que atuam diretamente na implementação da Política Nacional de Atenção Básica, posto que as condições em que se efetiva a sua prática, muitas vezes, são adversas e dificultam a continuidade das ações. Visto ainda que a precarização inviabiliza/desfavorece muitas vezes,

a realização de um planejamento com objetivos a serem alcançados a médio e longo prazo, e dificulta a construção de ações comprometidas com a promoção da saúde do idoso, família e comunidade.

Segundo Gomes *et al.* (2015), uma das problemáticas enfrentada pelos enfermeiros relacionada a Visita Domiciliar, é a extensa sobrecarga de trabalho nas unidades de atenção primária a saúde em atendimento, atividades burocráticas e administrativas, o que impossibilita a efetivação do trabalho mediante as dificuldades existentes no cotidiano do enfermeiro, fatores aos quais, o leva a realizar Visita Domiciliar eventualmente ou atendendo apenas as visitas solicitadas. Nessa perspectiva, a realidade torna-se o obstáculo, visto que impossibilita o trabalho, a realização da Visita Domiciliar em constância pelo enfermeiro.

Dentre os principais elementos que aumentam as cargas estão problemas relacionados às condições de trabalho, os quais têm forte relação com a dimensão de gestão. Dentre eles se destacam: sobrecarga de trabalho; excesso de demanda; déficits na estrutura física; falhas no funcionamento da rede de atenção do SUS; insatisfação com salário considerado insuficiente e com a jornada de trabalho percebida como excessiva; escassez de recursos humanos e a sobrecarga causada pela realização de atividades administrativas (PIRES *et al.*, 2016, p.4).

Assim, verifica-se no contexto cotidiano da prática exercida pelo enfermeiro na ESF a requisição de um profissional polivalente, sobrecarregado de atribuições o que muitas vezes impede alcançar o objeto de trabalho com planejamento, ações e atendimentos capaz de promover saúde e qualidade de vida ao usuário do território em abrangência, já que o excesso de trabalho impede a devida realização das atividades.

CATEGORIA IV – PROFISSIONAIS QUE REALIZAM VISITA DOMICILIAR

Igualmente, os idosos ainda apontaram que o principal profissional a realizar a visita domiciliar é ACS, descrevendo um vínculo de afinidade familiar com esse membro da equipe. Conforme destaca os relatos:

“Quem sempre vem na minha casa é o agente de saúde, tudo que preciso ela providencia, vem sempre aqui e tem maior atenção pela minha família.” (entrevistado 09).

“O agente de saúde sempre vem, a enfermeira veio uma vez quando estava doente sem poder ir ao posto, agora o médico nunca veio.” (entrevistado 08).

“A enfermeira veio algumas vezes.” (entrevistado 07).

“A enfermeira veio duas vezes e o agente de saúde de vez enquanto ele aparece.” (entrevistado 04).

Nesse ínterim, o ACS atua de forma contínua viabilizando o acesso aos serviços de saúde, uma vez que concretiza a visita domiciliar, referência e conhece a família dentro da territorialidade, consegue o acompanhamento e realiza os possíveis encaminhamentos dos idosos para os profissionais da equipe da ESF, especialmente para a enfermeira.

Por sua vez, os relatos direcionam a reflexão sobre a assistência domiciliar, no contexto do ESF e o trabalho que a equipe desempenha no cuidado familiar no domicílio, demonstrando que esta responsabilidade muitas vezes fica restrita ao ACS, enquanto que os outros membros fazem visitas pontuais não atentando para as necessidades de todos os membros da família.

Considerando que a visita domiciliar está inserida no rol das ações da Estratégia Saúde da Família (ESF) toda a equipe multiprofissional deve estar inserida no acompanhamento domiciliar, a fim de possibilitar um atendimento integral à família, essencialmente o enfermeiro, por desempenhar conhecimentos de aproximação com o processo saúde doença no meio familiar. É relevante apontar que o papel do enfermeiro na VD não é unicamente trabalhar com a saúde da família, mas com condições que perpassam a mesma, já que o núcleo familiar pode sofrer influência dos presentes fatores em saúde (GOMES *et al.*, 2015).

As ações da visita domiciliar que são concretizadas por uma equipe multiprofissional, que realiza o diagnóstico da realidade posta ao usuário e família, compreendendo a complexidade que envolve a vida cotidiana e o enfrentamento das doenças em geral, com o objetivo à promoção, manutenção e/ou restauração da saúde, logo, é um instrumento de trabalho que abrange os diferentes profissionais da área da saúde, bem como o meio familiar, visando o alcance da oferta em saúde como um todo (LACERDA, 2005).

Portanto, o acompanhamento domiciliar contempla o desenvolvimento de ações que busca a prevenção de um agravo à saúde, a sua promoção por meio de subsídios que integrem

os fatores benéficos ao sujeito e, ao mesmo tempo, a reabilitação do usuário já afetado por uma doença ou sequela (ARAÚJO, 2008).

Assim, a assistência domiciliar, no atual cenário das políticas de saúde, especificamente no contexto do ESF, ao utilizar a VD como instrumento de trabalho deve buscar adequar o cuidado necessário ao bem-estar do idoso e da família, considerando que é indispensável para oferta dessa assistência uma equipe multidisciplinar, que atue fundamentado em conhecimentos que vão além do biológico, traçando planejamento, ações estratégicas, possibilidades e potencialidades para alcance do modelo assistencial dos SUS.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou lançar um olhar para a forma como os idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da família concebem o trabalho do enfermeiro por meio da assistência domiciliar. Entrar em contato com tais concepções permitiu-se refletir sobre as complexidades e contradições presentes na construção do papel do enfermeiro frente à visita domiciliar.

Primeiramente, elencamos a relevância da assistência domiciliar que manifestar-se como elemento essencial na oferta em saúde da ESF, considerando que a residência do usuário e da família se torna um campo privilegiado de atuação do enfermeiro, estabelecendo uma relação de aproximação e construção de vínculo de confiança e credibilidade com o indivíduo e sua família, considerando o contexto de vida das pessoas e a identificação dos riscos domiciliar.

Igualmente, pela dimensão da assistência domiciliar e pelo uso da técnica da VD como instrumento de trabalho, é oportunizado ao enfermeiro a utilização do conhecimento profissional para oferta de cuidados específicos, adequados e apropriados diante das necessidades dos idosos, com o desenvolvimento de ações com enfoque educativo de promoção, prevenção e reabilitação à saúde do indivíduo e família.

O estudo evidenciou o cuidar do enfermeiro ao idoso de forma restrita a assistência terapêutica, uma limitada interação entre profissional e usuários, ao modo que exista uma fragilidade na construção da relação de troca e aproximação das reais necessidades humanas, ponderando que esta interação se dar centrada pelo viés biológica-curativista, sinalizando a necessidade de uma prática ressignificada a partir de ações de cuidado que desenvolvam a escuta e contemple o conhecimento da realidade humana, viabilizando mudanças no contexto em saúde a pessoa idosa.

Entretanto na prática diária do enfermeiro encontra-se a existência de fortes entraves para a efetivação das visitas domiciliares, uma vez que, a sobrecarga de trabalho, atribuições e atividades de cunho burocrático influenciam diretamente na realização das visitas, impossibilitando a eficácia dos resultados esperados.

É, pois na esteira dessa dinâmica contraditória que esses desafios precisam ser enfrentados que a equipe multidisciplinar reflita e avalie a sua atuação a partir de princípios que norteiam o SUS para buscar mudanças indispensáveis, e não mais se mantenham no modelo de assistência biomédico.

A elaboração de um plano estratégico para realização de visitas domiciliares em caráter continuado com a finalidade de atender o idoso de forma integral no contexto do seu domicílio,

tendo em vista que sua atuação no atendimento domiciliar ao paciente idoso é essencial e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida.

Nessa delineação, coloca-se a importância desta pesquisa para o âmbito acadêmico, bem como contribuir com o conhecimento para os profissionais da saúde como para a sua formação, a partir da perspectiva dos idosos, de modo que suas necessidades e anseios sejam contemplados no planejamento e possibilitados nas práticas de cuidado que são realizados na Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, M. F. M. et. Al. Experiência de prática sistematizada em visita domiciliária no contexto da saúde da família. **Revista RENE**, v. 9, n. 1, p. 137-145, 2008.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BERZIZNS, M. A. V. S. **Cuidar Melhor e Evitar a Violência, Manual do Cuidador da Pessoa Idosa**, p. 31, Brasília, 2008.
- BRASIL. Constituição de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2013**.
- BRASIL. Portaria n° 1.395, de 10 de dezembro de 1999. **Política de Saúde do Idoso**.
- BRASIL. Lei n.º 8.842, de 04 de janeiro de 1994: **Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências**.
- BRASIL. Portaria n° 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Política Nacional de Atenção Básica**.
- BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3ª ed. Brasília; Ministério da Saúde, 2010. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7).
- BRASIL. Lei n° 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Estatuto do Idoso**.
- BRASIL. Portaria n° 2.528 de 19 de outubro de 2006. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**.
- CARTAXO, H. G. O. et al. Percepção de idosas sobre o envelhecimento com qualidade de vida: subsídio para intervenções públicas. **Rev. da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 1, p.158-168, 2012.
- CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 597-605, mar. 2008.
- DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: Universidade de São Paulo/Fapesp, 1999.
- GAÍVA, M.A.M, SIQUEIRA, V.C.A. A prática da visita domiciliária pelos profissionais da estratégia saúde da família. *Rev. Cuid. Saúde*, v.10, n.4, p.674-704, 2011.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2011
- GOMES, M.F.; FRACOLLI, L.A.; MACHADO, B.C. Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família. **O Mundo Da Saúde**, v. 39, n. 4, p. 470-475, 2015.

IBGE. **Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Censo demográfico 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População brasileira envelhece em ritmo acelerado**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

KAWATA L.S., MISHIMA S.M., CHIRELLI M.Q. et al. Os desempenhos da enfermeira na saúde da família- Construindo competência para o cuidado. **Texto Contexto Enf**, Florianópolis, v.22, n.4, p.961-70, 2013.

LACERDA, M. R., OLINISKI, S. R. Familiares interagindo com a enfermeira no contexto domiciliar. **Revista Gaúcha Enferm**, v. 26, n. 1, p. 76-87, 2005.

LIONELLO, C.D.L. et al. O Fazer das Enfermeiras da Estratégia De Saúde Da Família Na Atenção Domiciliária. **Rev. Gaúcha Enf**, v. 33, n. 4, p. 103-110, 2012.

MASCARO, S. A. **O que é velhice**. In: Coleção Primeiros Passos (310). São Paulo: Brasiliense, 2004.

‘MANDÚ E.N.T., GAIVA M.A.M., SILVA M.A., SILVA A.M.N. Visita domiciliária sob o olhar do usuário do Programa de Saúde da Família. **Texto & Contexto Enferm**, v.17, n.1, p.131-140, 2008.

MIOTO, R. C. **Família, trabalho com família e Serviço Social**. Serviço Social em Revista, Londrina, v. 12, n. 2, jan./jun. 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407p.

Moreira, R.M., Santos, C.E.S., Couto, E.S., Teixeira, J.R.B., & Souza, R.M.M.M. Qualidade de vida, Saúde e Política Pública de Idosos no Brasil: uma reflexão teórica. São Paulo (SP): **Revista Kairós Gerontologia**, v.16, n.1, p.27-38, 2013.

NASCIMENTO, J.S., COSTA, L.M.C., SANTOS, R.M. et al. Visitas Domiciliares Como Estratégias de Promoção da Saúde pela Enfermagem. **Rev. Bras. Promoc. Saúde**, v.26, n.4, p.513-522, 2013.

NAVARRO, L. M; PENA, R.S. Política nacional de humanização como estratégia de produção coletiva das práticas em saúde. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 4, p. 848-855, 2013.

NERI, A. L.; Freire, S. A. (Orgs.). **E por falar em boa velhice**. Campinas: Papyrus, 2000.
SANTOS, M. R. **Atribuições Legais do Enfermeiro no Programa de Saúde da Família: Dificuldade e Facilidades**. Boletim da Saúde, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 37-40, 2013.

NORO, L.R.A; TORQUATO, S.M.T. Visita Domiciliar: Estratégia de aproximação a realidade social. **Trab. educ. saúde**, v. 13, n. 1, p. 145-157, 2014.

Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**, 2015.

PIRES, D. E. P. et al. Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 24, e2677, p. 1-9, 2016.

POLARO, S.H.I., GONÇALVES, L.H.T., ALVAREZ, A.M., Construindo o fazer gerontológico pelas enfermeiras das Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.47, n.1, p.160-167, 2013.

SARTI, T. D.; MACIEL, E. L. N. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 537-548, 2012.

SILVA, A. A; BORGES, M.M.M.C. Humanização da Assistência de Enfermagem ao idoso em uma Unidade de Saúde da Família. *Revista Enfermagem Integrada*, v.1, n.1, p.11-24,2014.

SOUSA, M. F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Rev. Bras. Enferm**, v. 53, n. 2, p. 25-30. 2012.

TEIXEIRA, S. M. **Envelhecimento do trabalhador como expressão da questão social e as históricas formas de respostas da sociedade e do Estado**. Editora Cortez. São Paulo. 2008.

VERRI, B.H.M.A. A Visita Domiciliar no Programa da Saúde da Família: Entre a Norma e o Cuidado. Campinas; 2006. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

ZIMERMAN, G. I. **Aspectos físicos, psicológicos e sociais do envelhecimento**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

APÊNDICES



**GOVERNO MUNICIPAL DE ICÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA
CNPJ: 07.669.682/0001-79
ICÓ – CEARÁ**

**APÊNDICE A – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO
COPARTICIPANTE**

Eu _____, RG _____
_____, CPF _____, declaro ter lido o projeto intitulado “VISITA DOMICILIAR DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: SOB O OLHAR DO IDOSO” de responsabilidade do pesquisador Clélia Patrícia da Silva Limeira, CPF 042886824-01 e RG 2409709 e que uma vez apresentado a esta instituição o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CENTRO UNIVERSITÁRIO LEÃO SAMPAIO, autorizaremos a realização deste projeto na Estratégia de Saúde da Família São Geraldo, tendo em vista conhecer e fazer cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Declaramos ainda que esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Icó-CE, _____ de _____ de _____

Secretária (o) Municipal de Saúde ou Secretaria (o) adjunta (o)



**CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARIDO

APÊNDICE - B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE

Prezado Sr.ª: Clélia Patrícia da Silva Limeira, CPF 042886824-01 e RG 2409709, docente do Centro universitário vale do salgado – UNiVS, está realizando a pesquisa intitulada “VISITA DOMICILIAR DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: SOB O OLHAR DO IDOSO”, que tem como objetivo geral: analisar as percepções de idosos em relação à visita domiciliar realizada pelo enfermeiro da Estratégia Saúde da Família – ESF São Geraldo, do município Icó- CE e objetivos específicos: verificar os aspectos sociodemográficos; compreender como ocorre à visita domiciliar; conhecer as ações desenvolvidas pelo enfermeiro na visita domiciliar, na visão do idoso; entender as dificuldades enfrentadas pelo idoso na VD realizada pelo enfermeiro. Para isto está desenvolvendo um estudo onde se pretende coletar os dados através de um questionário semiestruturado, onde logo depois irá selecionar esses dados para melhor análise e interpretação do conteúdo.

Por essa razão, convidamos a participar da pesquisa, onde sua participação consistirá em fornecer informações importantes para a realização desta pesquisa, onde iremos colher dados relacionados aos objetivos deste estudo.

Os procedimentos utilizados como o uso de um questionário e um roteiro contendo perguntas inerentes, a visita domiciliar realizada pelo enfermeiro poderá trazer algum desconforto, como por exemplo, diante da coleta de informações em relação a não entender a importância da visita domiciliar para o processo saúde/ doença. O tipo de procedimento apresenta um risco considerado baixo, pois o idoso (a) pode se sentir reprimido (a) em relação ao estigma resultante da invasão da sua privacidade e também em virtude de responder a um questionário que irá necessitar um pouco do seu conhecimento. Ainda, quanto aos riscos da pesquisa serão os mínimos possíveis e o pesquisador terá o cuidado de exposição, dando ênfase aos princípios éticos da beneficência e não maleficência. Ainda referente aos riscos o estudo

em pauta poderá haver a ocorrência de um evento desfavorável (inconveniente ou desconforto) decorrente da participação de um dos entrevistados em expor suas particularidades, porém o pesquisador fará o máximo para minimizar isso, pois os mesmos serão entrevistados no próprio domicílio, forma essa de garantia do anonimato e preservação da privacidade dos entrevistados. Em caso de maiores desconfortos imediatos ou tardios relacionados à pesquisa os participantes serão encaminhados para atendimento no setor de psicologia do município.

Quanto aos benefícios a realização desta pesquisa será, principalmente para os participantes da pesquisa, no sentido de servir de suporte para identificar e acompanhar as necessidades do idoso assistidas pela equipe ESF, através da visita domiciliar e para possível intervenção no processo saúde/doença familiar, contribuindo desta forma para que as reais necessidades do idoso sejam identificadas, bem como para a família deste e comunidade, onde os mesmos irão ser mais bem assistidos, caso necessite dos serviços e a comunidade acadêmica e científica para terem mais uma fonte de pesquisa, ampliando, assim os seus conhecimentos.

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado a entrevista.

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou métodos utilizados na mesma, pode procurar Clélia Patrícia Da Silva Limeira, na Rua Monsenhor Frota, 609, Centro, ICÓ-CE, CEP 63.430-000 em horário comercial, no telefone (88) 3561-2760.

Se desejar obter informações sobre seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa, poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa CEP Centro Universitário Leão Sampaio de Ensino Universitário Ltda., localizado na Avenida Leão Sampaio, km 3, no bairro Lagoa Seca do município de Juazeiro do Norte no Ceará, CEP 63180-000, e atende no telefone (88) 2101-1033.

Caso esteja de acordo em participar da pesquisa, deve preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido que se segue, recebendo uma cópia do mesmo.

_____ de _____ de _____.

Assinatura do Pesquisador Responsável



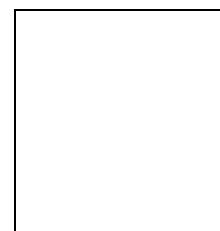
CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, eu _____, portador (a) do Cadastro de Pessoa Física (CPF) número _____, declaro que, após leitura minuciosa do TCLE, tive a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, firmo meu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente da pesquisa “VISITA DOMICILIAR DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: SOB O OLHAR DO IDOSO”, assinando o presente documento em duas vias de igual teor e valor.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante ou Representante legal



Impressão dactiloscópica

Assinatura do Pesquisador



CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ

Eu _____, portador(a) da
Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____
_____, residente à Rua _____,
bairro _____, na cidade de _____,
_____, autorizo o uso de minha
imagem e voz, no trabalho sobre título “VISITA DOMICILIAR DO ENFERMEIRO DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: SOB O OLHAR DO IDOSO”. Produzido pela aluna
Gismária Bezerra Batista do curso de enfermagem, 9º semestre, sob orientação do(a)
Professor(a) Esp. Clélia Patrícia Da Silva Limeira. A presente autorização é concedida a título
gratuito, abrangendo o uso da imagem e voz acima mencionadas em todo território nacional e
no exterior.

Por esta ser a expressão de minha vontade, declaro que autorizo o uso acima descrito
sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos e assino a presente autorização em 02
(duas) vias de igual teor e forma.

Icó, CE, ____ de _____ de _____.

(Nome do Participante)



CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

IDADE _____

SEXO () Masculino () Feminino

ESTADO CIVIL

() Solteiro (a) () Divorciado/Separado(a)

() Casado (a) () Viúvo (a)

NIVEL DE ESCOLARIDADE

() Não alfabetizado

() Ensino fundamental completo () Ensino fundamental incompleto

() Ensino médio completo () Ensino médio incompleto

RENDA MENSAL

() menos de salário () 1 salário () mais de 1 salário

2 QUESTÕES NORTEADORAS:

2.1. O que você acha da visita domiciliar?

2.2. Como ocorre a visita domiciliar?

2.3. Quais os profissionais que realizam a visita domiciliar?

2.4. Quais ações são desenvolvidas na visita domiciliar realizada pelo enfermeiro?

2.5. Você tem alguma dificuldade durante a visita domiciliar realizada pelo enfermeiro?

ANEXO

ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VISITA DOMICILIAR DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: SOB O OLHAR DO IDOSO.

Pesquisador: Clélia Patrícia da Silva Limeira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38088520.2.0000.5048

Instituição Proponente: TCC EDUCACAO, CIENCIA E CULTURA LTDA - EPP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.373.942

Apresentação do Projeto:

O envelhecimento da sociedade brasileira vem acontecendo de forma bem acelerada nos últimos tempos. A visita domiciliar especificamente na Estratégia Saúde da Família objetiva por meio do trabalho com as famílias promover a interação entre profissional e o usuário/família, a parte da aproximação do conhecimento real da condição de vida do cidadão e sua inserção em uma dada comunidade. Igualmente, a visita domiciliar

constitui um instrumento de atenção à saúde que possibilita potencializar o protagonismo e a autonomia das famílias assistidas por meio do atendimento acolhedor e humanizado, dirigindo a oferta do trabalho em conjunto e integralidade das atividades. Este estudo tem como objetivo geral analisar as percepções de idosos em relação à visita domiciliar realizada pelo enfermeiro da Estratégia Saúde da Família – ESF São Geraldo, do

município Icó- CE, e objetivos específicos, verificar os aspectos sociodemográficos; compreender como ocorre a visita domiciliar; conhecer as ações desenvolvidas pelo enfermeiro na visita domiciliar, na visão do idoso e entender as dificuldades enfrentadas pelo idoso na VD realizada pelo enfermeiro. Trata-se de um estudo descritivo, com caráter exploratório de abordagem qualitativa. O estudo será desenvolvido nos períodos de 2020 a 2021. A pesquisa será realizada com idosos acolhidos pela atenção domiciliar do enfermeiro da ESF São Geraldo do Icó. Os dados serão

coletados através de uma entrevista composta por um roteiro semiestruturado com questões

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n

Bairro: Planalto **CEP:** 63.010-970

UF: CE **Município:** JUAZEIRO DO NORTE

Telefone: (88)2101-1033 **Fax:** (88)2101-1033 **E-mail:** cep.leaosampalo@leaosampalo.edu.br

Continuação do Parecer: 4.373.942

voltadas para o perfil sociodemográficos dos participantes, bem como, para os dados subjetivos pautados no objetivo do estudo, serão organizados em categorias e aos participantes serão atribuídos codinomes para preservar o anonimato dos mesmos. A análise dos dados será feita de acordo com o método de análise de conteúdo de

Bardin (2011) que será desenvolvida a partir do material da pesquisa com obediência na ordem cronológica. Palavras chaves: Idoso; Enfermeiro; Visita domiciliar.

Objetivo da Pesquisa:

com vistas a compreender essa dinâmica e os mecanismos envolvidos no processo da visita domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família, sob o olhar do idoso.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

A demanda de riscos da pesquisa é mínima, pois será aplicada por meio de uma interlocução entre o pesquisador e o participante. No entanto, toda pesquisa que, individual ou coletivamente, tenha como participante o ser humano encontra-se algum tipo de risco. Aspirando minimizar os mesmos, as entrevistas serão efetuadas no domicílio do participante, apenas com o pesquisador e o participante, com a finalidade de resguardar qualquer constrangimento, assegurando assim a privacidade e a credibilidade.

Com o objetivo de resguardar os participantes de quaisquer prejuízos, o pesquisador irá fornecer informações indispensáveis, objetivando tratar interrogações e garantir aos participantes da pesquisa o sigilo de suas respostas. Em caso de maiores desconfortos imediatos ou tardios Relacionados à pesquisa os participantes serão encaminhados para atendimento no setor de psicologia do município. Em razão do cenário vivido referente à pandemia da COVID-19, aumentam-se os riscos pertinentes à pesquisa, o contágio dos pesquisadores e/ou dos participantes do estudo com o novo Sars-Cov-2. Objetivando amenizar o risco, a fase da coleta dos dados será posposta para um momento

oportuno ao qual suponha que a pandemia estará sob controle, com a atenuação dos números de casos. Usando de medidas preventivas, como uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) pelo pesquisador e pelos participantes; assepsia correta das mãos no começo da coleta de dados, bem como o uso constante de álcool gel ao longo de toda atividade de coleta. O pesquisador se responsabiliza a não realização dessas atividades

de campo quando estiver com característica de síndrome gripal, evitando assim um risco extra aos participantes, e caso algum participante apresente sintomas suspeito da COVID-19 a coleta será automaticamente suspensa e serão direcionados a procurar os serviços de saúde do município.

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n
 Bairro: Planalto CEP: 63.010-970
 UF: CE Município: JUAZEIRO DO NORTE
 Telefone: (88)2101-1033 Fax: (88)2101-1033 E-mail: cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO**



Continuação do Parecer: 4.373.942

Benefícios:

Quanto aos benefícios a realização desta pesquisa será, principalmente para os participantes da pesquisa, no sentido de servir de suporte para identificar e acompanhar as necessidades do idoso assistidas pela equipe ESF, através da visita domiciliar e para possível intervenção no processo saúde/doença familiar, contribuindo desta forma para que as reais necessidades do idoso sejam identificadas, bem como para a família

deste e comunidade, onde os mesmos irão ser mais bem assistidos, caso necessite dos serviços e a comunidade acadêmica e científica para terem mais uma fonte de pesquisa, ampliando, assim os seus conhecimentos."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TRATA-SE DE UMA PESQUISA DE ALTA RELEVÂNCIA, ONDE OS OBJETIVOS PODERÃO SER ALCANÇADOS MEDIANTE METODOLOGIA PROPOSTA.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TERMOS OBRIGATORIOS APRESENTADOS:

1. PB INFORMAÇÕES BÁSICAS
2. FOLHA DE ROSTO
3. CARTA DE ANUENCIA
4. TCLE
5. TCPE
6. TERMO DE USO DE IMAGEM E VOZ
7. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
8. PROJETO DE PESQUISA
9. ORÇAMENTO
10. CRONOGRAMA

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROJETO NÃO APRESENTA MAIS PÊNDENCIAS, E ESTÁ APTO PARA EXECUÇÃO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1626462.pdf	15/10/2020 21:36:35		Aceito

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n
 Bairro: Planalto CEP: 63.010-970
 UF: CE Município: JUAZEIRO DO NORTE
 Telefone: (88)2101-1033 Fax: (88)2101-1033 E-mail: cep.leosampalo@leosampalo.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO**



Continuação do Parecer: 4.373.042

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeconsentimentolivre esclarecido.doc	15/10/2020 21:36:03	Clélia Patricia da Silva Limeira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto de pesquisa.doc	15/10/2020 21:35:42	Clélia Patricia da Silva Limeira	Aceito
Cronograma	cronogramade execucao.doc	15/10/2020 21:35:12	Clélia Patricia da Silva Limeira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	14/09/2020 17:27:18	Clélia Patricia da Silva Limeira	Aceito
Outros	cartadeanuencia.doc	13/09/2020 21:17:20	Clélia Patricia da Silva Limeira	Aceito
Outros	termodeconsentimentoposesclarecido.doc	13/09/2020 21:16:56	Clélia Patricia da Silva Limeira	Aceito
Outros	termodeautorizacao de uso de imagem e voz.doc	13/09/2020 21:15:50	Clélia Patricia da Silva Limeira	Aceito
Outros	instrumentodecoletadedados.doc	13/09/2020 21:15:01	Clélia Patricia da Silva Limeira	Aceito
Orçamento	orcamento.doc	13/09/2020 21:12:49	Clélia Patricia da Silva Limeira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUAZEIRO DO NORTE, 31 de Outubro de 2020

Assinado por:
JOSE LEANDRO DE ALMEIDA NETO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n
 Bairro: Planalto CEP: 63.010-970
 UF: CE Município: JUAZEIRO DO NORTE
 Telefone: (88)2101-1033 Fax: (88)2101-1033 E-mail: cep.leosampaio@leosampaio.edu.br