

# A VISÃO DO ENFERMEIRO SOBRE A VISITA DOMICILIAR NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA<sup>1</sup>

Glaide Reis de Santana Silva<sup>2</sup>

## RESUMO

Este trabalho trata-se de um estudo exploratório descritivo sobre a visão do enfermeiro na visita domiciliar. Apresentou-se como objetivo geral estudar a técnica de visita domiciliar no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF), destacando sua abordagem, necessidades e dificuldades na realização. Como objetivos específicos, elencou-se: i) investigar quais são as categorias de atenção à saúde mais utilizadas; ii) levantar as principais necessidades da família para assistência através da visita domiciliar e iii) identificar as vantagens e desvantagens da visita domiciliar no âmbito de ESF. A metodologia definida para atingir o objetivo foi a pesquisa bibliográfica de livros, monografias e artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais através de acessos ao Scielo (Scientific Electronic Library Online), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe), Google Acadêmico e Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde. Após o levantamento de dados, utilizando instrumento para elementos pertinentes a visão do enfermeiro na visita domiciliar, foram identificadas várias publicações, sendo selecionados apenas artigos e monografias na íntegra. A análise das publicações demonstra a importância da visão dos enfermeiros diante das visitas domiciliares.

**Palavras-chave:** Enfermeiro. Estratégia Saúde da Família. Visita domiciliar.

## ABSTRACT

This work is an exploratory descriptive study about the vision of the nurse in the home visit. The main objective of this study was to study the technique of home visits within the scope of the Estratégia de Saúde da Família (ESF), highlighting its approach, needs and difficulties in its implementation. As specific objectives, it was highlighted: i) to investigate which are the most used categories of health care; ii) raise the main needs of the family for care through the home visit and iii) identify the advantages and disadvantages of the home visit in the ESF. The methodology defined to reach the objective was the bibliographical research of books, monographs and articles published in national and international journals through access to Scielo (Scientific Electronic Library Online), Lilacs (Latin American and Caribbean Literature), Google Scholar and Library Virtual Health Department of the Brazilian Ministry of Health. After the data collection, using an instrument for relevant elements the vision of the nurse in the home visit, several publications were identified, selecting only articles and monographs in full. The analysis of the publications demonstrates the importance of nurses' vision in the face of home visits.

**Keywords:** Nurse. Family Health Strategy. Home visit.

---

<sup>1</sup> Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao curso de Especialização em Saúde da Família, da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), sob a orientação da Prof. Denise Josino Soares.

<sup>2</sup> Estudante do Curso de Especialização em Saúde da Família pela UNILAB.

## 1 INTRODUÇÃO

Conforme Santos (2012), o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1990 com o objetivo de identificar e divulgar fatores condicionantes e determinantes da saúde, além de formular políticas designadas a promover ações e serviços de saúde e assistir às pessoas por meio da promoção da proteção e recuperação da saúde. Em 19 de setembro de 1990, a lei 8.080 foi sancionada, confirmando e legitimando a implantação do SUS.

A Estratégia Saúde da família (ESF) é um recurso de ações e serviços em saúde no qual uma equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal, auxiliar de saúde bucal e agente comunitário de saúde, faz cumprir as normas e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), visando à promoção, prevenção e recuperação através de mudanças na forma de atendimento das equipes, qualificando e garantindo as ações de forma integral.

De acordo com Fontinele Júnior (2003), o Programa de Saúde da Família (PSF) é um movimento que se estruturou em 1966, nos Estados Unidos da América (EUA), quando alguns comitês formados pela American Medical Association elaboraram documentos para uma política federal e estadual que financiasse a formação de médicos de família em cursos de pós-graduação.

Ainda conforme o autor, a estratégia do PSF foi iniciada no Brasil em junho de 1991 com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras Equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários (cada equipe do PSF tem cerca de 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Esse número varia de acordo com o tamanho do grupo sob a responsabilidade da equipe, numa proporção média de um agente para 575 pessoas acompanhadas. Estima-se, segundo dados oficiais, que, funcionando adequadamente, as unidades básicas do programa são capazes de resolver 85% das dificuldades de saúde encontradas em sua comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando, assim, internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população.

Vale salientar que a visita domiciliar (VD) é uma ferramenta de trabalho da Estratégia Saúde da Família de primordial importância, pois propicia o acesso da

equipe de saúde multiprofissional ao espaço familiar, favorecendo o conhecimento das condições de vida das pessoas, isto é, seu meio ambiente, seus hábitos, costumes, higiene, crenças, cultura e condições sócio-econômicas.

Drulla (2009) afirma que a visita domiciliar permite conhecer a realidade, trocar informações dos familiares e assim subsidiar a construção de projeto de intervenção mais próximo das famílias. É uma prática que permite a construção de vínculos, pois proporciona ambiente e atendimento mais humanizado, indo além das orientações, visto que temo intuito de promoção da saúde e orientação de qualidade de vida das famílias.

Segundo Eliopoulos (2005), com relação à assistência domiciliar, o profissional atua na prevenção, recuperação e reabilitação, tendo como objetivo maior a autonomia e a independência do paciente idoso em seu ambiente familiar. Como instrumento de trabalho, esse profissional estimula a orientação e a educação do paciente, enfermeiro e família na execução de técnicas específicas de cuidado domiciliar.

A enfermagem vivencia, com o outro ser, eventos da vida, além de buscar uma melhor qualidade em seu atendimento. Para alcançar essa relação inter-humana é necessário o conhecimento de si mesmo e não somente do outro para que haja abertura ao encontro autêntico do cuidado. Para alcançar o cuidado humanizado, o enfermeiro tem que ir além de habilidades técnicas, que são também indispensáveis ao tratamento, devendo colocar o paciente como prioridade dessa tarefa. Assim, o enfermeiro deve: estar consciente, ter responsabilidade, ser capaz, ter abertura para conhecer o outro e respeitar e ajudar o outro como um ser humano que tem potencialidades (PAINI, 2000).

Acredita-se, portanto, que a visita domiciliar é um recurso que pode favorecer a aproximação do profissional de saúde e a família no cuidado qualificado do paciente quando ela é realizada de modo favorável no desenvolvimento domiciliar.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a técnica de visita domiciliar no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF), destacando sua abordagem, necessidade e dificuldades na realização.

### **2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Investigar quais são as categorias de atenção à saúde mais utilizadas;
- Levantar as principais necessidades da família para assistência de saúde através da visita domiciliar;
- Identificar as vantagens e desvantagens da visita domiciliar no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.

## **3 REVISÃO DE LITERATURA**

A maioria dos artigos analisados traz, de alguma maneira, o conceito de “visita domiciliária”, sendo que cada autor mostra certa singularidade no ápice da formulação dos conceitos. A princípio, devemos destacar que o termo correto para constituir esse procedimento é “visita domiciliária”, visto que a palavra domiciliar é um verbo transitivo direto, significando “dar domicílio a; recolher em domicílio; fixar residência ou fixar domicílio”, enquanto o termo “domiciliário” é um adjetivo relativo a domicílio, feito no domicílio e seu feminino é domiciliária (SOSSAI; PINTO, 2010 apud FERREIRA, 1999).

A expressão “visita domiciliária” deve ser aplicada para nos referirmos à ferramenta de trabalho utilizada pelo profissional enfermeiro ou outros profissionais da equipe de saúde. A visita domiciliária é uma possibilidade de cuidado que beneficia em particular os idosos com doenças incapacitantes e aqueles dos quais dependem do auxílio de terceiros por longo período de tempo. Essas pessoas, muitas vezes, não dispõem de um indivíduo que se responsabilize por seus cuidados diários (SOSSAI; PINTO, 2010).

A visita domiciliar na ESF é uma ferramenta ou instrumento utilizado pelas equipes para inserção e conhecimento do contexto de vida da população, assim como criação de vínculos entre profissionais e usuários. Ela visa atender às diferentes necessidades de saúde, preocupando-se com a infraestrutura (habitação, higiene, saneamento entre outros) existente nas comunidades e o atendimento à saúde das famílias (SANTOS, 2008).

Normalmente, o enfermeiro realiza uma visita mensal a cada residência de sua área de abrangência. A quantidade de visitas por residência varia em função das condições de saúde de seus habitantes e da existência de crianças e gestantes, que recebem atenção especial por comporem grupos prioritários. A visita domiciliária é um grande instrumento utilizado no processo de educação em saúde, o qual se constitui de um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Assim, trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde.

A visita domiciliar permite uma aproximação com os determinantes do processo saúde-doença no âmbito familiar. Ou seja, a Visita Domiciliar é um instrumento que possibilita à enfermeira identificar como se expressam, na família, as formas de trabalho e vida dos membros, quais padrões de solidariedade se desenvolvem no interior do universo familiar e como estes podem contribuir para o processo de cuidado, cura ou recuperação de um de seus membros. Além de buscar a identificação dessa situação familiar, a sua prática compreende ainda entender as funções sociais, econômicas e ideológicas e de reprodução da força de trabalho da família na sociedade (FONSECA; BERTOLOZZI, 1997, p.21).

Durante a visita, o profissional passa não só a conhecer o quadro clínico dos pacientes, mas também suas condições de vida em termos econômicos, sociais e familiares. Assim, ele pode acompanhar de forma detalhada a evolução da saúde das famílias atendidas (GIACOMAZZI; LACERDA, 2008).

Os enfermeiros e os Agentes Comunitários de Saúde já saem para a visita domiciliar conhecendo a história clínica e social da família, sendo que, por vezes, eles resgatam essa história no prontuário ou na reunião de equipe. Nesse sentido, planejar a visita domiciliar é fundamental, pois possibilita ao profissional organizar e dinamizar seu tempo, uma vez que as tarefas são muitas. Esse

planejamento possibilita conhecer a história familiar previamente, favorecendo a aproximação e a orientação na conduta da visita domiciliar, além de determinar os dados que precisam ser levantados junto à família para serem incorporados ao planejamento terapêutico da família e ao plano de visita (SILVA, 2009).

#### **4 MÉTODO**

A metodologia utilizada para elaboração do estudo consiste numa pesquisa bibliográfica de natureza qualitativa e descritiva baseada na revisão bibliográfica das publicações disponíveis em livros, monografias e artigos dos principais periódicos nacionais e internacionais da área da saúde.

O estudo foi desenvolvido a partir da leitura dos livros, manuais e periódicos, principalmente em bancos de dados informatizados como Literatura Latino – Americana e do Caribe (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Google Acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde.

O levantamento bibliográfico foi realizado tomando-se em conta as publicações disponíveis no período de 1995 a 2014, período esse que coincide com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no âmbito nacional como estratégia oficial para o enfrentamento dos problemas de saúde da população. Os descritores estabelecidos para o levantamento inicial do material bibliográfico na área de saúde foram: visita domiciliar, enfermeiro e programa de saúde da família. Outros critérios de inclusão para a seleção do material foram estabelecidos: o texto deveria ser escrito na língua portuguesa e ter disponibilidade na íntegra em fontes confiáveis.

Após a leitura criteriosa do material encontrado nas bases de dados citadas, foram selecionadas publicações entre os livros, manuais e artigos em periódicos que compuseram a amostra do trabalho.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi aprovado no ano de 1988 por meio da nova Constituição Federativa do Brasil, que reconheceu a saúde como direito de todos assegurado pelo estado. Tal sistema foi estruturado por meio de princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) e organizado de forma descentralizada e hierarquizada, concedendo o direito à população de participar no processo de criação de políticas de saúde por meio de entidades representativas (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2008).

Segundo a Lei Orgânica de Saúde, nº 8080 de 1990, o SUS é composto por um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por instituições públicas das administrações diretas e indiretas mantidas pelo poder público (BRASIL, 2006).

De acordo com Fontinelli Junior (2003), antes da constituição de 1988, a assistência à saúde era organizada de forma descentralizada, não tendo, portanto, uma atuação sistemática e na qual as ações em saúde eram direcionadas para beneficiar a economia de modo a manter os interesses mercantis. Essas ações eram desenvolvidas por meio de práticas sanitárias visando o controle de epidemia.

De acordo com Costa e Carbone (2009), o SUS foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde nº8080/1990, que dita as diretrizes que as três esferas de governo devem seguir, garantindo o direito à saúde a todos, e a Lei nº8142/1990 através do controle social, por meio dos conselhos e conferências de saúde que dispõem sobre a participação social.

No Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi oficialmente criado em 1994, sendo que em 18 de dezembro de 1997 surgiu a portaria GM/MS nº 1886, que aprovou as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Mais tarde, em 28 de março de 2006, a portaria nº648 aprovou a política de atenção básica, revisando as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica na implantação do PSF e PACS.

Segundo Fontinelli Junior (2003), as primeiras equipes de Saúde da Família foram implantadas, em 1994, nos estados de Santa Catarina e Rio de Janeiro, com o propósito de substituir o modelo tradicional e reorganizar a prática da saúde sobre novas bases. No atual programa, trabalha-se com base nos princípios do SUS de universalização, descentralização, integralidade e participação comunitária, reafirmando-os e incorporando-os.

O PSF trabalha através da Unidade de Saúde da Família (USF) com os seguintes princípios: a) caráter substitutivo: o PSF não denota a criação de novas unidades de Saúde (a não ser em casos em que o local seja desprovido e não tenha a unidade de saúde local); b) integralidade e hierarquização: a USF deve garantir a atenção integral à família e comunidade vinculada à rede de serviços, garantindo a referência e contra referência para todos os serviços de saúde, visto que a USF faz parte do primeiro nível de ações na atenção básica; c) territorialização e cadastramento da clientela: cada USF tem o seu território de abrangência definido no qual as famílias são cadastradas e acompanhadas pela equipe vinculada à área. É recomendado que cada equipe fique responsável por no máximo 4.500 pessoas (FONTINELLI; JUNIOR, 2003).

Conforme Araújo e Rocha (2007), o PSF tem o propósito de satisfazer o usuário por meio do estreito relacionamento dos profissionais com a população a ser cuidada, através de ações estruturadas no trabalho em equipe com o objetivo de humanizar a assistência a ser prestada.

Pode-se ressaltar que a família é o primeiro agente social, pois está envolvida na promoção de saúde, servindo também como meio de suporte ou de estresse, influenciando nos comportamentos individuais. Desta forma, o PSF tem como objeto de estudo e cuidado a unidade da família, que interfere diretamente no estado de saúde de seus membros, pois com o apoio e cooperação da família os tratamentos de doenças resultam em tratamentos eficazes e eficientes (COSTA; CARBONE, 2009).

Em constantes avanços, o Sistema Único de Saúde (SUS) representa a luta dos brasileiros pela redemocratização do país. O movimento da Reforma Sanitária, considerado o marco histórico, político, social (SOUSA, 2007) no andamento de reformulação do sistema de saúde brasileiro, nasceu na luta contra a ditadura com o tema “Saúde e Democracia” e consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, na qual, pela primeira vez, representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil, ampliando-se o conceito de saúde para:

Resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1987).



De acordo com Brasil (2002), as propostas de mudanças foram incorporadas na Constituição Federal Brasileira em 1988 (art.196) ao estabelecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida pelo acesso universal e igualitário ao sistema de saúde, com adoção de uma nova configuração nos serviços de saúde, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde a toda a população de forma integral, visando reduzir risco de doença e de outros agravos.

A Constituição Federal também determina, no artigo 198, que as ações e serviços públicos de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada e constituam um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade (BRASIL, 2002).

Para a concretização das ações conquistadas, foram promulgadas, em 1990, as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e 8.142. Com a Lei 8.080/90 ficam regulamentados e implantados os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), através da definição da universalidade, da equidade, da integralidade, como princípios doutrinários e, como diretrizes organizacionais, a hierarquização, regionalização, descentralização, o controle social e a participação complementar do setor privado (BRASIL, 2009).

Esses princípios e diretrizes foram direcionados para a construção de um modelo de atenção integral à saúde que prioriza e incorpora, em sua organização, a família como centro de cuidados e o conhecimento do território onde ela está inserida, de forma a facilitar o acesso e a resolutividade das demandas populacionais aos serviços de saúde (BRASIL, 2007).

No Brasil, destacam-se três autores ou correntes de análise territorial. A primeira foi produzida baseada na obra de Milton Santos, seguida pelas contribuições dos pesquisadores Rogério Haesbaert e Marcos Saquet.

Buscando o fortalecimento do SUS e as condições de viabilização plena do direito à saúde da população, o Ministério da Saúde (MS) edita as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB/SUS) com definição de estratégias que orientam a operacionalidade deste Sistema (BRASIL, 2011).

Em 1994, o Ministério da Saúde implanta o Programa de Saúde da Família (PSF), visando à reordenação do modelo de atenção à saúde existente e

direcionando para uma relação de vínculo e humanização com foco na vigilância em saúde na comunidade e o trabalho em equipe (BRASIL, 2007).

Nesse contexto, houve a incorporação de agentes comunitários de saúde (ACS) no processo de descentralização das ações e serviços de saúde e de reorganização do modelo de atenção vigente, visando à melhoria da realidade sanitária de grupos específicos. As mudanças no sistema de saúde vieram com a NOB Nº 01/96, na qual foi estabelecido o pleno exercício do poder municipal através da Gestão Plena da Atenção Básica, apontando para uma reorientação da assistência. Assim, o município, a partir desse momento, passa a ser o responsável imediato pelo atendimento das necessidades do cidadão.

De acordo com o MS, a família passa a ser o membro de vigilância, no espaço em que convive, consentindo uma concepção ampliada do processo saúde/doença (BRASIL, 2007). O domicílio é, portanto, o ambiente imprescindível para a segurança, sobrevivência e amparo da família. É a família que, através dos laços afetivos em seu domicílio, incorpora os valores éticos e morais e aprofundam os laços de afetividade e apreço pelo próximo, fornecendo recursos indispensáveis à ampliação do bem-estar dos seus componentes (GOMES; PEREIRA, 2005).

Vê-se, nesse sentido, um processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo, que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas (GIL, 2005).

Nesse sentido, a ESF busca a reversão do modelo assistencial ainda vigente, voltado para o curativo-hospitalar com predomínio do atendimento emergencial ao cliente, na maioria das vezes em grandes hospitais e baseado na doença, para um modelo de atenção integral à saúde no qual estejam presentes as ações de promoção e prevenção da saúde das pessoas em seu ambiente domiciliar, junto com os familiares.

Portanto, a saúde da Família propõe várias ações de promoção e prevenção, constando em diversos programas do Ministério da Saúde. Através de manuais e cadernos, essas ações acabaram se consolidando como estratégias, atualmente executadas e implantadas em seu meio pela equipe de Saúde da Família e sua população adscrita (GIL, 2005).

Conforme Fontinele (2003), seu principal propósito é o de reorganizar a

prática da atenção à saúde em novas bases e modificar o modelo tradicional, conduzindo a saúde para mais próximo da família e, com isso, favorecendo o padrão de vida dos brasileiros. A estratégia PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde), que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de coresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento dos problemas de saúde da comunidade.

De acordo com Machado e Vieira (2009), a ESF apresenta como diretriz a promoção da saúde, ao qual a equipe de saúde deve desenvolver ações contínuas, incentivando a participação e a transformação nas práticas de saúde através do processo de aprendizagem com o usuário/família comunidade.

Desse modo, o MS define como competências da ESF: o trabalho em equipe, as visitas domiciliares, o planejamento das ações de saúde, a promoção de saúde, a prevenção e o monitoramento de grupos específicos, a prevenção e o monitoramento das doenças prevalentes e o acompanhamento e a avaliação das ações de saúde (BRASIL, 2008).

Dentre as atribuições específicas da Equipe Saúde de Família definidas pelo MS estão:

[...] realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário (BRASIL, 2007, p.44).

Para Silva et al. (2010), através da atenção domiciliar, a troca de experiências vivenciadas pelo usuário e a equipe de saúde projeta um aprendizado nos cuidados em saúde, promovendo, assim, ações in loco de promoção e prevenção em saúde na família, práticas antes restritas aos profissionais de saúde.

Sobre a visita domiciliária, Santos e Kirschbaum (2008, p. 222) consideram que “como instrumento de trabalho para a enfermagem, passou a ser ainda mais incrementada com a introdução do Programa de Saúde da Família (PSF), das propostas de atenção domiciliar e de reinserção social das pessoas”.

De acordo com Egry e Fonseca (2000), sua origem ocorreu na primeira metade do século XX sob a influência do modelo norte-americano, considerada como uma atividade cujo objetivo era curativo, sendo visto como um instrumento de mediação no processo saúde-doença da família com uma visão curativa. Atualmente, é direcionada de forma integral com ênfase na promoção e prevenção de doenças com a finalidade de melhorar a qualidade de vida da comunidade.

Segundo Brasil (2001), a visita domiciliar é uma das formas de assistência ao paciente que dá subsídios para intervir no processo saúde-doença e é por intermédio da visita que é realizado o planejamento das ações de promoção da saúde do indivíduo e da população pertencente à área abrangente.

De acordo com Costa (1997), a visita domiciliar como ação direcionada à família busca um tipo de instrução voltada à resolução de agravos de vivência, em situações da vida real, no convívio familiar. É uma iniciativa caracterizada, fundamentalmente, pela relação entre indivíduos e, por isso, o diálogo se torna de suma importância.

A visita domiciliar permite uma aproximação com os determinantes do processo saúde-doença no âmbito familiar, isto é, a Visita Domiciliar é um instrumento que possibilita à enfermeira identificar como se expressam, na família, as formas de trabalho e vida dos membros, quais padrões de solidariedade se desenvolvem no interior do universo familiar e como estes podem contribuir para o processo de cuidado, cura ou recuperação de um de seus membros. Além de buscar a identificação dessa situação familiar, a sua prática compreende, ainda, entender as funções sociais, econômicas, ideológicas e de reprodução da força de trabalho da família na sociedade (FONSECA; BERTOLOZZI, 1997).

Conforme Santos e Mattos (2008), o atendimento domiciliar é um conjunto de ações de saúde realizado no local de moradia dos usuários. As ações são desenvolvidas pelos profissionais de saúde para benefício do paciente e seus familiares e esse atendimento compreende ações educativas e assistenciais, proporcionando uma dinâmica nos programas de atenção à saúde.

Na concepção de Silva, Pinto e Monteiro (2009), a visita domiciliar, sistematizada pelo enfermeiro através da SAE, quando inserida no processo de trabalho de cuidar, apresenta-se como uma ferramenta importante para expor o relacionamento interpessoal inerente ao trabalho do profissional envolvido e à prática de cuidar.

Para Mantovani, Mottin e Rodrigues (2007), a sistematização prévia é entendida como uma prática antecipada de ações organizadas metodologicamente. Assim, a visita domiciliar constitui-se em uma ação desempenhada para auxiliar, mediando os métodos sobre saúde–doença da comunidade ou o planejamento de ações desejando à promoção de saúde da sociedade, tornando-se um instrumento efetivo, utilizado pela equipe, para conhecer as condições de vida das famílias sob sua responsabilidade.

Ao realizar a visita domiciliar, a enfermagem busca conhecer o ser humano, vivenciando com o outro ser eventos da vida. Para alcançar essa relação inter-humana é necessário o conhecimento de si mesmo e não somente do outro, possibilitando, assim, a abertura ao encontro autêntico do cuidado. Para que haja o cuidado humanizado o enfermeiro tem que ir além de habilidades técnicas, que são também indispensáveis para o cuidado, mas deve colocar o ser que é cuidado como centro do processo do cuidado. O enfermeiro deve estar consciente, ter responsabilidade, ser capaz, ter abertura para conhecer o outro, respeitar e ajudar o outro como ser humano que tem potencialidades (PAULA, 2004; PAINI, 2000).

Machado e Vieira (2009) referem que as práticas de educação em saúde na visão ampliada de saúde requerem o envolvimento e participação do usuário para aprendizagem. Requer, ainda, a capacidade pessoal e coletiva para trabalhar nestas ações de saúde/doença, sendo que tais transformações se prolongam para a concretização da gestão pública.

Em síntese, a visita domiciliária no âmbito da Estratégia de Saúde da Família está sendo utilizada como uma ferramenta útil para atender às necessidades e problemas apresentados pela população adstrita da área, sobretudo, nos grupos de risco considerados como prioridade. Além disso, a visita sistemática é feita mensalmente pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) a cada família pertencente a sua microárea de atuação (BRASIL, 2001).

Em 1991, o Ministério da Saúde cria o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com o intuito de colaborar para a redução da mortalidade infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, bem como de tentar recuperar o controle acerca de doenças epidêmicas nas regiões citadas. De acordo com o Ministério da Saúde, o PACS constitui-se em um programa de saúde, voltado para a prevenção de doenças através de informações e orientações sobre cuidados de saúde a grupos de risco (VIANA; POZ, 2005).

As Estratégias Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, ESF e EACS, respectivamente, atingiram em maio de 2005 a marca de 100 milhões de pessoas (50% da população brasileira) acompanhadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e mais de 72 milhões assistidas pelas Equipes da Saúde da Família. A atuação dos ACS tem contribuído para a melhoria da qualidade de vida dos setores mais carentes da população brasileira (BRASIL, 2006). Por conseguinte, a Estratégia Saúde da Família (ESF) traz uma nova prática de assistência a saúde, substituindo o modelo tradicional que visa apenas a cura de doenças. Neste novo modelo, priorizam-se ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da família de forma integral (CRISTINA et al., 2000).

Conforme Brasil (1994), a atuação das equipes é baseada em territorialização, na qual trabalha-se com a área de abrangência definida, ficando responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população adstrita a esta área. O Ministério da Saúde recomenda que a equipe seja responsável por, no mínimo, 2.400 pessoas e, no máximo, 4.500. Em se tratando de ACS, este deve acompanhar de 400 a 750 pessoas, as quais deverão residir em uma microárea. Para se calcular o número máximo de Equipes de Saúde da Família pelas quais os municípios e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros basta dividir a população IBGE por 2.400. Quando se fala em ACS, o número máximo será calculado pela população IBGE dividida por 400.

Segundo Giacomozzi et al. (2006), a visita domiciliar é um conjunto de ações que busca a prevenção de um agravo à saúde e a sua manutenção por meio de elementos que fortaleçam os benefícios ao indivíduo e a recuperação da população já acometido por uma doença. Dessa forma, faz-se necessário que o profissional atue de maneira a deixar que o morador se sinta à vontade com a sua presença, para que a visita atinja seu objetivo. A visita domiciliar é uma ação prevista no âmbito das atribuições dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família por possibilitar uma aproximação in loco com o contexto de vida do usuário.

De acordo com Santos (2008), a visita domiciliar é uma atividade importante na promoção da saúde. Ao entrar na casa de uma família, não se entra somente no seu espaço físico, mas em tudo o que o espaço representa. Nesse domicílio, vive uma família com suas crenças, cultura e uma história própria com seus códigos de sobrevivência. Nesta perspectiva, a visita domiciliária constitui-se

como recurso fundamental para a prestação de assistência ao usuário e família, principalmente as ações educativas.

Segundo Marasquim et al. (2004), dentre as vantagens da visita domiciliar estão: o acompanhamento dos aspectos higiênico-sanitários que circundam o grupo familiar – tanto na sua habitação quanto no entorno do domicílio – que privilegiam o planejamento das ações; o favorecimento do desenvolvimento de um plano de cuidados pactuado com os indivíduos/famílias que melhor se adequa às necessidades reais; estreitamento de vínculo entre os usuários e sua equipe de referência; possibilidade de maior ampliação do tempo disponibilizado para o atendimento e o alcance da atenção profissional aos usuários acamados e/ou com dificuldade de locomoção.

Conforme Abrahão (2011), a visita domiciliar tem vantagens trazidas pela aproximação com o meio ambiente do grupo familiar, tornando o planejamento das ações de saúde uma dinâmica coletiva. Ela estreita o relacionamento com a equipe de saúde, pois a ação é menos formal e possibilita maior liberdade para conversar sobre os problemas dos indivíduos.

Apesar das vantagens sabidas, essa ferramenta de trabalho das equipes de saúde da família, no entanto, apresenta algumas limitações. Como desvantagens, os referidos autores ressaltam a dificuldade de acesso aos domicílios pela geografia dos territórios e a limitação dos encontros trabalhadores-usuários devido ao horário convencional de trabalho das pessoas a serem assistidas (MARASQUIM, 2004).

Apesar das limitações ora expostas, a atenção domiciliar amplia a possibilidade de busca da integralidade do cuidado na medida em que dialoga com a intersubjetividade do usuário e sua família. Com isso, potencializa a autonomia dos sujeitos, além de enfatizar a dimensão necessária do cuidado em saúde no tocante a co-responsabilização da família e da equipe no cenário de saúde que se apresenta para atuação e cuidado.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo verificar a importância da visão do enfermeiro na visita domiciliar, sendo a mesma um dos principais instrumentos de prestação de assistência à saúde.

No estudo, viu-se que a visita domiciliar possibilita o fortalecimento do vínculo entre enfermeiro e agentes comunitários de saúde (ACS). Para tanto, percebemos que as mesmas trazem pontos positivos por prestar assistência a uma parcela da população que normalmente não teria acesso aos serviços de saúde, devido a sua condição peculiar como os acamados ou pessoas com limitações físicas.

Ressalta-se o potencial transformador do trabalho do enfermeiro na visita domiciliar, por vislumbrar a família de forma integral. Não obstante, a família também valoriza a presença do profissional supracitado em seu domicílio e essa interação abre uma vertente para o diálogo, permitindo que as intervenções realizadas no domicílio tornem-se cada vez mais eficazes.

Portanto, é de fundamental importância que os enfermeiros se apropriem de um conhecimento cada vez mais atualizado, especializando-se em habilidades para a visita domiciliar na perspectiva de desenvolver um atendimento humanescente, não permitindo que as dificuldades inerentes ao atendimento no domicílio prejudiquem, mas, ao contrário, potencializem a qualidade da atenção.

O profissional de saúde deve conhecer as vantagens que as ações técnicas desenvolvidas através da visita domiciliar consigam trazer, tornando-a uma ferramenta adequada e útil. Deve-se, também, reconhecer as dificuldades inerentes ao desenvolver uma visita domiciliar quando se tenta transformar as ações de saúde desenvolvidas na comunidade.

Mesmo diante das dificuldades encontradas, todas foram individualmente superadas e serviram para mostrar que sempre se aprende algo e que este aprendizado continua, pois é um processo progressivo. Consideramos, portanto, que a pesquisa foi satisfatória, uma vez que foram alcançados todos os objetivos propostos neste estudo, quando conseguimos buscar fundamentação teórica que justificasse e orientasse sobre o tema.



## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, L. A. Atenção e cuidado em saúde no ambiente familiar: aspecto da visita domiciliar. **Revista APS**. v. 14, n. 4, p. 472-480, out./dez, 2011.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Revista Ciênc. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, abr 2007.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. SUS: o que você precisa saber sobre o sistema único de saúde. Belo Horizonte; Ribeirão Preto; Rio de Janeiro; São Paulo: Atheneu, 2008.

BEUREN, I. M. Trajetória da construção de um trabalho monográfico em contabilidade. In: BEUREN, Ilse Maria (Org.). **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática. 2. ed.** São Paulo: Atlas, 2004. p. 46-75.

BRASIL, M.S Manual de enfermagem/Instituto para o desenvolvimento da saúde. Universidade de São Paulo. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 43 a 45.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2003

BRASIL. Anais da 8ª. Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde. 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica – 1ª Ed. 4.ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica, 4 edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4) Ministério Da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica, DF, 4ª Ed 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Atenção à Saúde. O trabalho do agente comunitário de saúde- Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / M.S, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: 2011.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio, 2009.

COSTA, J. Visitação Domiciliária - Base para o ensino de Enfermagem na

comunidade. **Rev.Enf. Novas dimensões**, 1997.

DRULLA, A., ALEXANDRE A. M. C, RUBEL. F. I. , AZEVEDO Veronica. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. **Cogitare Enfermagem**, 2009. Out/Dez 667-74 Disponível em:Acesso em: 21 11. 2017.

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

ELIOPOULOS, C. Enfermagem Gerontológica. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FONSECA, R.M.G.S. da; BERTOLOZZI, M.R. A epidemiologia social como instrumento de intervenção em saúde coletiva e em enfermagem em saúde coletiva. Santa Maria, 21p, Outubro de 1997.

FONTINELE JUNIOR, K. Programa de Saúde da Família (PSF) Comentado. 1. ed. Goiânia: AB, 2003.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, v. 15, n. 4, out./dez., p. 645-53, 2006.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21 (2): 490-498 mar- abr, 2005.

GOMES M. A, PEREIRA M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro V. 10 pag 363,2005.

MACHADO M. de F. A. S; VIEIRA N. F. C. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol.17 no. 2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2009.

MANTOVANI MF, MOTTIN JV, RODRIGUES J. Visita domiciliar de enfermagem com atividades no tratamento da pressão arterial. **Online Brazilian Journal of Nursing**, 2007

MARASQUIN, H. G et al Visita domiciliar: o olhar da comunidade da quadra 603 Norte. Palmas (TO). **Revista da UFG**, v. 6, n. Especial, dez 2004 on line (www.proec.ufg.br). Acesso em: 03.11.15.

PAINI, Joseani Pichinin. Diálogo como cuidado: uma abordagem humanística junto aos acadêmicos de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.9, n.2, p. 632-645, maio/ago. 2000.

PAULA, C. C. et al. O cuidado como encontro vivido e dialogado na teoria de enfermagem humanística de Paterson e Zderad. **Acta. Paul. SP**, v.17, n. 4, 2004.

SAKATA, K. N.; ALMEIDA, M. C. P.; ALVARENGA, A. M.; CRAC O, P. F.; PEREIRA, M. J. B. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, V. 60, N. 6 p. 659, nov-dez 2007,

SANTOS, A. da S. Saúde Coletiva: linhas de cuidado e consulta em enfermagem. RJ. Editora Elsevier, 2012.

SANTOS, E. M; KIRSCHBAUM, D. I. R. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Revista eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n.1, p. 220-227, 2008. file:///C:/Users/DSBRV/Downloads/364-840-1-SM%20(1).pdf  
Acessado 06 de Novembro 2015

SANTOS, F. R. et al. Promoção em saúde: pressupostos, sentidos, práticas e a compreensão dos técnicos em saúde. In: SAITO, R. X. S (Org.). Integralidade da Atenção – organização do trabalho no Programa Saúde da Família na perspectiva sujeito-sujeito. São Paulo: Martinari, 2008. cap 2, p. 47-80.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. de; SEIXAS, C. T.; MERHY, E. E . Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2010, vol.44, n.1, pp. 166-176. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/18.pdf> acesso: 06 de Novembro 2015.

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

SOUZA, Maria de Fátima de. Programa Saúde da Família no Brasil. Análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007

SOSSAI, L. C. F; PINTO, I. C. A visita domiciliária do Enfermeiro: Fragilidades x potencialidades. **CiencCuidSaude**, v. 9, n. 3, p. 569-576, jul./ set., 2010.