

Visita domiciliar: um instrumento de intervenção

Home visit: an intervention tool

Ionara Ferreira da Silva Garcia¹
Carla Pacheco Teixeira²

Resumo: O artigo apresenta uma análise acerca da visita domiciliar enquanto instrumento de intervenção de diversas categorias profissionais, destacando-se sua importância na saúde pública. Este trabalho realiza uma contextualização histórica dos primórdios dessa prática, além de levantar os aspectos metodológicos que envolvem sua utilização enquanto instrumento de trabalho na atenção básica.

Palavras-chave: Visita domiciliar; atenção básica; instrumento de intervenção.

Introdução

O processo de reestruturação do setor saúde enfatiza as atividades preventivas e valoriza a Atenção Básica como proposta de reorientação do modelo assistencial, o que demanda mudanças para o enfrentamento da situação de saúde atual. Nesse sentido faz-se necessário o desenvolvimento de mecanismos que possibilitem a concretização dos princípios de universalidade, de integralidade da atenção, de qualidade dos serviços e de garantia de acesso.

O objetivo deste trabalho é realizar uma sistematização sobre a prática da Visita Domiciliar enquanto metodologia de trabalho utilizada na Atenção Básica da Saúde. Este estudo implicou pesquisa bibliográfica e documental relacionadas à concepção e prática desta metodologia. Além disso, nossa experiência como Assistentes Sociais / Sanitaristas no Programa Saúde da Família e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde muito contribuiu para sua elaboração.

Com base nas informações colhidas, procuramos suscitar discussões no que concerne à Visita Domiciliar na qualidade de instrumento de trabalho de algumas categorias profissionais. Apresentamos também o desenvolvimento desta prática nas ações da Atenção Básica e os aspectos metodológicos envolvidos, bem como as vantagens e desvantagens desta intervenção.

¹ Assistente Social e Mestre em Ciências da Saúde ENSP/FIOCRUZ. Tecnologista em Saúde Pública / Assistente Social no Instituto de Pesquisa Evandro Chagas da Fundação Oswaldo Cruz.

² Assistente Social, Especialista em Saúde Pública e Mestre em Ciências da Saúde ENSP/FIOCRUZ. Professora do Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estácio de Sá.

Atenção básica e reorganização do setor saúde

A Constituição Brasileira de 1988, ao apontar para uma ação reativa ao centralismo e ao autoritarismo do sistema político anterior, incorpora as principais diretrizes da VIII Conferência de Saúde, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS), cuja regulamentação tem início nos anos de 1990, após a criação da Lei Orgânica de Saúde - Lei 8.080 e Lei 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990a, 1990b).

Desde então, o Estado passa a assumir a saúde como direito de cidadania, razão pela qual garante a todos os cidadãos a universalização do direito à saúde e o atendimento integral, atribuindo prioridade às atividades preventivas – sem prejuízo dos serviços assistenciais –, dando ênfase tanto à descentralização com comando único em cada esfera do governo como à participação da comunidade no tocante à decisão e ao controle da política do setor.

Para viabilizar a implementação do sistema, normas e portarias foram emitidas pelo Ministério da Saúde – as Normas Operacionais Básicas (NOBs) e as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) (BRASIL, 2002b). Mais especificamente, na busca de autonomia dos municípios e estados para a gestão descentralizada, surge em 1996 a NOB 01/96 descrevendo as formas de repasses financeiros, a previsão de incentivos para a mudança no modelo de atenção à saúde por meio do Piso da Atenção Básica (PAB) e a definição dos papéis municipal, estadual e federal no âmbito do SUS (BRASIL, 1997).

Nesse processo, a Atenção Básica é valorizada como proposta de reorientação do modelo assistencial e torna-se eixo estruturante da rede de atenção à saúde. Atualmente o instrumento normalizador e norteador das ações de Atenção Básica inscreve-se no *Pacto pela Saúde através da Política Nacional de Atenção Básica* (BRASIL, 2007).

Atenção Básica deve se constituir como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde. Consiste no conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde e voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2007).

Complementando esse entendimento, Sala (1993) defende que esta também pode ser definida como o conjunto de práticas que toma como seu objeto de intervenção, a saúde e a doença no coletivo a partir de um referencial epidemiológico, utilizando diversas atividades como instrumento de intervenção, as quais são articuladas e organizadas no sentido de produzirem um efeito sobre a saúde no plano coletivo.

Diante da necessidade de reorganização da atenção, uma nova lógica vem romper a hegemonia do modelo vigente, marcado pela visão biologicista do processo saúde-doença e por uma forma de atuação de natureza hospitalar, centralizado no atendimento curativo.

Segundo Giovanella (2003, p.278-89), “a necessidade de repensar o modelo assistencial é exigência decorrente de mudanças demográficas e epidemiológicas e da baixa capacidade da atenção médica contemporânea, fragmentada pela especialização progressiva, em garantir atenção integral”.

Por conseguinte, reorientar o modelo de atenção, significa reorientar as práticas de saúde, o que, para Teixeira (2003, p.257-77), “exige a implementação de mudanças no processo de trabalho em saúde, tanto no que se refere a seus propósitos ou finalidades, quanto nos seus elementos estruturais”, isto é, requer que se direcione o cuidado desde o individual para o coletivo, desde o nível dos problemas para o nível das causas, desde o consultório para o domicílio, desde o saber centrado no médico para o saber centrado na equipe, desde a especialização para a integralidade.

A incorporação de novas práticas torna-se visível mediante a reorganização da rede com a adesão de equipe multiprofissional, das atividades de acolhimento de usuários, da educação em saúde e do fortalecimento do vínculo da unidade de saúde com as famílias e as comunidades. Percebe-se também, por parte dos profissionais, a busca de outros caminhos para a solução dos problemas em um campo intersetorial, de modo a sistematizar ações e cuidados que promovam a integralidade da atenção à saúde.

Em razão do exposto, um dos pilares da reorganização do modelo de atenção é a estratégia de Saúde da Família, que traz dois elementos-chaves como espaço de atuação: a Família e o Domicílio.

A família, unidade social básica por excelência, é conformada por um grupo de pessoas que compartilham vivências de intimidade, de afeição e de conflito, além do lugar de formação e de preservação biológica dos indivíduos, pelo que se torna elemento central no processo de saúde, risco e doença e o *locus* privilegiado de atuação. Em virtude disso, o domicílio – território onde as relações familiares, as condições sanitárias e os cuidados com a saúde podem ser sensivelmente observados – passa a ser o espaço físico de intervenção.

A partir da necessidade de o profissional conhecer as diferentes dinâmicas sociais e culturais presentes no processo de adoecimento e cura dos distintos grupos, é relevante que este se aproxime do ambiente familiar e domiciliar do indivíduo. Para estabelecer o cuidado, faz-se indispensável o uso de um recurso metodológico que é utilizado por determinadas categorias profissionais e, também, por alguns programas assistenciais: a Visita Domiciliar.

Na perspectiva da promoção, prevenção, cura e reabilitação do indivíduo e sua família, a Visita Domiciliar é inserida como prática prioritária nas áreas estratégicas de Atenção à Saúde, no Saúde da Família e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Visita domiciliar: contextualização histórica

A Visita Domiciliar é metodologia de trabalho de caráter educacional, assistencial e exploratório, realizada por profissionais que vão ao domicílio do paciente, usuário ou beneficiário de um serviço.

No dizer de Amaro (2003), a Visita Domiciliar é uma prática profissional investigativa ou de atendimento, efetuada por profissionais junto ao indivíduo em seu próprio meio social ou familiar, os quais desenvolvem as técnicas de observação, de entrevista e de relato oral, ao passo que, para Kawamoto et al. (1995), trata-se de um conjunto de ações de saúde voltadas ao atendimento tanto educativo como assistencial.

De qualquer modo, as possibilidades de se utilizar esta metodologia de trabalho são inúmeras. Além da área da Saúde citamos, de forma sucinta, as áreas da Infância e Juventude e da Assistência Social.

No caso da Infância e Juventude, assistentes sociais e psicólogos fazem visitas domiciliares às famílias de crianças e adolescentes abrigados na tentativa de reintroduzi-los em seu meio familiar ou de colocá-los em família substituta.

Por sua vez, os profissionais dos Conselhos Tutelares realizam visitas domiciliares a famílias de crianças e adolescentes em situação de risco ou em conflito com a lei a partir de denúncias ou solicitação que envolva abuso sexual, drogatização, trabalho infantil, adoção, violência doméstica, conflitos familiares, displicência dos responsáveis quanto à alimentação e escolarização, ausência de frequência escolar, dentre outros.

Na área da Assistência Social, os profissionais realizam visitas domiciliares como uma de suas estratégias de intervenção. Uma vez que o foco dessa política é a proteção social ao indivíduo, as ações são voltadas para a prevenção de situações de vulnerabilidade e de risco social à população de baixa renda e de extrema pobreza. Com a perspectiva de prover os benefícios e serviços básicos à população, os profissionais recorrem à Visita Domiciliar para a seleção, a adesão e a inserção de indivíduos em programas sociais.

Uma das atividades da Assistência Social que envolvem essa metodologia de intervenção é o Serviço de Benefício de Prestação Continuada.³ Este benefício mensal é assegurado pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) (BRASIL, 1993) e deve ser revisado a cada dois anos, quando o assistente social efetua visitas domiciliares ao beneficiário com o objetivo de verificar dados sobre composição e renda familiar, a fim de garantir a continuidade do benefício.

³ Esse benefício é garantido a pessoas idosas (65 anos ou mais) e portadoras de deficiências físicas que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou tê-la provida por sua família, com renda familiar per capita inferior a um quarto do salário mínimo, independente de terem realizado contribuições para a previdência social. Neste processo, insere-se também, portadores de HIV, sem renda e sem condições laborativas. (Brasil - Ministério da Assistência Social, 1993).

Já no setor Saúde, a Visita Domiciliar é um “*instrumento formado por um conjunto de ações sistematizadas para viabilizar o cuidado a pessoas e famílias com algum nível de alteração de saúde ou para realizar atividades ligadas aos programas de saúde*” (BRASIL, 2003).

Historicamente relacionada à saúde coletiva, foi utilizada como estratégia em programas da área materno-infantil e no controle de doenças infecto-contagiosas (PAZ e SANTOS, 2003). Atualmente passou a ser empregada também nos cuidados de pacientes crônico-degenerativos de longa duração.

Na concepção de Takahashi (2001), a Visita Domiciliar constitui uma atividade cujo intuito é o de subsidiar a intervenção no processo de saúde-doença de indivíduos ou no planejamento de ações, visando à promoção da saúde da coletividade.

Posta em prática, em geral, por enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, assistentes sociais e agentes comunitários de saúde, a Visita Domiciliar é metodologia presente nos Programas de Controle da Tuberculose, Eliminação da Hanseníase, Controle da Hipertensão e Diabetes, ações de Saúde da Criança afora os serviços extra-hospitalares de algumas unidades.

Na Estratégia Saúde da Família, a Visita Domiciliar destaca-se como atividade diária dos agentes comunitários de saúde e sistemática no que se refere a enfermeiros, médicos e outros profissionais inseridos nos Programas.

Com base no estudo bibliográfico, assistentes sociais e enfermeiros são os profissionais que mais se envolveram em visitas domiciliares.

A Visita Domiciliar também faz parte do serviço de Assistência Domiciliar – *Home Care* – que consiste na transferência de aparato tecnológico hospitalar específico à necessidade do cliente para sua residência, visando à promoção, manutenção e reabilitação da saúde. Assim, a assistência domiciliar compreende atividades das mais complexas, como, por exemplo, a utilização de técnicas com procedimentos invasivos e a oferta de medicamentos. Esse serviço é dividido em modalidades que utilizam a Visita Domiciliar como instrumento de intervenção. Esta é realizada por um profissional que tem o objetivo de avaliar as necessidades do paciente e da família para trabalhar na recuperação e/ou reabilitação do indivíduo.

A Visita Domiciliar também é instrumento técnico operativo do Serviço Social e constitui prática cotidiana desde os primórdios dessa profissão, o que, no entanto, não lhe garantiu uma discussão teórica sobre o assunto. Ao fazermos o levantamento a respeito da sistematização desta metodologia de trabalho, encontramos somente o livro de Sarita Amaro, acima citado. Apesar disso existe vasto material sobre o núcleo familiar na qualidade de espaço de intervenção do assistente social em uma perspectiva antropológica. Sob essa óptica, considera-se a família como

fato cultural, ou seja, como instituição social e historicamente condicionada (cf. GOULART, 1996 e SILVA, 1984).

Pressupõe-se ainda que a dinâmica relacional estabelecida em cada família não é dada, mas construída a partir de sua história e de negociações cotidianas, as quais ocorrem internamente – entre seus membros – e externamente – com o meio social mais amplo (MIOTO, 1997). Conseqüentemente, os trabalhos pesquisados buscam compreender a mudança na estrutura familiar, sua composição, as relações de gênero e a redefinição de papéis, o cuidado com os filhos, a divisão sexual do trabalho, a expectativa de vida, as relações sociais e a luta pela sobrevivência.

É interessante registrar que a Visita Domiciliar é uma das estratégias utilizadas para a adequação do indivíduo à ordem vigente nos primórdios do Serviço Social – início do século XX –, quando assistentes sociais atuam junto a indivíduos com desajustamentos familiares e sociais. No entanto, após a re-conceituação do Serviço Social – na década de 1970 –, a exclusão social é entendida como processo político e não mais como problema individual. As políticas sociais são então percebidas como conquistas de cidadania, e a Visita Domiciliar – voltada para um trabalho educativo – passa ser a metodologia aplicada para viabilizar o exercício da cidadania por parte dos cidadãos.

Por sua vez, a Visita Domiciliar na enfermagem se entrelaça com o nascimento dessa profissão na saúde pública da mesma forma que com a história da saúde pública no mundo. Na Europa, durante o Iluminismo, a saúde pública é considerada ciência, enquanto que a Visita Domiciliar, uma forma de educar e assistir à população (REINALDO e ROCHA, 2002). Segundo os autores, entre os anos de 1854 e 1856, essa prática é cumprida por mulheres da comunidade, denominadas ‘visitadoras sanitárias’, que são treinadas pela Sociedade Epidemiológica de Londres e recebem um salário do Estado para educar as famílias carentes quanto aos cuidados de saúde.

Em meados do século XIX, a prática é sistematizada metodologicamente, vindo a ser relacionada ao serviço de enfermagem quando se cria o primeiro serviço de enfermagem de saúde pública domiciliária em Liverpool, na Inglaterra.

Nos Estados Unidos da América, atividades realizadas por mulheres no cuidado domiciliário de doentes culminam com a fundação da primeira associação de enfermeiras visitadoras – *Visiting Nurses Association* (VNA)– no ano de 1855.

A Visita Domiciliar no Brasil surge, na enfermagem, como atividade de saúde pública na profilaxia da tuberculose e nos cuidados da saúde da criança, prestando assistência e trabalhando os aspectos educativos de higiene. As primeiras atividades de enfermagem no Rio de Janeiro que recorrem a esse instrumento têm lugar em 1919 com a criação do serviço de enfermeiras visitadoras, quando o País enfrenta problemas na área de saúde pública em virtude de diversas epidemias. Com o objetivo de combatê-las, Carlos Chagas traz enfermeiras

americanas ao Brasil, visando à capacitação de profissionais, o que leva à criação do primeiro curso de formação de enfermeiras visitadoras, em 1920, na Escola de Enfermagem Ana Néri (DUARTE e DIOGO, 2000).

Segundo Massa (1994, p.60-8), *“a visita domiciliar, predominantemente estratégia preventiva, pode ser entendida como a precursora das escolas de enfermagens no Brasil, situação esta que sofreria profunda transformação para um caráter principalmente curativo, em função da regulamentação da profissão do enfermeiro, efetivada posteriormente”*.

Verifica-se, portanto, que a Visita Domiciliar é metodologia presente em diversas ações e políticas, fazendo parte dos primórdios de algumas práticas profissionais. Atualmente é estratégia valorizada no SUS e, de maneira mais específica, nas ações da Atenção Básica.

A seguir estabelecemos considerações sobre a Visita Domiciliar como instrumento utilizado para o desenvolvimento dessas ações.

Visita domiciliar : instrumento da atenção básica

A Atenção Básica ou Atenção Primária compreende um conjunto de ações no primeiro nível de atendimento, as quais vão desde a promoção e prevenção até a cura e a reabilitação do indivíduo. Medina (2000) comenta que esse tipo de atenção engloba demandas sanitárias, tais como: saneamento do meio, o desenvolvimento nutricional, a vacinação, a informação em saúde e demandas relacionadas a ações clínicas de vigilância epidemiológica e demandas tipicamente clínicas.

Para Starfield (2002), a Atenção Primária pode ser compreendida através de serviços como, por exemplo: a promoção da saúde, a prevenção de enfermidades, o diagnóstico e o manejo de ampla variedade de problemas médicos, a atenção materno infantil, a emergencial, a reabilitadora e a paliativa, a proteção do paciente, a educação em saúde e a participação em programas de saúde comunitária.

Uma vez que conforma a base do Sistema, a Atenção Básica determina as ações dos outros níveis e seu processo de trabalho engloba diversas atividades e instrumentos, dentro os quais a Visita Domiciliar, que é utilizada tanto nas unidades básicas como nas unidades de saúde da família. Os programas assistenciais também compreendem a Visita Domiciliar como metodologia para o desenvolvimento de suas ações.

O Ministério da Saúde, através de Portarias aprovadas no Pacto pela Saúde (Brasil, 2007) define as responsabilidades e ações estratégias mínimas que todos os municípios brasileiros devem desenvolver no âmbito da Atenção Básica. Podemos verificar que a Visita Domiciliar e o acompanhamento domiciliar fazem parte de seu quadro.

Uma das responsabilidades do programa de Controle da Tuberculose é o tratamento dos casos, cujas atividades englobam a busca de faltosos, que poderá ser feita pela unidade básica ou pela unidade de saúde da família por meio da Visita Domiciliar.

Por sua vez, na Eliminação da Hanseníase, uma das responsabilidades do programa é o tratamento supervisionado dos casos com a possibilidade de acompanhamento domiciliar mediante a visita realizada pelo profissional da unidade básica ou da unidade de saúde da família.

Da mesma forma, dentre as responsabilidades do programa de Controle de Hipertensão e Diabetes Mellitus tem-se a busca ativa de casos, que pode ser realizada pela Visita Domiciliar. Na situação de primeiro atendimento de urgência e no tratamento dos casos, estes podem ser feitos mediante o acompanhamento domiciliar. Nos casos de acidente vascular cerebral e outras complicações também se tem a indicação do acompanhamento domiciliar pela unidade.

Nas ações de Saúde da Criança uma das responsabilidades do programa é a imunização, que tem como atividade a busca de faltosos através da Visita Domiciliar.

Verifica-se também que a Visita Domiciliar é uma das atribuições da equipe multiprofissional nas ações de saúde mental de Atenção Básica, principalmente nos NAPs/CAPs.⁴

Na Estratégia Saúde da Família, a Visita Domiciliar é instrumento de trabalho das equipes de atuação e é fundamental no processo de cadastramento das famílias a serem atendidas. Esta metodologia é utilizada por todos os profissionais, de acordo com sua especificidade e o planejamento da unidade (BRASIL, 2007).

Por meio dessa Visita, as equipes dos Programas de Saúde da Família identificam as condições sociais e sanitárias das famílias, obtendo um diagnóstico da realidade local e favorecendo a identificação das áreas de risco, que não seriam visualizadas no interior da unidade de saúde. Atua também, de modo direto, como organizadora da demanda, que, de outra forma, seria espontânea, pois, ao levantar os casos existentes, as equipes agendam os atendimentos na Unidade.

Igualmente, a Visita Domiciliar é instrumento da vigilância epidemiológica, uma vez que, dentre as atividades desenvolvidas, é preciso fazer a busca ativa de comunicantes para quimioprofilaxia de algumas doenças de notificação compulsória, objetivando interromper a cadeia de transmissão da doença.

A Visita Domiciliar é um instrumento para a efetivação da assistência domiciliar. (BRASIL, 2003), modalidade que era realizada, há pouco tempo, como continuidade da assistência hospitalar, mas que se faz hoje presente no debate e nas práticas da Atenção Básica.

Entendida como atividade temporária ou permanente indispensável ao paciente, a assistência domiciliar toma por base o grau de incapacidade funcional do usuário e se subdivide em atendimento

⁴ Unidades de saúde local/regionalizadas, que contam com população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários – entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar – em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional.

domiciliar, dirigida a pessoas com problemas agudos, e internação domiciliar, para pessoas com doenças de maior gravidade, egressos de hospitalização e outros.

É importante ressaltar que existem diversas conceituações em relação à assistência domiciliar, não sendo propósito deste trabalho discutir este tema. Relevante também citar iniciativas de regulamentação dessa prática, como a Lei 10424/2002, que regulamenta a assistência domiciliar no SUS, no tocante às modalidades de atendimento e internação, que deverá ser realizada por equipes multidisciplinares nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

Diante dessas questões fica claro que esse instrumental tem importância nas atividades da Atenção Básica. No próximo tópico expomos aspectos práticos que permeiam a Visita Domiciliar.

Aspectos práticos da visita domiciliar

A Visita Domiciliar possibilita a aproximação do cotidiano dos usuários pelos profissionais que utilizam este instrumento, os quais podem observar as interações familiares e a rede social em que aquele está inserido, o que favorece o entendimento do indivíduo em todos os aspectos a partir das causas sociais.

Desse modo, a Visita Domiciliar é uma técnica que permite melhor aproximação da realidade do indivíduo ou do grupo aos serviços, permitindo ao profissional melhor entendimento da situação em que se encontra o visitado. Para o sucesso dessa prática profissional é essencial que se faça um planejamento prévio, a fim de possibilitar a melhor intervenção. Assim é essencial que o profissional disponha de um roteiro para nortear sua ação.

Sugere-se que a Visita Domiciliar seja realizada por dois ou mais profissionais, de modo que a observação da situação seja feita por um, enquanto o outro preenche os instrumentos (questionários, fichas etc.). A observação deve ser seletiva, respeitando-se o conteúdo que se decidiu trabalhar.

Relatamos a seguir alguns elementos que os profissionais devem observar ao realizarem Visita Domiciliar.

- 1- Estar preparado para encontrar a verdade da situação em que está inserido o usuário e família. Motivações, situações e necessidades que levam os indivíduos a agirem de determinada forma. Assim é preciso preparar-se para ver as relações sociais em sua singularidade;
- 2- Entender o processo de adaptação da família ao profissional. Faz-se necessário respeitar o tempo da família ou do indivíduo para a construção do vínculo;
- 3- Captar todas as comunicações. É essencial que se esteja sensível ao receptor, ficando-se atento à comunicação não-verbal e percebendo o que está à volta, sejam aspectos comportamentais

ou materiais. Por isso, o profissional precisa estar preocupado em olhar o conjunto de elementos a sua volta, pois a realidade é complexa. É importante buscar evidências no que está invisível, ouvir o que não se espera ouvir, não bloqueando a visão da realidade diferente. Para isto é necessário abrir mão de preconceitos ou padrões pessoais;

- 4- Utilizar linguagem compatível com a do usuário, para que não haja barreiras na comunicação. Repete-se a mensagem quantas vezes for necessário e a comunicação precisa ser aberta;
- 5- Solicitar que o visitado interaja no tocante à questão abordada, para verificar se há entendimento quanto à mensagem. A maioria das pessoas fica constrangida em relatar que não está entendendo o que o profissional está falando;
- 6- Portar-se com ética, tratando o visitado com respeito, humanidade e dignidade, considerando a opinião alheia e não constrangendo o visitado. É fundamental restringir a orientação ou investigação ao objetivo da visita, da mesma forma que manter a postura profissional mesmo fora do espaço institucional;
- 7- Ser coerente. Não adianta visitar uma família, por exemplo, em dia festivo, no qual o visitado estará mais preocupado com as atividades da festa do que com o assunto pelo qual o profissional foi a sua casa;
- 8- Não se considerar auto-suficiente, único detentor do saber verdadeiro. É necessário respeitar a cultura, os costumes, os hábitos e limitações dos indivíduos. Não pode haver dois pólos – o que sabe educaria aquele que não sabe nada. Há necessidade de valorizar/ reconhecer o saber do usuário, respeitando-o como cidadão. Assim, o profissional deve ter postura educadora, porém não moralizadora.

A Visita Domiciliar é uma estratégia que apresenta vantagens e desvantagens. Dentre as vantagens, citamos:

- 1- A presença do profissional *in loco*, atuando no ambiente doméstico, permite um planejamento de ações mais próximas da realidade do indivíduo mediante a visualização de condições econômicas e sociais, tais como: habitação, costumes e higiene;
- 2- O domicílio permite regras de conduta mais flexíveis e descontraídas do que as exigidas pela Instituição (burocracia institucional);
- 3- Esse ambiente favorece melhor relacionamento do grupo familiar com o profissional. Por ser menos formal, permite a exposição de variados problemas que interferem na situação do indivíduo, tornando o trabalho mais humanizado;
- 4- Dispõe-se de mais tempo para o atendimento do que na instituição, o que viabiliza melhor intervenção do profissional;

- 5- A visita agendada previamente favorece a boa receptividade de toda a família ao profissional.
Por sua vez, listamos abaixo algumas desvantagens:
 - 1- Dificuldades de acesso do profissional ao domicílio. Muitas instituições não possuem carro e o profissional desloca-se por conta própria;
 - 2- Limitação dos encontros em razão do horário de trabalho e dos afazeres domésticos, que podem impossibilitar sua realização;
 - 3- Exigência de tempo maior do que no atendimento realizado na instituição, devido à locomoção ou à execução da visita, tornando-a atividade dispendiosa e de pouco alcance para a maior parte da população;
 - 4- A visita agendada previamente pode induzir a família a mascarar a situação que seria encontrada caso não houvesse esse agendamento.

A experiência no Setor Saúde nos permitiu perceber que a Visita Domiciliar favorece uma abertura maior dos usuários do que na Unidade de Saúde, onde o indivíduo expressa, em geral, o que o profissional quer ouvir. Quando em seu domicílio, o usuário se permite a revelação de fatos que na Unidade são comumente ocultados, pelo que o profissional pode não somente escutar o que o usuário verbaliza, mas entender suas atitudes a partir do contexto em que está inserido – social, financeiro, familiar, profissional, religioso e cultural –, onde as diferenças são relevantes. É preciso considerar todas as dimensões e referências construídas a partir de relações sociais. Como o problema individual está intrinsecamente relacionado à vida familiar, há necessidade de se perceber a família como um todo e não ver apenas um membro dela.

A Visita Domiciliar possibilita o envolvimento do profissional com o usuário, favorecendo um atendimento mais humanizado, o qual vai além do procedimento técnico por envolver a subjetividade e o vínculo afetivo e solidário.

Apesar de a Visita Domiciliar possibilitar o desenvolvimento de ações educativas, o profissional precisa trabalhar em uma perspectiva de contribuição para o exercício da cidadania, enxergando o usuário como um sujeito social. Para compreender esta perspectiva, consideramos importante que se estabeleça a sua relação com as questões macroestruturais e conjunturais que conduzem as políticas locais. Isso porque é preciso entender a realidade como resultado de multifatores, que interferem direta ou indiretamente no cotidiano familiar.

Tal processo pressupõe que o profissional relativize seu conhecimento na busca da melhor compreensão do indivíduo, da coletividade e da realidade na qual se insere, pois é da mútua apropriação de tais conhecimentos que se torna possível uma intervenção consciente.

Em suma, para que a Visita Domiciliar seja bem sucedida é essencial que o profissional se desprenda de preconceitos e tenha visão crítica da realidade a ser observada e interferida, respeitando as

diversidades cultural, social e econômica que determinam o cotidiano familiar.

Considerações

Neste estudo buscamos sistematizar a prática metodológica da visita domiciliar, tomando em conta os aspectos práticos de intervenção e sua utilização na atenção básica.

Consideramos que a visita domiciliar é um instrumento que subsidia o profissional durante a intervenção no processo saúde-doença e no planejamento das ações, já que este se aproxima de seu objeto de intervenção. Entendemos também que a visita não tem o objetivo de solucionar todos os problemas relacionados à prática na atenção básica, porém pensamos que se trata de uma metodologia capaz de contribuir para a mudança do processo de trabalho do profissional de saúde, incorporando uma real proximidade com os problemas de saúde e favorecendo o entendimento com relação ao indivíduo em todos os aspectos a partir das causas sociais.

Abstract: This article presents an analysis of the home visit as an intervention tool of several professional categories, particularly public healthcare. It reviews the historical origins of the practice and points to the methodological aspects involved in its use as a basic healthcare work tool.

Key words: Home visit; basic attention; intervention tool.

Referências Bibliográficas

AMARO, Sarita. *Visita Domiciliar: Guia para uma abordagem complexa*. Porto Alegre: AGE; 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS - Lei 8.742 de 07/12/1993*.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-96, de 1997*. Disponível em: <http://portalweb01.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/nob96.pdf>.

BRASIL. *Lei 8.080 de 1990a*. Disponível em: <http://portalweb01.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei 8.142 de 1990b*. Disponível em: <http://portalweb01.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do programa de saúde da família*. Brasília, Ministério da Saúde; 2001a.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM, 017/2001b*. Institui o Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde e regulamenta sua implantação.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei 10.424 de 2002a*. Complementa a Lei 8.080/90. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.

BRASIL, Ministério da Saúde. *NOAS/SUS 01/2002b. Portaria GM/MS n.373, de 27 de fevereiro de 2002*. Cria a Norma Operacional da Assistência à Saúde.

BRASIL, Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. *Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde*. Organizado por José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição; 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4)

DUARTE Yeda Aparecida de Oliveira, DIOGO Maria José D' Elboux. Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico. In: Duarte, YAO. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2000.

GIOVANELLA Lígia. Porta de Entrada pela Atenção Básica? Integração do PSF à rede de serviços de Saúde. *Saúde em Debate* (Rio de Janeiro), 27(65): 278-89, set.-dez. 2003.

GOULART, Adriana Nunes. *Serviço Social e família: revisando a literatura*. Trabalho de Conclusão de Curso, Florianópolis, 1996.

KAWAMOTO EE, SANTOS MCH, MATOS T.M. *Enfermagem Comunitária: visita domiciliária*. São Paulo: EPU; 1995.

MASSA, Marcia Maria Porto Rossetto. A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano* (São Paulo), IV(2): 60-8, 1994.

MEDINA, Maria G et al. Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS. *Saúde para o Debate* (Rio de Janeiro), n. 21, p. 15-28, dez. 2000.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. *Família e Serviço Social* - contribuições para o debate. São Paulo: Serviço Social e Sociedade; 1997.

PAZ Adriana A, SANTOS Beatriz RL. Programa de Cuidado de Enfermagem Domiciliar. *Revista Brasileira de enfermagem* (Brasília, DF), 56(5): 538-541, set.-out. 2003.

REINALDO AMS, ROCHA RM. Visita domiciliar de Enfermagem em Saúde Mental: idéias para hoje e amanhã. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 4(2): 36-41, 2002. Disponível em <http://www.fen.ufg.br>

SALA A. *A avaliação de programas de saúde*. Programação em Saúde Hoje. São Paulo: HUCITEC; 1993

SILVA, LMMR da. *Serviço Social e família: a legitimação de uma ideologia*. São Paulo: Cortez; 1984.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

TAKAHASHI RF & OLIVEIRA MAC. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In: BRASIL. *Instituto para o Desenvolvimento da Saúde*. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001

TEIXEIRA, Carmem. A mudança do modelo de atenção à saúde: desatando nós, criando laços. *Saúde em Debate* (Rio de Janeiro), 27(65): 257-77, set.-dez. 2003.