

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

BRUNA MICHELLE BELÉM LEITE

**VISITA DOMICILIÁRIA NA ATENÇÃO À SAÚDE:
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

FORTALEZA

2011

BRUNA MICHELLE BELÉM LEITE

**VISITA DOMICILIÁRIA NA ATENÇÃO À SAÚDE:
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na promoção da saúde.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e as políticas e práticas de saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Josefina da Silva

FORTALEZA

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

L55v Leite, Bruna Michelle Belém
 Visita domiciliária na atenção à saúde: revisão integrativa da literatura/ Bruna Michelle Belém
 Leite. – 2011.
 59 f.

 Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia
 e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Fortaleza, 2011.
 Área de Concentração: Enfermagem na promoção da saúde.
 Orientação: Profa. Dra. Maria Josefina da Silva

1. Visita Domiciliar 2. Atenção Primária à Saúde 3. Enfermagem I. Título.

CDD 610.73

BRUNA MICHELLE BELÉM LEITE

**VISITA DOMICILIÁRIA NA ATENÇÃO À SAÚDE:
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Apresentada em: 16/12/2011

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Maria Josefina da Silva (Orientadora)

Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof^ª. Dr^ª. Maria Fátima Maciel Araújo. (Membro efetivo)

Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof^ª. Dr^ª. Janaína Fonseca Vitor Coutinho (Membro efetivo)

Universidade Federal do Ceará - UFC

A Deus, por me dar o dom da vida e me guiar
ao longo de toda a minha caminhada.

Aos meus pais, por investirem em minha
educação e na minha formação ética e moral.

À Prof^ª. Dra Maria Josefina da Silva por me
oferecer a oportunidade de aprender e a
crescer como pessoa, profissional e
pesquisadora.

AGRADECIMENTOS

Ao meu bom Deus, por aliviar todas as minhas angústias, por sempre guiar todos os meus passos e por me dar forças nos momentos difíceis. Tudo o que sou e o que tenho pertencem somente a ti.

Aos meus pais, Mary Gracy Belém Martins e Hilarino Leite Neto (em memória) , pela educação, amor e apoio dispensados a mim. Amo vocês!

A minha irmã Brena Suelén Belém Leite e minha Tia Maria Selimar Nogueira Leite, pelas suas palavras de incentivo e por acreditar na minha capacidade. Obrigada!

Ao meu marido Tarcio Monteiro Brasil Filho, por me ouvir, me compreender, me incentivar, enfim, por me amar do jeito que sou. .Amor, esta conquista também é sua. Te amo!

À Profa. Dra. Maria Josefina da Silva, por ter acreditado em mim e investido seu tempo, sua paciência e seu saber para que eu pudesse chegar até aqui. Obrigada por ter me ajudado a dar os primeiros passos na pesquisa e por ter me orientar ao longo da minha trajetória no mestrado. Você é um anjo que Deus colocou em minha vida. Serei eternamente grata por tudo que tem feito por mim.

A toda a minha família, por sempre estarem ao meu lado, apoiando, incentivando e ajudando em todos os momentos desta caminhada.

A todos os componentes do grupo “Práticas cuidativas ao ser idoso nos contextos de atenção primária e institucionais”, principalmente Eliana, Edmara, Cintia, Aretusa e Geridice pelas experiências compartilhadas e pelos momentos de alegria.

Às Profas. Dras. Maria Fátima Maciel, Ana Ruth Macedo e Janaína Victor, pelas excelentes contribuições relativas à minha dissertação. Vocês são exemplos de profissionais. Admiro a competência de cada uma.

Aos colegas do Mestrado, pelos conhecimentos compartilhados, amizade e companheirismo.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFC, pelos ensinamentos e pelas orientações relacionadas ao percurso de pesquisa.

Enfim, a todos cujos seus nomes não foram citados, mas que estiveram envolvidos direta ou indiretamente com essa vitória alcançada.

“As pessoas felizes não conseguem tudo o que esperam, mas querem a maior parte do que conseguem. Em outras palavras, viram o jogo a seu favor, escolhendo dar valor às coisas que estão ao seu alcance. Mantenha um pé na realidade lute para melhorar as coisas, e não para torná-las perfeitas. Não existe perfeição. As coisas serão o que puderem ser a partir de nossos esforços”.

(Diener, 1995)

RESUMO

A Visita Domiciliária (VD), tecnologia utilizada na atenção à saúde, não é uma prática recente e está presente em todo o contexto de cuidados de saúde no mundo. A prática baseada em evidência apresenta-se como o referencial teórico-metodológico adotado neste estudo, que selecionou a revisão integrativa como método de pesquisa para utilizar, na atenção básica e na assistência de enfermagem, os resultados encontrados na prática clínica da visita. O objetivo deste estudo é avaliar as produções científicas disponíveis na literatura nacional e internacional sobre VD em seus aspectos conceituais, metodológicos, finalidade e situações diante do processo saúde e doença.. Para a seleção dos artigos foram utilizadas cinco bases de dados, Cinahl, Pubmed, Lilacs, Cochrane e Scielo, e a amostra desta revisão constituiu-se de 13 artigos, referentes à VD na atenção básica. Os resultados evidenciaram que conceituar VD ainda não é uma preocupação para aqueles que a estudam, o que se pode inferir que por ser uma tecnologia incorporada na rotina dos serviços da atenção básica, torna-se desnecessário, para alguns autores, a sua conceituação. Os artigos avaliaram a tecnologia e sua eficácia na prestação dos serviços de saúde. Observa-se uma variedade de grupos populacionais que recebem visitas, tais como recém-nascidos, crianças, adolescentes, idosos e aqueles em situações específicas: puérperas, grávidas e diabéticos. Visualiza-se, porém, um predomínio das visitas realizadas aos idosos na faixa etária de 70 a 84 anos. Quanto aos profissionais que estão realizando a visita domiciliária, houve diversificação, concentrando-se no enfermeiro, seguido pelo agente de saúde, como executores dessa prática. Diante do processo saúde-doença a VD está sendo realizada na prestação de cuidados centrados ainda na doença, o que satisfaz a prestação de serviços momentaneamente, desvalorizando o efeito favorável do ambiente familiar para ações de promoção à saúde, prevenção ou diagnóstico de doença. Este estudo pretendeu fornecer subsídios para a melhoria da prática da VD na atenção básica, bem como estimular os enfermeiros no desenvolvimento de pesquisas que produzam evidências fortes relativas à elaboração de novas metodologias e teorização para a realização da VD a grupos específicos na atenção básica.

Palavras-chave: Visita Domiciliária. Atenção Básica. Enfermagem. Revisão Integrativa.

ABSTRACT

Home Visit (HV) is a technology used in health care which, although it is not recent practice, is present in the entire world. Evidence-based practice is the theoretical and methodological framework adopted in this study which selected the integrative review as research method. Results found in the clinical practice of visits will be used in both primary care and nursing care. This study aims at assessing the scientific production about HV and its concept, methodology, purpose as well as situations available in both national and international literature. CINAL, PubMed, Lilacs, Scielo and Cochrane were the five databases used for the selection of articles. The sample of this review consisted of 13 articles concerning HV in primary care. Results showed that the ones who study HV are still not worried about conceptualizing it. Based on these findings it can be inferred that since HV is a technology incorporated into primary care service routine, it is unnecessary, for some authors, the conceptualization of HV. The articles have evaluated this technology and its effectiveness in health care services. It was observed a variety of population groups receiving visits, such as, infants, children, adolescents, the elderly and the ones in specific situations: women in recovery stage, pregnant women and diabetics. However, there is the predominance of visits to the elderly aged between 70 and 84. Concerning the professionals carrying out the visits, there was some variety as well, but nurses, followed by health workers, are the main conductors of such practice. Given the health-disease process, HV has been held in the care focusing on the disease, which fulfills the service temporarily, devaluing the favorable effect of family environment for actions of health promotion, prevention or diagnosis of diseases. This study aimed at providing information to improve the practice of HV in primary care as well as encouraging nurses to develop researches which have as result strong evidences related to the production of new methodologies for HV to specific groups in primary care.

Key Words: Home Visit. Primary Care. Nursing. Integrative Review.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Seleção dos artigos de pesquisa nas bases de dados LILACS, PubMed,, CINAHL, Scielo e Cochrane, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos.....	30
Quadro 2	Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre visita domiciliária, segundo bases de dados, nível de evidência, ano de publicação, país onde o estudo foi realizado, periódico publicado, área de atuação dos autores e delineamento da pesquisa.....	33
Quadro 3	Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre visita domiciliária, segundo aspectos conceitos, objetivo da realização,,identificação dos grupos populacionais e faixa etária ,profissionais que a realizam e em qual situação do processo saúde doença.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes comunitários de saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPEs	Coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior
CEDEFAM	Centro de desenvolvimento familiar
CINAHL	Cumulative index to nursing and allied health literature
DESCS	Descritores em ciências da saúde
ESF	Estratégia de saúde da família
FSESP	Fundação de serviços especiais de saúde pública
LILACS	Literature Latino-Americana e do Caribe em ciências da saúde
MEDLINE	Medical literature analysis and retrieval system online
MESH	Medical subject headings of U.S national
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de agentes comunitários de saúde
PSF	Programa de saúde da família
RI	Revisão Integrativa
SCIELO	Scientific Electronic Libery online
SIAB	Sistema de informação da atenção básica
SUS	Sistema único de saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
VD	Visita Domiciliária

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	Inserção da pesquisadora na temática do estudo.....	12
1.2	A problemática da Visita Domiciliária.....	12
1.3	Histórico da Visita Domiciliária	13
1.3.1	Importância, vantagens e limitações da Visita Domiciliária.....	16
1.3.2	Metodologia da visitação domiciliária.....	17
1.4	Promoção à saúde e Visita Domiciliária como estratégias da atenção básica..	19
1.5	Atuação da enfermagem na visita domiciliária.....	19
2	OBJETIVO.....	21
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
4	PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	24
4.1	Procedimento para a seleção de artigos.....	28
4.2	Extração dos dados dos artigos incluídos na revisão integrativa.....	30
4.3	Apresentação da Revisão Integrativa.....	31
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
7	REFERÊNCIAS.....	51
	ANEXOS.....	55

1 INTRODUÇÃO

1.1 Inserção da pesquisadora na temática do estudo

O interesse pela temática Visita Domiciliária (VD) vai além daqueles pontuados durante a vida acadêmica, derivando-se a partir de estudos os quais se consolidaram com a realização do trabalho de término de curso, com a produção de uma monografia cujo tema foi a visita domiciliária na atenção básica de saúde.

Naquela ocasião o enfoque do estudo realizado foi a visita domiciliária direcionada à atenção da saúde de pessoas idosas. O estudo avaliou a visão dos idosos em relação à VD dirigida às suas demandas. Pesquisas acerca dessa temática foram encontradas na literatura nacional e internacional, porém observou-se pouca produção com o enfoque na sistematização e na teorização da VD, o que despertou o interesse em aprofundar os estudos sobre o tema.

Outro aspecto importante da vida acadêmica e que nos estimulou a estudar essa tecnologia foi o fato de ter sido bolsista de extensão do Grupo Vida: adaptação bem sucedida e envelhecimento feliz do departamento de Enfermagem/UFC, cujas atividades são desenvolvidas no Centro de Desenvolvimento Familiar – CEDEFAM/UFC, no qual a VD compreende uma das atividades desenvolvidas nesse grupo. Despertou-se, então, o interesse por estudos e pesquisas nessa temática em virtude da necessidade de fundamentação teórica decorrente das demandas das pessoas visitadas.

1.2 A problemática da Visita Domiciliária

A VD, apesar de ser uma ação presente em todos os cenários de cuidado à saúde, ainda não se constituiu como um tema emergente na produção intelectual. As pesquisas concentram-se na operacionalização da VD para grupos específicos e aspectos históricos, sem, contudo, discutir sua sistematização e utilização como recurso de tecnologia no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Destaque-se que o Ministério da Saúde (MS) a coloca como uma tecnologia de eleição para o acesso à família.

Com base em nossa prática profissional e de extensionista, verificou-se que a VD na atenção básica, no contexto da Estratégia de Saúde da Família(ESF) , é orientada pela demanda em cada situação. Assim, não há um planejamento com estabelecimento de

objetivos imediatos e em médio prazo, avaliação e encaminhamento para continuidade da ação, isto é, cada visita tem terminalidade em si mesma. Atende às situações que surgem cotidianamente, o que não satisfaz a prestação de serviços, desvalorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e nas ações de promoção da saúde.

A VD, na atenção básica, é um potente instrumento de ação, na medida em que o ordenamento do sistema é voltado para a saúde da família tendo, portanto, seu foco na promoção e prevenção. Esta se dá, essencialmente, em um ambiente externo aos serviços, onde os profissionais devem estar mais presentes: na família e em seu ambiente circundante.

Diante desse cenário chegou-se ao seguinte questionamento: quais são as evidências científicas sobre visita domiciliária em seus aspectos conceituais, metodológicos, sua finalidade e situações diante do processo saúde-doença no contexto da atenção à saúde? E, com base nesse questionamento, propomo-nos a realizar uma revisão integrativa sobre a temática em questão.

Este estudo, portanto, terá relevância considerando a política de saúde com enfoque na família e, especialmente, a assistência de enfermagem na atenção básica, onde ocorre a maioria das demandas por VD. Também contribui para estimular a reflexão sobre a problemática, favorecendo a melhoria da qualidade da VD com base na produção científica sobre a temática na Atenção Básica.

1.3 Histórico da Visita Domiciliária

A VD, como instrumento de atenção à saúde, não é uma prática recente e está presente em todo o contexto de cuidados de saúde no mundo. No Brasil, inicia-se com a introdução da enfermagem científica no início do século XX, cujas características modelam-se de acordo com os diversos cenários sociais, políticos e ideológicos.

No Brasil, na década de vinte, a VD foi incorporada aos serviços sanitários com o intuito de extinguir as epidemias causadas pelas doenças infecto-contagiosas. Posteriormente foi incorporada aos serviços de saúde do país, notadamente nas regiões Norte e Nordeste, sob a influência da Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública -FSESP - nos moldes dos centros de saúde americanos. Nestes, havia a figura da visitadora sanitária cuja função era a visita aos faltosos aos programas de doenças infecto-contagiosas e de vigilância epidemiológica. (GEOVANINI et al., 2010)

Em 1991, o Ministério da Saúde tornou nacional a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, desenvolvido em algumas regiões brasileiras nos âmbitos municipais e estaduais. Esse programa consolidou a função dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), responsáveis, em média, por 100 a 250 famílias, tendo como supervisor de suas atividades o(a) enfermeiro(a). Os ACSs têm como principais atividades as visitas domiciliares e as ações de educação em saúde. (SILVA, 1997)

O Programa de Saúde da Família (PSF), surgido em 1994 e atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), não possui caráter programático, mas sim características estratégicas de mudança do padrão de atenção à saúde da população. Com isso, as práticas da ESF visam ter como foco do trabalho a família e constituem uma prática que combate a fragmentação do saber e do indivíduo, avançando para além da simples intervenção médica sob o corpo anátomo-fisiológico centrado no saber médico. Esse programa busca a integração com a comunidade, numa atuação interdisciplinar dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família, buscando identificar os determinantes sociais do processo saúde-doença e intervir nestes, possibilitando uma transformação das condições de vida e saúde. (BRASIL, 1994)

Assim, a ESF se constitui em uma estratégia de reorganização da atenção primária. Sua organização é centrada na integralidade da atenção, promoção da saúde, prevenção de doença, tendo a família como enfoque central da assistência humanizada através do desenvolvimento de corresponsabilidades entre a equipe de saúde e os membros da família.

Dentre as ações desenvolvidas pela ESF, a VD se destaca como uma tecnologia capaz de promover ações preventivas, curativas, de promoção e de reabilitação dos indivíduos em seu contexto familiar por permitir uma maior aproximação dos profissionais com a realidade de vida e com a dinâmica das famílias.

Como estratégia de assistência dentro da ESF, a VD passa a constar como um dado a ser incluído para avaliação do sistema de saúde; sendo alimentado mensalmente com informações no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), permitindo a elaboração de indicadores quantitativos que poderão orientar políticas e práticas de saúde preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Percebe-se através de vários estudos da literatura que os autores adotam denominações diferentes, ora denominam visita domiciliar ora visita domiciliária. O

vocábulo exato a ser designado é Visita Domiciliária. Ferreira (2001) afirma que DOMICILIAR é um verbo transitivo direto. Tal verbo significa dar domicílio a; recolher em domicílio; fixar residência ou fixar domicílio, enquanto que DOMICILIÁRIO é um adjetivo relativo a domicílio, feito no domicílio e cujo feminino é domiciliária. Dessa forma, será adotada neste estudo a terminologia Visita Domiciliária.

Na literatura encontramos diversas utilizações da VD possibilitando, assim, a construção de conceitos para a assistência prestada em nível domiciliar. No sentido de deixar evidente a perspectiva em que a VD será analisada no presente trabalho, iremos caracterizar as diversas ações prestadas em nível domiciliar:

Assistência Domiciliar é definida pelo Ministério da Saúde como uma “modalidade da Atenção Domiciliar, inerente ao processo de trabalho das equipes desse nível de atenção. Destina-se a responder às necessidades de saúde de um determinado segmento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária.” (BRASIL, 2006b, p. 126). Pode ser denominada por alguns estudiosos como *Home Care*. Essa forma de assistência pode ser dividida em algumas modalidades como:

Atendimento Domiciliar “é o cuidado prestado no domicílio a pessoas com problemas agudos e que, em função disso, estejam temporariamente impossibilitadas de comparecer à Unidade Básica de Saúde” (BRASIL, 2003 p.11).

Internação Domiciliar “no âmbito do SUS, portaria GM nº 2.529 de 20 de outubro de 2006, “é o conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, sendo atendidas por equipe específica.” (BRASIL, 2006b, p.126).

Acompanhamento Domiciliar “é o cuidado no domicílio para pessoas que necessitam de contatos frequentes e programáveis com os profissionais da equipe. São exemplos de condições apropriadas para inclusão no acompanhamento domiciliar: pacientes portadores de doença crônica, em fase terminal, que apresentem dependência física; idosos com dificuldade de locomoção ou morando sozinhos; egressos do hospital que necessitem acompanhamento por alguma condição que os incapacite de comparecer à Unidade; pacientes com outros problemas de saúde, incluindo doença mental, os quais determinem dificuldades de locomoção ou adequação ao ambiente da Unidade de Saúde” (BRASIL, 2003, p.11).

Vigilância Domiciliar “é decorrente do comparecimento de um integrante da equipe até o domicílio para realizar ações de promoção, prevenção, educação e busca ativa da população de sua área de responsabilidade, geralmente vinculadas à vigilância da saúde que a Unidade desenvolve, dentre as quais podemos salientar: visita a puérperas, busca de recém-nascidos, busca ativa dos programas de prioridades e abordagem familiar para diagnóstico e tratamento.” (BRASIL, 2003, p.11).

Neste estudo adotaremos,

Visita Domiciliária “Como instrumento de realização da assistência domiciliar, sendo constituída pelo conjunto de ações sistematizadas para viabilizar o cuidado a pessoas com algum nível de alteração no estado de saúde (dependência física ou emocional) ou para realizar atividades vinculadas aos programas de saúde. Esta deve ser planejada antes de ser realizada pelo visitador” (BRASIL, 2003, p.11).

Podemos observar que há uma complementaridade entre as modalidades da atenção domiciliar, atendimento domiciliar, visita e internação domiciliar. Cada uma possui peculiaridades e características que as distinguem e que devem ser estabelecidas de maneira clara pelos profissionais de saúde e estudiosos no assunto, não apenas por questões de operacionalização dos serviços de saúde, mas para sua orientação na execução das práticas profissionais e nas pesquisas.

1.3.1 Importância, vantagens e limitações da Visita Domiciliária

A importância da VD está na assistência à saúde centrada na família, uma vez que o ambiente familiar, quer sob os aspectos de relacionamento afetivo-social quer sob os aspectos físicos, constitui-se no conjunto das mais poderosas forças que influenciam a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos (NOGUEIRA; FONSECA, 1977 p.28).

Diante desse cenário, as visitas domiciliárias contemporâneas devem incluir, cada vez mais, a família como elemento interativo no cuidado com a saúde, atendendo assim às necessidades complexas e utilizando uma gama de recursos institucionais, comunitários e familiares para a efetividade das respostas às necessidades familiares (STANHOPE; LANCASTER, 1999, p. 532).

As vantagens da VD consistem em propiciar um conhecimento sobre o indivíduo, o seu contexto de vida e do meio onde vive; facilitar a adaptação do planejamento da assistência à saúde prestada; estabelecer um melhor relacionamento entre o profissional

que realiza a VD e a família; proporcionar maior liberdade para os clientes explorarem seus problemas, pois o tempo dedicado a eles é bem maior; e facilita a acessibilidade do cliente que está impossibilitado de se deslocar à unidade de saúde (STANHOPE; LANCASTER, 1999 p. 532).

Como limitações, a VD “é um método relativamente caro, pois depende da utilização de pessoal treinado e de meios de transporte, com pequeno rendimento em relação a outros métodos, uma vez que é gasto um tempo maior no planejamento, na execução da visita, bem como na locomoção. Além disso, os afazeres das donas de casa podem impedir ou dificultar, às vezes, a prestação desse tipo de assistência” (NOGUEIRA; FONSECA, 1977 p.28).

Em linhas gerais, os principais objetivos da visita domiciliária, como método de trabalho, são: “prestação de cuidados no domicílio, quando esta for conveniente para o paciente, para a família e para o serviço de saúde quer sob o aspecto econômico, social ou psicológico; orientação a um ou mais membros da família para a prestação de cuidados no domicílio; supervisão dos cuidados delegados à família; orientação da família em assuntos de higiene em geral, quando o ambiente do serviço de saúde não for o mais adequado, pois as condições não são as mesmas; e coleta de informações sobre as condições socio sanitárias da família, por meio de entrevistas e observação” (NOGUEIRA; FONSECA, 1977 p.29).

1.3.2 Metodologia da visita domiciliária

A visita domiciliária se constitui em fases que se sucedem, sem que, na prática, haja uma delimitação muito precisa entre elas, com a finalidade de sistematização. Stanhope e Lancaster (1999) dividem a visita domiciliária em cinco fases: iniciação, pré-visita, no domicílio, *terminus* e pós-visita.

Segundo as autoras, habitualmente uma VD é iniciada como resultante de um encaminhamento de um serviço de saúde ou social. No entanto, uma família pode requerer intervenções ou o profissional de saúde pode iniciar a visita a partir da identificação de um caso. No contexto brasileiro, a VD na atenção básica de saúde acontece, especialmente, por agendamento do Agente Comunitário de Saúde. Embora as fases descritas a seguir tenham como cenário outro país, Nogueira e Fonseca (1977) elaboram procedimentos semelhantes, porém de forma mais simplificada.

A **fase de iniciação** é o primeiro contato entre o profissional e a família, a partir dela se estabelece o alicerce para uma relação terapêutica efetiva. As visitas subsequentes deverão ter por base as necessidades e o acordo mútuo entre o profissional que as realiza e a família. Para uma boa realização dessa fase é necessário que o profissional tenha bem claro os objetivos da realização da VD, que essa percepção ou compreensão seja partilhada com a família e que fique clara para a família a fonte de encaminhamento da visita.

Na **fase da pré-visita** o profissional que irá realizar a VD deverá, se possível, entrar em contato por telefone para se apresentar e agendar a visita, sendo necessário que esse contato seja breve. A seguir a família deve ser informada sobre a forma como se foi tomado conhecimento da mesma. A visita deve ser planejada para data e horário mais conveniente tanto para o(a) enfermeiro(a) quanto para a família, como também deve ser combinada para quando estiver disponível a presença do maior número possível de membros dessa família. Antes de visitar a família, pode ser útil que o profissional reveja o encaminhamento ou, se não for a primeira visita, os registros familiares.

Durante a **fase no domicílio** o profissional deve fazer a sua apresentação e identificação profissional, promover uma maior interação social para estabelecer maior aproximação com a família com o intuito de iniciar um relacionamento terapêutico. A maior parte da VD é ocupada com a coleta de dados, intervenções e avaliações. A frequência e a intensidade das visitas variam não só com a necessidade da família, mas também com a sua fidelidade para com os programas de intervenção e com as prioridades. É realista esperar que numa primeira visita se faça a colheita de dados e se inicie pelo menos o estabelecimento de uma relação.

Na **fase de terminus** o profissional revê com a família o que aconteceu e foi efetuado. Isso fornece uma base para planejar qualquer visita posteriormente. O ideal é que essa fase seja concluída com o fim da visita e dos cuidados, a partir de objetivos e metas traçados no primeiro encontro.

A fase de **pós-visita**, mesmo que o profissional tenha concluído a visita e tenha saído da casa do cliente, a responsabilidade pela visita não está completamente concluída até o seu registro. Nessa fase a principal tarefa consiste na documentação da visita e das intervenções realizadas. Logo a seguir o profissional pode iniciar o plano para a visita seguinte.

1.4 Promoção à saúde e Visita Domiciliária como estratégias da atenção básica

Na base do processo de criação do SUS encontram-se: o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la, a participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho às transformações dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população (BRASIL, 2006c, p.11).

Nesse sentido, o SUS, como política do Estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde (BRASIL, 2006, p.11).

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar, articula-se às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo na construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2006c, p. 11).

Para dar sustentação a esse novo modelo de assistência à saúde, entre as várias ações projetadas e em execução, encontra-se a prática sistemática das visitas domiciliares realizadas pelas equipes de saúde da família que, de acordo com a política nacional, é direcionada à ESF. Cabe a toda equipe realizar o cuidado em saúde da população adscrita, tanto no âmbito dos serviços como do domicílio e demais espaços comunitários (BRASIL, 2006a).

1.5 Atuação da enfermagem na visita domiciliária

O trabalho do(a) enfermeiro(a) em atenção primária de saúde se realiza dentro de uma equipe multidisciplinar constituída por um médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário e dentista. Sua prática é direcionada à promoção da saúde da população, mediante a atenção de múltiplos fatores que nela intervêm. Dentro da equipe, a autonomia de cada profissional é reconhecida para poder desenvolver as tarefas que lhe são próprias, que, por sua vez, contribui com aportes individuais, exigindo responsabilidades a cada um dos profissionais no trabalho multiprofissional.

O(a) enfermeiro(a) possui a seguinte atribuição específica dentro dessa equipe multiprofissional:

[...] realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade [...] (BRASIL, 2006a, p. 44).

Dentre as ações desenvolvidas pelo(a) enfermeiro(a) na ESF, a VD se destaca como uma intervenção capaz de promover ações preventivas, curativas, de promoção e de reabilitação dos indivíduos em seu contexto familiar por permitir uma maior aproximação do(a) enfermeiro(a) com a realidade de vida e dinâmica das famílias.

Através da VD as demandas originadas das necessidades da família levam o(a) enfermeiro(a) a assumir papéis de coordenador(a) da atenção primária à família, de administrador(a) da atenção primária, de facilitador(a) e de *advocacy* da família junto às instituições, papel que entendemos ser o mais relevante na gestão da saúde da família, pois o(a) enfermeiro(a) contribui com seus conhecimentos na organização e dinâmica dos sistemas de saúde e colabora para que a família possa ter acesso às instituições de atendimento de suas demandas (ARCHER; FLESHMAN, 1997).

2 OBJETIVO

O objetivo deste estudo é avaliar as produções científicas disponíveis na literatura nacional e internacional sobre VD em seus aspectos conceituais, metodológicos, finalidade e situações diante do processo saúde e doença.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A prática baseada em evidências, movimento estruturado como facilitador da tomada de decisão, pode ser definida como um processo de busca, avaliação e aplicação de evidências científicas para o tratamento e gerenciamento de saúde (HAMMER, 1999).

O termo “baseado em evidências” é realmente muito novo. O primeiro uso documentado desse termo é atribuído a Gordon Guyatt e ao *Evidence Based Medicine Working Group*, em 1992. Eles descrevem a medicina baseada em evidências como um “novo paradigma para a prática médica”, na qual a evidência da pesquisa clínica deveria ser promovida acima da intuição, da experiência clínica não sistemática e da fisiopatologia. Mais tarde, o termo foi aplicado a muitos outros aspectos da prática de saúde e áreas afins (EVIDENCE-BASED MEDICINE WORKING GROUP, 1992).

Por sua vez, a medicina baseada em evidências pode ser definida como o processo sistemático de busca, avaliação e usos dos resultados de pesquisa recentes como base para decisões clínicas, consistindo na formulação de questionamentos, descobertas e avaliação de dados relevantes e o aproveitamento dessas informações na prática clínica diária (ROSENBERG; DONALD, 1995).

As definições variam e, algumas vezes, o conceito central torna-se diluído, mas “em sua essência” “qualquer coisa” baseada em evidências refere-se ao uso de informações válidas e relevantes na tomada de decisões. No atendimento de saúde, a maioria das pessoas concorda que a pesquisa altamente qualificada, que é baseada em critérios metodológicos estritamente técnicos, cujos resultados podem ser adotados para a população em geral, é a fonte mais importante de informação válida, em conjunto com as informações sobre determinado paciente ou sobre a população considerada (CULLUM et al., 2010).

Na enfermagem, a prática baseada em evidências consiste em aplicar resultados de pesquisa, com elevado rigor metodológico, na prática profissional com o objetivo de evitar erros e repetições, e com a finalidade de prestar um cuidado mais humanizado e eficiente.

Galvão e Sawada (2004) sugerem como estratégia para a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem, o desenvolvimento de projetos de pesquisa que indiquem, abordem caminhos para auxiliar o(a) enfermeiro(a) na transferência de resultados

de pesquisa para a prática assistencial; estudos que contemplem problemas clínicos vivenciados na prática cotidiana e a construção de recursos desta abordagem (revisão sistemática ou revisão integrativa), os quais têm finalidade de sintetizar as pesquisas disponíveis sobre tema investigado para direcionar a prática fundamentada em conhecimento científico.

Para estudos baseados em evidências, não se pode tratar os resultados de pesquisas como verdade absoluta ou então implementar diretamente as evidências encontradas na prática assistencial, sendo necessária uma avaliação do contexto no qual a pesquisa foi desenvolvida e do rigor metodológico utilizado pelos autores, para depois disto implementar as evidências na assistência.

Segundo Cooper (1984) a maioria dos pesquisadores sociais concorda que a qualidade metodológica deve ser o critério primário na decisão sobre o quanto devemos confiar em um resultado de pesquisa, desta forma podemos encontrar propostas de classificação hierárquica de evidências segundo seu nível de força.

Na medicina baseada em evidências, o estudo clínico controlado randomizado é considerado o delineamento de pesquisa mais adequado para avaliar a eficácia das intervenções em saúde, constituindo o “padrão ouro”.

A classificação proposta por Melnyk e Fineout-Overholt (2005) aponta que as evidências encontradas podem ser estratificadas em sete níveis, sendo que no nível 1 estão aquelas obtidas do resultado de revisão sistemática ou meta-análise relevantes de ensaio clínico randomizado controlado; no nível 2, as obtidas em ao menos um ensaio clínico randomizado bem delineado; o nível 3 traz evidências de estudo com ensaios clínicos bem delineados sem randomização; no nível 4 emergiram evidências de estudos de coorte e de caso–controle bem delineados; o nível 5 apresenta as evidências coletadas de revisão sistemática de estudo descritivo e qualitativo; no nível 6 surgem aquelas de um único estudo descritivo ou qualitativo e no nível 7 há evidências que surgem de opiniões de autoridades e/ou relatórios de comitê de especialistas.

4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

O número elevado, a complexidade de informações na saúde e o tempo reduzido dos profissionais têm determinado a necessidade do desenvolvimento de métodos que proporcionem a utilização dos resultados oriundos de pesquisas na prática clínica. A prática baseada em evidências possui recursos que proporcionam a incorporação das evidências na prática, ou seja, a revisão sistemática e a revisão integrativa da literatura; esses recursos permitem a coleta, categorização, avaliação dos resultados de pesquisa do tema investigado, facilitando a utilização destes na prática (URSI, 2005).

A revisão sistemática preconizada na prática baseada em evidências, de acordo com a Colaboração Cochrane¹, aponta que, para a elaboração de uma revisão sistemática, o pesquisador deve buscar material publicado e não publicado visando a exaustão dos estudos na tentativa de diminuir possíveis vieses (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004).

No presente estudo selecionamos a revisão integrativa da literatura, que consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos. O propósito inicial desse método de pesquisa é obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores. É necessário seguir padrões de rigor metodológico e haver clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão (GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa necessita ser diferenciada de outras abordagens: as revisões sintéticas geralmente escapam da sistematização da busca de dados, limitando, portanto, a abrangência dos resultados; as revisões metodológicas têm como foco a abordagem metodológica dos estudos avaliados; as revisões teóricas usualmente propõem modelos relacionais entre variáveis previamente estudadas; as revisões críticas compreendem uma

¹ É uma organização com centros em diferentes países, a qual é responsável pelo desenvolvimento e disseminação de revisões sistemáticas que retratam a eficácia de intervenções na área da saúde e, principalmente, os estudos incluídos nestas têm o delineamento de pesquisa experimental, ou seja, ensaios clínicos randomizados controlados.

análise teórica e uma crítica metodológica aos estudos; na meta-análise são selecionadas variáveis relacionadas à pesquisa ou ao fenômeno em si mesmo e são examinadas por meio de procedimento estatístico para determinar sua influência na efetividade da intervenção.

A revisão integrativa diferencia-se claramente das duas imediatamente anteriores: em relação à revisão crítica, pela clareza na definição do problema da pesquisa e à meta-análise, uma vez que esta realiza uma revisão integrativa e a ultrapassa na avaliação da efetividade da intervenção (BROOME, 1993).

A síntese do conhecimento, dos estudos incluídos na revisão, reduz incerteza sobre recomendações práticas e permite generalizações precisas sobre o fenômeno estudado, a partir das informações disponíveis, facilitando a tomada de decisões com relação às intervenções, que podem resultar no cuidado mais efetivo e de melhor custo/ benefício.

A revisão integrativa tem o potencial de construir conhecimento em enfermagem, produzindo um saber fundamentado e uniforme para os(as) enfermeiros(as) realizarem uma prática clínica de qualidade. Além disso, pode reduzir alguns obstáculos da utilização do conhecimento científico, tornando os resultados de pesquisa mais acessíveis, uma vez que em um único estudo o leitor tem acesso a diversas pesquisas realizadas, ou seja, o método permite agilidade na divulgação do conhecimento (GALVÃO, 2008).

Para a construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas, similares aos estágios de desenvolvimento de pesquisa convencional. A seguir descreveremos as etapas dessa revisão integrativa, tendo como referencial Mendes, Silveira e GALVÃO (2008), adaptado de WHITTEMORE (2005):

1ª Etapa: identificação do tema e seleção da hipótese de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa.

O processo de elaboração da revisão integrativa se inicia com a definição de um problema e a formulação de uma hipótese ou questão de pesquisa que apresente relevância para a saúde e enfermagem.

Os estudiosos consideram a primeira etapa como norteadora para a condução de uma revisão integrativa bem elaborada. Essa construção deve estar relacionada a um raciocínio teórico e deve incluir definições já aprendidas pelo pesquisador.

Uma vez que a questão de pesquisa é bem delimitada pelo revisor, os descritores ou palavras-chave são facilmente identificados para a execução da busca dos estudos. (BROOME, 1993).

2ª Etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão do estudo

Esta etapa foi determinada muito em função da anterior, pois um problema amplamente descrito tenderá a conduzir a uma amostra diversificada, exigindo maior critério de análise do pesquisador. Frequentemente a seleção de artigos inicia-se de forma mais ampla e afunila-se na medida em que o pesquisador retorna à sua questão inicial, pois o movimento de buscar a literatura nem sempre é linear (BROOME, 1993).

A omissão do procedimento de amostragem pode ser a maior ameaça à validade da revisão. Esse procedimento de inclusão e exclusão de artigos deve ser conduzido de maneira criteriosa e transparente, uma vez que a representatividade da amostra é um indicador da profundidade, qualidade e confiabilidade das conclusões finais da revisão. O ideal seria a inclusão de todos os artigos encontrados, ou até mesmo a aplicação de uma seleção aleatória. Quando isto não é possível, o revisor deve deixar claro quais são os critérios de inclusão e exclusão adotados para a elaboração da revisão (GANONG, 1987).

3ª Etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados.

Para Broome (1993) o propósito desta etapa é sumarizar e documentar, de forma concisa e fácil, as informações sobre cada artigo incluído na revisão.

Segundo Ganong (1987) os dados dos estudos a serem extraídos devem incluir: tamanho da amostra, definição dos sujeitos, metodologia, mensuração de variáveis, método de análise, e a teoria ou conceitos embasados utilizados.

Para extrair os dados dos artigos selecionados faz-se necessário um instrumento que permita avaliar separadamente cada artigo, tanto metodologicamente quanto em relação aos resultados, como também possibilitar a síntese dos artigos incluídos (URSI, 2005).

4ª Etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa.

Esta etapa é similar à análise dos dados de uma pesquisa primária. A análise crítica dos estudos incluídos na revisão integrativa requer uma abordagem organizada para avaliar o rigor e as características de cada estudo. A categorização, ordenação e sumarização dos resultados podem ser realizadas na forma descritiva, pontuando-se as questões mais significantes (BROOME,1993).

Para Cooper (1984) os eventos que podem intervir na análise dos dados de uma revisão integrativa podem ser os vieses inseridos pela experiência profissional do revisor, tais como, as dificuldades no julgamento da qualidade da pesquisa e as dificuldades na recuperação de dados nos artigos selecionados, bem como na identificação de hipóteses independentes. Para este autor, o controle necessário para evitar esses vieses deve incluir decisões de inclusão e exclusão de dados somente por meio de julgamentos conceituais explícitos, além de que as diferenças de cada pesquisa individual devem ser detalhadas.

5ª Etapa: Interpretação dos resultados

Esta etapa compara-se à discussão de resultados das pesquisas primária. Nela, os dados obtidos dos artigos de forma explícita, sob regras claras, são discutidos e sintetizados. Para tópicos amplamente estudados é possível aprofundar a discussão ou, ao levantar as lacunas de conhecimentos existentes, sugerir caminhos para futuras pesquisas (GANONG, 1987).

Com a finalidade de proteger a validade da revisão integrativa, o revisor deve explicitar suas conclusões e inferências, com possíveis lacunas e vieses devendo estar claros na apresentação. O pesquisador deve estabelecer cuidadosamente a diferença entre as evidências oriundas das pesquisas primárias daquelas geradas pela revisão integrativa. (COOPER, 1984).

6ª Etapa: Apresentação da revisão/síntese do conhecimento

O rigor no detalhamento das etapas, critérios e procedimentos permitirão ao leitor uma avaliação da fidedignidade e confiabilidade da revisão integrativa relativa a tópicos estudados. Segundo Ganong (1987) o propósito da revisão integrativa é sintetizar as evidências das pesquisas primárias, não sendo atingido com revisões baseadas em metodologias questionáveis ou não claras.

Também nesta fase a preocupação com a validade é necessária. Dois fatores podem comprometer e devem acompanhar o relato da revisão integrativa: o primeiro está relacionado à informação completa e detalhada de como foi conduzida a revisão, de forma a favorecer a sua replicabilidade, enquanto que o segundo envolve a omissão de evidências relacionadas ao evento de forma moderada, mas que, para outros que não o revisor, poderiam ser consideradas importantes (URSI, 2005).

4.1 Procedimentos para a seleção de artigos

Focalizando nosso estudo na importância da VD no alcance dos objetivos do sistema de saúde, observou-se que ainda é pouca a produção teórica ou reflexiva sobre a temática. A VD é baseada no empirismo, o que não satisfaz a prestação de serviços à população. Diante desse cenário surgiu o seguinte questionamento: quais são as evidências científicas sobre visita domiciliária em seus aspectos conceitual, metodológico, finalidade e situações diante do processo saúde-doença no contexto da atenção à saúde?

O presente estudo utilizou como estratégia para a seleção dos artigos as bases de dados descritas abaixo, que se encontram disponíveis eletronicamente na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS):

CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*) consiste uma base de dados cuja versão computadorizada inclui referências bibliográficas de mais de 250.000 artigos publicados em mais de 650 periódicos na língua inglesa.

PUBMED constitui base que compreende cerca de 20 milhões de citações para a literatura biomédica que inclui o **MEDLINE** (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), revistas de ciência da vida, livros online, citações e resumos inclusos no campo da medicina, enfermagem, odontologia, medicina veterinária, entre outras ciências afins.

LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) é um índice bibliográfico da literatura relativa às ciências da saúde publicada nos países da América Latina e Caribe a partir de 1982. Tal índice é um produto cooperativo da Rede BVS. Em 2009, LILACS atingiu 500.000 mil registros bibliográficos de artigos publicados em cerca de 1.500 periódicos em ciência da saúde, dos quais aproximadamente 800 são atualmente indexados. LILACS também indexa outros tipos de literatura científica e técnica

como teses, monografias, livros e capítulos, trabalhos apresentados em congressos ou conferências, relatórios, publicações governamentais e de organismos internacionais regionais. LILACS pode ser acessada para pesquisa bibliográfica no Portal Global de BVS e os registros são também indexados no Google.

COCHRANE compreende uma biblioteca a qual consiste de uma coleção de fontes de informação atualizada sobre medicina baseada em evidências, incluindo a Base de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas - que são revisões preparadas pelos Grupos da Colaboração Cochrane. O acesso à Biblioteca Cochrane através da BVS está disponível aos países da América Latina e Caribe, exclusivamente.

SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) é um projeto consolidado de publicação eletrônica de periódicos científicos seguindo o modelo de *Open Access*, que disponibiliza de modo gratuito, na Internet, os textos completos dos artigos de mais de 290 revistas científicas do Brasil, Chile, Cuba, Espanha, Venezuela e outros países da América Latina. Além da publicação eletrônica dos artigos, SciELO provê enlaces de saída e chegada por meio de nomes de autores e de referências bibliográficas. Também publica relatórios e indicadores de uso e impacto das revistas.

Para o levantamento dos estudos contidos nessas bases de dados, foi realizada, antecipadamente à busca, a identificação dos respectivos descritores de cada base. Com relação ao PUBMED, utilizaremos a terminologia preconizada por esta base de dados, a saber, o vocabulário *Mesh - Medical Subject Headings of U.S. National Library of Medicine* (NLM), em língua inglesa, usado para indexar estudos. Para as demais bases de dados, empregamos o vocabulário estruturado do DeCS - descritores em ciências da saúde, usado na indexação de estudos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos e outros tipos de materiais, assim como para também ser usado na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas bases de dados disponíveis na BVS.

Neste estudo utilizamos os descritores controlados: ***visita domiciliar e atenção primária à saúde***, embora estejamos trabalhando neste estudo com a terminologia ***visita domiciliária***, esta não se encontra como descritor controlado.

Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos científicos disponíveis eletronicamente na íntegra nas bases de dados citadas anteriormente, publicados em periódicos nacionais e internacionais, publicados em português, inglês e espanhol, os quais abordem visita domiciliária e que respondam à questão norteadora deste estudo.

Como critérios de exclusão, utilizaremos editoriais, cartas ao editor e estudos que não sejam relevantes ao alcance dos objetivos desta revisão.

A busca foi realizada pelo acesso *online*, através do portal da CAPES no mês de agosto de 2011, sendo a amostra inicial composta ao juntar a seleção de todas as bases de 812 artigos. Após a aplicação do protocolo (Anexo A) elaborado por Vitor (2010) em sua tese “Revisão do resultado de enfermagem comportamento de prevenção de quedas: análise de conceito e validações por especialistas” e a leitura dos resumos, observou-se que muitos artigos não seguiam os critérios de inclusão, por não abordar a temática da visita domiciliária, não ser artigo de pesquisa, não estar disponível eletronicamente e estar repetido em mais de uma base, sendo obtida a amostra final desta revisão integrativa constituída por 14 artigos, os quais contemplaram todos os critérios de inclusão previamente estabelecidos nesta pesquisa (Quadro 1). Durante aplicação dos instrumentos para a coleta de dados, observou-se que um artigo era repetido, embora com título diferente, sendo que os autores o publicaram em outro periódico, fazendo com que a amostra desse estudo seja constituída de 13 artigos.

Quadro 1: Seleção dos artigos de pesquisa nas bases de dados Lilacs, PubMed, Cinahl, Scielo e Cochrane, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos.

Bases	Produção encontrada	Não aborda a temática em estudo	Repetido	Não está disponível eletronicamente	Não é artigo de pesquisa	Total selecionados
LILACS	6	1	-	2	1	2
PUBMED	194	186	1	2	1	4
CINAHL	56	49	2	-	-	5
SCIELO	16	14	1	-	-	1
COCHRANE	540	531	4	4	-	1
TOTAL	812	781	8	8	2	13

4.2 Extração dos dados dos artigos incluídos na revisão integrativa

Para a coleta das informações nos estudos foi utilizado o instrumento elaborado e validado por Ursi (2005) em sua tese sobre prevenção de lesões de pele no pré-operatório: revisão integrativa da literatura, sendo que o mesmo foi adaptado à realidade do presente estudo (Anexo B). O instrumento foi utilizado com a finalidade de realizar uma pesquisa integrativa na literatura nacional e internacional referente à visita domiciliária, objetivando

caracterizar os artigos conforme quadro I; analisar como os autores estão conceituando a VD; identificar a finalidade para as quais a VD está sendo realizada; verificar para quais grupos populacionais e etários a VD está sendo direcionada; apresentar os profissionais de saúde que estão realizando a VD e identificar em quais situações do processo saúde-doença a VD está sendo realizada.

4.3 Apresentação da revisão integrativa

Foi realizada uma leitura de cada artigo, sendo então preenchido o instrumento de coleta de dados (Anexo A) de forma a atender os objetivos da pesquisa.

Os dados dos estudos foram comparados com o intuito de se obter sugestões para a prática de enfermagem na VD e indicativos para futuras pesquisas direcionadas para a melhora da assistência de enfermagem na VD.

Para a análise e posterior síntese dos artigos que atenderam os critérios de inclusão, foi utilizado o quadro sinóptico construído por Ursi (2005) que segue em anexo (Anexo C) e que contempla os seguintes aspectos considerados pertinentes: nome da pesquisa, tipo de pesquisa, detalhamento metodológico, intervenção estudada, resultados, recomendações e conclusões.

A discussão dos dados obtidos foi feita de forma descritiva para possibilitar ao leitor uma avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa. As evidências servem para provocar impacto de forma positiva na assistência de enfermagem, proporcionando a este profissional tomada de decisões na sua prática profissional cotidiana.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na presente revisão integrativa analisamos treze artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Identificamos que a maior parte das pesquisas que compuseram a amostra era referente à análise da eficácia ou ao alcance dos objetivos da visita domiciliária planejados para públicos-alvo estabelecidos. A seguir apresentaremos um panorama geral dos artigos avaliados (Quadro 2), antes de procedermos a uma análise individual dos artigos.

Quadro 2 - Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre visita domiciliária, segundo bases de dados, nível de evidência, ano de publicação, país onde o estudo foi realizado, periódico publicado, área de atuação dos autores e delineamento da pesquisa.

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	BASE DE DADOS	NÍVEL DE EVIDENCIA	ANO	PAÍS	AUTOR	PERIÓDICO	ÁREA DE ATUAÇÃO DOS AUTORES	DELINEAMENTO
01	Domiciliary visits to the old and the mentally ill: how valuable?	PUBMED	NÃO IDENTIFICADO	2000	Reino Unido	Peter Crome, Alison malham, Dereth Baker , Allison e Smith	Journal of the royal society of medicine	Medicina	NÃO INFORMADO
02	Fonoaudióloga e promoção da saúde: relato de experiência baseado em visitas domiciliares	SCIELO	5	2010	Brasil	Bárbara Niegia de Goulart, Caroline Henckel, Clara Eunice Klering, Maristela Martini	CEFAC	Fonoaudiologia	Relato de experiência
03	Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família.	LILACS	5	2008	Brasil	Edir Nei Teixeira Mandú, Maria Aparecida Munhoz Gaíva, Maria da Anunciação Silva, Ana Maria Nunes da Silva	Texto e contexto Enfermagem	Enfermagem	Estudo qualitativo, descritivo-analítico
04	A Synthesis of Qualitative Home Visiting Research	CINHAL	6	2000	Chicago	Diane B. McNaughton, M.N, R.N	Public Health Nursing	Enfermagem	Estudo bibliográfico
05	Home visiting programme for older people with health problems: process evaluation	CINHAL	2	2008	Holanda	Ans Nicolaides Bouman, Erik van Rossum, Herbert Habets, Gertrudis I, J, M. Kempen & Paul Knipschild	Journal of Advanced Nursing	NÃO INFORMA	Estudo randomizado controlado
06	Visitas domiciliarias durante el embarazo y el postparto para mujeres con problemas de alcohol o drogas.	COCHRANE	5	2008	Austrália	Doggett C, Burrett S, Osborn DA	Biblioteca Cochrane Plus	NÃO INFORMADO	Pesquisa bibliográfica

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	BASE DE DADOS	NÍVEL DE EVIDENCIA	ANO	PAÍS	AUTOR	PERIÓDICO	ÁREA DE ATUAÇÃO DOS AUTORES	DELINEAMENTO
07	Assessing the needs of the elderly using unsolicited visits by health visitors	PUBMED	NÃO IDENTIFICADO	1985	Inglaterra	Susan Harrison,Sian Rous,Edwin Martin, Sheila Wilson	Journal of the Royal Society of Medicine	Enfermagem	NÃO INFORMADO
08	Involvement of family nurses in home visits during an 8-year period encompassing primary healthcare reforms in Poland	CINHAL	5	2009	Polônia	LudmiLa Marcinowicz ,Sławomir Chlabicz, Jerzy Konstantynowiz, Zbigniew Gugnowski	Health and Social Care in the Community	NÃO INFORMADO	Estudo transversal
09	Design and pilot results of a single blind randomized controlled trial of systematic demand-led home visits by nurses to frail elderly persons in primary care	PUBMED	2	2005	Holanda	Hein PJ van Hout ,Giel Nijpels ,Harm WJ van Marwijk ,Aaltje PD Jansen,Petronella J van't Veer,Willemijn Tybout,Wim AB Stalman	BMC Geriatrics	NÃO INFORMADO	Um estudo randomizado controlado
10	Maternal and Infant Outcomes at One Year for a Nurse-Health Advocate Home Visiting Program Serving African Americans and Mexican Americans	CINHAL	2	2003	Chicago	Kathleen F. Norr, Kathleen S. Crittenden, Evelyn L. Lehrer, Olga Reyes, Cynthia B. Boyd, Karla W. Nacion and Kaoru Watanabe,	Public Health Nursing	NÃO INFORMADO	Ensaio clínico randomizado
11	Effect of Postnatal Home Visits on Maternal/Infant Outcomes in Syria: A Randomized Controlled Trial	CINHAL	2	2008	Damasco – Síria	Hyam N. Bashour ,Mayada H. Kharouf, Asma A. AbdulSalam,Khalil El Asmar,Mohammed A.Tabbaa ,Salah A.Cheikha	Public Health Nursing	NÃO INFORMADO	Estudo controlado randomizado

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	BASE DE DADOS	NÍVEL DE EVIDENCIA	ANO	PAÍS	AUTOR	PERIÓDICO	ÁREA DE ATUAÇÃO DOS AUTORES	DELINEAMENTO
12	Maximizing immunization coverage through home visits: a controlled trial in an urban area of Ghana	PUBMED	3	1996	Gana	R.F. Brughal ,J.P. Kevany	Bulletin of the World Health Organization	NÃO INFORMADO	Ensaio clínico controlado
13	Visita domiciliar: estratégia educativa para o autocuidado de clientes diabéticos na atenção básica	LILACS	5	2010	Brasil	Heloisa Carvalho Torres, Carolina Roque, Cristiane Nunes	Revista de enfermagem UERJ	Enfermagem	Estudo descritivo

Dentre os artigos incluídos na revisão integrativa, do total de treze artigos, cinco foram extraídos da base de dados **CINAHL** (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*) e quatro da base de dados **PUBMED**, o que pode ser explicado por se tratar de duas bases de dados onde, em suas versões computadorizadas, inclui-se um número expressivo de referência. Na **CINAHL** há mais de 250.000 artigos publicados em mais de 650 periódicos em língua inglesa, enquanto que a base de dados **PUBMED** compreende cerca de 20 milhões de citações para a literatura biomédica no campo da medicina, enfermagem, odontologia, medicina veterinária, entre outras ciências afins.

Em relação ao nível de evidência e delineamento das pesquisas, obtivemos cinco estudos com nível de evidência 2 (forte), ou seja, cinco ensaios clínicos randomizados controlados; um estudo com nível de evidência 3, sendo um estudo com ensaios clínicos bem delineados sem randomização; quatro estudos com nível de evidência 5, compreendendo relato de experiência, estudo transversal, estudo qualitativo descritivo e uma revisão sistemática de estudo descritiva; e um estudo com nível de evidência 6, compreendendo uma revisão bibliográfica não sistemática. Em dois estudos não foi possível identificar o nível de evidência devido à ausência na especificação do delineamento da pesquisa.

Deve-se enfatizar a necessidade de um maior rigor por parte dos pesquisadores na descrição do delineamento de suas pesquisas, de modo que a prática baseada em evidência, que avalia e aplica as evidências científicas a partir dos delineamentos dos estudos, possa ser utilizada em tratamento e gerenciamento dos serviços em saúde, conforme afirmam Rosenberg e Donald (1995, p.1122):

a medicina baseada em evidências pode ser definida como o processo sistemático de busca, avaliação e usos dos resultados de pesquisas recentes como base para decisões clínicas, consistindo na formulação de questionamentos, descobertas e avaliação de dados relevantes e o aproveitamento dessas informações na prática clínica diária.

De acordo com a data de publicação dos estudos selecionados, a partir da década de 2000 a produção sobre a temática foi ampliada. Dos 13 artigos, 11 foram publicados nessa década, podendo este fato estar relacionado com o uso da tecnologia da VD na prestação de serviço na atenção primária, em virtude da mudança do modelo de saúde vigente, cujo foco é a promoção à saúde e prevenção de doenças, deslocando as ações para o âmbito das ações no contexto da família.

Outro aspecto que pode ser responsável por esse maior número de estudos no referido período foi que a VD passou a ser um instrumento para levar cuidados ao idoso dependente e, só no início deste século, este foi destacado como prioridade após a Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, ocorrida em 2002 na Espanha.

Além disso, tal aumento por ter ocorrido também em virtude do processo de envelhecimento populacional, aumento da prevalência e incidência das doenças crônicas não transmissíveis, principalmente diabetes e hipertensão arterial sistêmica que, uma vez não tratadas e controladas, levam a incapacidades físicas. As pessoas acometidas por tais doenças ficam impossibilitadas de se dirigir aos serviços de saúde, uma vez sendo indicada a visita domiciliária realizada por profissionais de saúde.

Com relação aos periódicos nos quais as pesquisas foram publicadas, observamos três artigos publicados em revistas de enfermagem geral, três artigos publicados em revistas de enfermagem específicas da área de saúde pública, duas publicações em revistas médicas, quatro publicações em periódicos multiprofissionais e uma publicação de outra especialidade (fonoaudiologia).

Essa variedade de profissionais especialmente da saúde pesquisando sobre a visita domiciliária é justificado

[...] pelo fato desses profissionais serem integrantes de uma equipe de saúde da família que, de acordo com a política nacional direcionada à estratégia de saúde da família, cabe a toda equipe realizar o cuidado em saúde da população adscrita, tanto no âmbito dos serviços como do domicílio e demais espaços comunitários (BRASIL, 2006a).

Quanto ao idioma e ao país de publicação, foram encontradas nove publicações em inglês, sendo duas publicações de Chicago e duas publicações da Holanda. As demais são originárias de países como Gana, Reino Unido, Inglaterra, Polônia e Damasco (Síria), cada um com uma publicação. Uma publicação é em espanhol, procedente da Austrália e, por fim, foram encontradas três publicações no idioma português, provenientes do Brasil. Essa diversidade de países reflete que a visita, como instrumento de atenção à saúde, não é uma prática recente e está presente em todo o contexto de cuidados de saúde no mundo, cujas características modelam-se de acordo com os diversos cenários sociais, políticos e ideológicos.

Na apresentação dos resultados optou-se por reunir os estudos em categorias temáticas, a saber: aspectos conceituais, finalidade, grupo populacional e faixa etária para as

quais a VD estar sendo realizada, bem como, quais profissionais estão realizando a VD e em qual situação do processo saúde doença (Quadro 3). Tal forma contribui para melhor visualização do material de análise. Os quadros sinópticos dos artigos selecionados neste estudo, elaborados segundo Ursi (2005), foram colocados em anexo.

Quadro 3 - Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre visita domiciliária, segundo aspectos conceituais, objetivo da realização, identificação dos grupos populacionais e faixa etária, profissionais que a realizam e em qual situação do processo saúde doença.

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	CONCEITO DE VD	FINALIDADE PARA OS QUAIS A VD ESTÁ SENDO REALIZADA	PARA QUAIS GRUPOS POPULACIONAIS A VD ESTÁ SENDO DIRECIONADA	PARA QUAL FAIXA ETÁRIA A VD ESTÁ SENDO DIRECIONADA	QUAIS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ESTÃO REALIZANDO A VD	EM QUAIS SITUAÇÕES DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA A VD ESTÁ SENDO REALIZADA
01	Domiciliary visits to the old and the mentally ill: how valuable?	NÃO APRESENTA	Analisar a eficácia de todas as visitas domiciliares realizadas pelo serviço nacional de saúde na atenção primária á pacientes idosos, com distúrbios mentais e idosos com distúrbios mentais.	Pacientes idosos, com distúrbios mentais e idosos com distúrbios mentais que necessitam de visitas domiciliares realizadas por clínicos gerais.	Diversas faixas etárias	Médico	Prestação de serviços de saúde a pacientes idosos, com distúrbios mentais e idosos com distúrbios mentais
02	Fonoaudióloga e promoção da saúde: relato de experiência baseado em visitas domiciliares	NÃO APRESENTA	Relatar a experiência de atuação da fonoaudiológica na promoção da saúde a partir da VD	Crianças	Crianças entre zero e dez anos	Fonoaudióloga	Educação em saúde para crianças que necessitam da assistência de uma fonoaudióloga
03	Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família.	Consiste em uma forma de assistência para articular aos desafios que se colocam para este, tendo as famílias, em seu contexto sociocultural de vida, como unidade central de atenção, abordando suas diversas necessidades, tendo em vista não só a prevenção á saúde e a recuperação e reabilitação de doenças, mas, também, a promoção da saúde.	Produzir subsídios à qualificação do trabalho em saúde da família e ao desenvolvimento de profissionais em atenção primária.	Adolescentes, adulto e idoso	De 18 a 79 anos	Agente comunitário de saúde, médico e enfermeiro	Detecção de problemas de saúde em adolescentes, adulto e idoso

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	CONCEITO DE VD	FINALIDADE PARA OS QUAIS A VD ESTÁ SENDO REALIZADA	PARA QUAIS GRUPOS POPULACIONAIS A VD ESTÁ SENDO DIRECIONADA	PARA QUAL FAIXA ETÁRIA A VD ESTÁ SENDO DIRECIONADA	QUAIS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ESTÃO REALIZANDO A VD	EM QUAIS SITUAÇÕES DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA A VD ESTÁ SENDO REALIZADA
04	A Synthesis of Qualitative Home Visiting Research	NÃO APRESENTA	Avaliar a visita domiciliária prestada ao binômio mãe e filho.	Mães e crianças	Mulheres em idade fértil e crianças	Enfermeiro	Detecção de problemas de saúde maternos infantil
05	Home visiting programme for older people with health problems: process evaluation	NÃO APRESENTA	O objetivo deste estudo foi realizar uma avaliação do processo do programa de visita domiciliar para pessoas idosas com problemas de saúde relatado.	Idosos com patologias relacionadas	70-84 anos	Enfermeiros	Detecção de problemas de saúde em idosos com problemas de saúde relatado.
06	Visitas domiciliarias durante el embarazo y el postparto para mujeres con problemas de alcohol o drogas	Visita domiciliar é uma maneira de proporcionar cuidados de saúde às mães grávidas com problemas de drogas ou álcool.	Avaliar os resultados sociais e de saúde das mães e recém-nascidos, a partir das visitas domiciliares realizadas por uma equipe de profissionais de saúde ou voluntários treinados.	Mulheres usuárias de álcool e drogas durante a gestação e pós-parto.	Adolescentes e adultas	Enfermeiros, profissionais da saúde em geral e voluntários treinados.	Detecção de problemas de saúde maternos infantil
07	Assessing the needs of the elderly using unsolicited visits by health visitors'	NÃO APRESENTA	Avaliar os problemas de saúde a partir das atividades de vida diária dos pacientes com mais de 70 anos registrados na atividades de saúde em Bedford	Idosos	Acima de 70 anos	Enfermeiro	Detecção de problemas de saúde em idosos
08	Involvement of family nurses in home visits during an 8-year perioden compassing primary healthcare reforms in Poland	NÃO APRESENTA	Investigar a participação de enfermeiros da família em visitas domiciliares, no contexto de mudanças organizacionais e legais na prestação de serviços, isto é, analisar o papel dos enfermeiros de família empregado por médicos de família (1998) versus os enfermeiros de família que trabalham como autônomos (2002 e 2006).	Adultos e idosos	De 15 anos até 75 anos ou mais	Enfermeiros	Detecção de problemas de saúde a adultos e idosos

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	CONCEITO DE VD	FINALIDADE PARA OS QUAIS A VD ESTÁ SENDO REALIZADA	PARA QUAIS GRUPOS POPULACIONAIS A VD ESTÁ SENDO DIRECIONADA	PARA QUAL FAIXA ETÁRIA A VD ESTÁ SENDO DIRECIONADA	QUAIS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ESTÃO REALIZANDO A VD	EM QUAIS SITUAÇÕES DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA A VD ESTÁ SENDO REALIZADA
09	Design and pilot results of a single blind randomized controlled trial of systematic demand-led home visits by nurses to frail elderly persons in primary care	NÃO APRESENTA	Descrever a avaliação do custo-eficácia de visitas domiciliares sistemáticas realizadas por enfermeiros a idosos frágeis na atenção básica	Idosos	Idade acima de 75 anos e frágil	Enfermeiro	Detecção de problemas de saúde de idosos frágeis
10	Maternal and Infant Outcomes at One Year for a Nurse-Health Advocate Home Visiting Program Serving African Americans and Mexican Americans	NÃO APRESENTA	Avaliar os efeitos do programa REACH-Futures, durante 12 meses após o nascimento das crianças utilizando os resultados clínicos e analisando os efeitos do programa separadamente para Africanas americanas e mexicanas Americanas	Mulheres grávidas que se auto-identificaram como americanas Africana ou americanas mexicanas	Mulheres em Idade fértil	Agente comunitário e enfermeiro	Detecção de problemas de saúde maternos infantil
11	Effect of Postnatal Home Visits on Maternal/Infant Outcomes in Syria: A Randomized Controlled Trial	NÃO APRESENTA	O objetivo principal foi avaliar a eficácia de uma intervenção durante as visitas domiciliares pós-parto sobre os resultados maternos e neonatais.	Puérperas durante quatro meses após o parto	Mulheres em idade fértil	Parteiras	Detecção de problemas de saúde maternos infantil
12	Maximizing immunization coverage through home visits: a controlled trial in an urban area of Ghana	NÃO APRESENTA	Identificar as crianças não imunizadas e imunizar.	Crianças de ambos os sexos	12 a 18 meses	Enfermeiro e agentes comunitários	Promoção a saúde e prevenção de doenças em crianças

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	CONCEITO DE VD	FINALIDADE PARA OS QUAIS A VD ESTÁ SENDO REALIZADA	PARA QUAIS GRUPOS POPULACIONAIS A VD ESTÁ SENDO DIRECIONADA	PARA QUAL FAIXA ETÁRIA A VD ESTÁ SENDO DIRECIONADA	QUAIS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ESTÃO REALIZANDO A VD	EM QUAIS SITUAÇÕES DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA A VD ESTÁ SENDO REALIZADA
13	Visita domiciliar: estratégia educativa para o autocuidado de clientes diabéticos na atenção básica	Um método efetivo utilizado pelas enfermeiras, docentes de enfermagem e bolsistas/acadêmicos de enfermagem, para propiciar uma ação preventiva da doença, conhecer o contexto em que a família vive e os recursos que a comunidade dispõe para utilizá-los no tratamento do diabetes, além de desenvolver a formação profissional	Propiciar uma ação preventiva da doença (diabetes) , conhecer o contexto em que a família vive e os recursos que a comunidade dispõe para utilizá-los no tratamento do diabetes, além de desenvolver a formação profissional	Diabéticos tipo 2	Predominância de pessoas com mais de 60 anos	Enfermeiros	Detecção de problemas de saúde e prevenção de doenças em diabéticos

Categoria 1: Aspectos conceituais da visita domiciliária

Observa-se que em dez dos artigos analisados (1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12) não deixa explícito qual o conceito que orienta o estudo sobre visita domiciliária. Pode-se inferir que a VD é uma tecnologia integrante na rotina dos serviços da atenção básica, o que parece tornar desnecessário, para alguns autores, a sua conceituação nos estudos.

Nos artigos 3,6 e 13, os conceitos da visita são expressos. No artigo 3 ela é compreendida como centrada suas ações na família, enfocando as questões sociocultural, direcionando suas ações na recuperação, reabilitação e promoção a saúde, portanto um desafio a ser superado para que a realiza. Enquanto que no artigo 6, a VD é descrita como uma maneira de proporcionar cuidados de saúde a grupos específicos (mães grávidas usuárias de droga e álcool), sem destacar especificidade das outras formas de cuidar. Já o artigo 13 A VD é compreendida como um método efetivo de prestação de cuidados realizados pelo enfermeiro a pacientes com diabetes, bem como pode ser utilizada para a formação profissional dos acadêmicos de enfermagem.

Os aspectos conceituais da visita domiciliária nos artigos analisados nesse estudo, a colocam como uma forma de assistência a saúde, centrando suas ações na família e no contexto sociocultural das famílias, voltando as suas atividades para a promoção e recuperação da saúde e na prevenção de doenças, principalmente das doenças crônicas não transmissíveis. Estes achados estão de acordo com Tulio et al. (2000) ao afirmar que para proporcionar assistência à saúde com qualidade, é necessário entender cada família como única, pertencente a um contexto social e cultural específico que condiciona diferentes formas de viver e adoecer. Para atender as necessidades vividas pelas famílias, os profissionais de saúde devem utilizar da VD como instrumento de interação, resolutividade, procurando assistir/cuidar de forma adequada à proporcionar lhes meios para terem uma vida mais saudável.

Reportamo-nos a Crome et al. (2000) quando afirma que chegou a hora de rever a forma em que a visita domiciliária é definida, praticada e utilizada pelos profissionais da saúde e consultores. A definição da visita domiciliária é alterada para refletir a prática ou a prática é alterada para refletir a sua definição, tornando-a controversa.

Categoria 2: Finalidade para a realização da visita domiciliária

Conforme observa-se, os artigos **4 e 5**, tiveram como finalidade descrever sobre a avaliação da aplicabilidade da VD para binômio mãe e filho e para idosos com problemas de saúde relatados, respectivamente.

Nos artigos **1, 9 e 11** foi feita a avaliação da dessa tecnologia, quanto à eficácia de todas as visitas domiciliares realizadas pelo serviço nacional de saúde do Reino Unido, na atenção primária à pacientes idosos, pacientes com distúrbios mentais e idosos com distúrbios mentais. No artigo **9** avaliou-se o custo-eficácia de visitas domiciliares sistemáticas realizadas por enfermeiros a idosos frágeis na atenção básica. No artigo **11** a eficácia de uma intervenção durante as visitas domiciliares pós-parto sobre os resultados maternos e neonatais.

Os artigos **2 e 8** relataram as experiências profissionais respectivamente do fonoaudiólogo no Brasil e do enfermeiro na utilização dessa prática na atuação profissional na Europa. Enquanto que o artigo **3** descreve os resultados da VD com o instrumento de avaliação da qualificação profissional e do serviço prestado .

Os artigos **6, 7, 10 ,12 e 13** tem como finalidade de relatar os resultados da VD no que ela pode proporcionar com a sua utilização na prestação e serviço diário. No 6, foram avaliados os resultados sociais e de saúde das mães e de recém-nascidos. O seguinte problemas de saúde com as atividades de vida diária dos pacientes com mais de 70 anos em Bedford, nos Estados Unidos. O artigo **10** relata os resultados de um programa (REACH-Futures) de acompanhamento do binômio mãe e filho desenvolvido na Universidade do Canadá cuja atividade era de acompanhar as crianças durante 12 meses ,identificar as crianças imunizadas e não imunizadas e os resultados da aplicação da VD a pacientes diabéticos.

Observou-se que as principais finalidades da visita domiciliária descrita nos artigos apresentados diz respeito a avaliação dessa tecnologia na sua eficácia na prestação dos serviço de saúde a populações específicos.

Podemos justificar as evidências desse estudo com os achados da pesquisa desenvolvida por Nogueira, Fonseca (1977, p. 235) quando colocam como objetivos para a realização da VD:

prestação de cuidados de enfermagem no domicílio, quando esta for conveniente para o paciente, para a família e para o serviço de saúde, quer sob o aspecto econômico, social ou psicológico; orientação a um ou mais membros da família para a prestação de cuidados no domicílio; supervisão dos cuidados delegados à família; orientação da família em assuntos de higiene em geral, quando o ambiente do serviço de saúde não é o mais adequado, pois as condições não são as mesmas;

coleta de informações sobre as condições sócio-sanitárias da família, por meio de entrevistas e observação.

Categoria 3: Grupos populacionais e faixa etária nos quais a visita domiciliária esta sendo realizada

Nos artigos selecionados nesse estudo, observamos uma diversidade de grupos populacionais que recebem visitas, tais como recém nascidos, crianças, adolescentes, idosos e em situações específicas: puérperas, grávidas e diabéticos. Visualiza-se, porém, um predomínio das visitas realizadas aos idosos na faixa etária de 70 a 84 anos, seguido de crianças, doentes mentais e portadores de doenças crônica não transmissível. De acordo com Kawamoto et al. (1995), as prioridades para a visita domiciliária incluem os recém-nascidos, crianças com patologias graves ou faltosas aos agendamentos das vacinas, portadores e comunicantes de doenças transmissíveis, gestantes de alto risco ou com VDRL positivo e/ou faltosas.

Justifica-se as evidências desse estudo com os achados da pesquisa desenvolvida por Mendes e Oliveira (2007) nos quais o paciente-alvo das visitas foram os idosos mais velhos, por se tratar de pessoas incapazes de se deslocar até a unidade de saúde, seja por dificuldades de deambulação (acidentados). Também por questões de ordem psicológicas (determinados pacientes com problemas mentais) ou social (caso de alguns cuidadores, que não podem deixar a pessoa sob sua responsabilidade sozinha) e ambiental (como no caso de pacientes idosos que se movimentam dentro de casa, mas moram em regiões de acesso difícil e que exigiria melhor desempenho físico para ultrapassar barreiras como, por exemplo, escadarias).

Categoria 4: Profissionais que estão realizando a visita domiciliária

As evidências encontradas quanto aos profissionais que estão realizando a visita domiciliária foi diversificada, apresentando, o médico, fonoaudiólogo, agentes comunitários de saúde, saúde, enfermeiro e a parteira como executores dessa prática.

Nos artigos **3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12 e 13** o enfermeiro foi o profissional que mais realizou visita domiciliária, o que pode ser justificado pela trajetória histórica da prática da enfermagem na visita domiciliária, que teve origem nos modelos teóricos-práticos advindos da sociedade norte-americana, como resultado das exigências sociais de afirmação da

categoria profissional enfermeira de nível universitário. A partir daí tanto nos Estados Unidos, como no Brasil e na América Latina, a visita domiciliária foi adquirindo importância na produção de seus serviços, o que deu origem a categoria ocupacional específica preparada para desempenhar tal procedimento. No Brasil, os visitados sanitários foram, durante quase três décadas, o profissional responsável pela atenção de enfermagem no domicílio tendo como alvo principal os clientes portadores de doenças transmissíveis e do grupo materno- infantil (NOGUEIRA et al., 1977)

A Enfermagem tem uma trajetória profissional na história brasileira de construção da sua prática no ambiente domiciliária na enfermagem de saúde pública. Na formação profissional do enfermeiro a visita domiciliária é enfatizada como ferramenta tecnológica para cuidar e educar seus clientes superando preconceitos, estigmas e desafios para mudar de alguma forma as condições sanitárias e promover a promoção à saúde e prevenção de doença no novo modelo de atenção a saúde, centrado na família. (SILVA, 2009)

Outro enfoque que o enfermeiro deve concentrar seus estudos e a sua rotina na relação enfermeiro-cliente, conforme as evidências encontradas na pesquisa bibliográfica desenvolvida por McNaughton et al. (2000) nos artigos que compuseram sua amostra de estudos, observou-se a necessidade de pesquisas a serem realizadas para avaliar de forma mais profunda a relação enfermeiro-paciente para descobrir os tipos de clientes, informações que devem ser explorados para resolver os problemas dos clientes visitados e as mudanças que devem aparecer ao longo dessa relação enfermeiro-cliente.

Nos **artigos 3, 6, 10 e 12** os agentes de saúde foram os que mais realizaram as visitas. No Brasil o Ministério da Saúde coloca o agente comunitário de saúde como um trabalhador que faz parte da equipe de saúde da comunidade onde mora. É uma pessoa preparada para orientar famílias sobre cuidados com sua própria saúde e também com a saúde da comunidade (BRASIL, 1994). Sem dúvida, esse trabalhador apresenta características especiais, uma vez que atua na mesma comunidade onde vive, tornando mais forte a relação entre trabalho e vida social. Nos demais países, se acordo com os artigos analisados neste estudo, a figura do agente de saúde consiste em uma pessoa da comunidade treinada para exercer a função de vigilante da saúde, sem fazer parte da equipe de saúde.

Os **artigos 1 e 3** apresentam que a realização da visita domiciliária por médico, ainda é insuficiente, o que pode ser explicada pela modelo assistencial biomédico, ainda vigente na assistência, que visa a resolução imediatista das queixas, a adoção de uma prática assistencial curativa. Outro argumento é a carência da abordagem da promoção à saúde e

prevenção de doenças em sua formação profissional, que só recentemente foi inserida em suas grades curriculares.

No estudo de Hout et al. (2005) observou-se que o ponto de preocupação dos resultados dos estudos foi a seleção inadequada dos médicos de pacientes debilitados a ser indicado a VD, bem como no estudo de Harrisson et al. (1985) nos resultados foi detectado a carência de um planejamento para a indicação de VD, o que acarretou em um grande número de VD sendo realizada para todas as faixas etárias, sem seguir critérios, em que os pacientes com idade acima de 80 anos alguns não foram visitas e os que foram não foi prioritário o seu atendimento.

A presença do fonoaudiólogo como realizador da VD, conforme é descrita no artigo 2, ainda não era uma prática comum na atenção básica no Brasil, uma vez que esse profissional não é membro integrante da equipe oficial. Visando apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, garantindo a continuidade e integralidade da atenção, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, com a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, republicada em 04 de Março de 2008, e nesta nova estratégia outros profissionais passaram a prestar sua assistência na atenção básica, dentre esses profissionais, encontramos o fonoaudiólogo.

É necessário que seja implementada pelos profissionais de saúde uma sistematização da visita domiciliária, com o objetivo de planejar, organizar, executar e avaliar suas ações, com o intuito de melhorar a qualidade dessa prática. Para isso sugerimos a utilização Stanhope e Lancaster (1999) que dividem a visita domiciliária em cinco fases: iniciação, pré-visita no domicílio, *terminus* e pós-visita, uma vez que tal sistematização já é cientificamente validada.

Categoria 5: Situação do processo saúde doença em que a Visita domiciliária está sendo realizada

As evidências dos artigos selecionados nesse estudo nos mostram que as visitas domiciliárias estão sendo realizadas na prestação de cuidados centrados ainda na doença, detectando problemas de saúde nos diversos públicos (idosos, crianças e adultos. Dessa forma se atende às situações de cuidados em saúde que surgem cotidianamente, o que satisfaz a prestação de serviços momentaneamente, desvalorizando o efeito favorável do ambiente

familiar para ações de promoção á saúde, prevenção ou diagnóstico de doença, uma vez que a prestação do serviço é pontuada para um membro as famílias, deixando de se avaliar a condição de saúde e o contexto sócio cultural em que estão inseridos todos os integrantes da família

Apenas o **estudo 13** utilizou a visita para a orientação de intervenções no processo saúde-doença para um familiar portador de diabetes. Dessa forma os achados dessa pesquisa carecem a compreensão adotada por Matias e Pereira (2010).

que a visita domiciliar é um instrumento para (re) significar as práticas dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família (ESF), pois ela sendo um instrumento de intervenção fundamental na saúde da família e na continuidade de qualquer forma de assistência e/ ou atenção domiciliar à saúde, é utilizada com o intuito de subsidiar intervenções ou planejar ações. Além disso, as práticas de saúde à família na visita domiciliar perpassam os muros dos serviços de saúde, pois a família em seu contexto passa a ser alvo de investigação da Estratégia de saúde da Família.

Para a adoção desta prática pelos profissionais é necessário que sejam reavaliados os paradigmas de saúde, do modelo centrado na doença, portanto, clínico, para o modelo centrado na promoção. Atenção dessa prática é necessário que os profissionais de saúde reavaliem o modelo de saúde adotado em sua prática profissional, conforme Marcinowicz et al. (2009) nos resultados de sua pesquisa no norte da Polônia observou que no período de 2002 a 2006, as enfermeiras da atenção básica concentrava sua prática na VD a partir de procedimentos solicitados por médicos da atenção básica, como por exemplo, aplicação de injeções, realização de curativo e avaliação de feridas, enquanto que as atividades de promoção á saúde e orientações para a prevenção de doença é deixada em segundo plano ou não é realizada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluindo a presente revisão integrativa, na busca da melhor evidência disponível, em relação às evidências científicas disponíveis na literatura nacional e internacional sobre visita domiciliária em seus aspectos conceituais, metodológicos, finalidade e situações do processo saúde e doença na atenção básica. Entende-se que a presente investigação apresentou lacunas em relação à qualidade do material selecionado, no qual, em alguns artigos não foi apresentado o conceito de visita domiciliária, sua sistematização, quem a realiza, categoria profissional dos autores dos artigos, delineamento de alguns estudos, muitos artigos repetidos nas bases, bem como não disponível eletronicamente, uma vez em que os dois últimos compreendiam critérios de exclusão do estudo.

A resposta para essas questões fogem do âmbito dessa pesquisa, uma vez que envolve uma necessidade de um maior rigor dos periódicos na aceitação dos artigos a serem publicados.

Frente às lacunas evidenciadas e os resultados apontados nos artigos incluídos nesta revisão integrativa, observou-se uma carência de estudos abordando teoricamente essa tecnologia, bem como avaliando ou criando uma sistematização para sua realização na atenção básica direcionada as populações específicas, sendo observado a partir da repetição de citações dos mesmos autores entre os artigos selecionados, caracterizando a escassez de estudos sobre a VD.

A VD é uma prática realizada em um ambiente externo aos serviços, onde os profissionais devem estar mais presentes: na família e em seu ambiente circundante. Na realidade tem ocorrido que, as demandas da VD são encaminhadas por um membro da família no serviço, perdendo, portanto, a capacidade de acompanhamento, encaminhamento ou resolução dos problemas com uma base real da situação, sendo necessário que os profissionais realizem uma sistematização para a sua realização.

Esse estudo contribui evidenciando que é necessário que o enfermeiro se dedique em novas pesquisas com delineamento que produzam evidências fortes relativas à elaboração de novas metodologias e teorizações para a realização da VD destinada aos grupos específicos assistidos na atenção básica. A VD, na atenção básica, é um potente instrumento de ação, na medida em que o ordenamento do sistema é voltado para a saúde da família tendo, portanto, seu foco na promoção e prevenção.

REFERÊNCIAS

- ARCHER, S. H.; FLESHMAN, R. Los servicios domiciliarios de enfermería en salud comunitarian. In: ARCHER, S. H.; FLESHMAN, R. **Enfermería de salud comunitaria: modalidades y práctica**. Bogotá: OPAS, 1977. p. 273-296.
- BASHOUR, H.N.; KHAROUF, M. H.; ABDULSALAM, A. A.; ASMAR, K. E.; TABBAA, M. A.; CHEIKHA, S. A. Effect of postnatal home visit on maternal/infant outcomes in Syria a randomized controlled trial. **Public Health Nurs.**, v. 25, n. 2, p.115-125, 2008.
- BOUMAN, A. N.; ROUSSUM, E. V.; HABETS, H.; GERTRUDIS, I. J. M.; KNIPSCHILD, P. Home visiting programme for older people with health problems: process evaluation. **J. Adv. Nurs.**, v. 58, n. 5, p. 425-435, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, 2006c. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, 1994.
- BROOMR, M. E. Integrative literature reviews in the development of concepts. In: RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications**. Philadelphia: W.B Saunders company, 1993. p.193-215.
- BRUGHA, R. F.; KEVANY, J. P. Maximizing immunization coverage through home visits: a controlled trial in an urban area of Ghana. **Bull. World Health Organ.**, v.74, n. 5, p. 517-524, 1996.
- COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.
- COOPER, H. M. **The integrative research review**. Beverly Hills: SAGE Publications, 1984.
- CROME, P.; MALHAM, A.; BAKER, D.; SMITH, S. E.; BLOOR, R. Domiciliary visits to the old and the mentally ill: how valuable? **J. R. Soc. Med.**, v. 93, p.187-190, 2000.
- CRUZ, M. M.; BOURGET, M. M. M. A Visita Domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. **Saúde Social**, São Paulo, v.19, n. 3, p. 605-613, 2010.
- CULLUM, N.; CILISK, A. D.; HAYNES, R. B.; MARKS, S. **Enfermagem baseada em evidências: uma introdução**. Porto Alegre: Arthmed, 2010.

DOGGETT, C.; BURRETT, S.; OSBORN, D. A. Visitas domiciliares durante el embarazo y el postparto para mujeres con problemas de alcohol o drogas. **La Biblioteca Cochrane Plus**, n. 2, 2008. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada em La Biblioteca Cochrane Plus.

EGRY, E. ; FONSECA, R. M. G. S. A Família, a visita domiciliar e a enfermagem: Revisitando o processo de trabalho da enfermagem em Saúde Coletiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 3, p. 233-239, set. 2000.

EVIDENCE-BASED MEDICINE WORKING GROUP. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. **JAMA**, v. 268, p. 2420-2425, 1992.

FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélio século XXI**: o minidicionário da língua portuguesa. 5. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

GALVÃO, C. M. **A prática baseada em evidências**: uma contribuição para a melhoria da assistência de enfermagem no perioperatório. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

GALVÃO, C. M.; SILVEIRA, R. C. C. P.; MENDES, S. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N.O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v.12, n.3, p. 549-556, maio/jun. 2004.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Res. Nurs. Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, Mar. 1987.

GEOVANINI, T.; MOREIRA, A; DORNELLES, S.;MACHADO, W. C. A. **História da Enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

GOULARD, B. N. G.; HENCKEL, C.; KLERING, C. E.; MARTINI, M. Fonoaudiologia e promoção da saúde: relato de experiência baseado em visitas domiciliares. **CECAF**,v.12,n.5, p. 842-849, 2010.

HAMMER, S. Evidence-based practice. In: HAMER,S;COLLINSON,G. **Achieving evidence-based practice**: a handbook for practitioners. London: Baillière.Tindall,1999.

HARRISSON, S.; ROUS, S.; MARTIN, E.;WILSON,S. Accessing the needs of the elderly using unsolicited visits by health visitors. **J. R. Soc. Med.**, v. 78, 1985.

HOUT, H. P. J.; NIJPELS ,G.; MARWIJK, H. W.; JANSEN, A. P. D.;VEER , P. J.; TYBOUT, W.; STALMAN, W.A.S. Design and pilot results of a single blind randomized controlled trial of systematic demand-led home visits by nurses to frail elderly persons in primary care. **BMC Geriatrics**, v.11, n. 5, p.1471-2318, 2005.

KAWAMOTO, E. E. SANTOS, M. C. M., MATTOS T. M. **Enfermagem comunitária**. São Paulo, E.P.U., 1995.

MATIAS, S. S.; PEREIRA, A. K. A. M. Visita domiciliar: (re) significando a prática dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Artigonal**: diretório de artigos gratuitos, 2010. Disponível em: <<http://www.artigonal.com/saude-artigos/visita-domiciliar-re-significando-a-pratica-dos-profissionais-da-estrategia-de-saude-da-familia-2824337.html>>. Acesso em: 12 set. 2011.

MANDU, E. N. T.; GAIVA, M. A.; SILVA, M. A.; SILVA, A. M. Visita Domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, v.17, n.1, p.131-140, 2008.

MARCINOWICZ, L.; CHLABICZ, S.; KONSTANTYNOWICZ, J.; GUGNOWSKI, Z. Involvement of family nurses in home visits during an 8-year period encompassing primary healthcare reforms in Poland. **Soc. Care Commun.**, v.17, n. 4, p.327-334, 2009.

MCNAUGHTON, D. B. A synthesis of qualitative home visiting Research. **Public Health Nurs.**, v. 17, n. 6, p. 405-414, 2000.

MELNYK, B. M.; FINEOULT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: MELNYK, B. M.; FINEOULT-OVERHOLT, E. **Evidence**: based practice in nursing & healthcare. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2005. p. 3-24.

NOGUEIRA, M. J. C.; SERPA DA FONSECA, R. M. G. A visita domiciliária como método de assistência de enfermagem à família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 11, n. 1, p. 28 - 50, 1977.

NORR, K. F.; CRITTENDEN, K. S.; LEHRER, E. L.; REYES, O.; BOYD, C. B.; NACION, K. E.; WATANABE, K. Maternal and infant outcomes at one year for a nurse – health advocate home visiting program serving African Americans and Mexican Americans. **Public Health Nurs.**, v. 20, n. 3, p. 190-203, 2003.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22, n. 4, p. 434-438, 2009.

ROSEMBERG, W.; DONALD, A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. **Br. Med. J.**, v.310, n. 6987, p.1122-1126, Apr.1995.

STANHOPE, M.; LANCASTER, J. **Enfermagem comunitária**: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. Lisboa: Lusociência, 1999.

SANTOS, E. M.; KIRSCHBAUM, D. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 10, n. 1, p. 220-227, 2008.

SILVA, M. J. **Agente de saúde**: agente de mudanças? Fortaleza: DENF/UFC/FCPC, 1997.

SILVA, R. O. L. **A visita domiciliar como ação para promoção da saúde da família**: um estudo crítico sobre as ações do enfermeiro. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

TORRES, H. C.; ROQUE, C.; NUNES, C. Visita domiciliar: estratégia educativa para o autocuidado de clientes diabéticos na atenção básica. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 19, n.1, p. 89-93, 2011.

TULIO, E. C.; STEFANELLI, M. C.; CENTA, M. L. Vivenciando a visita domiciliária apesar de tudo. **Fam. Saúde e Desenv.**, v. 2, n. 2, p.71-79, 2000.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VITOR, A. L. **Revisão do resultado de enfermagem comportamento de prevenção de quedas**: análise de conceito e validações por especialistas. Tese (Doutorado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2010.

ANEXOS

ANEXO A - Protocolo para seleção de artigos para revisão integrativa.

REVISÃO INTEGRATIVA-PROCOLO	
Visita domiciliária e atenção básica	
1) Objetivo: Avaliar as evidências científicas disponíveis na literatura nacional e internacional sobre visita domiciliária em seus aspectos conceituais e metodológicos.	
2) Questão norteadora: <ul style="list-style-type: none">Quais são as evidências científicas sobre visita domiciliária em seus aspectos conceituais, metodológicos, finalidade e situações diante do processo saúde-doença no contexto da atenção à saúde?	
3) Estratégias para buscar as pesquisas	
Base de dados <ul style="list-style-type: none">❖ Base de dados 1: CINAHL❖ Base de dados 2: PUBMED❖ Base de dados 3: LILACS❖ Base de dados 4: COCHRANE❖ Base de dados 5 : SCHIELO	
Descritores controlados: <ul style="list-style-type: none">Visita Domiciliar ↔ <i>Home Visit</i>Atenção Primária ↔ <i>Primary Health Care</i>	
4) Seleção dos estudos	
Critérios de inclusão: <ul style="list-style-type: none">❖ Estudos disponíveis nas bases de dados selecionadas❖ Estudos disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol❖ Artigos científicos que abordem visita domiciliária como foco principal e que respondam a questão norteadora deste estudo	
Critérios de exclusão: <ul style="list-style-type: none">• Editoriais• Cartas ao editor• Estudos que não abordem temática relevante ao alcance do objetivo da revisão	
5) Estratégia para coleta de dados dos estudos <ul style="list-style-type: none">• Instrumento construído e validado por URSI (2005) adaptado à realidade do presente estudo	
6) Sínteses dos dados <ul style="list-style-type: none">• Categorias temáticas	

ANEXO B - Instrumento para coleta de dados

1- IDENTIFICAÇÃO	
Título do artigo	
Título do periódico	
Autores	Nome: Local de trabalho: Graduação:
País	
Idioma	
Ano de publicação	
2- INSTITUIÇÃO SEDE DO ESTUDO:	
3- TIPO DE REVISTA CIENTÍFICA:	
4- CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO	
1- Tipo de publicação	
2-Objetivo ou questão de investigação	
3- Amostra estudada	3.1 - Seleção: <input type="checkbox"/> Randômica <input type="checkbox"/> Conveniência <input type="checkbox"/> Outra: _____ 3.2-Tamanho (n): 3.3 -Características: Idade _____ 3.4- Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Ambos 3.5-Critério de inclusão / exclusão dos sujeitos:
4- Tratamento dos dados	
5- Intervenções realizadas	5.1- Variável: 5.2- Grupo controle: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 5.3- Instrumento de medida: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 5.4 - Duração do estudo: 5.5-Método empregado para mensuração da intervenção:
6- Resultados	
7- Análise	
8- Implicações	8.1- As conclusões são justificadas com bases nos resultados: 8.2- Quais são as recomendações dos autores?
9- Nível de evidência	
5- QUESTÕES NORTEADORAS	
1- Conceito de VD?	
2- Finalidade para os qual a VD está sendo realizada?	
3- Para quais grupos populacionais a VD está sendo direcionada?	
4- Para qual faixa etária a VD está sendo direcionada?	
5- Quais profissionais de saúde que estão realizando a VD?	
6- Em quais situações a VD está sendo realizada?	

ANEXO C - Análise e síntese dos artigos

NOME DA PESQUISA	AUTORES	TIPO DE PUBLICAÇÃO	DETALHAMENTO METODOLÓGICO	DETALHAMENTO AMOSTRAL
INTERVENÇÃO ESTUDADA		RESULTADOS		RECOMENDAÇÕES /CONCLUSÕES