

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“A visita domiciliar como estratégia pedagógica e seus sentidos para estudantes dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia em um centro universitário do estado do Rio de Janeiro”

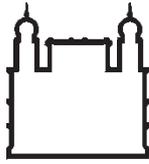
por

Francisco Augusto Gondim Silva

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientador principal: Prof. Dr. Carlos Otávio Fiúza Moreira
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Verônica Santos Albuquerque

Rio de Janeiro, fevereiro de 2012.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“A visita domiciliar como estratégia pedagógica e seus sentidos para estudantes dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia em um centro universitário do estado do Rio de Janeiro”

apresentada por

Francisco Augusto Gondim Silva

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Prof. Dr. Willer Baumgarten Marcondes

Prof. Dr. Carlos Otávio Fiúza Moreira – Orientador principal

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S586 Silva, Francisco Augusto Gondim
A visita domiciliar como estratégia pedagógica e seus sentidos
para estudantes dos cursos de Enfermagem, Medicina e
Odontologia em um Centro Universitário do Estado do Rio de
Janeiro. / Francisco Augusto Gondim Silva. -- 2012.
115 f. : tab.

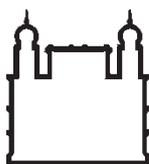
Orientador: Moreira, Carlos Otávio Fiúza

Albuquerque, Verônica Santos

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012

1. Ensino. 2. Serviços de Integração Docente-Assistencial.
3. Visita Domiciliar. 4. Saúde da Família. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.1424



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 28 de fevereiro de 2012.

Francisco Augusto Gondim Silva

CG/Fa

Serviço de Gestão Acadêmica - Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, Térreo – Manguinhos-RJ – 21041-210
Tel.: (0-XX-21) 2598-2730 ou 08000-230085

E-mail: secasp@ensp.fiocruz.br Homepage: <http://www.ensp.fiocruz.br>

AGRADECIMENTOS

A esta FORÇA que rege o Universo. Criadora de tudo e de todos e que nos proporciona o sol e a lua, o dia e a noite, o ar e o alimento, enfim a energia necessária para que acreditemos nos nossos objetivos e tenhamos a certeza de que o nosso amanhã será sempre melhor.

Aos meus pais, Edvaldo e Juliêta, por todo apoio, carinho, compreensão e dedicação na atual existência.

Aos meus irmãos, Yury e Erik, pelo apoio e incentivo nas jornadas da vida.

A minha querida Claudia, pelas importantes reflexões partilhadas, pelo aprendizado cotidiano, pela parceria afetuosa, companheira e feliz.

A Carlos Otávio, orientador, pela convivência carinhosa e produtiva, pela plena disponibilidade de ensinar, pela capacidade de motivar a cada encontro entre o litoral e o agreste e por ajudar-me a concretizar mais esta etapa da minha vida.

A Verônica Santos Albuquerque, amiga, orientadora, com quem troquei as primeiras impressões sobre este trabalho, pelo incentivo, sendo fundamental para a continuidade deste sonho.

A todos os estudantes, a Direção do Centro de Ciências da Saúde, aos Coordenadores dos Cursos e aos Coordenadores de Períodos do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) que contribuíram para que este trabalho de pesquisa fosse possível ou que participaram diretamente dele.

A. José Massao Miasato pela amizade, ensinamentos e incentivo desde a graduação.

A Célia Leitão, professora no mestrado, figura humana impar, pela amizade, incentivo, apoio, contribuições e disponibilidade em ajudar sempre que solicitada.

A Willer Marcondes pelo incentivo, apoio e contribuições desde o início da caminhada.

A Marcelo Nascimento (Overview Pesquisa) por sua simplicidade, por disponibilizar parte do seu precioso tempo na ajuda e revisão da parte estatística a um próximo até então desconhecido.

Àos amigos da subárea Saúde e Sociedade que tive o prazer de conhecer e conviver durante os anos em curso do Mestrado na ENSP.

À Prof^a. Laura Feuerwerker, a Prof^a. Verônica Albuquerque e ao Prof. Rafael Arouca, pelas valiosas contribuições na qualificação do projeto que deu origem a esta dissertação.

A todos que não mencionei, mas que acreditaram em mim, e me auxiliaram na construção deste trabalho, o meu muito obrigado.

RESUMO

Este estudo apresenta uma análise da Visita Domiciliar (VD) enquanto estratégia educacional, a partir dos sentidos atribuídos pelos estudantes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia de um Centro Universitário no estado do Rio de Janeiro. Nesses cursos, os alunos são inseridos desde o início da graduação em atividades extra-muros na Atenção Básica, especificamente na Estratégia de Saúde da Família, onde realizam a VD como parte da estrutura curricular. O objetivo do estudo é analisar o potencial educativo da visita domiciliar na formação em Saúde, identificando potencialidades e limites dessa estratégia educacional. A abordagem metodológica tem como referencial mais amplo a noção de sentido desenvolvida por Max Weber e articula abordagens qualitativa e quantitativa. Participaram da pesquisa estudantes dos três cursos referidos. Os dados quantitativos foram construídos a partir do desenvolvimento e aplicação de um questionário. Já os dados qualitativos tiveram como base entrevistas individuais semi-estruturadas. Os dados quantitativos foram analisados quanto à frequência absoluta e frequência relativa. Já os dados qualitativos foram trabalhados sob a perspectiva da análise de conteúdo na sua modalidade temática. Após análise criteriosa dos dados obtidos através dos questionários e das entrevistas, categorias empíricas daí extraídas foram confrontadas com as categorias analíticas, orientando a discussão dos resultados e nos permitindo chegar a algumas constatações. A Visita Domiciliar, enquanto estratégia educacional, potencializa a ampliação da visão dos alunos e futuros profissionais, aproximando-os da realidade que não pode ser vivenciada e apreendida apenas em sala de aula ou nos laboratórios; ela favorece o contato, a observação e a vivência junto aos usuários e seus contextos de vida; proporciona também ao estudante a oportunidade de aprender fazendo, ao associar a teoria com a prática, exercitando as dimensões cognitiva, afetiva e psicomotora da competência profissional. Pudemos constatar também que a realização da Visita Domiciliar pelos estudantes contribui notoriamente para o desenvolvimento da “tecnologia leve” ou de relação. Sentimentos distintos - como satisfação, comoção, rejeição, impotência e frustração - também são despertados nos estudantes durante a realização da VD. Embora os estudantes não conceituem de forma clara a Visita Domiciliar, os sentidos atribuídos por eles a esta estratégia educacional podem ser relacionados de algum modo a aspectos da Promoção da Saúde, a um olhar ampliado dos fenômenos da saúde e a formas de conhecer a vida social das pessoas (usuários); sentidos estes próximos aos encontrados na literatura que serviu de referência a este estudo. Como limitações da Visita Domiciliar, enquanto estratégia educacional, foram relatados: o precário planejamento da atividade, a falta de mais discussões após as visitas, a descontinuidade do processo, a falta de conhecimento técnico adequado para realização da VD e a baixa resolução dos problemas dos usuários. Enfim, constatou-se que a Visita Domiciliar permite ao estudante de cursos de Saúde desenvolver um olhar ampliado, o que pode marcar um processo de transição entre uma formação biologicista e tecnicista nos currículos tradicionais, que se preocupam sobretudo com a doença, para uma formação teórica e prática voltada para a Promoção da Saúde, prevenção, recuperação e reabilitação do usuário, considerado como um todo e em suas relações com a vida social.

Palavras-chave: ensino; integração docente-assistencial; visita domiciliar.

ABSTRACT

This study investigates the Home Visit (HV) as an educational strategy, considering the perceptions of students of Nursing, Medicine and Dentistry of a University in the state of Rio de Janeiro. In these courses, students attend outreach activities since the beginning of the graduation in “Basic Assistance” and, especially, in “Family Health Strategy”, which has HV as an integral component of the syllabus. The purpose of the study is to analyze the home visit considering its benefits and limitations in the educational process in Health Sciences. The concept of meaning by Max Weber was used as the theoretical framework, and qualitative and quantitative methods were articulated to define the methodological approach. The participants of the research were students from the three courses. The quantitative data were collected from questionnaires and the qualitative data from individual semi-structured interviews. The analysis of the quantitative data considered absolute and relative frequency, while the qualitative data were examined by means of a content analysis by theme. Following both analyses, empirical categories were compared with analytical categories. The results raise some points for discussion. The Home Visit, as an educational strategy, seems to enlarge students’ perspectives, by promoting practical experience which cannot be gained in classrooms and laboratories; favor contact with and observation of users and their life contexts; and enable a learn-by-doing experience, as students associate practice and theory and exercise the cognitive, affective and psychomotor dimensions of their professional competence. Another benefit of the home visit was its notorious contribution to the development of the “light (relational) technology”. Different perceptions were assessed from students who participated in the HV: satisfaction, sympathy, rejection, impotence and frustration. Although students do not provide clear concepts of the Home Visit, the meanings they attributed to the HV are closely related to the perspective of Health Promotion, which considers people’s (users’) social life to understand health phenomena. Conversely, the students reported some limitations of the Home Visit as an educational strategy: poor planning, lack of follow-up discussion, discontinuity, lack of technical knowledge for the HV and few solutions for users’ problems. In conclusion, the Household Visit seems to promote a broader perspective of Health for students of Health Sciences. In lieu of a technician traditional curricular view basically concerned with disease, students are educated under the perspective of Health Promotion, which considers users as a whole, including their social lives, in prevention, recovery and rehabilitation.

Key words: home visit; teaching; teaching care integration services.

LISTA DE SIGLAS

a.C. - Antes de Cristo

ABS – Atenção Básica à Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CCBM - Centro de Ciências Biomédicas

CCHS - Centro de Ciências Humanas e Sociais

CCS - Centro de Ciências da Saúde

CF - Constituição Federal

DCNs - Diretrizes Curriculares Nacionais

Degerts - Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde

DEGES - Departamento de Gestão da Educação na Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FSESP - Fundação Serviço Especial de Saúde Pública

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDA – Integração Docente Assistencial

IES - Instituição de Ensino Superior

IES – Integração Ensino-Serviço

IESC – Integração Ensino, Serviço e Comunidade

IETC – Integração Ensino, Trabalho e Cidadania

IETC – Integração Ensino, Trabalho e Comunidade

LH - Laboratório de Habilidades

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PROMED - Programa de Mudança Curricular para os Cursos de Medicina

PRÓ-SAÚDE - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

Séc. – Século

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

UNIFESO – Centro Universitário Serra dos Órgãos

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1. Considerações iniciais	10
1.1. Objeto da pesquisa	15
1.2. Hipótese	15
1.3. Objetivos da pesquisa	15
1.3.1. Geral	15
1.3.2. Específicos	15
2. Considerações teóricas	16
2.1. O Sistema Único de Saúde (SUS) e as mudanças no modelo de atenção à saúde	16
2.2. A Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização e reorientação dos serviços de saúde	20
2.3. As mudanças na formação em saúde	23
2.4. A Integração Ensino, Trabalho e Cidadania	25
2.5. A visita domiciliar	29
2.5.1. As origens da visita domiciliar no Brasil	30
2.5.2. Sentidos da Visita domiciliar	32
2.5.3. A VD na IES em estudo	39
3. Considerações metodológicas	42
3.1 Sujeitos da pesquisa	43
3.2 Cenário	43
3.3. Abordagem qualitativa	45
3.4. Abordagem quantitativa	48
3.4.1. O universo e a amostra	48
3.4.2. Obtenção e análise dos dados quantitativos	50
3.4.3. Elaboração e preparação do instrumento de coleta de dados	50
3.4.4. Aplicação de pré-teste do instrumento de coleta de dados	51
3.5. Etapas para obtenção dos dados e resultados	51
3.6. Considerações sobre os procedimentos éticos em pesquisa	52
4. Análise e discussão dos resultados	53
4.1. Sentidos atribuídos à VD	53
4.2. Sentidos em realizar a VD	56
4.3. Aprendizagem na VD: conhecimentos desenvolvidos e, sentimentos despertados	61

<i>4.4. Potencialidades e limitações atribuídas à VD</i>	68
4.4.1. Potencialidades	69
4.4.2. Limitações	71
5. Considerações finais	76
Referências	83
Apêndices	
APÊNDICE A – Instrumento de construção de dados – Roteiro para entrevista	91
APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido (para os sujeitos entrevistados)	94
APÊNDICE C - Instrumento de construção de dados – Questionário	96
APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido (para os sujeitos que responderam os questionários)	105
Anexos	
ANEXO I - COMPETÊNCIAS 4º PERÍODO ENFERMAGEM	107
ANEXO II - COMPETÊNCIAS 5º PERÍODO ENFERMAGEM	109
ANEXO III - COMPETÊNCIAS 1º, 2º, 3º e 4º PERÍODOS MEDICINA	112
ANEXO IV – COMPETÊNCIAS IETC 1º e 2º PERÍODOS ODONTOLOGIA	114

CAPÍTULO 1

Considerações iniciais

Geralmente o início de uma pesquisa está relacionado com as inquietações e o interesse que mobilizam seu autor a conhecer melhor determinado assunto. Sendo assim, a escolha do tema está baseada nas inquietações surgidas durante minha vivência por dois anos e meio como docente de uma instituição de ensino superior (IES), que optou por um novo modelo de formação em saúde, o qual inclui a inserção do estudante no sistema público de saúde desde o início da sua formação, com ênfase na Atenção Básica ou Primária¹. Durante o mestrado comecei a trabalhar como dentista em uma unidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF)² no município de São José do Vale do Rio Preto/RJ.

Este novo modelo pedagógico adotado pela IES em que trabalhava e cursei minha graduação em Odontologia busca ampliar o processo de formação, relacionando-o com às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma a propiciar aos estudantes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia a vivência no mundo do trabalho, desde o início do curso, possibilitando que os mesmos assumam responsabilidades crescentes como agentes prestadores de cuidados, compatíveis com seu grau de autonomia.

O processo de desenvolvimento do conhecimento, as mudanças no processo do trabalho em saúde, as transformações nos aspectos sociais, demográficos e epidemiológicos, ocasionaram um processo de transformação na formação em saúde, tendo como perspectiva geral o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social, deslocando o eixo da formação centrada na assistência individual prestada em serviços especializados para uma formação mais contextualizada, ampliando o olhar de saúde para outras dimensões - sociais, econômicas e culturais da população- além da dimensão biológica.

Assim, os Ministérios da Saúde e da Educação, juntamente com as IES pretendem

1. A Atenção Primária refere-se a um conjunto de práticas em saúde, individuais e coletivas, que no Brasil, durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a ser denominado também de Atenção Básica à Saúde (Giovanella; Mendonça, 2008 p. 575), denominação esta que será utilizada no decorrer do texto.

2. Criado em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), passou posteriormente a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2008), denominação esta a ser utilizada neste trabalho.

conseguir a formação de profissionais capacitados para responderem aos problemas de saúde da população e estimular uma atuação interdisciplinar e multiprofissional nos serviços de saúde.

No campo da Saúde, há nas últimas décadas um consistente esforço para reorganizar e incentivar a Atenção Básica, como estratégia privilegiada para a substituição do modelo tradicional de atenção à saúde, historicamente centrado na doença e no atendimento hospitalar. Entretanto, um número crescente de IES voltadas para a formação em saúde em todo o território nacional aponta para um descompasso entre a formação e as necessidades de atenção em saúde de parcelas significativas da população brasileira. A maioria das escolas mantém uma proposta pedagógica de viés tecnicista, com baixa integração entre as disciplinas e com poucos cenários de práticas que permitam ao estudante conhecer e se formar na lógica do sistema de saúde como um todo.

No início da década passada, foram instituídas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos Cursos de Graduação em Enfermagem (BRASIL, 2001c), Medicina (BRASIL, 2001d) e Odontologia (Brasil, 2002), entre outras profissões da saúde, que definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros, médicos, e cirurgiões-dentistas a serem observados na organização curricular pelas IES, cujos projetos pedagógicos devem buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão e assistência. Essas mudanças no marco legal da formação sinalizaram para a busca de um profissional crítico, que deve ser capaz de “aprender a aprender”, de trabalhar em equipe, e de levar em conta a realidade social; enfim, segundo as DCNs, artigo 3º um “profissional com formação generalista, humanista e ética, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico”.

Essa recomendação geral de articulação entre os currículos das IES e o Sistema Único de Saúde (SUS) - com o sentido de formar profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, contemplando o modelo de atenção à saúde preconizado para o país - transforma os cenários da Atenção Básica, em especial a Estratégia de Saúde da Família (ESF), em potenciais espaços de ensino-aprendizagem para a construção de algumas das competências profissionais preconizadas nas DCNs para a formação em saúde.

A ESF possui como eixos fundamentais de sua concepção o território e a população adscrita, o trabalho em equipe, a intersetorialidade e a visita domiciliar, sendo esta última uma das suas principais estratégias que objetiva ampliar o acesso aos serviços e criar vínculos com a população (BRASIL, 2006a).

Durante a inserção na ESF os estudantes realizam dentre outras atividades, a visita domiciliar, definida nos Descritores em Ciências da Saúde (2010)³ como “a ida de médicos e outros profissionais de saúde às casas de moradores de uma determinada comunidade, visando, além de aproximá-los desta comunidade, desenvolver um atendimento mais particularizado e o conhecimento das condições de saúde e de vida, em termos econômicos, sociais e familiares”, e constitui uma das atribuições preconizadas para os profissionais da ESF.

A visita domiciliar é uma atribuição de todos os profissionais que exercem atividade na ESF, sejam eles enfermeiros, médicos, dentistas, auxiliares de enfermagem ou agentes comunitários de saúde, permitindo conhecer as condições de vida e saúde das famílias, através da observação dos hábitos, do cotidiano, das relações intrafamiliares, dos aspectos demográficos, sócio-econômicos e sócio-culturais. Esta aproximação com as famílias pode ser extremamente rica e importante para o planejamento e execução das ações em saúde, propiciando o atendimento tanto no âmbito assistencial quanto educacional ou pedagógico, que envolve levantamento, planejamento, execução, registro de dados e avaliação. Além disso, a visita domiciliar permite a aproximação com aspectos e dimensões que favorecem o olhar ampliado sobre saúde, permitindo ao profissional a percepção de que saúde é mais do que a simples ausência de doença, indo além da dimensão biológica, da visão fragmentada do ser, e que está intimamente relacionada ao contexto social e modos de vida, bem como possibilita a criação do vínculo e a aproximação com as pessoas de um determinado território, permitindo aos profissionais compreender melhor as pessoas, seus problemas e suas necessidades.

3. O *vocabulário estruturado* e trilingue DeCS - Descritores em Ciências da Saúde foi criado pela *BIREME* para servir como uma linguagem única na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos, e outros tipos de materiais, assim como para ser usado na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas fontes de informação disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) como *LILACS*, *MEDLINE* e outras). <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>.

Nesse contexto de inserção dos estudantes junto às equipes na Atenção Básica durante a formação, a visita domiciliar no Centro Universitário em questão constitui uma das estratégias educacionais entre as atividades curriculares realizadas pelos estudantes nos diversos cenários de prática extramuros, destinados ao desenvolvimento da chamada **Interação Ensino, Trabalho e Comunidade (IETC)**⁴, como é denominada na IES em que realizamos a pesquisa (FESO, 2006, p. 37).

A Integração Ensino, Trabalho e Comunidade ocorre através da inserção dos estudantes na Atenção Básica sob supervisão docente, em pequenos grupos, entre uma e duas vezes por semana, sendo as atividades preferencialmente desenvolvidas em complexidade crescente de acordo com os objetivos curriculares e as necessidades do serviço.

Espera-se que esta inserção possa contribuir para deslocar o foco da formação centrado na assistência individual, prestada em unidades especializadas, para um processo de formação sintonizado com as necessidades sociais, levando em conta as dimensões históricas, econômicas e sociais da população (BRASIL, 2007). Assim, a inserção do estudante nos cenários de práticas, a nosso ver, se distancia da fragmentação teoria-prática e transita para confluência entre a teoria e a prática desde o início do curso, possibilitando a vivência junto à realidade dos serviços de saúde, a partir da Atenção Básica, favorecendo o aprender fazendo, diferentemente dos currículos tradicionais, em que boa parte da teoria geralmente é aprendida no ciclo básico para ser aplicada posteriormente nos estágios realizados nos hospitais e serviços odontológicos. Dentro desse contexto, consideramos que a visita domiciliar se apresenta como uma estratégia para o desenvolvimento de competências necessárias à formação dos profissionais de saúde, uma vez que aproxima a prática profissional do cotidiano e das necessidades de saúde individuais e coletivas.

Várias pesquisas abordam a visita domiciliar enquanto instrumento do processo de Atenção à Saúde, porém o objeto deste estudo é a abordagem da visita domiciliar como atividade curricular que serve para a Integração Ensino, Trabalho e Comunidade (IETC), sob o olhar dos estudantes que a realizam e participam desta atividade. Enfim desejamos apreender os sentidos que os estudantes atribuem a essa estratégia educacional. Como veremos, a visita domiciliar pode constituir uma importante

4. Embora, seja esta a denominação encontrada no Projeto Político Pedagógico da IES campo do estudo, adotaremos durante o texto o termo Integração, corriqueiramente mais utilizado.

ferramenta na construção de competências requeridas para o exercício das profissões de saúde. Por isso, o presente estudo pretende analisar o potencial educativo da visita domiciliar na formação em saúde, a partir dos sentidos atribuídos pelos estudantes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia.

Acreditamos que a visita domiciliar é uma atividade que proporciona maior aproximação dos estudantes da realidade local e das pessoas, uma melhor compreensão dos seus problemas, suas necessidades e modos de vida, permitindo ao estudante conhecer melhor as dimensões sociais, econômicas e culturais que envolvem o processo saúde-doença, constituindo-se em importante estratégia educacional ou pedagógica na construção de competências que favoreçam o olhar ampliado de saúde.

Verificamos que as pesquisas relacionadas à visita domiciliar em sua maioria abordam como instrumento de Atenção à Saúde. Assim, olhar a visita domiciliar enquanto estratégia educacional ou pedagógica não se constitui um recorte de pesquisa comum.

A referida pesquisa foi realizada em um Centro Universitário que teve seus projetos para os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia contemplados pelo Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde), que visa alavancar a transformação do processo de formação, geração de conhecimento e prestação de serviços à população para abordagem integral do processo saúde-doença e, tem como eixo central a Integração Ensino-Serviço, com a inserção dos estudantes no cenário real de práticas, com ênfase na Atenção Básica, desde o início de sua formação (BRASIL, 2007).

A pesquisa pretende contribuir para se entender melhor a visita domiciliar como atividade curricular dentro do processo de formação em curso, considerando a lógica do SUS, em especial a Atenção Básica, levando em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, instrumentalizando os profissionais para lidar com os problemas do processo saúde-doença na esfera familiar e comunitária, e não apenas na instância hospitalar ou ambulatorial.

1.1. Objeto da pesquisa

O objeto do presente estudo consiste na visita domiciliar como estratégia pedagógica na formação dos estudantes a partir de uma perspectiva da integração ensino-trabalho-comunidade.

1.2. Hipótese

A seguinte hipótese foi formulada para o desenvolvimento da pesquisa:

- A realização de visita domiciliar pelos estudantes desde o início do curso de graduação pode contribuir na construção de novas competências do profissional de saúde, ampliando sua visão dos fenômenos relacionados ao campo da saúde.

1.3. Objetivos da pesquisa

1.3.1. Geral:

- Analisar o potencial educativo da visita domiciliar na formação em saúde a partir dos sentidos atribuídos pelos estudantes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia em um Centro Universitário no estado do Rio de Janeiro.

1.3.2. Específicos:

- Compreender os sentidos atribuídos à visita domiciliar pelos estudantes da referida instituição no processo de formação;
- Identificar as potencialidades e os limites da visita domiciliar no processo de formação.

CAPÍTULO 2

Considerações teóricas

Considerando a proposta de investigação, que se concentra na visita domiciliar como estratégia educacional ou pedagógica na formação em saúde, abordaremos os seguintes temas neste capítulo: o Sistema Único de Saúde (SUS) e as mudanças no modelo de atenção à saúde; a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família, o novo modelo de formação, a Integração Ensino, Trabalho e Cidadania e a visita domiciliar (VD).

2.1. O Sistema Único de Saúde (SUS) e as mudanças no modelo de atenção à saúde.

Ao longo da história da Saúde Pública no Brasil, pode-se identificar a predominância de alguns modelos de atenção à saúde, sendo possível também constatar a diversidade de modelos em um mesmo período.

A implementação do SUS, iniciada há mais de duas décadas, consolidou avanços importantes quanto à universalização do acesso e o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado. Entretanto, segundo Paim (2003) para a construção do SUS é fundamental a reorientação do modelo assistencial vigente e hegemônico no país. Este modelo, resultante de uma combinação complementar e ao mesmo tempo antagônica do modelo médico-assistencial privatista e do modelo assistencial “sanitarista”, cria uma dicotomia entre assistência e prevenção. O autor relaciona também os principais problemas de saúde relacionados ao modelo assistencial durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986: “desigualdade no acesso ao sistema de saúde, inadequação dos serviços às necessidades, qualidade insatisfatória dos serviços e ausência de integralidade das ações” (PAIM, 2003, p. 567).

De acordo com Scherer, Marino e Ramos (2005), no caso do setor de saúde brasileiro, o modelo legalmente instituído e praticado até 1988 estava estabelecido na lei 6.229/75, com dicotomias entre curativo e preventivo, individual e coletivo, por meio de práticas assistenciais fortemente centradas em hospitais, restritas aos contribuintes previdenciários. Esta concepção de modelo de atenção à saúde seguia, em parte, a herança do pensamento médico ocidental do século XVIII, fundado no

desenvolvimento da clínica e no surgimento do hospital, como forma de compreender a doença a partir da disfunção de seus elementos orgânicos e como espaço privilegiado de intervenção e sistematização de um saber sobre esta doença. Por outro lado, as influências da Escola Norte-Americana focada na especialização da medicina orientada ao indivíduo, tiveram profundas repercussões não só na formação médica, mas, sobretudo, na estrutura organizacional e funcional do sistema público de saúde.

Para Paim (2003), modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais podem ser entendidos como um conjunto de combinações de técnicas e tecnologias utilizadas pelos serviços, de modo a resolver problemas de saúde de determinada população. O atual modelo de atenção à saúde inclui elementos de diferentes modelos, ao propor ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, tanto ao indivíduo, quanto à família e comunidade, por meio de serviços assistenciais (ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico), quanto de vigilância em saúde (ambiental, epidemiológica e sanitária). Não se trata apenas de uma norma, nem somente uma forma de administrar serviços. Paim (2008) coloca que os modelos de atenção refletem as combinações tecnológicas dispostas nos meios de trabalho, representando uma espécie de lógica que orienta a ação e organiza os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas de saúde.

Assim, os modelos de atenção à saúde servem também para compreender determinados processos históricos, sociais e culturais da sociedade. Sua análise proporciona o entendimento dos saberes envolvidos nesses processos e a possibilidade de proporcionar respostas efetivas aos problemas do sistema de saúde. Destaque-se ainda que não existe um modelo certo ou errado. Existem, sim, modelos que representam o contexto histórico dominante e que podem ou não atender as necessidades de saúde da população.

Paim (2008) considera que, na conformação histórica do sistema de serviços de saúde no país, podem ser identificados modelos de atenção predominantes ou hegemônicos e propostas alternativas. Segundo o autor, no Brasil, dois modelos convivem historicamente de forma antagônica ou complementar: o modelo médico hegemônico e o modelo sanitarista. O modelo médico hegemônico engloba dois modelos: a) o médico assistencial privatista e b) o modelo da atenção gerenciada (*managed care*). Já no modelo sanitarista encontram-se: a) o Programa de Agentes Comunitários (PACS), b) a Estratégia de Saúde da Família (ESF), c) as campanhas sanitárias e d) as vigilâncias sanitária e epidemiológica.

O “Modelo Médico Assistencial Privatista” origina-se na década de 20, sob a influência da medicina liberal e voltava-se às necessidades de assistência dos trabalhadores urbanos e industriais. Fortaleceu-se, a partir de 1945, com a expansão da rede de hospitais dos Institutos de Previdência e Assistência Social (CARVALHO; MARTIN: CODORNI, 2001; SILVA JR, 2006). Representa a versão mais conhecida do modelo médico hegemônico, caracterizada pelo atendimento da demanda espontânea, baseado em procedimentos e serviços especializados, com foco na doença ou no doente, organizado em redes de serviços, com destaque para os hospitais (PAIM, 2008).

Segundo Silva Jr (2006) os sentidos dos modelos de atenção à saúde estão relacionados à concepção de saúde e doença. No modelo Assistencial Privatista, por exemplo, a concepção baseia-se no saber clínico, pautado em uma prática de saúde fragmentada em especialidades e tecnologias. É um modelo que pode ser encontrado em diferentes espaços, desde a medicina liberal, medicina de grupo, serviços de Saúde Pública, seguros de saúde e todos os serviços que não se encontram organizados para atender as necessidades de saúde dos indivíduos e coletivos. Volta-se para práticas assistenciais imediatistas em torno da doença, dissociadas de ações de prevenção (PAIM, 2003).

O modelo conhecido como “Assistencial Sanitarista” ou “Campanhista” surge no final do século XIX e ainda se faz presente na forma de organização da Atenção Básica à saúde. Nesse período, o país vivenciava um desordenado crescimento populacional nos grandes centros urbanos e momentos de grandes epidemias, que ameaçavam a economia agro-exportadora do país (BERTOLLI FILHO, 1996). Assim, nasceu um modelo de atenção que objetiva principalmente sanear os espaços públicos e erradicar as epidemias que tanto ameaçavam as exportações. Caracterizava-se por ser um modelo para área urbana, voltado para ações de prevenção de doenças através de campanhas compulsórias, na maioria das vezes, e atuações do Estado de forma autoritária no saneamento da cidade, praticado através da polícia sanitária de Oswaldo Cruz (PAIM, 2003).

Entretanto, a partir da década de 40, sob a influência de movimentos de grupos populares, e pressão das classes de trabalhadores por Políticas de Bem-Estar Social a serem implantadas pelo Estado, impôs-se a redefinição de modelos de saúde e surgiram propostas alternativas ao modelo hegemônico (SILVA JR, 2006).

Essas propostas fortaleceram-se após a década de 60 através do investimento da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), de instituições filantrópicas americanas e com a criação de núcleos de desenvolvimento de modelos alternativos de assistência nas universidades. Uma das propostas bastante conhecida foi a da medicina comunitária que ganhou força em vários locais do Brasil, transformando-se em ações de saúde diferenciadas do modelo hegemônico, mas também espaço de discussões voltadas para as políticas de saúde e abrigo para os intelectuais refugiados durante o regime militar, por não concordarem com as idéias do governo (SILVA JR, 2006).

Após a década de 70, durante o processo de redemocratização do país, a articulação entre algumas propostas comunitárias resultou no movimento da Reforma Sanitária que envolveu diversos segmentos da sociedade no debate quanto à forma de organização dos serviços de saúde, à formulação e à implementação de políticas públicas que favorecessem a reconstrução dos serviços e práticas de saúde. Segundo Scorel, Nascimento e Edler (2005) a Reforma Sanitária rompia com a assistência segmentada por classes, negando a assistência vinculada à medicina previdenciária. Contrapondo-se à extrema medicalização, ao curativismo e a privatização da saúde, coloca a assistência à saúde como universal – acessível a todos, regionalizada, com a participação dos usuários, descentralizada, integral, com acesso de qualidade e articulação em diferentes níveis de complexidade.

A partir do movimento da Reforma Sanitária, da homologação da Constituição Federal de 1988 e com a criação das leis que regulamentam o SUS, as estratégias alternativas vêm ganhando espaço nas políticas de saúde do país, tais como a Estratégia de Saúde da Família.

De acordo com a NOB-SUS 96, “busca-se transformar o modelo vigente, que concentra sua atenção no caso clínico, na relação individualizada entre o profissional e o paciente, na intervenção terapêutica armada (cirúrgica ou medicamentosa) específica, construindo-se um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na *relação da equipe de saúde com a comunidade*, especialmente com seus núcleos sociais primários – as famílias” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997, p. 15).

2.2. A Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização e reorientação dos serviços de saúde.

Segundo a cultura sanitária acumulada pelos sistemas públicos de saúde, a Atenção Básica à Saúde (ABS) deveria constituir-se em uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde (CAMPOS *et al.*, 2008). Atualmente, a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada internacionalmente a base para um modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão.

A Atenção Primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada para todas as outras necessidades e problemas, fornece atenção à pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002).

A portaria 648/GM coloca que a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006a).

Neste trabalho, consideraremos a definição de Atenção Básica adotada pelo Ministério da Saúde, uma vez que, segundo Campos *et al.* (2008) a Atenção Básica é considerada um arranjo assistencial importante nos países que almejem um sistema de saúde com atenção à saúde qualificada e em que esta seja um direito de cidadania.

Visando reorganizar e reorientar os serviços de saúde segundo uma nova lógica, teve início em 1991 o PSF (Programa de Saúde da Família) através da implantação do

Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), tendo sido posteriormente em 1994, modificado em sua estrutura e ações, porém mantendo a filosofia da concepção original. Cada equipe, formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, responde por uma área adscrita, sendo responsável por 600 a 1.000 famílias, variação que leva em conta as diversidades regionais (BRASIL, 2001b; SENNA, 2002).

Assim, a proposta geral do SUS de priorizar a prevenção e a promoção está expressa no Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS) com o propósito de orientar a organização da Atenção Básica no país, no sentido de garantir os princípios de territorialização, longitudinalidade no cuidado, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e equidade, priorizando grupos populacionais do SUS (BRASIL, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), o PSF nasceu com o propósito de superação do modelo de assistência à saúde até então vigente, visto como excludente e considerado insatisfatório pela população (BRASIL, 2001a).

A Portaria nº. 648/2006 considera que a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) o consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da Atenção Básica no Brasil (BRASIL, 2006a).

A Saúde da Família é entendida como uma **estratégia** de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (BRASIL, 2011).

Corbo e Morosini (2005) colocam que o conceito de programa está vinculado a uma idéia de transitoriedade, e que em 1996 o MS rompeu com esta denominação, adotando a partir de então a denominação de Estratégia da Saúde da Família, que caracteriza a sua escolha para substituir as práticas tradicionais de assistência,

focadas na doença, no indivíduo, no hospital e na figura do médico, por práticas mais humanizadas e integrais.

Segundo Costa *et al.* (2009), a ESF foi formulada com o objetivo de transformar o modelo de atenção à saúde no Brasil na busca de reflexões e mudanças nas instituições, nos padrões de pensamento e comportamento dos profissionais e cidadãos brasileiros. Giovanella e Mendonça (2008) colocam que o estímulo à ESF e à sua adequada implementação passou a ser elemento estratégico permanente para a consolidação do SUS.

A ESF possui como eixos fundamentais de sua concepção o território e a população adscrita, o trabalho em equipe e a intersectorialidade, além das visitas domiciliares, uma das suas principais estratégias, que objetiva ampliar o acesso aos serviços e criar vínculos com a população (BRASIL, 2006a).

A base de atuação das equipes são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), incluindo as atividades de visita domiciliar – com a finalidade de monitorar a situação de saúde das famílias. Para isso, a equipe deve realizar visitas programadas ou voltadas ao atendimento de demandas espontâneas, segundo critérios epidemiológicos e de identificação de situações de risco. O acompanhamento de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em micro-áreas selecionadas no território de responsabilidade das unidades de Saúde da Família, representa um componente facilitador para a identificação das necessidades e racionalização do emprego dessa modalidade de atenção (BRASIL, 1997).

Entretanto, apesar da denominação de Estratégia, a ESF, segundo Ribeiro, Pires e Blank (2004), ainda segue abrigando a dicotomia estratégia/programa. Por um lado, pela sua condição de programa que se apresenta com objetivos, metas e passos definidos. Por outro, pela sua posição de estratégia ao sinalizar um caminho possível para se atingir os objetivos do SUS.

Assim, um dos desafios para implementação das diretrizes da ESF consiste em envolver os profissionais inseridos no programa em um amplo processo de reorientação do trabalho em saúde (COSTA *et al.* , 2009), que inclui necessariamente transformações nos processos de formação em saúde, tanto no nível médio (técnico) quanto no superior.

2.3. As mudanças na formação em saúde.

As mudanças no modelo de saúde, demandam na necessidade de mudanças curriculares na formação dos profissionais de saúde. Produção de cuidados, acolhimento e humanização, passam a ser questões centrais no processo de reorientação do trabalho em saúde. Campos *et al.* (2008) indicam que a maioria absoluta dos médicos, enfermeiros e dentistas não têm formação especializada em saúde da família, ou em saúde coletiva ou para o exercício de uma clínica ampliada de cunho generalista, nem contam tampouco com apoio técnico ou institucional.

A formação de profissionais é uma das atribuições do SUS presente na Constituição Federal (CF) e na lei 8080/90 (BRASIL, 1990). O artigo 200, inciso III, da CF, coloca que compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde. O título IV dos recursos humanos, artigo 27, inciso I da lei 8080/90 atribui ao SUS “a organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação...”. Desde a criação do SUS, a articulação entre as instituições formadoras e o sistema tem sido um desafio para os que fazem saúde e educação no Brasil, constituindo-se os problemas no campo da formação uma das principais variáveis para a efetiva consolidação do sistema (BRASIL, 2006b).

A partir de 2001, foram instituídas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para as graduações da área da Saúde. As DCNs apresentam orientações para elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotadas por todas as instituições de ensino superior (MORITA; KRIGER, 2004). Elas representam um desafio importante, que é o de romper com as estruturas curriculares clássicas dos cursos de saúde, com modelos curriculares que se reduzem à perspectiva biológica e a uma formação tecnicista. Enfim, as DCNs tentam de algum modo aproximar a realidade acadêmica de formação em saúde aos princípios do SUS e às necessidades de saúde da população brasileira.

A educação escolar constitui um instrumento potente para corrigir o descompasso entre a orientação da formação dos profissionais de saúde e os princípios, as diretrizes e as necessidades do SUS (BRASIL, 2006b). Ceccim e Feuerwerker (2004) abordam esse processo de aproximação das DCNs com o SUS:

“A mobilização do setor saúde para a definição das diretrizes curriculares nacionais correspondeu à preocupação com a

consolidação do SUS, mas correspondeu também ao esforço intelectual de romper definitivamente com o paradigma biologicista e medicalizante, hospitalo-cêntrico e procedimento-centrado, atendendo aos novos desafios da contemporaneidade na produção de conhecimentos e na produção das profissões” (p.1404).

Segundo Haddad *et al.* (2006), as DCNs requerem que os cursos incorporem, nos seus projetos pedagógicos, o arcabouço teórico do SUS, incluindo postulados éticos, a cidadania, a epidemiologia e o processo saúde-doença, inclusive estimulando a inserção do estudante no sistema de saúde, já nos primeiros anos da formação.

Neste sentido, as DCNs representam um avanço, pelo fato de induzir maior articulação das IES com a sociedade e concretizar a relevância social da ação acadêmica. Enfim, na área da saúde, as DCNs reforçam a necessidade de orientar a formação profissional em seu trabalho no SUS (BRASIL, 2007).

As DCNs dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia no artigo 4º colocam que os profissionais devem ser dotados de conhecimentos para o exercício das seguintes competências e habilidades: **desenvolver ações** de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo; **tomar decisões** visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, equipamentos, medicamentos, procedimentos e práticas; **comunicar-se** de forma acessível com os demais profissionais e com o público em geral, bem como manter a confidencialidade das informações a eles confiadas; **assumir liderança** visando sempre o bem-estar da comunidade; **gerenciar e administrar** a força de trabalho, os recursos físicos e materiais e de informação; apto a **ser** empreendedor, gestor, empregador ou líder na equipe de saúde e, capacidade de **aprender continuamente**, tanto na sua formação, quanto na sua prática (BRASIL, 2001c;BRASIL, 2001d;BRASIL, 2002). (grifos nossos)

Estas competências e habilidades, comuns às DCNs dos cursos da saúde, aqui apresentadas, parecem indicar uma mudança no eixo de formação do profissional, uma vez que prevêem aspectos que se distanciam da formação voltada apenas para conhecimentos e técnicas relacionados à intervenção em partes do corpo humano ou ao alívio de sintomas. Busca também, desenvolver uma práxis educativa e profissional que potencialize as diferentes dimensões da realidade subjetiva e sociocultural, compreendendo a complexidade e as ambivalências das vivências e relações humanas e profissionais, inserindo-se na prática profissional e científica, dimensões

tradicionalmente excluídas como: a afetividade, a espiritualidade, a dimensão política e ecológica como inerentes ao cuidado com o ser humano e com sua saúde (FLEURI, 2006).

Portanto, os princípios, fundamentos, condições e procedimentos propostos pelas DCNs para formação pretendem que os futuros profissionais da saúde possam perceber estas demais dimensões envolvidas no processo saúde-doença, as quais não se aprendem através do processo tradicional dividido em ciclo básico e profissional, centrados na fisiopatologia, no diagnóstico, na terapêutica, nas tecnologias duras (equipamentos de apoio diagnóstico) e em estágios fortemente centrados no âmbito hospitalar e nos serviços odontológicos.

2.4. A Integração Ensino, Trabalho e Cidadania

A formação e o trabalho dos profissionais de saúde na América Latina vêm sendo decisivamente impactados pela reorganização dos sistemas de saúde, pelas pressões para a reforma da Universidade e pelo processo de reforma e descentralização político-administrativa do Estado. As iniciativas comprometidas com a relevância social da universidade e dos processos de formação no campo da saúde têm historicamente procurado articular dois contextos, aparentemente desconectados – universidade e serviços – buscando ligar os espaços de formação aos diferentes cenários da vida real e de produção de cuidados à saúde (ALMEIDA, FEUERWECKER, LLANOS, 1999).

A Integração Ensino, Trabalho e Cidadania tem sido referida na literatura ora como **articulação ensino-serviço**, ora como **integração docente-assistencial**, ora como **articulação ensino-pesquisa-extensão/assistência**, ora como **integração ensino-serviço**, passando ao longo das últimas décadas por alterações conceituais importantes: de *Integração Docente-Assistencial* (IDA) à *Integração Ensino-Serviço* (IES) ou *Integração Ensino, Serviço e Comunidade* (IESC) até a *Integração Ensino, Trabalho e Cidadania* (IETC).

Ceccim (2009) aponta diferenças importantes entre a relação bilateral concebida na Integração Docente-Assistencial (IDA) e a articulação tripla **Ensino, Serviço e Comunidade** (IESC): a IDA contempla o ensino e a pesquisa pelo lado docente e a atenção à saúde pelo âmbito assistencial. Já a IESC, além dos aspectos considerados na IDA, amplia seu campo de atuação, incorporando a participação popular. Da Integração Ensino, Serviço e Comunidade (IESC) para Integração Ensino, Trabalho e

Cidadania (IETC) operam-se novas ampliações significativas: trocar a palavra serviço por trabalho significa conceber que a produção do cuidado não se dá apenas nos serviços de saúde, mas sim em qualquer espaço de atuação dos profissionais de saúde. Substituir “comunidade” por “cidadania” significa que para além da participação popular, incorpora-se o controle social, principalmente no contexto do Sistema Único de Saúde. No âmbito do ensino, a IETC incorpora o protagonismo estudantil, além da docência e da pesquisa. (grifo nosso)

Nestas reflexões, é relevante mostrar um quadro comparativo elaborado por Albuquerque (2009) onde constam as transformações das abordagens conceituais apresentadas, a incorporação de novos elementos no processo e o protagonismo dos atores:

Abordagem	Elementos
Integração Docente-Assistencial (IDA)	<i>Docente</i> – ensino e pesquisa. <i>Assistencial</i> – atenção à saúde (nos serviços).
Integração Ensino, Serviço e Comunidade (IESC)	<i>Ensino</i> – ensino e pesquisa. <i>Serviço</i> – atenção à saúde (nos serviços). <i>Comunidade</i> – participação popular.
Integração Ensino, Trabalho e Cidadania (IETC)	<i>Ensino</i> – ensino, pesquisa e protagonismo estudantil. <i>Trabalho</i> – produção de cuidado interdisciplinar (nos serviços de saúde e nos espaços de produção direta ou indireta da vida, onde se requer atuação de profissionais de saúde). <i>Cidadania</i> – participação popular e controle social.

No plano político institucional da IES que serviu de campo para este estudo a inserção dos estudantes é denominada de Interação Ensino, Trabalho e Comunidade, que se orienta pela **confluência da teoria e da prática** priorizando atuação em **cenários reais** com **atores sociais** (docentes, discentes e comunidade) em interação, intervindo e modificando a realidade, constituindo-se uma orientação geral de todas as ações programáticas dos currículos dos cursos, no sentido de compatibilizar o processo de formação com o processo de inserção no mundo do trabalho, em **caráter essencialmente interdisciplinar e multiprofissional**, devendo considerar as

demandas da comunidade assim como as potencialidades e especificidades dos diferentes cursos e centros.(FESO, 2006, p. 37). (grifos nossos)

De acordo com ALBUQUERQUE *et al.* (2007) a Integração Ensino, Trabalho e Cidadania (IETC) compreende o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva e à qualidade da formação profissional.

De acordo com Pinheiro, Ceccim e Mattos (2006 p.11-12) a tríade educação-trabalho e cidadania fazem vigorar a integração entre universidades e sistemas de saúde, possibilitando rotas para construção de novos arranjos educativos e pedagógicos. Segundo os autores, a noção de trabalho perpassa a de serviço, pois inclui a gestão e o controle social; a noção de cidadania, diferentemente de comunidade, inclui os direitos sociais e políticos e, na educação se incluem as práticas de ensino, a alteridade com os usuários e a necessária integração entre saberes e práticas em cenários vivos de ensino-aprendizagem.

A integração entre a formação e os serviços de saúde está prevista em diversos documentos oficiais:

- a) Artigo 27, item IV, parágrafo único da Lei 8080/90: “os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas elaboradas conjuntamente com o sistema educacional” (BRASIL, 1990);
- b) Artigo 9º das DCNs para os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia: “...formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência”;
- c) No Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde, lançado em 2005 pelos Ministérios da Saúde e da Educação, que “tem como eixo central a integração ensino-serviço, com a conseqüente inserção dos estudantes no cenário real de práticas que é a rede SUS, com ênfase na atenção básica, desde o início de sua formação” (BRASIL, 2007, p. 05).

Em 2003 foi criada na estrutura regimental do Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), composta por dois departamentos: o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES). A política de educação na saúde implementada pelo DEGES/SGTES tem como um de seus eixos estruturantes a integração entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, caracterizada por ações que visam à mudança das práticas de formação e de atenção, do processo de trabalho e da construção do conhecimento, a partir das necessidades dos serviços (BRASIL, 2006b).

A ação articulada entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde, somente foi formalizada através da portaria interministerial MC/MEC nº. 2.118, de 03 de novembro de 2005, publicada no Diário Oficial da União em 04 de novembro de 2005 (Portaria Interministerial MC/MEC nº. 2.118/2005).

Na formação e no desenvolvimento dos profissionais de saúde, o SUS e a ESF assumiram, papel de interlocutores, pressupondo uma renovação pedagógica a partir da convergência das atividades educativas com o cotidiano e com a realidade social e de saúde do país (CAMPOS *et al.*, 2008). Dentre as competências previstas para a ESF está: articular, com as universidades e IES, a introdução de inovações curriculares nos cursos de graduação e ou a implantação de cursos de especialização ou outras formas de cursos de pós-graduação lato sensu (BRASIL, 1997 p. 26; BRASIL, 2001a, p.10).

Assim, a reformulação do modelo assistencial através da Atenção Básica, que tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os princípios do SUS, aponta de algum modo para um processo de transformação na formação dos profissionais de saúde com um perfil adequado para atender as novas demandas. Dessa perspectiva, os estudantes são inseridos em cenários de prática diversos da rede SUS, onde entre outras atividades realizam a **visita domiciliar** como atividade de ensino-aprendizagem.

A IETC constitui uma dimensão importante no sentido de valorizar as necessidades do SUS e inclui as IES nessa proposta, buscando uma formação diferenciada, onde o estudante é inserido nos serviços de saúde desde o início dos cursos para vivenciar e

produzir conhecimento em acordo com a realidade e as necessidades de saúde da população e do sistema.

2.5. A visita domiciliar

No conjunto da produção de serviços de saúde, a visita domiciliar (VD) tem sido um dos instrumentos historicamente utilizados. Trata-se de um instrumento privilegiado para o conhecimento do contexto em que vive o indivíduo e sua família, das condições sócio-econômicas, da cultura, dos hábitos, da forma de cuidar da saúde, dimensões estas que na maioria das vezes não podem ser observadas durante o atendimento realizado dentro do consultório e no ambiente hospitalar.

A VD proporciona ao profissional de saúde e ao estudante conhecer os modos de vida, prestar um atendimento mais particularizado, aprimorar a sua capacidade em comunicar, escutar e observar, criar vínculo, aproximar a prática profissional do cotidiano das pessoas e das famílias, uma vez que a dinâmica do processo saúde-doença está intimamente relacionada ao contexto social e modos de vida.

As visitas domiciliares, segundo Mendes e Oliveira (2007), assumem papel fundamental na organização do trabalho das equipes, seja pela possibilidade de entrar no ambiente familiar e conhecer melhor esta realidade, seja porque uma série de pacientes antes “esquecidos” pelo sistema de saúde devido às suas impossibilidades de locomoção passam a ter contemplado seu direito ao cuidado e ao atendimento. Contudo, por mais que a proposta se apresente como algo inovador, o simples conhecimento de casos novos não garante a compreensão humana dos problemas enfrentados. Segundo os autores, romper com o paradigma biomédico exige uma vigilância nem sempre fácil ou simples, com o objetivo de ampliar o olhar do profissional.

Lopes, Saupe e Massaroli (2008) afirmam que a visita domiciliar é uma prática antiga na área da saúde, atualmente resgatada em função das novas políticas públicas em que o profissional deixa de ficar esperando as pessoas adoecerem e procurarem recursos, e passa a atuar em seu entorno, detectando necessidades, promovendo saúde e cuidado.

Mendes e Oliveira (2007) destacam que a riqueza da visita domiciliar só pode ser revelada se o profissional que executa este trabalho puder enxergar não somente um

corpo a ser cuidado, mas um ser humano intrinsecamente ligado ao seu ambiente, influenciando-o e sendo influenciado por ele.

2.5.1. As origens da visita domiciliar no Brasil

No Brasil, o começo dessa prática sanitária ocorreu no início do século XX, trazida da Europa por Oswaldo Cruz, Emilio Ribas, Carlos Chagas, entre outros. Segundo Abrahão e Lagrange (2007), quando Oswaldo Cruz em 1903 assumiu a direção da Diretoria Geral de Saúde Pública, priorizou o combate à febre amarela, endêmica, à época, na cidade do Rio de Janeiro, que contava com as visitas domiciliares realizadas por inspetores sanitários como uma importante estratégia de combate. A partir dessas visitas, as residências podiam ser interditadas, se fosse verificado que estavam em más condições de higiene.

Em 1919, os problemas suscitados pela educação sanitária indicaram a necessidade de formação de enfermeiras visitadoras. A visita domiciliar tem então seu marco inicial. Em artigo publicado pelo “O Jornal”, o Dr. J. P. Fontelle abordou a educação sanitária e a real necessidade de formação das enfermeiras visitadoras, cujo serviço tinha como objetivo a prevenção (AUGUSTO; FRANCO, 1980).

No ano de 1921, por intermédio de Carlos Chagas, veio ao Rio de Janeiro um grupo de enfermeiras americanas, com a finalidade de desenvolver um curso para treinamento de visitadoras que deveriam prestar a assistência nos domicílios, levando em consideração, principalmente, um serviço de orientação às famílias no que se referia aos aspectos higiênicos de enfermidades, como a tuberculose, e ensinar sobre saúde infantil. Este curso se transformou alguns anos após, na Escola de Enfermagem Ana Nery (AUGUSTO; FRANCO, 1980)

Assim, segundo Abrahão e Lagrange (2007), a VD inicialmente foi considerada uma ação de prevenção e de precaução; em um segundo momento, de extremo controle e vigilância do comportamento e hábitos individuais. É quando, um conjunto de medidas, embasadas no discurso e na prática higienista, passam a figurar no cenário da Saúde Pública, com objetivo de possibilitar o desenvolvimento produtivo do Brasil.

Na década de 40, a VD continuou a ser empregada como estratégia de fiscalização dos domicílios, tendo como objetivo mudar o perfil epidemiológico, caracterizado à

época pelas grandes epidemias de doenças infecto-contagiosas (DOS SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008).

Em 1960, foi criada a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), extinta em 1990, que desenvolvia a oferta organizada de serviços na unidade, no domicílio e na comunidade; abordagem integral da família; visita domiciliar, realizada por visitador sanitário e auxiliar de saneamento para atividades de promoção, prevenção de doenças e monitoramento de grupos de risco; vigilância sanitária (REHEM;TRAD,2005).

Na década de 1970, mantendo a orientação de garantir medidas de prevenção de doenças, foi implantado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), inicialmente no Nordeste e posteriormente nas regiões Norte, Centro-Oeste e Sudeste, com o objetivo de ampliar a cobertura da assistência em saúde abrangendo populações até então marginalizadas pelas políticas sanitárias. Uma das estratégias utilizadas era a mobilização de profissional de nível elementar, recrutados nas próprias comunidades, para atuarem nas atividades preventivas e educativas e que, entre outras atividades, realizavam as visitas domiciliares (ABRAHÃO; LAGRANGE, 2007).

Na década de 80, inicia-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Ceará, no qual um enfermeiro treinava o Agente Comunitário de Saúde para atender uma população adscrita em um território, principalmente quanto à saúde materno-infantil, utilizando-se basicamente das VDs e da educação em saúde. Este programa foi ampliado para o território nacional pelo Ministério da Saúde em 1991.

Em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), propondo uma abordagem com ênfase na Atenção Básica, partindo da família, focada principalmente na prevenção e promoção da saúde, articulando-as com o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, e que tem na VD sua principal estratégia de trabalho. Constituiu-se em uma atribuição de todos os profissionais que exercem atividade atualmente na ESF, sejam eles enfermeiros, médicos, dentistas, auxiliares de enfermagem ou agentes comunitários de saúde, permitindo conhecer as condições de vida e saúde das famílias, através da observação dos hábitos, do cotidiano, das relações intra-familiares, dos aspectos demográficos, sócio-econômicos e sócio-culturais.

Assim, na década de 1990, a VD ganha espaço novamente devido ao processo de reorganização do modelo assistencial em saúde, através da criação do SUS e posteriormente dos programas PACS e PSF, cujo atendimento no domicílio constitui-se em uma das principais atividades de cuidado aos usuários.

A VD, especificamente no cenário dos serviços de saúde no Brasil, atualmente vem sendo empregada em larga escala, enquanto instrumento de trabalho dos trabalhadores que constituem a equipe da ESF (SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008).

2.5.2. Sentidos da Visita domiciliar

As publicações oficiais do Ministério da Saúde não apresentam sentidos específicos quanto à visita domiciliar e não orientam quanto a sua sistematização, embora seja ressaltada a importância de se acompanhar a família, inclusive através da visita domiciliar, realizada por todos os profissionais do programa (BRASIL, 1997; BRASIL, 2001a; COSTA NETO, 2000; BRASIL, 2006a). A literatura também não apresenta um consenso, quer seja nas publicações do MS ou nas demais publicações.

Para Egry e Fonseca (2000), a VD é um **instrumento** no conjunto dos instrumentos (técnicas, procedimentos e saberes) da enfermagem em saúde coletiva, utilizado para **intervenção** no processo-saúde familiar.

Segundo Souza, Lopes e Barbosa (2004) é um dos **instrumentos** mais indicados para **prestação de assistência** à saúde do indivíduo, família e comunidade.

A VD, segundo Kawamoto, Santos e Matos (1995), é um **conjunto de ações** de saúde voltadas para o atendimento, tanto **educativo como assistencial**.

Takahashi e Oliveira (2001) a definem como uma **atividade** utilizada com o intuito de subsidiar a **intervenção** no processo de saúde-doença de indivíduos ou no **planejamento** de ações visando à promoção da saúde da coletividade.

De acordo com Ribeiro (2004), é um **contato pontual** de profissionais de saúde com as populações de risco, enfermos e seus familiares para a **coleta de informações e/ou orientações**.

Mazza (2010) coloca que a VD é um dos **instrumentos** mais indicados para se começar a trabalhar o indivíduo, a família e a comunidade na **prestação de assistência** à sua saúde, dentro do seu contexto social. Também a define como uma **atividade de assistência** à saúde exercida junto ao indivíduo, à família e à comunidade.

Savassi e Dias (2006) colocam que a VD é um dos **instrumentos** para compreensão do viver em família.

Para Lopes, Saupe e Massaroli (2008), a VD é o **deslocamento do profissional** até o domicílio do usuário, com as finalidades de **atenção à saúde, aprendizagem ou investigação**, podendo ser considerada como um **método**, uma **tecnologia** e um **instrumento**. Essa visão da visita domiciliar nos interessa sobretudo, pois um dos objetivos dessa pesquisa é justamente analisar o potencial educativo dessa estratégia, ou seja, tentar ampliar a compreensão dos sentidos educacionais atribuídos a uma estratégia de ensino.

Percebe-se através das discussões apresentadas que um dos principais sentidos atribuídos à Visita Domiciliar (VD) é o de **instrumento de ação**. Sentido este que perpassa a idéia de recurso a ser utilizado com um determinado objetivo: atenção à saúde, aprendizagem, compreensão do viver em família, coleta de dados (informações), educação, intervenção, investigação e prestação de assistência.

De acordo com o Ministério da Saúde a VD constitui uma atribuição de todos os profissionais na Estratégia de Saúde da Família. Ela deve ser realizada para o cadastramento das famílias, segundo a definição da área territorial pré-estabelecida para a adscrição e, também para monitorar a situação de saúde das famílias, quer seja de forma programada ou para atendimento de demandas espontâneas (BRASIL, 1997).

Durante a realização da VD, deverão ser identificados os componentes familiares, a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde essas famílias estão inseridas. Essa etapa inicia o vínculo da unidade de saúde e da equipe com a comunidade, a qual é informada da oferta de serviços disponíveis e dos locais, dentro do sistema de saúde, que prioritariamente deverão ser a sua referência (BRASIL, 1997).

O guia prático do PSF coloca a utilização da VD com os seguintes objetivos: cadastro das famílias, diagnóstico social, acompanhamento, controle e monitoramento dos agravos à saúde, além da coleta de dados para 'realimentar' a prática profissional (BRASIL, 2001b).

Segundo Costa Neto (2000), durante a realização da VD deve-se observar as atividades diárias da família, sua alimentação, seus hábitos de higiene, a situação domiciliar - condições de moradia, de saneamento e condições ambientais e os possíveis fatores de risco à saúde. Informações sobre detalhes dos aspectos familiares como composição da família, sua renda, a ocupação de seus membros, as condições de acesso aos sistemas de saúde e educacional, a mortalidade e a morbidade referidas, bem como outras informações relacionadas aos riscos presentes ou potenciais para integrantes da família ou para a dinâmica de seu funcionamento.

Mazza (2010) coloca que a VD objetiva prestar atendimento no domicílio, orientar, educar, levantar possíveis soluções de saúde, fornecer subsídios educativos para que os indivíduos, a família e a comunidade tenham condições de se tornar independentes.

Segundo Mendes e Oliveira (2007), a riqueza da VD só pode ser revelada se o profissional que realiza este trabalho puder enxergar não somente um corpo a ser cuidado, mas um ser humano intrinsecamente ligado ao seu ambiente, influenciando-o e sendo influenciado por ele.

Oliveira, Krull e Figueiredo (2009) colocam que a VD possibilita a observação *in locus* da realidade das famílias no território, a criação de vínculos com os profissionais e a ampliação do cuidado e, que através da VD é possível conhecer as condições e o modo de vida de uma comunidade, sua cultura e suas singularidades.

Takahasi e Oliveira (2001) colocam que apenas quando planejada e sistematizada, a VD, pode ser considerada como instrumento de cuidado da ESF, caso contrário, torna-se apenas uma mera atividade social. Esta é uma análise importante para este estudo, já que a Visita Domiciliar está sendo considerada aqui como uma estratégia educacional construída com determinado fim.

Como dissemos anteriormente, a VD, deve ser considerada como um método, um instrumento e uma tecnologia constituindo-se num instrumento facilitador para

abordagem de usuários e suas famílias, dentro do seu contexto social, desde que realizada através de sistematização, critérios e objetivos claros e definidos (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008). Esses autores esclarecem que a VD como **método** se inscreve como possibilidade nas abordagens qualitativas; como **tecnologia leve-dura** requer competência (saberes, habilidades e atitudes), especialmente quanto à interação, à observação e à comunicação; e como **instrumento**, faz uso do planejamento e do registro, orientado por um roteiro. Exige plena concordância do usuário e o estabelecimento de relação fundamentalmente alicerçada pela ética.

Merhy *et al.* (2002), ao suscitarem discussão sobre a tecnologia em saúde, colocam que falar em tecnologia é ter sempre como referência a temática do trabalho; e falar em trabalho é falar em ação intencional sobre o mundo na busca de “coisas” (bens/produtos) – que funcionam como objetos, mas que não necessariamente são materiais, duros, pois podem ser bens/produtos simbólicos – que satisfaçam necessidades. No mesmo texto os autores classificam as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como: **leve** (tecnologias de relações do tipo de produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho); **leve-dura** (saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e **dura** (equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais).

Para Lopes, Saupe e Massaroli (2008) a VD reúne pelo menos três “tecnologias leves” a serem aprendidas e desenvolvidas: a) **a observação**, indicando a atenção aos detalhes dos fatos e relatos apresentados durante a VD; b) **a entrevista**, implicando o diálogo com a sua devida finalidade, e não apenas uma conversa empírica; e c) o **relato oral ou história**, espaço onde as pessoas revelam como dão sentido às suas vidas, dentro dos limites e da liberdade que lhes são concedidos.

Enquanto método, a VD pode ser inscrita nas abordagens qualitativas, cujo principal instrumento é a entrevista. Segundo Minayo (2010, p. 261-262), “a entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, com finalidade, caracterizada pela sua forma de organização, dirigida por um roteiro, contendo questões detalhadas ou conduzida por questões orientadoras, originadas das questões interventivas – e que tem a finalidade de obter dados de duas naturezas: a) os que se referem a fatos objetivos e vivências concretas da realidade; b) os que se

referem ao nível mais profundo da realidade – os subjetivos – tais como atitudes, valores, sentimentos e opiniões”.

A VD pode representar um momento rico de falas, escutas, trocas e aprendizado. Para tanto, quer seja com a finalidade de atenção à saúde, aprendizagem ou investigação, necessita de um roteiro de entrevista previamente elaborado, de modo que possibilite a coleta das informações e o conhecimento das necessidades apontadas pelo usuário e sua família. Por sua vez, a espontaneidade, a simpatia, o respeito e comportamento do entrevistador frente aos membros da família são extremamente importantes para o sucesso da VD.

Ainda neste sentido, vale ressaltar que parte da VD se estrutura como uma entrevista de cunho científico. Segundo Minayo (2010), a premissa básica da entrevista é a situação de interação, não sendo uma simples coleta de dados, pois informações advindas dos sujeitos entrevistados podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador.

Ainda em relação a este aspecto, Costa Neto (2000) coloca que o entrevistador deverá posicionar-se com afetividade, mas com firmeza, não se portando como um mero inquisidor, pois a partir desse momento, ele passa a ser um novo elemento que interage com a família com o sentido de manter ou recuperar a saúde de seus membros e da qualidade da dinâmica familiar.

Barros, Cruz, Santos *et al.* (2006) colocam, que no momento da VD, o profissional deve se desprender dos seus preconceitos, analisar criticamente suas concepções, valores e atitudes, buscando sempre a compreensão do outro.

A partir da taxonomia apresentada por Merhy *et al.* (2002) e da leitura de Lopes, Saupe e Massaroli (2008), consideramos a VD como uma tecnologia leve-dura (tecnologia e saberes), que envolve na sua abordagem a **interação efetiva** (ação exercida mutuamente entre duas ou mais pessoas) entre o profissional, o estudante, o pesquisador, a unidade de saúde e a população; a **observação**⁵, a qual é capaz de revelar dimensões envolvidas no processo saúde-doença que não são passíveis de serem observadas e identificadas durante a interação profissional/paciente durante a

5. A noção de observação aqui referida tem sua origem na antropologia de Malinowski, sendo tomada por alguns estudiosos não apenas como estratégia, mas como um método em si mesmo, para compreensão da realidade (Minayo, 2010: 273, 74,75).

consulta; **a comunicação**, no sentido de capacidade de trocar ou discutir idéias, de dialogar, visando o bom entendimento entre pessoas. Destaque-se que a comunicação pode ser verbal, através da palavra ou não verbal, pois também falamos através do corpo, do nosso comportamento. Barros, Cruz, Santos *et al.* (2006) consideram que, a tecnologia leve ou de relação, tem papel preponderante na prática da VD.

Finalmente, enquanto instrumento (recurso) empregado para alcançar o objetivo ao qual se propõe, a VD, segundo alguns autores deve ser sistematizada, planejada e registrada.

Yamamoto, Primo, Cardoso *et al.* (1998) em estudo sobre a VD no ensino de médicos residentes em Pediatria Comunitária colocam que das 23 horas de carga horária total por estudante para a realização da VD, 10 horas são utilizadas entre a seleção dos casos e o preparo das visitas.

Souza, Lopes e Barbosa (2004) colocam que as ações de enfermagem na VD deve incluir as seguintes etapas: levantamento, planejamento, execução, registro dos dados e avaliação, destacando a importância do conhecimento prévio das necessidades antes da execução da VD para que os objetivos propostos para a mesma sejam atingidos.

Mendes e Oliveira (2007) colocam que para a objetivação da VD é de fundamental importância antes da mesma ter em mente um plano. Os mesmos autores, quando apresentam em seu artigo a proposta de uma ficha de visita domiciliar, demonstram preocupação quanto ao planejamento e ao registro para que a mesma não se restrinja a uma simples consulta ou ao teatral aperto de mãos, troca de afagos e lanches. Para Savassi e Dias (2006) a VD deve ter caráter profissional, não social.

Mendes e Oliveira (2007) colocam que a falta de sistematização das visitas, contribui para desperdiçar as possibilidades que essa atividade guarda, tornando-a na maioria das vezes, mero espelho da consulta médica e de enfermagem.

Assim, podemos afirmar que a sistematização, o planejamento e o registro são considerados como elementos fundamentais para a realização da Visita Domiciliar. Além disso, assinalamos que a capacitação ou treinamento é outro aspecto considerado importante e também abordado por alguns autores.

Mendes e Oliveira (2007) afirmam que para perceber os detalhes do mundo da vida é necessário treinamento e o reconhecimento dos aspectos do território domiciliar, que podem influenciar na clínica e no cuidado da pessoa em estado de vulnerabilidade que se apresenta como foco da visita.

Santos e Kirschbaum (2008) afirmam que a visita ao ser utilizada como instrumento que requer a entrada no domicílio dos usuários necessita de preparo, habilidades de comunicação, ética profissional e conhecimento dos mecanismos para prover à família uma assistência de cunho educativo, pautados em ações de prevenção e principalmente de promoção à saúde da população. Colocam que cabe uma reflexão quanto ao preparo do trabalhador de saúde que entra no ambiente familiar, tomando como protagonista nesse processo o Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Mazza (2010) coloca que o profissional deverá estar bem preparado tecnicamente, quanto ao conhecimento de quem será visitado, local a ser visitado e objetivos da visita.

O quadro a seguir apresenta de forma esquemática algumas potencialidades e limitações da VD. Ele foi elaborado a partir da leitura de diversos autores que tratam do tema em questão (MARASQUIN, DUARTE, PEREIRA, MONEGO, 2004; SOUZA, LOPES, BARBOSA, 2004; BARROS, CRUZ, SANTOS et al., 2006; MENDES, OLIVEIRA, 2007; BATISTA, VENEU, CARVALHO, SANTOS, 2009; MAZZA, 2010).

Potencialidades	Limitações
<p>Saída do profissional do seu local de domínio para o domicílio do usuário;</p> <p>Maior possibilidade de compartilhamento, responsabilização, solidariedade e fortalecimento do vínculo;</p> <p>Proporcionar aos profissionais o conhecimento sobre o indivíduo, seu contexto de vida, condições de habitação, e relações afetivo-sociais entre os membros da família;</p> <p>Proporciona maior liberdade ao usuário para expor seus problemas, ambiente sigiloso e menos formal;</p> <p>Maior envolvimento do usuário e sua família com o planejamento e execução dos cuidados necessários;</p>	<p>Instrumento invasivo ao cotidiano das famílias, o que pode ser extremamente incomodo aos usuários;</p> <p>Sentimento de impotência frente à realidade muitas vezes sofrível das famílias, que dependem de ações intersetoriais que fogem a governabilidade do profissional, afastando-o da atividade;</p> <p>Falta de fornecimento de transporte para o local da visita;</p> <p>Requer muito tempo não só na execução, na locomoção e na avaliação pós-visita;</p> <p>Falta de segurança em algumas áreas com alta marginalidade;</p> <p>Método dispendioso e de pouco alcance a</p>

<p>Melhor relacionamento do grupo familiar com o profissional de saúde;</p> <p>Efetiva interação profissional, unidade de saúde e a população.</p>	<p>uma parcela maior da população;</p> <p>Limitação dos encontros devido ao horário de trabalho e afazeres domésticos;</p> <p>Falta de integração entre as ações realizadas nas visitas e a referência à unidade de saúde para atenção à saúde ou para o atendimento nos níveis secundário e terciário;</p> <p>Demanda excessiva à qual as equipes estão submetidas tornando o tempo artigo precioso que precisa ser otimizado.</p>
--	---

Espera-se que o estudante possa durante a sua vivência e prática na atenção básica, em particular na ESF desenvolver a produção do cuidado, entendido enquanto ações de acolhimento, vínculo, autonomização e resolução (MERHY; FRANCO, 2007)

Lembramos ainda que inicialmente as VDs eram centralizadas em um único profissional da área da saúde, o qual assumia por completo a assistência ao paciente. Atualmente vários profissionais como enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas, atuam conjuntamente, formando uma equipe interdisciplinar, compartilhando a assistência e as responsabilidades, aproveitando assim o conhecimento específico de cada profissional em sua área, tornando assim a atenção ao paciente integrada (BARROS, CRUZ, SANTOS *et al.*, 2006).

Abrahão e Lagrange (2007) colocam que a VD impõe também a capacidade de autodisciplina para a observação, a habilidade técnica para a entrevista e o imperativo ético para a escuta da história ou relato oral.

2.5.3. A VD na IES em estudo

A realização da VD pelos estudantes nos cursos que compõem este estudo, acontece em momentos diferenciados nos quais são inseridos na Atenção Básica, especificamente na ESF, em acordo com as necessidades e objetivos curriculares de cada curso. Na Enfermagem a realização da VD ocorre no 4º e 5º períodos. Na Medicina, é realizada entre o 1º e 4º períodos. Na Odontologia, também é realizada entre o 1º e 4º períodos, porém com ênfase maior durante o 1º e 2º períodos.

Os cursos não apresentam nos documentos disponibilizados para análise sistematização alguma quanto à realização da VD, mas indicam as competências esperadas para os períodos ou para as atividades extramuros, inseridas naquilo que se denomina Integração Ensino Trabalho e Comunidade (IETC).

A formação por competência tem suscitado debates acirrados entre autores, inclusive na área da Saúde. Contudo, é importante colocar que a literatura corrente sobre a noção de competência se refere, em termos gerais, à capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar imprevisibilidades em uma dada situação concreta de trabalho e em um determinado contexto cultural (WITT, 2005).

Segundo Lima (2005), a orientação dos currículos por competência, na área da saúde, implica a inserção dos estudantes, desde o início do curso, em cenários da prática profissional com a realização de atividades educacionais que promovam o desenvolvimento dos desempenhos (capacidades em ação), segundo contexto e critérios. Nesse sentido, cabe ressaltar como aspectos de progressão do estudante o desenvolvimento crescente de autonomia e domínio em relação às áreas de competência previstas no currículo. A referida inserção pressupõe uma estreita parceria entre a academia e os serviços de saúde, uma vez que é pela reflexão e teorização a partir de situações da prática que se estabelece o processo de ensino-aprendizagem.

Sobre essa questão, o Parecer 16/99, do Conselho Nacional de Educação, é bastante claro: “a competência não se limita ao conhecer, mas vai além porque envolve o agir numa situação determinada: não é apenas saber, mas saber fazer. Para agir competentemente é preciso acertar no julgamento da pertinência, ou seja, posicionar-se diante da situação com autonomia para produzir o curso de ação mais eficaz. A competência inclui o decidir e agir em situações imprevistas, o que significa intuir, pressentir arriscar com base na experiência anterior e no conhecimento”.

Perrenoud (1999) coloca que as competências devem ser entendidas no sentido de aprendizados construídos. Elas passam por raciocínios explícitos, decisões conscientes, inferências e hesitações, ensaios e erros. A partir da leitura de Perrenoud (1999, p.28) podemos entender a competência como: “a capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles, com vista a uma ação eficaz frente a uma determinada situação”.

Lima (2005) coloca que, na literatura educacional, podem-se verificar três relevantes abordagens conceituais sobre competência: uma considera competência como sendo uma coleção de atributos pessoais; outra vincula o conceito aos resultados

observados/obtidos (tarefas realizadas) e uma terceira propõe a noção de competência dialógica, originada na combinação de atributos pessoais para a realização de ações, em contextos específicos, visando atingir determinados resultados. Destacamos para este estudo a concepção dialógica de competência, já que, seguindo Lima (2005), ela trabalha com o desenvolvimento de atributos – cognitivos, psicomotores e afetivos – que, combinados, conformam distintas maneiras de realizar tarefas essenciais e características de uma determinada prática profissional.

Cabe aqui considerarmos que a inserção dos estudantes nos cenários reais de prática, em particular na Atenção Básica, tem como objetivo o desenvolvimento de um olhar ampliado de saúde através do contato com a realidade de vida das pessoas e das famílias, não desprezando os aspectos biológicos, mas ampliando o horizonte da visão de saúde. Esta visão, de uma forma geral, ainda relaciona a saúde à minimização da dor e a resolução de problemas localizados em uma parte do corpo. Ressalte-se que este corpo é originado em células que formam sistemas, que totalizam um indivíduo único, envolto nas suas crenças, culturas, hábitos e modo de vida, que não vive dissociado do seu contexto social. Contexto este que proporciona relações e reações diferenciadas frente aos fatores condicionantes e determinantes de saúde, que implicam diferentes formas de viver e adoecer, resultando em maior ou menor qualidade de vida.

CAPÍTULO 3

Considerações metodológicas

A ação social é uma modalidade específica de ação, ou seja, de conduta à qual o próprio agente associa um sentido. O sentido é aquele subjetivamente visado pelo agente e não qualquer sentido objetivamente correto. Desta perspectiva, interessa aquele sentido que se manifesta em ações concretas e que envolve um motivo sustentado pelo agente como fundamento da sua ação. Neste estudo, a ação social em análise é a **visita domiciliar**, realizada pelos estudantes de Enfermagem, Medicina e Odontologia de uma determinada IES, e é considerada como uma das estratégias educacionais previstas nos currículos desses cursos da área da saúde.

A partir da leitura de Aron (1995), Cohn (1991) e Freund (1987), podemos colocar que a ação social é um comportamento, uma atitude interior ou exterior voltada para a ação, ou para a abstenção, orientada pelas ações de outros. Isto é, ação social é todo comportamento cuja origem depende da reação ou da expectativa de reação de outras partes envolvidas. Logo, a idéia central de ação social é a existência de um sentido na ação: Sentido este, natural de cada ator, de um grupo de atores, que age, que se relaciona com a atitude do outro, de modo que suas ações são mutuamente orientadas. Ela se realiza de uma parte (agente) para outra. É uma atitude sobre a qual recai ao menos um desejo de intercâmbio, de relacionamento. Como toda relação social, é determinada não só pelos resultados para o agente, mas também pelos efeitos (reais ou esperados) que pode causar ao outro.

O presente estudo tem como referencial mais amplo a noção de sentido desenvolvida por Max Weber, para quem a Sociologia é uma ciência voltada para a compreensão interpretativa da ação social. Esta compreensão implica a percepção dos sentidos que cada ator atribui à sua conduta (ARON, 1995).

A ação, como toda conduta humana, é dotada de um sentido dado por quem a executa e que orienta essa ação. Assim, uma explicação sociológica de matriz weberiana busca compreender e interpretar o sentido, o desenvolvimento e os efeitos da conduta (ação) (QUINTANEIRO; BARBOSA; OLIVEIRA, 2002). Os elementos desse processo articulam-se naquilo que Weber denominou de “cadeia motivacional”: cada ato parcial realizado no processo opera como fundamento do ato seguinte, até completar-se a seqüência. Para Weber, o objetivo da compreensão é sempre captar o

sentido de uma atividade ou de uma relação. A atividade humana se orienta segundo um sentido, passível de compreensão pelas ciências sociais (COHN, 1991, p. 26-28).

O presente estudo foi transversal e buscou analisar o potencial educativo da visita domiciliar a partir dos sentidos atribuídos pelos estudantes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia de um Centro Universitário no estado do Rio de Janeiro.

3.1 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos participantes da pesquisa foram estudantes dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia de uma IES, convidados a participarem voluntariamente da pesquisa após esclarecimento quanto aos seus objetivos, benefícios e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

O universo de estudantes que poderiam participar do estudo era o seguinte: 143 do curso de Enfermagem; 618 do curso de Medicina e 64 do curso de Odontologia, totalizando 825, sendo passíveis de inclusão no estudo, aqueles regularmente matriculados a partir do 5º período devido ao fato dos mesmos já terem cursado os quatro períodos com atividade de inserção na Atenção Básica nas UBSF a partir da lógica da IETC, tendo, portanto, algum tipo de vivência em relação à visita domiciliar (VD).

O interesse do pesquisador pelos três cursos se deu devido à mudança curricular ocorrida nos mesmos, que adotou a integração dos ciclos básico e profissional e metodologias ativas de ensino-aprendizagem. A mudança foi iniciada no curso da Medicina, através do PROMED em 2005, e posteriormente com a inclusão dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia em 2007 no Pró-Saúde. Em todos estes três cursos da área da Saúde estava prevista a inserção dos estudantes nos cenários de prática desde o início dos cursos, conforme a lógica de integração do ensino com o trabalho e a comunidade.

3.2 Cenário

O estudo foi desenvolvido no Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) localizado na cidade de Teresópolis/RJ, cuja mantenedora é a Fundação Educacional

Serra dos Órgãos (FESO), criada em 20 de janeiro de 1966, por um grupo de pessoas, setores e instituições da sociedade civil organizada.

O município de Teresópolis conta com uma população de 163.746 habitantes, segundo dados do IBGE de 2010 (IBGE, 2011), tendo sua taxa de alfabetização subido de 81%, em 1991, para 87,5%, em 2000. A produção rural apresenta números significativos, sendo o município o maior produtor de hortifrutigranjeiros do estado. O seu potencial econômico é também marcado por uma vocação para o turismo e como pólo urbano de serviços.

Segundo dados do IBGE de 2009 (IBGE, 2011) o município conta com 75 estabelecimentos de saúde, sendo 44 estabelecimentos privados e 31 estabelecimentos públicos municipais. Este município conta com 13 Unidades de Saúde da Família, 11 situadas em áreas urbanas e 2, na zona rural. A cobertura atual da Estratégia Saúde da Família no município é de 37,1%.

Em 1999, foram criados no UNIFESO os Centros de Ciências Biomédicas (CCBM), hoje Centro de Ciências da Saúde (CCS) e de Ciências Humanas e Sociais (CCHS), visando à integração e à articulação dos cursos de graduação em áreas afins e seu conseqüente fortalecimento. No mesmo período, agregaram-se aos seus respectivos Centros os novos Cursos de Odontologia e de Direito, bem como o de Medicina Veterinária no ano seguinte, todos em função da necessidade de responder à diversificação de oferta e captação de recursos que a instituição demandava. Em 2001 foi implantado o Curso de Fisioterapia, que encerrou o ciclo de expansão planejado, segundo o Plano de Desenvolvimento Institucional 2003-2007.

O Centro de Ciências da Saúde (CCS) do UNIFESO é uma instância acadêmica administrativa, à qual estão vinculados os cursos de graduação em Ciências Biológicas, Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia, Medicina, Odontologia e Medicina Veterinária.

Em 2003, o curso de Medicina foi selecionado pelo MEC/MS/ OPAS para participar do processo de financiamento e implantação do PROMED (Programa de Mudança Curricular para os Cursos de Medicina), estando entre as 19 escolas selecionadas nacionalmente. No segundo semestre de 2005, após intensas discussões e estruturação da proposta curricular, realizou-se o primeiro processo seletivo de Vestibular para o Curso de Graduação em Medicina com vistas a um curso organizado

com metodologias ativas de ensino-aprendizagem onde, de forma articulada, utiliza-se a aprendizagem baseada em problemas e a problematização como estratégias pedagógicas centrais.

No primeiro semestre de 2007, após aprovação do projeto no Pró-Saúde, os cursos de Enfermagem e Odontologia iniciaram a operacionalização da mudança curricular, já em curso na Medicina. A mudança incluía a formação voltada para o fortalecimento de um modelo de Atenção à Saúde comprometido com as necessidades do usuário (usuário-centrado), ao contrário do modelo predominante (procedimento-centrado), almejando a formação de profissionais comprometidos com a universalidade, a equidade e a integralidade do cuidado (ALBUQUERQUE *et al.*, 2007).

3.3. Abordagem qualitativa

A opção por uma abordagem qualitativa se deve à possibilidade de contemplar aspectos da subjetividade dos sujeitos envolvidos na pesquisa – fazendo jus às correntes compreensivistas em relação à “apreensão dos significados”, e assim não deixar à margem “relevâncias e dados” que poderiam não ser quantificados em números (Minayo, 1999, p.13).

A abordagem qualitativa visa, prioritariamente, trabalhar com variáveis que revelam de alguma forma os sentidos de como o sujeito vivencia suas experiências, sentimentos e opiniões sobre variadas situações.

Minayo (2007, p. 261) coloca que a entrevista, no sentido amplo da comunicação verbal e no sentido restrito da coleta de informações sobre determinado tema científico, é a estratégia mais utilizada no trabalho de campo, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa. A entrevista proporciona a busca do sentido das falas (Minayo, 2007, p. 306).

Foram realizadas entrevistas com estudantes, visando reconhecer os sentidos atribuídos pelos mesmos à visita domiciliar enquanto estratégia educacional dos três cursos da área de Saúde. Segundo Minayo (2007, p.261) “a entrevista semi-estruturada combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada”.

A entrevista constitui-se em um tipo de escuta qualificada do discurso (falas) a respeito de determinado tema (objeto do estudo). Essas falas foram transcritas em textos e analisadas sistematicamente. Através da entrevista, buscou-se a compreensão dos sentidos atribuídos pelos agentes à ação, com destaque nessa pesquisa para a visita domiciliar como estratégia de formação.

Para auxiliar a entrevista, foram construídos “roteiros focalizados” (SOUZA *et al.*, 2005), com oito tópicos temáticos que englobam o seguinte (Apêndice A):

- 1) Visão geral sobre a visita domiciliar;
- 2) Finalidades da visita domiciliar;
- 3) Planejamento e registro da visita domiciliar;
- 4) Trabalho pedagógico a partir da visita domiciliar;
- 5) Conhecimentos e habilidades;
- 6) Experiências na visita domiciliar;
- 7) Contribuições da visita domiciliar para a formação;
- 8) Potencialidades e limites da visita domiciliar no processo formativo.

Esses tópicos temáticos funcionaram como guia para interlocução durante a entrevista, permitindo flexibilidade no diálogo e absorção de novos temas e questões trazidas pelos interlocutores.

As entrevistas foram realizadas na IES campo de estudo e também gravadas, mediante termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B), respeitando-se os princípios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Duas entrevistas iniciais foram consideradas como piloto, pois o pesquisador ainda não havia realizado qualquer tipo de estudo com a utilização desse instrumento de coleta de dados. As entrevistas pilotos apontaram a necessidade de rever a formulação de algumas perguntas, porém sem a necessidade de alteração quanto aos tópicos temáticos.

Visando contemplar significativamente os três cursos foi previsto entrevistar no mínimo cinco estudantes de cada um. Entretanto, no curso de Enfermagem conseguimos realizar somente quatro entrevistas.

Consideramos que, com o decorrer das entrevistas, criamos maior familiaridade com o roteiro, com o instrumento, tornando as mesmas mais consistentes e agradáveis tanto para o entrevistado como para o entrevistador.

Houve recusa em participar por parte de três estudantes, além dos eventuais agendamentos que algumas vezes foram esquecidos, mesmo na véspera o entrevistado tendo sido lembrado por ligação telefônica e com o envio dos eixos temáticos através do e-mail, para que o entrevistado tivesse conhecimento dos temas que seriam abordados em relação à VD.

A proposta de contemplar diferentes cursos de uma mesma IES se baseia na perspectiva qualitativa do que Minayo (2007) chama de aprofundamento e de compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição ou de uma representação.

Com a finalidade de descobrir os sentidos da visita domiciliar como estratégia pedagógica na lógica da Integração Ensino, Trabalho e Comunidade, os dados das entrevistas foram analisados sob a perspectiva da análise de conteúdo na sua **modalidade temática**. Esse tipo de análise se concentra no tema, em afirmações a respeito de determinado assunto (Minayo, 2007, p. 315). Essa proposta de análise, segundo Bardin (2004), se refere a um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, descrição dos conteúdos das mensagens.

Através da análise de conteúdo, pode-se caminhar na descoberta do que está por trás das mensagens manifestas, indo além das aparências do que está sendo comunicado. Como indicado, foi utilizada a **análise temática**, cujo foco é o tema. O tema é a unidade de significação que emerge de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura.

Para tal, nos utilizamos de parte do que nos orienta Bardin (2004) sobre organização da análise, que se encontra em três pólos distintos:

- a) Pré-análise;
- b) Exploração do material;
- c) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação; e
- d) Categorização.

Inicialmente, realizamos uma leitura flutuante do material, que nos permitiu conhecer melhor o que foi produzido, e foi o momento de se deixar invadir por impressões e orientações. Com isso foi possível encontrar sentidos produzidos nas entrevistas que respondessem as questões.

Dessa forma, obtivemos o que Bardin (2004) descreveu como rubricas ou classes, as quais reuniram um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico. A partir de então, foi realizada a análise e categorização dos sentidos obtidos através das falas dos participantes.

A análise das entrevistas possibilitou organizar gradualmente os dados obtidos através das mesmas. Fizemos então, várias reflexões, na tentativa de averiguar se havíamos encontrado respostas para as questões gerais do estudo: A realização da visita domiciliar pelos estudantes desde o início do curso pode contribuir na construção de um olhar ampliado de saúde? Quais os sentidos atribuídos à visita domiciliar pelos estudantes? Quais as potencialidades e os limites da visita domiciliar no processo de formação desses estudantes?

Desse modo chegamos às seguintes categorias analíticas:

- a) Sentidos atribuídos à VD em geral;
- b) Sentidos em realizar a VD;
- c) Aprendizagem na VD: conhecimentos adquiridos e sentimentos despertados;
- d) Potencialidades e limitações atribuídas à VD.

Por fim, os dados das entrevistas foram interpretados através de uma discussão ampla dos resultados, relacionando-os à produção do conhecimento na área da formação em saúde.

3.4. Abordagem quantitativa

3.4.1. O universo e a amostra

O universo de sujeitos foi constituído pelo total de estudantes regularmente matriculados nos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia a partir do 5º período, devido ao fato dos mesmos já terem cursado os quatro períodos relativos à inserção nas atividades da Atenção Básica nas UBSF.

Considerando o tamanho do universo ($N=825$), optou-se pelo cálculo de uma amostragem significativa⁶ com margem de erro máxima de 6,1% (seis ponto um por cento), chegando-se ao quantitativo esperado de 269 estudantes, uma vez que as técnicas probabilísticas garantem a possibilidade de inferir e realizar afirmações sobre determinada população com base nas amostras.

Dentro desse universo calculado aplicou-se a técnica da amostragem estratificada, uma vez que os elementos da população possuem características que permitem a criação de subgrupos. Os elementos de cada grupo foram numerados de 1 a N_i em pedaços de papel e sorteados, desta maneira todos os elementos da população de cada grupo tiveram a mesma probabilidade de serem selecionados (BARBETTA, 2002). O mesmo procedimento foi realizado com auxílio da planilha eletrônica MS Excel[®], numerando todos os elementos conforme dito acima, e atribuindo a cada elemento um número aleatório. Organizaram-se assim os elementos dentro de cada grupo em ordem decrescente, e selecionaram-se os n_i dentro de cada grupo (conforme método de seleção de Bernoulli). Este método garante a seleção de amostra aleatória simples independente em cada grupo.

Assim, como na amostragem estratificada a população se divide em subconjuntos, os elementos da amostra foram proporcionais ao número de elementos desses subconjuntos em relação ao total. Dessa maneira o quantitativo da amostra estratificada ficou assim representado: enfermagem com 46 estudantes (17,1%); medicina com 201 estudantes (74,7%) e odontologia com 22 estudantes (8,2%). A distribuição do universo, da amostra prevista e da amostra realizada estão representados na tabela a seguir.

i (grupo)	Universo		Amostra prevista		Amostra realizada	
	N_i	%	n_i	%	n_i	%
1 Enfermagem	143	17,3%	46	17,1%	33	12,8%
2 Medicina	618	74,9%	201	74,7%	201	77,9%
3 Odontologia	64	7,8%	22	8,2%	24	9,3%
Total	825	100,0%	269	100,0%	258	100,0%

6. O tamanho da amostra foi calculado de acordo com a seguinte fórmula: $n_0 = 1/E_0^2$, onde: n_0 é a primeira aproximação do tamanho da amostra e, E_0 é o erro amostral tolerável. Em seguida o valor encontrado para n_0 é utilizado na fórmula: $n = N \cdot n_0 / N + n_0$, onde N é o número de elementos da população e, n é o tamanho da amostra.

3.4.2. Obtenção e análise dos dados quantitativos

Os dados quantitativos foram obtidos através a partir da construção e aplicação de um questionário (Apêndice C), para o qual o participante da pesquisa também assinava o TCLE (Apêndice D).

Foram aplicados 258 questionários, sendo: 33 estudantes de enfermagem (12,8%), 201 estudantes de medicina (77,9%) e 24 estudantes de odontologia (9,3%). Assim, a amostra realizada garantiu uma margem de erro máxima de 6,1%.

Os dados obtidos foram digitados através de máscaras criadas no MS Excel® e posteriormente analisados quanto à frequência relativa e frequência absoluta.

3.4.3. Elaboração e preparação do instrumento de coleta de dados

O questionário foi elaborado a partir de uma revisão bibliográfica sobre o tema geral da pesquisa, tendo como referência os objetivos específicos do estudo. O instrumento foi dividido em três partes (Apêndice C).

A primeira parte contém uma folha de rosto com informações sobre a pesquisa e orientações para o preenchimento do questionário. Na segunda, os dados específicos dos estudantes (idade, gênero, curso e período no qual se encontra matriculado). Na terceira e última, questões sobre a realização da visita domiciliar pelos estudantes.

Os seguintes tópicos foram abordados nas perguntas do questionário:

- a) Número aproximado de visitas domiciliares (VD) realizadas até a data de aplicação do questionário;
- b) Objetivos da visita domiciliar;
- c) Foco de atenção durante a visita domiciliar;
- d) Realização ou não de discussão após a atividade da visita domiciliar, os aspectos mais discutidos e os que nunca foram discutidos, e quem coordenava as discussões;
- e) Contribuição da visita domiciliar à compreensão do processo saúde-doença e para a formação profissional;
- f) Orientações de educação em saúde realizadas durante a visita domiciliar;
- g) Procedimentos técnicos realizados durante a visita domiciliar;
- h) Realização de pesquisa a partir da visita domiciliar;
- i) Relação faculdade, serviços e população.

3.4.4 Aplicação de pré-teste do instrumento de coleta de dados

Aplicamos o pré-teste do questionário no mês de fevereiro de 2011 em um grupo de 30 estudantes (10 de cada curso) do 3º período, com a finalidade de verificar possíveis problemas ou dificuldades no preenchimento e entendimento do instrumento. Nenhum dos participantes do pré-teste fez parte da amostra da pesquisa.

Após a realização do pré-teste, foram feitas algumas modificações na estrutura do questionário visando o seu aprimoramento para a realização da pesquisa.

3.5. ETAPAS PARA OBTENÇÃO DOS DADOS E RESULTADOS

Tivemos momentos distintos na estruturação do cronograma para iniciar a obtenção dos dados:

- 1) Em setembro de 2010, foram aplicados pré-testes dos questionários em um grupo de 30 estudantes (10 de cada curso) do 3º período para a observação do tempo médio utilizado para respondê-lo e verificar possíveis problemas ou dificuldades no preenchimento e entendimento do instrumento, bem como a necessidade de ajustes no instrumento para coleta de dados. Nenhum dos participantes do pré-teste fez parte da amostra da pesquisa;
- 2) Em outubro de 2010, foram realizadas entrevistas de sondagem com os professores coordenadores das atividades da IETC nos cursos, visando obter informações sobre as atividades realizadas, dentre elas a VD, pelos estudantes durante a inserção na Atenção Básica;
- 3) Entre fevereiro e março de 2011, após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CEP/ENSP), em 16/02/2011, foi realizada a aplicação dos questionários para os estudantes dos cursos. Inicialmente foi realizado contato com as coordenações dos cursos através de e-mail, onde constavam explicações sobre os objetivos do estudo, a autorização para sua realização fornecida pela Direção do Centro de Ciências da Saúde (CCS), além da solicitação dos contatos dos coordenadores de períodos para que fossem agendados data e horários convenientes para a aplicação dos questionários, de forma a não atrapalhar as atividades do curso;

- 4) Entre abril e maio de 2011, foram realizadas as entrevistas em horários e datas previamente agendadas com os entrevistados no campus sede da IES campo do estudo. As entrevistas foram gravadas através de dispositivo MP4 para que os dados pudessem ser arquivados para transcrição e futuras consultas, de forma prática e segura. Posteriormente, foram feitas transcrições e análises do material obtido;
- 5) O quinto e último momento compreendeu a análise dos dados obtidos através das entrevistas e dos questionários.

3.6. Considerações sobre os procedimentos éticos em pesquisa

O estudo seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadas de Pesquisa com Seres Humanos da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os sujeitos envolvidos com a pesquisa receberam informações sobre a proposta do estudo. Após estarem cientes e concordarem em participar da pesquisa, todos assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices B e D).

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CEP/ENSP) [Protocolo de pesquisa nº. 08/11] e registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa [CAAE – 0013.0.031.000-11], sendo aprovado em 16 de fevereiro de 2011 e devidamente autorizado pela Direção do Centro de Ciências da Saúde (CCS) do Centro Universitário campo do estudo.

Nos questionários e nas entrevistas, o anonimato dos respondentes e dos interlocutores foi preservado, através da utilização de códigos na apresentação dos resultados. A gravação da entrevista ficará guardada por dois anos sob responsabilidade do pesquisador, sendo assegurada a não divulgação das identidades em hipótese alguma.

Capítulo 4

Análise e discussão dos resultados

Da análise criteriosa dos dados obtidos através das entrevistas e dos questionários, foram extraídas categorias empíricas que, confrontadas com as seguintes categorias analíticas, orientaram a discussão dos resultados:

- a) Sentidos atribuídos à VD;
- b) Sentidos em realizar a VD;
- c) Aprendizagem na VD: conhecimentos adquiridos e sentimentos despertados;
- d) Potencialidades e limitações atribuídas à VD.

Vale lembrar que os dados deste estudo foram coletados através de entrevista testada através de entrevista-piloto e questionário também previamente testado. Porém, a validade está sujeita a viés de resposta e de memória, já que os sujeitos tendem a reportar conhecimentos aceitáveis mesmo quando não os adotam. Ainda assim, os dados obtidos na amostra estudada são capazes de fornecer um panorama sobre a visita domiciliar como estratégia pedagógica.

4.1. Sentidos atribuídos à VD

Quando perguntados como definiriam a visita domiciliar (VD), os estudantes⁷ revelaram sentidos diversos para essa estratégia pedagógica: aspectos relacionados a prevenção e promoção da saúde, ao olhar ampliado de saúde e, ao conhecimento de modos de vida.

Entre os sentidos relacionados a **aspectos de prevenção e promoção da saúde** destacamos as seguintes falas:

...promover, prevenir doenças do paciente... (EE4)

O que você puder fazer para orientar, promover a saúde pro paciente... o que você pode contribuir. (EM3)

7. Preservando o anonimato dos participantes da pesquisa, neste capítulo, utilizaremos os seguintes códigos: a) EE – estudante de Enfermagem; b) EM – estudante de Medicina e, c) EO – estudante de Odontologia.

...mecanismo de prevenção e promoção de saúde. (EM4)

...é um controle, um conhecimento daquela família... conhecer a pessoa e assim, prevenir, também tratar e ao mesmo tempo prevenir de futuras complicações, futuros problemas. (EO1)

Segundo a Carta de Ottawa (1986) Promoção da Saúde é definida como a capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida. Para Czeresnia (2003), o conceito de promoção é bem mais amplo do que o de prevenção, pois se refere a medidas que “não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais”. Entre os estudantes entrevistados essa distinção entre prevenção e promoção ainda não aparece de forma muito clara.

A definição de visita domiciliar (VD) também aparece relacionada à idéia de um **olhar ampliado de saúde**. Um dos entrevistados comenta que, com a VD, é possível “visualizar o indivíduo como um todo, incluindo o local onde ele tá inserido” (EM5). Outro estudante ratifica esse raciocínio, afirmando que se trata de “um momento de interação... uma avaliação em diversos aspectos desde a situação sócio-econômica, financeira, desde higienização, todos os aspectos da casa até a saúde geral do individuo” (EE3).

Esse olhar ampliado de saúde é desejado pelo atual modelo de formação adotado pela IES campo de estudo, no sentido de romper com o reducionismo biologicista e a fragmentação nas especialidades, buscando inserir outras dimensões do processo saúde-doença.

A preocupação com a situação sócio-econômica, com aspectos da moradia e do local onde o individuo está inserido, nos remete ao conceito de saúde formulado na histórica VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), realizada em Brasília, no ano de 1986, também conhecido como ‘**conceito ampliado**’ de saúde, no qual a saúde é vista como a “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (BRASIL, 1986, p.4). Estas condições, entre outras, passaram a ser denominadas de “fatores determinantes e condicionantes da saúde” no art. 3 da Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990.

Enfim, o aparecer deste sentido através das falas dos estudantes remete a preocupação desse futuro profissional, não apenas com o aspecto biológico – Qual seu problema? Onde dói? O que preciso consertar? -, mas a uma percepção de que outras dimensões, também, estão envolvidas e relacionadas com o processo saúde-doença.

Apesar de alguns estudantes sinalizarem para um conceito ampliado de saúde, indicando mudanças no olhar durante a formação, a importância dada à dimensão psicomotora da formação ainda é marcante, principalmente entre os acadêmicos da Medicina, caracterizando a preocupação de alguns deles em buscar desenvolver adequadamente habilidades para a realização dos procedimentos técnicos, como se pode perceber nas seguintes falas:

... é a forma de integrar o aluno, o que ele aprende na teoria e levar pra prática...praticar o que eu aprendia no laboratório de habilidades e na própria tutoria[...] cenário de prática maravilhoso em que nós podíamos utilizar as habilidades aprendidas no LH na vida real..é um cenário de prática extremamente estimulante[...] (EM2)

...um campo muito fértil pra desenvolver as habilidades do LH... (EM5)

Entre os estudantes de Odontologia, além dos aspectos relacionados à promoção da saúde, outro sentido apresentado foi o de conhecer modos de vida, conforme as seguintes falas:

...é o aluno indo até a comunidade... é o aluno conhecendo a comunidade, as pessoas aonde elas vive, seus problemas, por que esses problemas. (EO4)

...uma visita que você faz na casa das pessoas. Uma forma de conhecer um pouco da vida das pessoas. (EO2)

Esse olhar do estudante de Odontologia em conhecer os modos de vida, sinaliza preocupação com o outro, além dos aspectos relacionados à saúde bucal:

...a saúde como um todo não só uma boca. Isso foi uma das coisas que eu aprendi, eu comecei realmente a associar a saúde bucal com o resto do corpo porque quando eu entrei para o 1º período de Odontologia a minha idéia é de que o dentista era quase um tapa buraco, que ia fazer cavidade e restaurar, que só tinha cárie e depois eu vi que não é bem assim, que muitas das doenças bucais tem causas sistêmicas e que algumas doenças sistêmicas são causadas por problemas bucais também. (EO4)

Isso pode indicar na formação Odontológica a percepção de que saúde bucal não está relacionada apenas a boca, pois segundo Groisman e Medeiros (2003) a cárie é uma doença multifatorial, onde a interação de três fatores primários (o hospedeiro susceptível – o dente, a microflora cariogênica e um substrato local - sacarose) é fundamental no que tange a iniciação e progressão da doença.

Os sentidos relacionados aos aspectos de promoção da saúde e a um olhar ampliado de saúde nas falas dos estudantes podem sinalizar mudanças nos padrões de formação dos futuros profissionais de saúde. Entretanto, a referência a estes aspectos pelos estudantes não nos permite afirmar se realmente possuem domínio destes conceitos, os quais não são objetos de discussão no presente trabalho. Porém parecem indicar uma transição entre o discurso biologicista-tecnicista dos currículos tradicionais para um discurso de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação, enfim, para um olhar ampliado de saúde.

4.2. Sentidos em realizar a VD

Quando perguntados sobre para que realizavam a VD, os estudantes atribuíram os seguintes sentidos a esta estratégia pedagógica: a prestação de assistência, levantamento de necessidades de saúde, olhar o contexto de vida; promover saúde, identificar as condições de moradia, saneamento e meio ambiente.

A **prestação da assistência** parece relacionada à idéia de cuidado, *in loco*, voltado principalmente para aqueles que apresentam dificuldades de locomoção até a unidade de saúde, como explicitado nas seguintes falas:

...proporcionar o bem-estar daquela pessoa, tá ajudando...cuidar do usuário (EE1)

...está lá para ajudar ela... uma atenção especial... uma atenção maior no caso de cada pessoa. (EM1)

...facilitar um pouco melhor a vida de um indivíduo que tem limitação funcional...(EM5)

Levantar as **necessidades de saúde** foi outro sentido relatado para a realização da VD pelos estudantes dos três cursos estudados, conforme demonstrado nas falas a seguir:

...coletar alguma informação sobre o estado de saúde dessa pessoa... buscar alguma coisa sobre o paciente... sobre a saúde dela como um todo... passar na casa de alguém pra saber como é que ele tava...(EM4)

...pra você enxergar as necessidades dele, o que está acontecendo na vida diária, com quem ele mora... é pra facilitar também o trabalho do posto de saúde (EM3)

A inserção junto às equipes da Estratégia Saúde da Família permite aos estudantes identificar as necessidades de saúde das pessoas e da população, aspecto este que pode contribuir para a prestação de um cuidado em saúde relacionado com a realidade social e epidemiológica do território, em contraponto com uma formação voltada principalmente à assistência ambulatorial e hospitalar.

Olhar e conhecer o contexto de vida das pessoas foi outro sentido atribuído à VD pelos entrevistados:

...olhávamos o bairro se tinha muitos ratos, vala negra. (EM2)

...identificar mesmo as situações de risco a qual o indivíduo tá exposto e que você pode intervir... (EM5)

...conhecer os membros familiares... conhecer onde ele vive... (EO3)
A partir do momento que você entra na casa do paciente, que você vivencia aquilo que é a vida do paciente... Muitas vezes você vê ele lá no ambulatório, chegando todo arrumadinho, cheiroso, você não tem noção do que esse paciente come, o que essa pessoa come, onde ele mora, com quantas pessoas ele mora, as condições de vida. (EM1)

O contato entre o estudante e a realidade das pessoas durante a formação, principalmente com a oportunidade de conhecer a forma como vivem, parece contribuir para o desenvolvimento de um olhar ampliado de saúde, como a percepção de que os indivíduos se relacionam de maneiras distintas com o ambiente em que vivem e que, embora possam apresentar as mesmas patologias, cada indivíduo venha apresentar resposta diferenciada à doença e ao tratamento.

Alguns aspectos relacionados à idéia **de promoção da saúde** foram apontados pelos estudantes:

...aconselhamentos sobre alimentação, atividade física, controle da pressão arterial, da própria glicemia... (EM2)

...é para promover a saúde, para você ter uma intimidade com o paciente melhor... (EM3)

...promoção e prevenção de saúde [...] promover e prevenir, evitar que certos problemas possam vir a acontecer ali praquela família...(EO1)

Aspectos relacionados à Promoção da Saúde mais uma vez foram sugeridos pelos estudantes, neste caso como um dos sentidos atribuídos à VD. Porém, como já apontado anteriormente, as falas indicam uma visão difusa em relação à Promoção da Saúde, sem clareza na distinção entre Prevenção e Promoção. Trata-se de uma questão importante em uma formação que visa desenvolver nos profissionais competências para ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

Ao responderem o questionário, quando questionados em relação ao principal foco de atenção durante a realização da VD, a família como um todo foi assinalada por 66,7% (22) dos estudantes da enfermagem, 70,8% (17) da Odontologia e 30,8% (62) da Medicina. Apesar dos números indicarem possível mudança no olhar desses futuros profissionais, 32,8% (66) estudantes da Medicina assinalaram como foco de atenção a doença ou problema de saúde, caracterizando ainda o forte olhar biologicista. Entretanto, essa percepção dos estudantes voltada para a família pode indicar futuramente a atuação de profissionais que não mais concentrem sua atenção apenas no caso clínico, na intervenção terapêutica (cirúrgica ou medicamentosa) específica, mas também na produção do cuidado em sentido mais amplo e, conforme sinalizado pelo MS (1997), centrados na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação com a comunidade, especialmente com seus núcleos sociais primários – as famílias.

Os dados obtidos em relação ao principal foco de atenção durante a realização da VD indicam uma preocupação maior dos estudantes de Odontologia e de Enfermagem em relação à família como um todo. Na graduação em Odontologia, essa constatação pode estar relacionada a mudanças ocorridas na perspectiva de formação profissional, antes voltada exclusivamente para o tratamento curativo; e hoje incorporando questões como: diagnosticar as condições de saúde bucal, avaliar atividade e riscos

das doenças, estabelecer relações entre as alterações bucais e quadros sistêmicos, integrar equipes de saúde e participar de questões mais amplas (extrabucais) da comunidade (WAYNE, 2003). No caso da Enfermagem, essa mudança de visão pode ser devido à inserção dos estudantes em unidades de saúde a partir do quinto período, ao olhar de cuidado inerente a profissão e ao fato de que boa parte dos estudantes já serem auxiliares ou técnicos em Enfermagem.

As **atividades realizadas** durante a VD são várias e diversas. Perguntados, no questionário, sobre as principais **atividades** realizadas durante a visita domiciliar, os estudantes responderam o seguinte:

a) Enfermagem

Utilização de medicamentos	84,8% (28)
Alimentação saudável	84,8% (28)
Diabetes mellitus	84,8% (28)
Hipertensão arterial sistêmica	81,8% (27)

b) Medicina

Diabetes mellitus	82,6% (166)
Hipertensão arterial sistêmica	82,1% (165)
Alimentação saudável	72,6% (146)
Utilização de medicamentos	70,6% (142)

c) Odontologia

Higiene e saúde bucal	95,8% (23)
Alimentação saudável	75,0% (18)
Higiene geral	70,8% (17)
Hipertensão arterial sistêmica	58,3% (12)

Nota-se similaridade nas atividades assinaladas pelos estudantes de Enfermagem, de Medicina e de Odontologia. Nas respostas dos estudantes de Enfermagem e de Medicina, destaca-se a questão da utilização de medicamentos; nos de Odontologia, a atividade “higiene e saúde bucal”, que pode ser relacionada de algum modo à prevenção/promoção da saúde, assinalando já alguma mudança na formação e talvez a impossibilidade de ações que requerem maior habilidade e conhecimento técnico dos estudantes.

Outro ponto para refletir é que a maioria das atividades assinaladas pelos estudantes está fortemente relacionada a procedimentos, quando o almejado é que os mesmos possam desenvolver atividades que ampliem o olhar e o desenvolvimento de

competências para lidar com dimensões outras do processo saúde-doença, além da biológica. Portanto, percebe-se a necessidade de reflexão quanto à estruturação das atividades a serem realizadas neste cenário de práticas, de forma que as mesmas possam favorecer o máximo possível o desenvolvimento das competências previstas pelo novo modelo de formação.

Algumas dessas atividades aparecem também nas falas dos entrevistados:

Nós realizávamos a glicemia capilar, aferíamos também a pressão. Víamos de acordo com a receita que ele passava pra gente quais eram os fármacos que ele tava tomando, como era sua alimentação (EE3)

...nós fazíamos o exame físico, pé diabético, glicemia, aferir pressão, exame do abdômen, isso ai era de acordo com anamnese colhida ao chegar na residência. (EM2)

A gente fazia muita instrução de higiene oral, como escovar, como passar o fio. A gente também, no caso, com paciente idoso, a gente deu instrução de como conservar, como cuidar bem da prótese para prevenir alguma lesão. Questão de alimentação, a gente falava a respeito da dieta cariogênica, o que não pode comer, o que pode comer. (EO3)

Quando perguntados no questionário em relação aos **procedimentos técnicos** realizados durante a VD, os estudantes assinalaram o seguinte:

a) Enfermagem

Aferição de sinais vitais	100% (33)
Anamnese	78,8% (26)
Glicemia capilar	84,8% (28)
Exame físico	69,7% (23)
Curativo para ferida	69,7% (23)

b) Medicina

Aferição de sinais vitais	95% (191)
Anamnese	95% (191)
Glicemia capilar	67,7% (136)
Ausculta cardíaca	72,6% (146)
Ausculta pulmonar	69,2% (139)

c) Odontologia

Anamnese	95,8% (23)
Exame da cavidade bucal	79,2% (19)
Aferição de sinais vitais	66,7% (16)
Aplicação tópica de flúor	62,5% (15)
Exame físico	62,5% (15)

Através dos dados obtidos podemos perceber que em sua maioria os procedimentos técnicos realizados durante a VD pelos estudantes de Enfermagem e de Medicina são semelhantes, excetuando-se alguns procedimentos mais específicos como a realização do curativo por parte da Enfermagem e as ausculta cardíaca e pulmonar pelos estudantes de Medicina. Embora no curso de Odontologia estejam presentes também procedimentos técnicos em comum com os cursos em questão, como a anamnese, a aferição de sinais vitais e o exame físico, procedimentos particularmente relacionados à profissão, como o exame da cavidade bucal e a aplicação tópica de flúor, foram assinalados.

Ainda que os dados apresentados não nos permitam fazer inferências em relação à qualidade da aprendizagem, sua análise sugere que a Visita Domiciliar proporciona aos estudantes de cursos da Saúde **atividades** que podem contribuir para o desenvolvimento das dimensões cognitiva, psicomotora e afetiva da competência. Ou seja, com esta estratégia educacional, cria-se a oportunidade do aprender fazendo, e não apenas ouvindo, recitando, repetindo e lembrando as lições (MOREIRA, 2002, p.79).

4.3. Aprendizagem na VD: conhecimentos desenvolvidos e sentimentos despertados

O enfrentamento do desconhecido, do novo, gera expectativas e questionamentos que precisam ser trabalhados no sentido de fornecer aos indivíduos, em particular estudantes, a tranquilidade e confiança necessárias para que as novas experiências de vida sejam agradáveis e proveitosas e, ao contrário, não se tornem experiências indesejáveis de serem vivenciadas novamente em outro momento futuro. Esta inserção em atividades extra-muros, denominada IETC pela IES em questão, desde o início dos cursos, em cenários reais de prática com contextos sócio-econômico e culturais diferentes dos da maioria dos estudantes, requer destes o desenvolvimento da dimensão afetiva da competência, que de uma forma geral, não recebem tratamento específico nos currículos.

Assim, alguns sentimentos (impotência, frustração, satisfação, rejeição e comoção) foram nomeados pelos estudantes, quando solicitados a falar sobre os sentimentos despertados através das experiências vivenciadas durante a realização da VD.

O **sentimento de impotência** frente à situação encontrada aparece relacionado à condição de não saber “ainda” o que fazer:

A gente se sente assim, um pouco limitado, frustrado. Você tá ali, mas não pode fazer. (EO1)

Assim, de pena, ao mesmo tempo de querer tá ajudando e não saber muito o quê fazer pra mudar, mas querer tá ajudando. (EE2)

Segundo Marasquin, Duarte, Pereira e Monego (2004), Souza, Lopes e Barbosa (2004), Barros, Cruz, Santos *et al.* (2006), Mendes e Oliveira (2007), Batista, Veneu, Carvalho e Santos (2009) e, Mazza (2010) o sentimento de impotência frente à realidade muitas vezes sofrível das famílias é frequente na realização da visita domiciliar. Sabe-se, contudo, que a maioria dos problemas identificados nas visitas depende de ações intersetoriais, que estão além da governabilidade do profissional de saúde durante a realização da atividade.

A **frustração** foi representada em falas de estudantes de Medicina e de Odontologia em diferentes sentidos:

a) Frustração por não conseguir reverter um quadro frente a um risco previsível:

Acho que, a primeira palavra de emoção foi um pouco de frustração. Fiquei muito frustrado de ver que nós chegamos lá num momento, que ainda era controlável, era reversível e, não sei se nós agimos certo, falando que ela poderia perder a perna ou a garota [estudante] falando que não. (EM2)

b) Frustração diante do descaso entre os membros da família:

Eu fiquei muito triste. Saber que tem um filho ou que tem um irmão que deixa essa pessoa sozinha. Eu fiquei bem triste com isso. (EM3)

A **rejeição** também foi um sentimento vivenciado por alguns estudantes:

Não chegou nem acontecer a visita porque quando a gente chegou, que a gente bateu:” - esses são os alunos do tal período de Odontologia... – ah, então hoje você [o ACS] não entra aqui não, quando vier só você [o ACS], você pode vir, porque eles vão vir, vão fazer aquelas perguntas...” E isso assim, falando, pra gente, sem querer... a gente ficou olhando assim, sem graça. (EO1)

As pessoas não recebiam bem a gente. (EO2)

Esse sentimento de rejeição, principalmente em relação ao estudante de Odontologia, no nosso ponto de vista e frente à experiência docente que tivemos nesse curso, deve-se à expectativa criada pelas pessoas de que irão resolver os seus problemas de saúde bucal com a visita do estudante de Odontologia, o que na maioria das vezes não acontece. Este estudante, no estágio do curso em que se encontra, ainda não possui competência para determinadas intervenções curativas e há dificuldade em se conseguir vaga para o tratamento do usuário, quer seja na UBSF ou até mesmo na IES. Seria o caso de se refletir, em relação à Odontologia, sobre um fluxo de referência e contra-referência para as pessoas cujas necessidades de tratamento odontológico são identificadas durante a VD. Além do que, com o passar do tempo junto da população, o estudante começa a perceber que a necessidade nesta área é imensa e que o município de maneira geral só oferece tratamento restaurador ou a exodontia⁸.

Ramos-Cerqueira, Torres, Martins *et al.* (2009), em trabalho no qual descrevem uma experiência de preparação de estudantes do primeiro ano do curso de Medicina da UNESP de Botucatu para as VDs na disciplina Interação Universidade-Serviço-Comunidade, destacam que os principais temas trazidos pelos estudantes através de dramatizações foram: briga e violência; miséria e carência; desapontamento e desinteresse; **impotência e fracasso**; **rejeição** e desconfiança.

A **satisfação** também aparece na fala de um entrevistado do curso de Medicina da IES em estudo. Ele indica que, mesmo em um momento do curso no qual ainda não se considerava apto, conseguiu mobilizar competência para ajudar:

O final seria de satisfação. É a satisfação de saber que você pôde fazer o seu melhor naquela época, numa época que eu não sabia nada. (EM5)

8. Dados do Brasil Sorridente, de 2003 apontam que cerca de 27% das crianças de 18 a 36 meses e 60% das crianças de 5 anos de idade apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie. Na dentição permanente, quase 70% das crianças com 12 anos e cerca de 90% dos adolescentes de 15 a 19 anos apresentam pelo menos um dente permanente com experiência de cárie. Entre adultos e idosos a situação torna-se ainda mais crítica: a média de dentes atacados pela cárie entre os adultos (35 a 44 anos) é de 20,1 dentes e de 27,8 dentes na faixa etária de 65 a 74 anos. A análise destes dados aponta também para perdas dentárias progressivas e precoces: mais de 28% dos adultos e 75% dos idosos não possuem nenhum dente funcional em pelo menos uma arcada (Brasil, 2004).

A realização da VD também pode proporcionar algo próximo da **comoção**, como colocado por um estudante da Odontologia, frente às necessidades de uma pessoa:

Porque eu fiquei comovida, com pena, com vontade de ajudar sabe. Pelo fato dela tá nessa situação, de tá esperando. (EO2)

Esses sentimentos despertados pelos estudantes durante a realização da VD compreendem aqueles com os quais corriqueiramente serão defrontados no mundo do trabalho, uma vez que o processo saúde-doença está relacionado com dimensões que extrapolam a biológica e intimamente vinculado ao contexto sócio-econômico-cultural, aos modos de vida dos usuários, que não se explicam e nem se resolvem com ações simples, isoladas ou pontuais. Além disso, a expectativa dos estudantes, principalmente os de Medicina, de atuação centrada no papel curativo, no binômio diagnosticar e curar, leva muito ao medo de errar, de não saber como agir, de não ter respostas (RAMOS-CERQUEIRA, TORRES, MARTINS *et al.*, 2009), o que também ocorre com os estudantes da Enfermagem e da Odontologia.

Outro ponto para refletir, particularmente em relação aos sentimentos de impotência, de frustração é que, segundo Vilella (2006), superada a fase inicial de encantamento pelo ingresso na faculdade, os estudantes logo se deparam com as suas primeiras dificuldades: o acúmulo de estudo; a visão da morte (através do contato com os cadáveres nos cursos de anatomia); a relação com os pacientes no ambiente hospitalar a partir do terceiro ano, quando se defrontam com as situações de doença e morte, sentindo-se muitas das vezes impotente diante delas.

Essas dificuldades vivenciadas podem ser mais acentuadas no novo modelo pedagógico adotado pela IES em estudo, uma vez que, diferentemente do tradicional, em que o estudante tinha o ciclo básico de dois anos para ir tendo o contato com as disciplinas gerais, e o primeiro contato com o paciente ocorria somente a partir do terceiro ano, o estudante já é inserido em cenários reais de prática desde o início do curso, onde terá que lidar com as suas incertezas, dúvidas, angústias, impotência, frustrações e “pouco conhecimento”, diante de um contexto sócio-econômico-cultural desconhecido de muitos. Essa é uma característica de um modelo pedagógico que busca articular os componentes biológicos e sociais, como preconizado pelas DCNS. Nesse sentido, a aquisição de conhecimentos puramente técnicos é necessária, mas não é suficiente para que o profissional desempenhe satisfatoriamente a sua tarefa clínica. Para Serra (2006), as DCNs enfatizam o desenvolvimento de atitudes e

valores. Portanto, o futuro profissional da saúde deverá desenvolver, além dos aspectos cognitivo e psicomotor da competência, a dimensão afetiva que o torne capaz de abordar o ser humano com um olhar ampliado de saúde.

Outro ponto a se considerar é que geralmente, quando se faz a opção por um curso na área da saúde, o que se objetiva é a possibilidade de curar, salvar e ser útil diante das necessidades do nosso semelhante. Ao não conseguir concretizar no cenário de prática esse objetivo, o estudante pode sentir-se frustrado e impotente frente à realidade. Para Bosquetti e Braga (2008), as dificuldades e angústias que o estudante vivencia no relacionamento com os professores, com os pacientes e nos cenários de práticas produzem efeitos positivos (agradáveis) e negativos (desagradáveis) referentes às primeiras experiências práticas. Neste aspecto, cabe aqui lembrar o “princípio da continuidade da experiência”, analisado pelo filósofo da educação John Dewey, segundo o qual “uma determinada experiência pode modificar a qualidade de experiências subsequentes, e a continuidade seria o critério pelo qual é possível discerni-las, na medida em que afeta para melhor ou pior as atitudes que irão interferir na qualidade de experiências futuras” (MOREIRA, 2002, p.129).

Assim, há de se refletir sobre a necessidade de espaços que possibilitem a preparação, discussão e escuta dos estudantes diante do contato com a complexidade das diferentes dimensões do processo saúde-doença, proporcionando, segundo Ramos-Cerqueira, Torres, Martins *et al.* (2009), ajuda e apoio para que eles possam vivenciar a construção gradual e contínua do papel profissional, que envolve importante dimensão de natureza afetiva, frequentemente ignorada nos processos de formação. Como lembra Vilella (2006), no ensino tradicional, no qual são utilizadas com elevada frequência aulas expositivas para a transmissão direta do conhecimento, há poucos espaços que favoreçam o componente afetivo da aprendizagem.

As consequências das experiências vivenciadas e dos sentimentos despertados irão depender das respostas individuais perante situações que, para alguns, serão percebidas como estimulantes, gratificantes e, para outros, interpretadas como desagradáveis, reduzindo-se ao fazer por fazer, à obrigatoriedade. Daí a importância de se criar espaços que acolham essas demandas dos estudantes.

Outro aspecto fundamental para a realização da VD colocada pelos autores é o da comunicação. Segundo Barros, Cruz, Santos *et al.* (2006), a questão da tecnologia leve ou de relação tem papel preponderante na prática da VD. Aspecto este

corroborado por Mazza (2010), quando coloca que a VD é uma atividade caracterizada fundamentalmente pela interação entre indivíduos, tendo à comunicação uma importância decisiva. De fato, a VD representa um momento rico de falas, escutas, trocas e aprendizado.

Após a análise das entrevistas, foi possível constatar que o desenvolvimento da tecnologia leve ou de relação, da comunicação, e da competência na sua dimensão afetiva é um dos aspectos desenvolvidos pelos estudantes durante a realização da VD, uma vez que é central para abordagem dos indivíduos e famílias no contexto em que essa estratégia educacional se dá:

...um aprendizado importante no exercício da profissão... saber se portar na frente do paciente, conversar com o paciente. (EM1)

...aprendi principalmente na parte de relacionamento...como agir, como me comportar, como saber colher informações dentro daquele ambiente, como não invadir uma privacidade...(EM5)

...aprende que o paciente é maior que a doença e, não a doença maior que o paciente. (EM2)

...aprende a saber conversar com as pessoas, saber como passar a informação que você quer...aprende a conversar, ouvir a pessoa... você aprende usar uma linguagem melhor com as pessoas, uma linguagem mais fácil. (EO3)

Alguns estudantes consideram que não tiveram aprendizado algum com a VD ou não o perceberam, como se lê na fala a seguir:

Tá difícil achar alguma coisa (risos). Deixa eu pensar...acho que não. (EO2)

Esses estudantes parecem não perceber que, ao realizar uma anamnese no caso da Medicina ou preencher o questionário no caso da Odontologia, estão exercitando uma entrevista, o que envolve também a dimensão afetiva da competência, e que a relação profissional-paciente é fundamental para entender melhor o outro, seus problemas e suas necessidades.

Segundo Duarte (2010), para quem inicia seus estudos de Medicina, a primeira coisa que se deve saber é que os organismos vivos necessitam de dois elementos fundamentais para sobreviverem: o alimento para seu metabolismo e a **informação** sobre o meio ambiente que os rodeiam (grifo nosso). Portanto, se pretendemos

prevenir a doença, promover a saúde, conhecer as necessidades e os problemas da população, recuperar, reabilitar, cuidar, proporcionar melhoras na qualidade de vida das pessoas em um contexto ampliado de saúde, é necessário que saibamos que para tudo isto a comunicação constitui-se em um aspecto fundamental.

Quando questionados na entrevista se a realização da VD atendia as necessidades de aprendizado para a formação em saúde, um estudante da Medicina colocou o seguinte: “olha eu vou falar pra você que não atendia muito não. Agora a gente no hospital está aprendendo bastante na área da saúde, mas em relação a vínculo, como se portar com o paciente, esse tipo de coisa, em compensação, a visita domiciliar não tem nem comparação com o ambulatório” (EM1). Para este estudante a VD, não proporciona aprendizado em relação à saúde propriamente dita, como acontece no ambulatório hospitalar. O mesmo ocorreu a um estudante da Odontologia, que colocou o seguinte: “mais pro final, a gente tava dando instrução de higiene oral; ai sim, de saúde. Mas assim, antes não, eram só os questionários mesmo” (EO2). Segundo Duarte (2010), de nada adianta aprender métodos de diagnóstico e diversos tratamentos para a doença, se não souber escutar as queixas das pessoas que precisam de ajuda, se não lhe sabe explicar por que ficou doente, quais são as opções de tratamento que existem para o seu problema, e dar-lhe algumas palavras de consolo que ajudem na sua recuperação.

A maior parte dos diagnósticos podem ser realizados ao final de uma breve história clínica e um exame clínico de rotina. Sandler (1980) mostrou que em 56% dos casos um diagnóstico correto podia ser feito ao final de uma cuidadosa anamnese e que esse percentual subia pra 73% ao final do exame físico. Ainda segundo o mesmo autor, os exames especializados agregam cerca de 15% aos diagnósticos e apenas 5% resultam dos exames complementares. Dados como estes nos levam a refletir sobre a importância da comunicação. Como identificar as necessidades do paciente se não tivermos tempo para escutá-lo?

Os estudantes em suas falas parecem não perceber de forma clara que estão desenvolvendo atividades de acolhimento e vínculo, já que o acolhimento compreende, segundo o Ministério da Saúde (2004), desenvolver ações para o usuário considerando-o em sua integralidade bio-psico-social; pressupõe que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário-centrada, garantido por uma equipe multiprofissional, nos atos de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar, caracterizando o primeiro ato de cuidado junto aos usuários, contribuindo

para o aumento da resolutividade. O vínculo é resultado das ações do acolhimento e, principalmente, da qualidade da resposta (clínica ou não) recebida pelo usuário. Acolhimento e vínculo são exemplos claros daquilo que se denomina de “tecnologias leves ou de relação” (MERHY *et al.*, 2002).

No momento em que nos comunicamos, interagimos e nos relacionamos com o outro, desenvolvemos atitudes, as quais possuem três componentes principais: afetivo (o modo como sentimos), cognitivo (o modo como pensamos) e o comportamental (o modo como agimos) perante uma situação em particular (PETTY, WEGENER, FABRIGAR, 1997).

O desenvolvimento das tecnologias leve-duras (Merhy *et al.*, 2002), que envolvem saberes estruturados, também pode ser percebida por meio das falas dos estudantes como aprendizado desenvolvido nas visitas domiciliares:

...aprende a lidar mais com o curativo...aprende a aferir uma pressão melhor, uma glicemia melhor com mais paciência...(EE1)

...aferição de PA, glicemia capilar, avaliação de um medicamento...(EE3)

...prática em exame físico... (EM2)

...eu aprendi bastante sobre doença, aprendi bastante sobre tratamento, sobre como conduzir realmente de forma farmacológica ou não... (EM5)

Essas atividades requerem do estudante não só o aspecto de relação, mas também um saber estruturado desenvolvido através da leitura e de exercícios em laboratório.

4.4. Potencialidades e limitações atribuídas à VD

Nesse processo de inserção do estudante nos cenários de prática desde o início do curso, em particular na ESF, onde realizam dentre outras atividades a VD, algumas potencialidades e limitações foram apontadas pelos entrevistados. Nesta parte do trabalho iremos fazer algumas considerações sobre as mesmas.

4.4.1. Potencialidades

A partir dos sentidos que lhe atribuem os estudantes, constatamos que a VD como atividade pedagógica apresenta algumas potencialidades, particularmente no sentido de proporcionar aos estudantes uma visão mais próxima da realidade:

...a gente se depara com realidades... a gente cresce como ser humano, a gente cresce como profissional...(EE1)

...uma visão da realidade... uma realidade da comunidade que você tá inserido...saber entender um pouco mais os problemas que as pessoas.... essa realidade, que muitas vezes a gente não vê, que a gente começa a ter noção das coisas. (EM1)

...se depara lá com a realidade totalmente diferente do que a gente vê dentro de sala de aula... ver a necessidade das pessoas e a importância do SUS pra elas... conhecer o outro lado, é vivenciar aquilo que a pessoa vive. Olhar com outros olhos a realidade...vê também o outro lado, que não é só aquela coisa que a gente vê no papel, é vivenciar realmente a realidade das pessoas, de certas comunidades. (EO1)

As falas colocam aspectos da visão da realidade e a interferência das condições de vida no processo saúde-doença, aspectos estes que não são passíveis de serem contemplados diretamente nas salas de aula e nas atividades assistenciais (clínicas) realizadas nos consultórios e no ambiente hospitalar. Na VD, o estudante pode vivenciar a realidade e as necessidades das pessoas e da população, o que favorece o desenvolvimento do olhar ampliado de saúde, que no futuro poderá auxiliá-lo na elaboração de estratégias de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação mais adequadas e condizentes com a realidade das pessoas. Além do mais, os estudantes têm a oportunidade de vivenciar o trabalho dentro da realidade do SUS (com as suas potencialidades e limitações) e dos profissionais que trabalham neste sistema.

Esta oportunidade que a VD proporciona de visão da realidade é colocada por Oliveira, Krull e Figueiredo (2009), quando indicam que a VD possibilita a observação *in locus* da realidade das famílias no território. Aspecto este também compartilhado por Marasquin, Duarte, Pereira e Monego (2004), Souza, Lopes e Barbosa (2004), Barros, Cruz, Santos *et al.* (2006), Mendes e Oliveira (2007), Batista, Veneu, Carvalho e Santos (2009) e Mazza (2010), ao indicarem que a visita proporciona aos profissionais conhecimentos sobre o indivíduo, seu contexto de vida, condições de habitação e relações sociais. Para Mendes e Oliveira (2007), as visitas domiciliares assumem papel fundamental na organização do trabalho das equipes, pois propicia a

possibilidade de entrar no ambiente familiar e conhecer melhor esta realidade, sentido este bem expresso nesta fala:

A partir do momento que você entra na casa do paciente, que você vivencia aquilo que é a vida do paciente. Muitas vezes você vê ele lá no ambulatório, chegando todo arrumadinho, cheiroso, você não tem noção do que esse paciente come, o que essa pessoa come, onde ele mora, com quantas pessoas ele mora, as condições de vida. Você tem um pouco de noção da situação, do ambiente, da área que você está trabalhando, que você tá estudando, que você tá se formando. (EM1)

Quando questionados se a realização da VD contribuía para compreensão do processo saúde-doença, 50,2% (101) dos estudantes de Medicina e 41,7% (10) de Odontologia assinalaram razoavelmente, e 69,7% (23) dos estudantes de Enfermagem consideram que plenamente. Essa diferença de sentido atribuída à VD em relação à contribuição para a compreensão do processo saúde-doença, particularmente pelos estudantes de Enfermagem, pode ocorrer devido a estes exercitarem esta estratégia pedagógica no quinto período do curso, diferentemente dos estudantes de Medicina e de Odontologia que ingressam na Atenção Básica já nos primeiros semestres.

Parece-nos que a VD possibilita ao estudante desenvolver um olhar voltado não apenas para um corpo a ser cuidado, mas em direção ao que colocam Mendes e Oliveira (2007), de enxergar um ser humano intrinsecamente ligado ao seu ambiente, influenciando-o e sendo influenciado por ele.

Dentre as potencialidades, a relação entre a teoria e a prática foi outro aspecto que surgiu nas falas dos estudantes:

... associa o que você tá vendo na teoria com o que você ver na prática e, isso assim você aprende muito, não é só teoria, é prática também. (EE2)

...podíamos utilizar as habilidades aprendidas no LH [Laboratório de habilidades] na vida real, isso estimulava... aproveitávamos... testava mesmo... porque no LH, a gente, a nossa prova de LH era oral. Nós não tínhamos um pé com problema pra poder tá avaliando e, lá na prática nós tínhamos o pé do diabético, já com problemas, dedos amputados... isso é estimulante...cenário de prática... a prática é algo que influenciava a cada vez estudar mais, pra entender, pra chegar com uma resolução...tá vendo casos diferentes poder separar o normal do patológico. (EM2)

Ao discutir algumas das lições da chamada “escola nova” a partir da obra de John Dewey, Moreira (2002) indica que para este autor o divórcio entre o aprender e o seu uso era tido como o mais sério defeito da educação tradicional, e que a separação rígida entre as diversas áreas do conhecimento pode criar dificuldades para o aluno realizar no futuro conexões necessárias ao desempenho profissional. Para Dewey, se as matérias pudessem ser desenvolvidas em conexão ativa e concreta com o mundo, elas poderiam também ser correlacionadas entre si sem maiores problemas. Além disso, e seguindo esta análise, o melhor modo de preparar o aluno seria engajá-lo na dinâmica da própria vida, desenvolvendo assim hábitos duráveis e de utilidade social (MOREIRA, 2002, p. 90, 91, 113).

4.4.2. Limitações

Elaboramos a partir das entrevistas o quadro apresentado abaixo, que sumariza as limitações da VD como estratégia educacional apontadas pelos estudantes dos três cursos:

LIMITAÇÕES		
Enfermagem	Medicina	Odontologia
Planejamento	Planejamento	Planejamento
Discussão	Discussão	Discussão
Descontinuidade	Descontinuidade	Descontinuidade
	Resolução	Resolução
	Conhecimento	Conhecimento

O quadro permite-nos visualizar que o planejamento, a discussão após a realização da VD e a falta de continuidade constituem limitações em comum apontadas pelos estudantes dos três cursos. Sendo a resolução e o conhecimento aspectos apontados apenas pelos estudantes da Medicina e da Odontologia.

Dividimos as falas que remetem ao planejamento em dois grupos: planejamento para a realização da VD e o planejamento pedagógico da VD.

A necessidade de melhor planejamento para a realização da VD foi apontado nas seguintes falas:

Não era planejada com antecedência. (EE4)

Não era nada programado e aí a gente chegava lá e ia ver o que tinha pra fazer... Hoje é dia de vacina ou então hoje é dia de visita mesmo, mas não era nada programado. (EM4)

Não, antes não. Era na hora mesmo, quando a gente chegava na unidade de saúde, aí de lá que a gente saía... Não havia realmente um planejamento não. (EO2)

Problemas no planejamento pedagógico (educacional) da atividade também foram apontados pelos estudantes:

...maior...elaboração...melhor...estruturação...dos pontos a serem avaliados na residência da pessoa (EE3)

...tá na relação do planejamento...dá um enfoque melhor no planejamento...o que vai fazer? Especificar os objetivos que você vai ter que propor, vai ter que fazer na visita. (EO3)

As coisas aconteciam, mas não tinha algo amarrado né. (EM2)

...falta o material essencial, igual um termômetro, um esfigmo, aparelho de glicemia a UBS não tinha. (EM2)

Quando não é orientado, quando não é trabalhada determinadas particularidades que o individuo pode encontrar lá na prática, dificuldades... isso pode fazer aquela experiência se tornar negativa. (EM5)

Para Tancredi *et al.* (1998, p.50), planejar é arte de elaborar o plano de um processo de mudança; compreende um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a possibilitar interagir com a realidade, programar as estratégias e as ações necessárias, e tudo o mais que seja delas decorrente no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e as metas desejadas e nele preestabelecidos.

Takahasi e Oliveira (2001), considerando a VD como instrumento de cuidado da ESF, indicam que ela deve ser planejada e sistematizada, caso contrário, torna-se apenas uma mera atividade social.

A discussão ou a ausência desta após a realização da VD foi outro aspecto considerado problemático por alguns estudantes:

Não. Nunca foi feita uma discussão. (EE4)

E não tinha o retorno... a gente não voltava no posto e tirava nossas dúvidas com a médica, nem com a enfermeira. (EM1)

... Nunca houve uma discussão do relatório entregue a enfermeira no UBSF...faltava esse fechamento(EM2)

A discussão após a realização da VD seria importante para analisar se os objetivos estabelecidos foram alcançados, marcar as possíveis dificuldades, planejar o acompanhamento de saúde e as estratégias que possam atender as necessidades encontradas e, esclarecer dúvidas do estudante.

Alguns estudantes colocaram que a realização de discussão não era constante após a realização da VD, fato este corroborado por dados do questionário que solicitava ao estudante que indicasse se haviam sido realizadas discussões após a realização da VD onde dentre as opções de respostas oferecidas, NEM SEMPRE foi assinalada pela maioria: Enfermagem 45,5% (15), Medicina 58,2% (117) e Odontologia 54,2% (13). Contudo, é necessário reconhecer a dificuldade quanto à sistematização dessa atividade, mesmo nos casos em que a discussão era realizada.

Senão, a gente discutia na próxima semana antes de sair para a visita. A discussão era feita com o médico, a enfermeira, os estudantes de enfermagem e os da medicina. (EE1)

...geralmente, sempre quando a gente voltava da visita, a gente se reunia numa salinha lá e trocava as experiências em relação ao que tinha visto, ao que tinha presenciado. (EO3)

A gente tinha algumas dúvidas e perguntava a médica o que essa pessoa tinha e ela contava as experiências que ela já teve com esse paciente dentro da UBS. Mas era nos próximos dias, não no mesmo. (EM3)

Na sua maioria, os estudantes foram acompanhados na VD pelo ACS, conforme pode ser observado no quadro a seguir que apresenta numericamente os profissionais que já acompanharam o estudante na visita domiciliar.

	ENFERMAGEM	MEDICINA	ODONTOLOGIA
ACS	341	3508	248
DENTISTA	00	02	35
ENFERMEIRO	115	184	07
MEDICO	13	107	02
MONITOR	03	01	31
RESIDENTE	32	28	110
OUTROS	02	44	00
NR	00	09	03

Quando perguntados sobre quem coordenava a discussão após a realização da VD, 81,8 % (27) dos estudantes de Enfermagem assinalaram o Enfermeiro, 43,8% (88) de Medicina assinalaram o médico e 66,7% (16) de Odontologia assinalaram o residente.

Sempre que a gente retornava da visita, ele [o enfermeiro] tava lá esperando a gente e sempre procurava saber: o que foi feito, o que foi realizado, qual a situação daquele paciente, a gente passava tudo pra ele. (EE3)

Ela [a médica] discutia com cada um, por exemplo, não ia discutir com você se você não foi lá na casa daquela pessoa, então como a gente era dupla, aí tinha uma discussõzinha com a dupla. Ela perguntava o que a gente achava que devia fazer, tal. Mas a discussão era essa, com a dupla que foi. Ela não ia discutir com todo grupo porque o grupo não foi todo na casa da pessoa, então cada dupla era uma discussõzinha dela com cada um sobre cada paciente. (EM4)

Outro aspecto considerado problemático pelos estudantes na VD é a descontinuidade do processo:

...deveria ter uma continuação, não só fazer uma visita naquela família. (EE4)

A gente não dava o retorno para essas famílias. Muitas vezes a gente voltava e não dava o retorno...acho que uma visita não adianta nada, acho que o certo é você criar um vínculo com essa pessoa...não adianta nada, cada vez que você for no posto, visitar seis casas... Você não teve o acompanhamento! (EM1)

A continuidade deve ser pensada como um aspecto importante na atividade da VD, enquanto estratégia educacional, para que proporcione ao estudante a criação do vínculo com a família, o planejamento e a execução de estratégias que possam atender as necessidades identificadas e, ao final, a avaliação quanto ao que foi realizado e o porquê da não realização de alguns objetivos estabelecidos, bem como as mudanças ocorridas na família após a realização das VDs. Além do que a VD deve ter início, meio e fim, principalmente neste caso em que é utilizada com fins pedagógicos.

A resolução, aqui entendida como capacidade de resolver as necessidades identificadas, foi outro aspecto limitante indicado no exercício da Visita Domiciliar:

Isso daí marcava muito. Isso realmente acho que foi o ponto pior, porque você via a realidade das pessoas e não podia fazer nada, em relação a isso...você era exposto a realidade, você via tudo aquilo e não podia fazer nada. E voltava lá, muitas vezes, e não tinha nenhum retorno, aí voltava lá de novo e tava na mesma. Aí você ficava com aquela cara de 'tacho', olhando pra pessoa. (EM1)

Agora a pessoa, se você chega, ela tem algum problema: - ah, to com dor de dente! E você não pode fazer nada. (EO1)

Marasquin, Duarte, Pereira e Monego (2004), Souza, Lopes e Barbosa (2004), Barros, Cruz, Santos *et al.* (2006), Mendes e Oliveira (2007), Batista, Veneu, Carvalho e Santos (2009) e, Mazza (2010) indicam que essa falta de integração entre as ações realizadas na VD e as unidades de saúde de referência para atenção nos níveis primário, secundário e terciário é um dos aspectos considerado limitante na realização da VD, presente também nas falas dos estudantes.

Por fim, os limites de seus conhecimentos, no sentido de se considerarem aptos ou não para resolver ou encaminhar determinados problemas de saúde dos usuários, também foi outro aspecto colocado pelos estudantes:

...no início, no 1º período nós chegávamos na casa do paciente, mesmo se ele tivesse alguma doença a gente não tinha conhecimento nenhum, entendeu? (EM2)

...nos primeiros períodos a gente não sabia, nem a técnica, nem a teoria, nada...no meu caso foi esse, que quando eu fiz as visitas domiciliares eu tava no início, então eu não tinha muito o que fazer. (EO1)

não sei se... era muito cedo... Igual a gente, primeiro período... você não entende nada... você não tem conhecimento, uma base que você pode tá ali, influenciando, moldando o pensamento daquela pessoa ali pro benefício da saúde dela...acho que aprender a fazer um exame físico antes de ir, acho que teria sido diferente sabe. (EM4)

CAPÍTULO 5

Considerações finais

A Integração Ensino-Serviço ainda é um grande desafio para as instituições de ensino do campo da saúde e também para os próprios serviços ou locais de trabalho. Tal questão não se reduz a inserir o estudante na realidade do sistema de saúde. Esta inserção deve de fato se concretizar em estratégias que proporcionem ao estudante experiências para a construção de competências do profissional de saúde, que os tornem aptos para atuar com um olhar ampliado de saúde, fortalecendo o modelo geral de saúde adotado pelo país e a qualidade na prestação de cuidados adequados frente às necessidades da população.

Realizamos este estudo com a intenção de analisarmos a Visita Domiciliar (VD) enquanto estratégia educacional importante na formação em saúde. A idéia era a partir dos sentidos atribuídos pelos estudantes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia no Centro Universitário campo do estudo, inseridos desde o início da graduação em atividades extra-muros na Atenção Básica, especificamente na Estratégia de Saúde da Família, onde dentre outras atividades realizam a VD. Tínhamos a seguinte hipótese: a realização de visita domiciliar pelos estudantes desde o início do curso de graduação pode contribuir na construção de novas competências do profissional de saúde, ampliando sua visão dos fenômenos relacionados ao campo da saúde. O objetivo do estudo era, como indicamos, analisar o potencial educativo da visita domiciliar na formação em saúde, tendo como referência os sentidos atribuídos à visita domiciliar pelos estudantes no processo de formação, e identificar potencialidades e limites da visita domiciliar como estratégia pedagógica.

Durante o percurso da pesquisa, percebemos melhor a carência de estudos que analisassem a VD pelo prisma educacional, como estratégia de formação em saúde. Visando atingir os objetivos propostos, desenhamos o estudo lançando mão de um questionário e de entrevistas para obtenção dos dados, os quais, após criteriosa análise, permitem-nos chegar a algumas constatações.

A VD, enquanto estratégia educacional, apresenta algumas potencialidades apontadas pelos estudantes, particularmente por proporcionar uma visão mais próxima da realidade. Visão de realidade que não pode ser vivenciada e apreendida em sala de aula apenas através da transmissão direta de conhecimentos, nem mesmo em aulas práticas que tentam simular a realidade e nas atividades clínicas realizadas na maioria das vezes em ambientes assistenciais universitários (hospitais e clínicas odontológicas de ensino). Nesses espaços de formação, a dimensão biológica prepondera sobre as demais dimensões do processo saúde-doença. No caso da visita domiciliar, inicia-se o contato, a observação e a vivência *in locus*, junto às pessoas e seu contexto social. Outra potencialidade apontada está relacionada à aprendizagem, principalmente no sentido de proporcionar ao estudante a oportunidade de aprender fazendo, exercitar as dimensões **cognitiva, afetiva e psicomotora** da competência, e associar a teoria com a prática em uma estratégia educacional, ou seja, durante a realização da Visita Domiciliar.

Pudemos constatar também que a realização da VD pelos estudantes, desde o início dos cursos, contribui notoriamente para construção de competência do profissional de saúde em relação à “tecnologia leve” ou de relação, da comunicação e da competência na sua dimensão afetiva, já que a VD requer a abordagem das pessoas, das famílias, requisitando do estudante o desenvolvimento e aprimoramento da sua capacidade em estabelecer relações, interagir, acolher, criar vínculo, compreender os medos, os sentimentos e as expectativas dos indivíduos e famílias em relação ao

processo saúde-doença. Essa prática parece revelar que não basta dominar as técnicas diagnósticas e terapêuticas, quando não se consegue estabelecer relações com o outro, usuário e equipe de saúde. Além do que a comunicação (tecnologia leve) é fundamental para a concretização de um modelo de saúde e de formação que seja realmente capaz de promover a saúde, prevenir a doença, recuperar, reabilitar, conhecer as necessidades e os problemas da população, e proporcionar melhoras na qualidade de vida, enfim cuidar das pessoas.

Outra constatação é de que a Visita Domiciliar, enquanto estratégia educacional, permite ao estudante estabelecer novas relações com o contexto social, quando proporciona aos estudantes a oportunidade de conhecer o contexto de vida das pessoas, e perceber as suas necessidades de saúde. Enfim, a VD permite ao estudante desenvolver aquilo que se chama de olhar ampliado de saúde. Quando entra no território e domicílio das famílias, o estudante começa a perceber que a saúde envolve outras dimensões além da biológica, que pode marcar ou iniciar um processo de transição entre o discurso biologicista e tecnicista dos currículos tradicionais, que se preocupam sobretudo com a doença, para um discurso e práticas de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, considerando o indivíduo como um todo e suas relações com o ambiente e o social.

A realização da VD também desperta nos estudantes sentimentos distintos, como satisfação, comoção, rejeição, impotência e frustração, que são importantes, sobretudo para a construção da competência na sua dimensão afetiva. Entretanto, identificou-se a necessidade da construção de espaços que possibilitem a escuta, a discussão e a reflexão, para que esta dimensão da competência não se torne algo secundário ou marginalizado nos atuais currículos como foram e ainda o são nos currículos tradicionais. Estes sentimentos, que provavelmente também serão

experimentados na vida profissional, podem produzir efeitos agradáveis (positivos) ou desagradáveis (negativos) frente às primeiras experiências na realização da VD.

Embora os estudantes não conceituem de forma clara a VD, os sentidos que encontramos em suas falas remeteram a aspectos relacionados à Promoção da Saúde, a um olhar ampliado dos fenômenos da saúde e à formas de conhecer a vida das pessoas. Esses sentidos são semelhantes aos encontrados na literatura que serviu de referência para este estudo. Isto nos leva a acreditar que algumas transformações estão acontecendo como resultado de novas estratégias de formação, além daquelas centrada na dimensão biológica, na separação entre teoria e prática e no incentivo as especializações.

Como limitações da VD, enquanto estratégia educacional, constatamos o precário planejamento da atividade; a falta de discussões sistematizadas após a realização das visitas; a descontinuidade do processo; o conhecimento técnico prévio, no sentido do aluno perceber que ainda não está apto a realizar determinados procedimentos; e a impressão de baixa resolução, relacionada à expectativa de conseguir resolver os problemas dos usuários.

Embora o estudo tenha analisado a Visita Domiciliar como estratégia pedagógica utilizada em três cursos (Medicina, Enfermagem e Odontologia) de graduação, alguns dos aspectos limitantes indicados, principalmente o planejamento, podem também estar relacionado não somente a realização da Visita Domiciliar per si, e sim a algo mais amplo, como a organização das atividades extramuros (IETC) na IES campo do estudo.

Frente às limitações atribuídas pelos estudantes, ficam algumas reflexões:

- a) Repensar aspectos da VD enquanto estratégia educacional, definindo melhor os seus objetivos didáticos nas dimensões cognitivas, afetivas e psicomotoras para a construção de competências requeridas ao profissional de saúde;
- b) Repensar as formas de instrumentalizar, explicar e sensibilizar os estudantes em relação à realização da VD;
- c) Planejar melhor a realização da VD, talvez adotando critérios para a seleção das famílias a serem visitadas; estudo da família e planejamento da visita, estabelecendo os objetivos, as informações a serem coletadas, os aspectos a serem observados, aspectos a serem anotados e elaboração de estratégias para enfrentar as necessidades identificadas;
- d) Sistematizar a realização de discussões após a realização da VD, com o objetivo de dirimir dúvidas, verificar as dificuldades e facilidades, avaliar a realização da estratégia, planejar, estabelecer novos objetivos, pensar formas de resolução para as necessidades levantadas e estimular a capacidade crítica e reflexiva dos estudantes;
- e) Pensar em outros espaços de discussão das atividades da Integração Ensino-Serviço-Comunidade, como blogs, site da instituição onde o estudante possa socializar suas vivências, postar fotos, vídeos, literatura consultada, etc.;
- f) Refletir sobre a continuidade da estratégia, de modo que as Visitas Domiciliares realizadas tenham início, meio e fim, o que poderá possibilitar ao estudante condições de perceber as relações entre o acolhimento, o vínculo e a resolução das necessidades, e principalmente a transformação das pessoas e da família em relação aos objetivos estabelecidos para a visita domiciliar.

Entendemos que todo processo de transformação gera conflitos e não é algo simples de ser realizado. Justo por isso, sugere-se que haja ampliação dos estudos sobre a Visita Domiciliar como estratégia educacional, de modo que a mesma possa ser construída e enxergada pelos protagonistas (estudantes, professores, gestores, serviço e cidadãos) da Integração Ensino, Serviço e Comunidade como um procedimento organizado (método) que possa proporcionar aprendizado, continuidade, resolução, enfim, uma estratégia pedagógica que possa contribuir para a transformação social. Neste sentido, o serviço e a comunidade não devem ser vistos apenas como cenários para o estudante, mas sim como espaços onde de fato este possa se sentir protagonista no exercício e execução do cuidado centrado nas necessidades de saúde das pessoas, das famílias e da população em todos os níveis de atenção, onde haja o envolvimento dos protagonistas e onde a lógica dos serviços norteie a lógica dos cursos.

Este estudo sobre a Visita Domiciliar como estratégia educacional, a partir dos sentidos atribuídos pelos estudantes de Enfermagem, Medicina e Odontologia de um Centro Universitário, permitiu que desenvolvêssemos algumas reflexões relacionadas ao ensino-aprendizagem na formação em saúde. Entretanto, novas questões emergiram como perspectivas para futuras pesquisas, destacando-se uma investigação mais detalhada a respeito de como a Integração Ensino-Serviço-Comunidade está sendo desenvolvida nos currículos e quais outras estratégias tem sido utilizadas para que seus objetivos sejam alcançados. Enfim, perguntamo-nos se e como as estratégias educacionais desenvolvidas nos serviços têm sido realmente importantes para a construção da competência profissional (nas suas distintas dimensões), combinando-se com a aprendizagem desenvolvida nos outros espaços dos cursos de saúde (sessões de tutoria, aulas expositivas, conferências, treinamentos em laboratórios, etc.), considerando que o currículo determina de algum

modo a qualidades das experiências futuras que serão vivenciadas no mundo do trabalho.

Referências

- ABRAHÃO, A.L.; LAGRANGE, V. **A visita domiciliar como estratégia da assistência no domicílio**. In: Modelos de atenção e a Saúde da Família, org. Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D'Andréa Corbo. Rio de Janeiro:ERSJV/FIOCRUZ, 2007 p.151-171.
- ALBUQUERQUE, V.S.; TANJI, S.; SILVA, C.M.S.L.M.D. et al. Integração curricular na formação superior em saúde: refletindo sobre o processo de mudança nos cursos do Unifeso. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v.31, n.3, p.296-303, 2007.
- ALBUQUERQUE, V.S. **Promoção da saúde na perspectiva das redes de integração ensino-trabalho-cidadania** apresentado no Seminário de Integração Ensino-Serviço em Saúde, promovido pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) de 30/11/09 a 02/12/09 (Paper), 2009.
- ALMEIDA, M., FEUERWERKER, L., LLANOS, M. (Orgs.). **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999. 2 v. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n7/14.pdf>>. Acesso em 24 out 2010.
- ARON, R. **As etapas do pensamento sociológico**. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1995. p. 463-539.
- AUGUSTO, I.; FRANCO, L.H.R.O. Aspectos históricos da assistência de enfermagem domiciliar. Laes Haes, vol. 1, n. 5, p. 50-52, 1980 apud DOS SANTOS, E.M.; KIRSCHBAUM, D.I.R. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Rev Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n. 1, p.220-27, 2008.
- BARBETTA, P.A. **Estatística aplicada às ciências sociais**, 5 ed., cap. 3. Editora. UFSC, 2002.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BARROS, G.B.; CRUZ, J.P.P.; SANTOS, A.M. dos et al. Saúde bucal a usuários com necessidades especiais: a visita domiciliar como estratégia no cuidado à saúde. **Rev Saúde . Com**, v.2, n. 2, p.135-142, 2006.
- BATISTA, C.B.; VENEU, C.G.; CARVALHO, H.F; SANTOS, L.C.da S. **“Você vem aqui dizer que a minha casa tá suja ou você vem me ajudar a limpar?” – a utilização da visita domiciliar por uma equipe de Saúde da Família**. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família nos moldes de Residência. ENSP/FIOCRUZ, 2009.
- BERTOLLI FILHO, C. **A história da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996.
- BOSQUETTI, L.S.; BRAGA, E.M. Reações comunicativas dos alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio curricular. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 4, p. 690-6, 2008.

BRASIL. **Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. **Relatório final da 8ª. Conferência Nacional de Saúde.** Realizada de 17 a 21 de março de 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 15 nov 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de saúde da comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36p.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde. 2001a.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde. 2001b.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES no. 3, de 7 de novembro de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 nov. 2001c. Seção 1, p. 37.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES no. 4, de 7 de novembro de 2002. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 nov. 2001d. Seção 1, p. 38.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES no. 3, de 19 de fevereiro de 2002. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 mar. 2002. Seção 1, p. 10.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003 Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 Resultados Principais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006 a, 60 p. – Série A. **Normas e Manuais Técnicos** (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 162p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial/Ministério da Saúde, Ministério da Educação.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 88 p. il.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.200 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Atenção Básica e Saúde da Família**. Disponível em:<<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php#saudedafamilia>>. Acesso em: 4 nov 2011.

CAMPOS, G.W.de S; GUTIÉRREZ, A.C.; GUERRERO, A.V.P; CUNHA, G.T. **Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família**. In:CAMPOS, G.W.de S.; GUERRERO, A.V.P. (org.). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 132-153.

CARTA DE OTTAWA. PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em 23 mar.2011

CARVALHO, B.G.; MARTIN, G.B.; CODORNI JR.,L. **A organização do sistema de saúde no Brasil**. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; CODORNI JR.,L. (org.) Bases da saúde coletiva. Londrina:UEL, 2001. p. 27-59.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad Saúde Públ**, v.20, n.4, p.1400-10, 2004.

CECCIM, R.B. **Integração ensino-trabalho-cidadania: responsabilidade social na educação superior**. Conferência na Semana de Responsabilidade Social do UNIFESO 2009 – Conferência realizada em 19 out. 2009.

COHN, G. **Max Weber**. 5. ed. São Paulo: Ed. Ática S.A, 1991. p.7-34.

CORBO, A.D.; MOROSINI, M.V.G.C. **Saúde da família: história recente da reorganização da atenção à saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 157-181.

COSTA NETO, M(org.). **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000. 44 p.

COSTA, G.D.; COTTA, R.M.M.; FERREIRA, M.deL.daS.M. et al. Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev Bras Enferm**, v.62, n.1, p. 113-8, 2009.

CZERESNIA, D. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção**. Cap 2, p.39- 53 In: Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências./org. por Dina Czesresnia. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2003.

DUARTE, L. C. Reflexiones em torno de La enseñanza de La comunicación para La salud. **Latreia**, v. 23, n. 4, p. 400-04, 2010.

EGRY, E.Y.; FONSECA, R.M.G.S. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Rev Esc. Enf. USP**, v. 34, n.3, p.233-9, set 2000.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D.R.do; EDLER, F.C. **As origens da Reforma Sanitária e do SUS**. In: LIMA, N.T.; GERCHMAN, S.; EDLER, F.C. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Cap. 2, p. 59-81.

FESO-FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS. **Projeto Político-Pedagógico Institucional (PPPI)**. Teresópolis: FESO, 2006.

FLEURI, R.M. Formação de profissionais da saúde reflexões a partir de vivências estudantis. In: VASCONCELOS, E. (org.). **Perplexidade na universidade: vivências nos cursos de saúde**/ Eymard Mourão Vasconcelos, Lia Haikal Frota, Eduardo Simon. – São Paulo: Hucitec; Edições Mandacaru, 2006. p. 231-264.

FREUND, J. **Sociologia de Max Weber**. 4. ed. Rio de Janeiro:Forense Universitária, 1987. p.67-99.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. **Atenção primária à saúde**. In: GIOVANELLA, L.(org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. Cap 16, p.575-625.

GROISMAN, S; MEDEIROS, U. **Cariologia e a clínica**. In: ABOPREV: Promoção de saúde bucal/Coordenação Léo Kriger, 3. ed., São Paulo:Artes Médicas, 2003. p.107-120.

HADDAD, A.E.; LAGANÁ, D.C.; ASSIS, E.Q.; MORITA, M.C.; TOLEDO, A.O.; RODE, S.M. et al. **A aderência dos cursos de graduação em odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais**. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 162p.

IBGE. **IBGECidades@**. Disponível em:<www.ibge.gov.br/cidades/link.php?codmun=330580>. Acesso em: 24 nov 2011.

KAWAMOTO, E.E.; SANTOS, M.C.H.; MATOS, T.M. **Enfermagem Comunitária: visita domiciliária**. São Paulo: EPU, 1995 apud MARASQUIN, H. G.; DUARTE, R. V. C.; PEREIRA, R. B. L.; MONEGO, E. T. - Visita domiciliar: o olhar da comunidade da quadra 603 Norte. Palmas (TO). Revista da UFG, Vol. 6, No. Especial, dez 2004 on line (www.proec.ufg.br)

LIMA, V.V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface**, v. 9, n.17, p. 369-79, 2005.

LOPES, W.O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Cienc Cuid Saúde**, v. 7, n.2, p.241-47, 2008.

MARASQUIN, H. G.; DUARTE, R. V. C.; PEREIRA, R. B. L.; MONEGO, E. T. - Visita domiciliar: o olhar da comunidade da quadra 603 Norte. Palmas (TO). **Revista da UFG**, v. 6, n. Especial, dez 2004 on line (www.proec.ufg.br)

MAZZA, M.P.R.P. A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde. Disponível em : <<http://www.fsp.usp.br/MAZZA.HTM>> Acesso em 08 set 2010.

MENDES, A.O.; OLIVEIRA, F.A. de. Visitas domiciliares pela equipe de saúde da família: reflexões para um olhar ampliado do profissional. **Rev Bras Med Fam e Com.** Rio de Janeiro, v. 2, n. 8, jan-mar 2007.

MERHY, E.E.; CHAKKON, M.; STÉFANO, E. et al. **Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde.** In: Agir em saúde: um desafio para o público/org. Emerson Elias Merhy; Rosana Onocko- 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002 – (Saúde em debate; 108, série didática).

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. **Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial.** In: O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Hucitec: São Paulo, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento** – Pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 1999.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento** – Pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: HUCITEC; 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento** – Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: HUCITEC; 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96** – Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília, 2004. 16 p.

MOREIRA, C.O.F. **Entre o indivíduo e a sociedade: um estudo da filosofia de John Dewey.** Bragança Paulista: EDUSF, 2002. 217 p.

MORITA, M.C.; KRIGER, L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. **Rev da ABENO**, v. 4, n. 1, p. 17-21, 2004.

OLIVEIRA, E.L.C.; KRULL, L.S.; FIGUEIREDO, S.V. **A visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família sob os aspectos do planejamento e da abordagem familiar.** Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família nos moldes de Residência, ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2009.

PAIM, J.S. **Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde.** In: ROUQAYROL, MZ; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia & Saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-586.

PAIM, J.S. **Modelos de Atenção à saúde no Brasil.** In: GIOVANELLA, L. (org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 547-573.

PARECER CNE Nº 16/99, aprovado em 05 outubro de 1999. **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico.** Disponível em: < http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/diretrizes_p0563-0596_c.pdf>. Acesso em: 15 dez 2010.

PERRENOUD, P. **Construir: as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

PETTY, R.E.; WEGENER, D.T.; FABRIGAR, L.R. Attitudes and attitude change. *Annu Rev Psychol*, v. 48, p. 609-647, 1997 apud ANVIK, T.; GUDE, T.; GRIMSTAD, H. et al. Assessing medical students' attitudes toward learning communication skills – wich components of attitudes do we measure? *BMC Medical Education*, v. 7, n. 4, p. 1-7, 2007.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. **Ensino-trabalho-cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ:ABRASCO, 2006. 156 p.

PORTARIA INTERMINISTERIAL MC/MEC No. 2.118 de 3 de novembro de 2005. **Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde**. Disponível em: <<http://www.datadez.com.br/content/imprime.asp?id=17667>>. Acesso em: 04 jun 2010.

QUINTANEIRO, T; BARBOSA, M.L.O.; OLIVEIRA, M.G. **Um toque de clássicos: Marx, Durkheim e Weber**. 2. ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002. 159 p.

RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A.; TORRES, A.R.; MARTINS, S.T.F. et al. Um estranho à minha porta: preparando estudantes de Medicina pra Visitas Domiciliares. *Rev Bras de Educação Médica*, v.33, n. 2, p. 276-281, 2009.

REHEM, T.C.M.S.B.; TRAD, L.A.B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10 (sup), 2005; p. 231-242.

RIBEIRO, C.A. **Assistência domiciliar: uma “nova” modalidade de atenção à saúde**. Disponível em:< <http://www.unimeds.com.br/conteúdo/MEo1.htm>>. Acesso em: 5 ago 2004 apud LACERDA, M.R.; GIACOMOZZI, C.M.; OLININSKI, S.R. et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Sociedade*, v. 15, n. 2, p.88-95, 2006.

RIBEIRO, E.M.; PIRES,D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, v. 2, n. 2, Rio de Janeiro. março/abril, 2004.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: UNESP/HUCITEC-ABRASCO, 1994.

SANDLER, G. **The importance of the history in the medical clinic and the cost of unnecessary tests**. *Am. Heart J.*, [S.1], v.100, n. 6, p. 928-31, 1980 apud BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial**/Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 88 p. il.

SANTOS, E.M. dos; KIRSCHBAUM, D.I.R. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Rev Eletrônica de Enfermagem*, v. 10, n. 1, p.220-27, 2008

SAVASSI, L.C.M.; DIAS, M.F. **Visita domiciliar. Grupo de estudos em Saúde da Família.** AMMFC: Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <http://smmfc.org.br/gesf/gesf_vd.htm>. Acesso em 07 set 2010.

SCHERER, M.D.A; MARINO, R.S.A; RAMOS, F.R.S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Rev Interface-Comum Saúde Educ**, v.9, n.16, p.53-66, 2005.

SENNA, M.C.M. Equidade e Política de Saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.173, 2002.

SERRA, S.T. **Tutoria e a possibilidade de construção da identidade profissional**. Cap .5, p.191-205 In: *Identidade médica: implicações históricas e antropológicas/ Júlio de Mello Filho, org.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. Disponível em:<http://books.google.com.br/books?id=cFNdSfKh-rYC&pgPA3&hl=pt-BR&source=gb_s_selected_pages&cad=3#v=onepage&q&f=false> Acessado em: 20 nov 2011.

SILVA JR, A.G. **Modelos tecno-assistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva.** 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

SOUZA, C. R.; LOPES, S. C. F.; BARBOSA, M. A. - **A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar.** *Revista da UFG*, v. 6, n. Especial, dez 2004 on line (www.proec.ufg.br)

SOUZA, E.R., MINAYO, M.C.S., DESLANDES, S.F., VEIGA, J.P.C. **Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos.** In: MINAYO MCS, ASSIS SG, SOUZA ER (Orgs). *Avaliação por triangulação de métodos.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.726p.

TAKAHASI, R.F.; OLIVEIRA, M.A.C. **A visita domiciliária no contexto da saúde da família.** In BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2001.

TANCREDI, F. B. et al. **Planejamento em saúde.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998 apud MANFREDINI, M.A. *Planejamento em saúde bucal*, cap. 3, p. 50 In: *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde/ org. Antonio Carlos Pereira.* Porto Alegre: Artmed, 2003.

VILLELA, A. L. D´A. H. **O Desenvolvimento da identidade médica.** Cap .4, p.161-189 In: *Identidade médica: implicações históricas e antropológicas/ Júlio de Mello Filho, org.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=cFNdSfKh-rYC&pg=PA3&hl=pt-BR&source=gb_s_selected_pages&cad=3#v=onepage&q&f=false> Acessado em: 20 nov 2011.

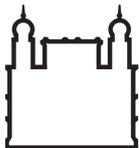
WEYNE, S. de C. **A construção do Paradigma de Promoção de Saúde – um Desafio para novas gerações.** Cap. 1, p. 1-23. In: ABROPEV: *Promoção de Saúde Bucal/ Coordenação Léo Kriger – 3. ed.,* São Paulo: Artes Médicas, 2003

WITT, R. R. **Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública**. Tese de Doutorado apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – área de concentração Enfermagem em Saúde Pública. Ribeirão Preto-SP, 2005. 336 p.

YAMAMOTO, R.M.; PRIMO, E.; CARDOSO, I. et al. Um modelo de ensino para médicos residentes na área de Pediatria Comunitária: a visita domiciliar contribuindo para uma formação mais abrangente. **Pediatria (São Paulo)**, v. 20, n. 3, p. 172-78, 1998.

APÊNDICE A

Instrumento de construção de dados – Roteiro para entrevista



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
 ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
 MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA



Roteiro para entrevista estudantes

Tópico temático 01: visão geral sobre a visita domiciliar.

Sub-itens: objetivos; conhecimentos; efetividade

- Para você o que é a visita domiciliar?
- A visita domiciliar é utilizada na Saúde da Família com alguns propósitos. Você os conhece? Você já leu algo sobre isto?
- Para você quais são os objetivos da visita domiciliar?

Tópico temático 02: finalidades da visita domiciliar.

Sub-itens: finalidade da VD;

- Ao chegar na unidade, alguém solicitava a você que fizesse a visita domiciliar?
- Geralmente você era acompanhado? Por quem?
- Para que você realizava (finalidade) a visita domiciliar?
- O que você costumava observar durante a realização da visita domiciliar?

Tópico temático 03: planejamento e registro da visita domiciliar.

Sub-itens: organização, orientação e planejamento.

- A realização da visita domiciliar era planejada com antecedência? Por quem?
- Você recebia alguma informação sobre a família ou orientação sobre o que observar antes de realizá-la?
- Durante a visita domiciliar era feito algum registro? Por quem? Como era feito esse registro?
- Existe o formulário **Ficha A**, próprio para esse registro. Você conhece?
- Quem o apresentou? Foi explicado como preenchê-lo?

Tópico temático 04: trabalho pedagógico a partir da visita domiciliar.

Sub-itens: discussão após a visita; temas discutidos, como era realizada essa atividade, quem a coordenava, reflexão e resolução dos problemas apresentados pelas famílias

- Após a realização da visita domiciliar era feita alguma discussão sobre o que foi encontrado no ambiente familiar?
- Geralmente quem coordenava essa discussão?
- Na sua opinião, a discussão poderia contribuir com a sua aprendizagem?
- Quais eram os temas (assuntos) mais discutidos?

Tópico temático 05: conhecimentos e habilidades

Sub-itens: mobilização de conhecimentos e habilidades

- Você considera que realizou boas visitas domiciliares? Por quê?
- Em sua opinião, o que é preciso para se realizar uma boa visita domiciliar e atender seus objetivos?
- Quais habilidades adquiridas por você na realização da VD?

Tópico temático 06: experiências na visita domiciliar.

Sub-itens: narrativas, casos, desdobramentos e percepções

- Você viveu alguma experiência marcante durante a realização da visita domiciliar?
- Seria possível descrevê-la?
- Essa experiência despertou alguma emoção ou sentimento em você?
- Você poderia nomear esse sentimento marcante?

Tópico temático 07: contribuições da visita domiciliar para a formação.

Sub-itens: construção de competências cognitivas, psicomotoras e afetivas;

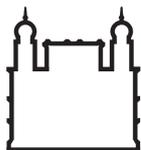
- Em sua opinião, a visita domiciliar contribuiu para sua formação?
- Em que? Como?
- Você acha que ela deveria continuar a ser realizada pelos estudantes?
- Você realizou visita domiciliar com estudantes de outros cursos?Quais?
- Em sua opinião, acha que a interdisciplinaridade contribui na sua formação?
- A visita domiciliar deveria ser modificada em algum aspecto?Em que?

Tópico temático 08: potencialidades e limites da visita domiciliar no processo formativo.

- Em sua opinião, quais são os aspectos positivos da visita domiciliar para sua formação? E os aspectos negativos?

APÊNDICE B

Termo de consentimento livre e esclarecido (para os sujeitos entrevistados)



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
 ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
 MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Entrevista Estudantes

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “A visita domiciliar como estratégia pedagógica e seus sentidos para estudantes e professores dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia em um Centro Universitário do estado do Rio de Janeiro”, que tem como objetivo geral analisar o potencial educativo da visita domiciliar na formação em saúde, a partir dos sentidos atribuídos pelos estudantes e professores dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia. Os objetivos específicos são: 1) conhecer as experiências dos estudantes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia na realização da visita domiciliar durante sua formação; 2) conhecer os sentidos atribuídos à visita domiciliar pelos estudantes e professores no processo de formação; 3) identificar as potencialidades e os limites da visita domiciliar no processo de formação a partir da visão de estudantes e professores.

Você foi selecionado por ser estudante regularmente matriculado a partir do 5º período dos cursos de Enfermagem, Medicina ou Odontologia do UNIFESO - Teresópolis, RJ. Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista ao pesquisador, autorizando a sua gravação. O tempo médio da entrevista é de 40 (quarenta) minutos. Você tem a total liberdade de interromper a entrevista a qualquer momento, negar-se a responder quaisquer questões ou fornecer informações que julgue prejudiciais à sua integridade física, moral e social.

Os dados obtidos não serão divulgados de forma a possibilitar a sua identificação. Apesar da garantia de sigilo por parte do pesquisador quanto ao anonimato, há o risco de vir a ocorrer à identificação do participante de forma indireta devido à composição da amostra para as entrevistas com estudantes e professores ser de tamanho reduzido, já que na dissertação serão citados códigos referentes aos papéis desempenhados pelos participantes da pesquisa.

Sua participação não é obrigatória. Você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, agora ou a qualquer momento do desenvolvimento da pesquisa. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição responsável pela pesquisa.

Espera-se que os dados coletados possam vir a contribuir com o projeto pedagógico do Centro Universitário em questão, auxiliar para o melhor entendimento do processo formativo, considerando a lógica do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial a Atenção Básica, bem como ser apresentado em fóruns e revistas científicas.

Após a transcrição, as entrevistas serão destruídas. As transcrições serão guardadas sob responsabilidade do pesquisador durante cinco anos.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador, podendo a qualquer tempo tirar suas dúvidas sobre o projeto, desistir da sua participação e ter acesso aos dados coletados com você.

Este termo deverá ser guardado por pelo menos cinco anos.

Francisco Augusto Gondim Silva
 Escola Nacional de Saúde Pública. Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Manguinhos, Rio de Janeiro. CEP: 21041-210 –Tel. : (21) 2598-2525. e-mail: chicodonto@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, concordando com a minha participação e gravação da entrevista.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2011.

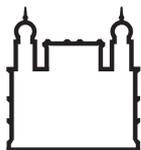
Assinatura do sujeito da pesquisa: _____

Nome do sujeito da pesquisa: _____

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CEP/ENSP).
 Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ. CEP: 21041-210. Tel. e Fax:
 (021) 2598-2863. e-mail: cep@ensp.fiocruz.br. Página: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

APÊNDICE C

Instrumento de construção de dados – Questionário



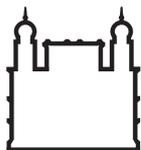
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA



ORIENTAÇÕES

- a) Responda atentamente as questões. Desta forma, você estará contribuindo para o esclarecimento de aspectos relacionados à realização da **visita domiciliar** na formação de profissionais de saúde. Sua contribuição poderá resultar em melhoras e aperfeiçoamento do processo formativo.
- b) Leia atentamente as questões e as orientações contidas no corpo do questionário.
- c) Não preencha o espaço referente à numeração do questionário.
- d) Siga a ordem em que foram formuladas as questões, mas leia bem todo o texto e verifique se o mesmo se adequa ao seu modo de pensar.
- e) Responda as questões utilizando caneta (azul ou preta), e com letra legível, se possível, em letra de forma.
- f) Não é necessário assinar o questionário, nem se identificar.

Obrigado.



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
 ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
 MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA



Questionário para os estudantes

Data: ____ / ____ / ____

Número do questionário _____

Dados Pessoais e situação como estudante

1. Idade: _____

2. Gênero:

Masculino Feminino

3. Curso que frequenta:

3.1 Enfermagem

3.2 Medicina

3.3 Odontologia

4. Período no qual se encontra:

4.1 primeiro

4.7 sétimo

4.2 segundo

4.8 oitavo

4.3 terceiro

4.9 nono

4.4 quarto

4.10 décimo

4.5 quinto

4.11 décimo
primeiro

4.6 sexto

4.12 décimo
segundo

Sobre a visita domiciliar, responda:

5. Períodos nos quais **realizou visita domiciliar como atividade curricular.**

ATENÇÃO: é possível assinalar mais de uma opção.

- | | |
|------------------|--------------------------|
| 5.1 [] primeiro | 5.7 [] sétimo |
| 5.2 [] segundo | 5.8 [] oitavo |
| 5.3 [] terceiro | 5.9 [] nono |
| 5.4 [] quarto | 5.10 [] décimo |
| 5.5 [] quinto | 5.11 [] décimo primeiro |
| 5.6 [] sexto | 5.12 [] décimo segundo |

6. Informe a(s) Unidade(s) Básica(s) de Saúde nas quais realizou **visita domiciliar como atividade curricular.**

ATENÇÃO: é possível assinalar mais de uma opção.

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| 6.1 [] Araras | 6.8 [] Perpétuo |
| 6.2 [] Barra | 6.9 [] Pimenteiras |
| 6.3 [] Beira Linha | 6.10 [] Quinta Lebrão |
| 6.4 [] Fonte Santa | 6.11 [] Rosário |
| 6.5 [] Granja Guarani | 6.12 [] Vargem Grande |
| 6.6 [] Granja Florestal | 6.13 [] Venda Nova |
| 6.7 [] Meudom | |

7. Informe quantas **visitas domiciliares** você calcula que realizou até a presente data:

- | | |
|-------------------|-------------------|
| [] entre 1 e 5 | [] entre 16 e 20 |
| [] entre 6 e 10 | [] entre 21 e 30 |
| [] entre 11 e 15 | [] entre 31 e 40 |

8. Do que lhe foi informado e ensinado sobre os **objetivos** da **visita domiciliar**, numere os principais objetivos de 1 a 6 em ordem decrescente. O número 1 indica o de maior importância.

- | | |
|------------------------------------|--|
| 8.1 [] promoção de saúde | 8.6 [] criação de vínculo equipe-família para o cuidado |
| 8.2 [] cadastro das famílias | 8.7 [] prestação de assistência |
| 8.3 [] prevenção da saúde | 8.8 [] conhecer os modos de vida |
| 8.4 [] acesso ao serviço de saúde | 8.7 [] outro. Informar qual: _____ |
| 8.5 [] produção de cuidado | _____ |

9. Durante a **realização** da **visita domiciliar**, seu principal foco de atenção foi:

- 9.1 [] a doença ou problema de saúde
- 9.2 [] a saúde
- 9.3 [] a família como um todo
- 9.4 [] pessoas específicas da família. Neste caso, informar qual (is):

10. Indique o(s) profissional(is) que já o acompanharam na **visita domiciliar**: Responda a quantidade de vezes numericamente.

ATENÇÃO: se não souber, com precisão, faça um cálculo aproximado.

- 10.1 [] Agente Comunitário de Saúde-ACS _____ vezes
- 10.2 [] Dentista _____ vezes
- 10.3 [] Enfermeiro _____ vezes
- 10.4 [] Médico _____ vezes
- 10.5 [] Monitor _____ vezes
- 10.6 [] Residente _____ vezes
- 10.7 [] Outro(s) _____ vezes
- (informar quem) _____

11. Indique se foram realizadas discussões após a realização das **visitas domiciliares**:

11.1 [] sempre 11.2 [] nem sempre 11.3 [] nunca

ATENÇÃO: se você respondeu **NUNCA** siga para a questão número 15. Se não o fez, continue respondendo o questionário.

12. Dentre os aspectos abaixo, indique por ordem de importância os **CINCO** mais discutidos após a **visita domiciliar**.

ATENÇÃO: por favor, coloque números de 1 a 5 no espaço EM BRANCO da alternativa, sendo que 1 indica o mais discutido.

12.1 [] características sociais e culturais da família	12.10 [] dinâmica familiar
12.2 [] problemas de saúde	12.11 [] necessidades dos integrantes da família
12.3 [] procedimentos realizados	12.12 [] higiene geral
12.4 [] alimentação	12.13 [] esgotamento sanitário
12.5 [] destino do lixo	12.14 [] abastecimento de água
12.6 [] higiene bucal	12.15 [] renda da família
12.7 [] emprego	12.16 [] recursos naturais e meio ambiente
12.8 [] aspectos éticos	12.17 [] características do território
12.9 [] utilização de medicamentos	12.18 [] utilização de drogas

Onde é realizada a discussão? _____

Com quem? _____

13. Dentre os aspectos abaixo, assinale aqueles que **NUNCA** foram discutidos após a **visita domiciliar**.

ATENÇÃO: é possível assinalar mais de uma alternativa.

- | | |
|---|---|
| 13.1 [] características sociais e culturais da família | 13.10 [] dinâmica familiar |
| 13.2 [] problemas de saúde | 13.11 [] necessidades dos integrantes da família |
| 13.3 [] procedimentos realizados | 13.12 [] higiene geral |
| 13.4 [] alimentação | 13.13 [] esgotamento sanitário |
| 13.5 [] destino do lixo | 13.14 [] abastecimento de água |
| 13.6 [] higiene bucal | 13.15 [] renda da família |
| 13.7 [] emprego | 13.16 [] recursos naturais e meio ambiente |
| 13.8 [] aspectos éticos | 13.17 [] características do território |
| 13.9 [] utilização de medicamentos | 13.18 [] utilização de drogas |

14. As discussões após a **visita domiciliar** foram coordenadas por:

14.1 [] Agente Comunitário de Saúde-ACS

14.2 [] Dentista

14.3 [] Enfermeiro

14.4 [] Médico

14.5 [] Monitor

14.6 [] Residente

14.7 [] Outro(s). Informar quem: _____

15. Para compreensão do processo saúde-doença, a realização da **visita domiciliar** contribui:

15.1 [] pouco 15.2 [] razoavelmente 15.3 [] plenamente 15.4 [] não contribui

16. Para sua formação profissional, a realização da **visita domiciliar** contribui:

16.1 [] pouco 16.2 [] razoavelmente 16.3 [] plenamente 16.4 [] não contribui

17. A realização da **visita domiciliar** contribui na formação de profissional de saúde mais comprometido com as necessidades do sistema de saúde e da população:

17.1 [] pouco 17.2 [] razoavelmente 17.3 [] plenamente 17.4 [] não contribui

18. Das **atividades** abaixo, assinale qual (is) você já realizou durante a **visita domiciliar**:

ATENÇÃO: é possível assinalar mais de uma opção.

- | | |
|---|---|
| 18.1 [] sobre higiene e saúde bucal | 18.11 [] sobre métodos contraceptivos e controle da natalidade |
| 18.2 [] sobre a utilização de medicamentos | 18.12 [] sobre o auto-exame da mama |
| 18.3 [] sobre DST | 18.13 [] sobre o uso de drogas ilícitas |
| 18.4 [] sobre alimentação saudável | 18.14 [] sobre hipertensão arterial sistêmica |
| 18.5 [] sobre diabetes mellitus | 18.15 [] sobre higiene geral |
| 18.6 [] sobre tuberculose | 18.16 [] sobre obesidade |
| 18.7 [] sobre o câncer do colo do útero | 18.17 [] sobre hepatites |
| 18.8 [] sobre carências de micronutrientes | 18.18 [] sobre HIV/AIDS |
| 18.9 [] sobre o aleitamento materno | 18.19 [] sobre doenças renais |
| 18.10 [] sobre o preventivo ginecológico | 18.20 [] sobre o câncer de mama |

19. Dos **procedimentos técnicos** listados abaixo, assinale aquele(s) já realizado(s) durante a **visita domiciliar**:

ATENÇÃO: é possível assinalar mais de uma opção.

- | | |
|---|---|
| 19.1 [] aferição de sinais vitais | 19.7 [] glicemia capilar |
| 19.2 [] anamnese | 19.8 [] ausculta cardíaca |
| 19.3 [] ausculta pulmonar | 19.9 [] exame da cavidade bucal |
| 19.4 [] exame físico | 19.10 [] curativo para ferida |
| 19.5 [] tratamento restaurador atraumático (TRA) | 19.11 [] administração de medicamentos |
| 19.6 [] administração de imunobiológicos | 19.12 [] aplicação tópica de flúor |

20. Na sua opinião, a **visita domiciliar** possibilita a realização de pesquisa?

20.1 [] Sim 20.2 [] Não

21. Caso tenha respondido **SIM** na questão anterior, já realizou ou participou de alguma pesquisa?

21.1 [] Sim 21.2 [] Não

Qual foi o assunto? _____

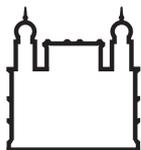
22. A realização da **visita domiciliar** fortalece a relação da faculdade com os serviços e a população:

22.1 [] pouco 22.2 [] razoavelmente 22.3 [] plenamente 22.4 [] não contribui

OBRIGADO.

APÊNDICE D

Termo de consentimento livre e esclarecido (para os sujeitos que responderam os questionários)



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
 ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
 MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Questionário Estudantes

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “A visita domiciliar como estratégia pedagógica e seus sentidos para estudantes e professores dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia em um Centro Universitário do estado do Rio de Janeiro”, que tem como objetivo geral analisar o potencial educativo da visita domiciliar na formação em saúde, a partir dos sentidos atribuídos pelos estudantes e professores dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia. Os objetivos específicos são: 1) conhecer as experiências dos estudantes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia na realização da visita domiciliar durante sua formação; 2) conhecer os sentidos atribuídos à visita domiciliar pelos estudantes e professores no processo de formação; 3) identificar as potencialidades e os limites da visita domiciliar no processo de formação a partir da visão de estudantes e professores.

Você foi selecionado por ser estudante dos cursos de Enfermagem, Medicina ou Odontologia do UNIFESO - Teresópolis, RJ. Sua participação consistirá em responder um questionário com 22 itens, cujos dados serão guardados durante cinco anos pelo pesquisador. O tempo médio para preenchimento do questionário é de 20 (vinte) minutos. Você não precisará se identificar ao responder tal questionário.

Sua participação não é obrigatória. Você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, agora ou a qualquer momento do desenvolvimento da pesquisa. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição responsável pela pesquisa.

Espera-se que os dados coletados possam vir a contribuir com o projeto pedagógico do Centro Universitário em questão, auxiliar para o melhor entendimento do processo formativo, considerando a lógica do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial a Atenção Básica, bem como ser apresentado em fóruns e revistas científicas.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e o pesquisador assegura o sigilo sobre a sua participação. Os dados obtidos não serão divulgados de forma a possibilitar a sua identificação.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador, podendo a qualquer tempo tirar suas dúvidas sobre o projeto, desistir da sua participação e ter acesso aos dados coletados com você.

Este termo deverá ser guardado por pelo menos cinco anos.

Francisco Augusto Gondim Silva

Escola Nacional de Saúde Pública. Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Manguinhos, Rio de Janeiro.
 CEP: 21041-210 - Tel: (21) 2598-2525. e-mail: chicodonto@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2011.

Assinatura do sujeito da pesquisa: _____

Nome do sujeito da pesquisa: _____

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CEP/ENSP).
 Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ CEP: 21041-210. Tel. e Fax:
 (021) 2598-2863. e-mail: cep@ensp.fiocruz.br. Página: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

ANEXO I
COMPETÊNCIAS 4º PERÍODO ENFERMAGEM

COMPETÊNCIAS 4º PERÍODO ENFERMAGEM

I - Atuar na equipe de saúde da atenção básica através de ações de âmbito individual e coletivo que abranjam a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

II - Atuar na equipe de saúde da atenção básica buscando a resolução de problemas de saúde de maior frequência e relevância do território/município.

III - Atuar na equipe de saúde com foco nas áreas estratégicas para o território nacional (eliminação da hanseníase, controle da tuberculose, eliminação da desnutrição infantil, saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde bucal e promoção da saúde).

IV - Realizar assistência integral aos indivíduos e famílias nas unidades básicas de saúde, nos domicílios e nos demais espaços comunitários, em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade.

V - Atuar na equipe de saúde com ênfase na supervisão, coordenação e realização das atividades de educação permanente dos técnicos/auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

VI - Atuar na equipe de saúde considerando os aspectos gerenciais do trabalho na atenção básica, sua relação com os demais níveis de atenção e a importância da notificação de agravos.

VII - Realizar atividades educativas, considerando metodologias participativas, relacionadas ao processo de saúde-doença de indivíduos e grupos nas diferentes fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade.

VIII - Atuar na equipe de saúde com foco na atenção à saúde mental de indivíduos e coletividades e na abordagem de distúrbios psicopatológicos prevalentes e relevantes, considerando os aspectos assistenciais, de reabilitação, sociais, educativos e gerenciais.

VIII - Propor estratégias de intervenção em situações de adoecimento mental.

Fonte: Caderno de Orientação Acadêmica Enfermagem 1º. Semestre/2010

ANEXO II
COMPETÊNCIAS 5º PERÍODO ENFERMAGEM

COMPETÊNCIAS 5º PERÍODO ENFERMAGEM

- I - Relacionar saúde da mulher e da criança com os seguintes determinantes – moradia, trabalho, renda, acesso a bens e serviços, alimentação, família, cultura, sexualidade e contextualizar no PAINSMC.
- II - Analisar e trabalhar com os indicadores de saúde referentes a população feminina e infantil até 01 ano de idade.
- III - Aplicar os conceitos de interdisciplinaridade e integralidade do cuidado.
- IV - Distinguir e avaliar as formas de gestão das políticas de saúde.
- V - Atuar no SUS atendendo os objetivos do Pacto pela Vida e Pela Saúde.
- VI - Subsidiar a atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal nas bases programáticas da Assistência humanizada ao Pré-Natal, do Programa Suplementar de Ferro, do Programa de Combate à Sífilis Congênita e do Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno.
- VII - Compreender as necessidades requeridas das ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base do cuidado de alta qualidade, culturalmente apropriado para as mulheres, recém-nascido e famílias, no período reprodutivo.
- VIII - Comparar os pressupostos do PAINSMC com as necessidades das mulheres no menacme e a população infantil até 01 ano de idade.
- IV - Proporcionar um cuidado pré-natal de alta qualidade.
- X - Identificar problemas atuais ou potenciais, da mulher da criança e da família, baseando-se na interpretação correta das informações obtida.
- XI - Desenvolver um plano de cuidado, compreensivo, com a mulher e sua família, fundamentado nas necessidades da mulher e da criança, e de acordo com os dados coletados.
- XII - Realizar o plano de cuidado e atualizá-lo continuamente, dentro de uma estrutura de tempo apropriado.
- XIII - Avaliar a efetividade do cuidado prestado à mulher e sua família, considerando outras alternativas em situações de insucesso.
- XIV - Realizar assistência integral a mulher e a criança nas Unidades de saúde, nos domicílios e demais equipamentos sociais , utilizando a sistematização da assistência de enfermagem, utilizando como um dos pressupostos a Teoria da Necessidades Humanas Básicas e a Taxonomia do CIPESC na atenção básica à saúde desta população.
- XV - Atuar na equipe de saúde da atenção básica, buscando sua transformação/manutenção em unidade básica de saúde amiga da amamentação.
- XVI - Realizar o processo de tomada de decisão utilizando uma variedade de fontes de conhecimento em um processo dinâmico, respondendo à modificação do estado de saúde de cada mulher.
- XVII - Envolver as mulheres e suas famílias no processo de tomada de decisão e no desenvolvimento de um plano de cuidado para uma experiência de gravidez, nascimento e puerpério saudáveis.
- XVIII - Identificar gestação de alto risco: diabetes, cardiopatia, nefropatia,doenças infecciosas

(toxoplasmose, rubéola, Síndrome de TORCHS, varicela, hanseníase), doença mental, DST/AIDS.

XIX - Proporcionar durante o parto um cuidado de alta qualidade e culturalmente sensível. Conduzir um parto higiênico e seguro onde a mulher seja a protagonista ativa na arte de partear e saber manejar as situações de emergência para otimizar a saúde das mulheres e dos recém nascidos.

XX - Proporcionar cuidado integral e de alta qualidade para a mulher durante o pós-parto, estimulando a amamentação e o Alojamento Conjunto.

XXI - Proporcionar cuidado integral e de alta qualidade para o recém-nascido saudável do nascimento até um ano de idade.

XXII - Educar para saúde visando a promoção de uma vida familiar saudável, gestações planejadas e uma maternidade/paternidade positiva.

XXIII - Utilizar os indicadores e métodos de orientação/encaminhamento para os problemas de relações interpessoais que incluem problemas sexuais, violência doméstica, abuso emocional, sexual e negligência física contra a mulher.

XXIV - Proporcionar cuidado de enfermagem ao recém-nascido normal e de risco, considerando as características físicas e fisiológicas, os sinais de enfermidades, o exame físico imediato e mediato e o plano assistencial contendo as abordagens específicas para os problemas mais comuns que afetam o recém nascido.

XXV - Realizar a assistência de enfermagem no campo da Ginecologia, visando atender a mulher no seu ciclo reprodutivo.

XXVI - Realizar a assistência de enfermagem a saúde da criança na puericultura e *follow up*.

Fonte: Caderno de Orientação Acadêmica Enfermagem 1º. Semestre/2010

ANEXO III
COMPETÊNCIAS 1º, 2º, 3º e 4º PERÍODOS MEDICINA

COMPETÊNCIAS 1º, 2º, 3º e 4º PERÍODOS MEDICINA

I – promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;

III - comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;

IV - informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação;

V - realizar com proficiência a anamnese e a conseqüente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;

VI - dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosocio-ambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;

IX - otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos;

X - exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas;

XII - reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

XIII - atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte;

XV - conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos;

XVIII - cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico;

XX - ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde;

XXI - atuar em equipe multiprofissional;

XXII - manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde.

XXIII - □ Compreender os fundamentos do processo saúde-doença em seus múltiplos determinantes, com ênfase nos processos patológicos gerais.

XXIV - Compreender a interação entre o homem suscetível e os agentes físicos, químicos e biológicos, nos contextos biopsicossocial e ecológico do adoecimento.

Fonte: <http://www.feso.br/unifeso/pdf/plan-1.pdf>
<http://www.feso.br/unifeso/pdf/plan-2.pdf>
<http://www.feso.br/unifeso/pdf/plan-3.pdf>
<http://www.feso.br/unifeso/pdf/plan-4.pdf>

Acesso em: 10 out 2011

ANEXO IV
COMPETÊNCIAS IETC 1º e 2º PERÍODOS ODONTOLOGIA

COMPETÊNCIAS IETC 1º PERÍODO ODONTOLOGIA
<p>I - Entender como ocorre a Iniciação Científica no Unifeso.</p> <p>II - Comunicar-se de maneira eficaz escrita e verbalmente.</p> <p>III - Participar das atividades propostas no período desenvolvendo postura pró-ativa;</p> <p>IV - Desenvolver o embasamento teórico-científico das atividades propostas.</p> <p>V - Realizar atividades educativo- preventivas em saúde bucal.</p> <p>VI - Realizar Visitas Domiciliares.</p> <p>VII - Identificar fatores determinantes e condicionantes de saúde.</p> <p>VIII - Conhecer Políticas Públicas de Saúde (SUS, PNAB, ESF).</p> <p>IX - Saber utilizar documentos de registro de informações pessoais adotado pelo SUS para este ciclo de vida.</p> <p>X - Conviver em equipe.</p> <p>XI - Comprometer-se com a humanização das práticas no SUS.</p>
COMPETÊNCIAS IETC 2º PERÍODO ODONTOLOGIA
<p>I - Comunicar-se de maneira eficaz escrita e verbalmente.</p> <p>II - Realizar atividades educativo preventivas.</p> <p>III - Conhecer os fundamentos teóricos do trabalho em equipe multiprofissional e as atribuições do cirurgião-dentista no Programa de Saúde da Família (PSF).</p> <p>IV - Entender como ocorre a Iniciação Científica no Unifeso</p> <p>V - Apresentar Seminários desenvolvendo os temas propostos para o 2º período.</p> <p>VI - Desenvolver o embasamento teórico-científico das atividades propostas.</p> <p>VII - Dar continuidade aos grandes temas desenvolvidos no 1º período</p> <p>VIII - Desenvolver a consciência crítica a cerca das questões de Saúde e de Políticas Públicas de Saúde</p>