

# A VISITA DOMICILIAR COMO INSTRUMENTO DE TRABALHO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

DENISE BERMUDEZ PEREIRA\*  
PAULA BANDEIRA DE FREITAS\*\*  
MARIA LAURA DEBOM\*\*\*  
JACQUELINE SALLETE DEI SVALDI\*\*\*\*  
WILSON DANILO LUNARDI FILHO\*\*\*\*\*

## RESUMO

Este artigo enfoca a visita domiciliar como um valioso instrumento de trabalho da equipe multiprofissional atuante no Programa de Saúde da Família – PSF. Pretendemos demonstrar como a visita realizada por profissionais pode propiciar o estabelecimento de vínculos entre a equipe de saúde multiprofissional e as famílias, possibilitando o conhecimento do contexto familiar, do meio ambiente no qual estão inseridas e do processo de trabalho que pode ser implementado. É possível ainda obter subsídios para a identificação de determinantes do processo saúde-doença, assim como realizar em conjunto com as famílias o planejamento de ações adequadas e resolutivas de seus problemas.

**PALAVRAS-CHAVES:** visita domiciliar, equipe multiprofissional de saúde, famílias.

## ABSTRACT

This article focuses on home-visits as a valuable work tool for the professional team acting on the Family Health Program (PSF). The authors intend to demonstrate how the visiting of professionals can appease the establishing of a bond between the health team and families, enabling the awareness of the family context and the environment in which they are inserted. There is also the possibility to collect subsidy for the identification of the commands of the process of health and disease, at the same time allowing combined planning with the families of adequate actions to solve their problems.

**KEYWORDS:** home visits, multi-professional team, families.

---

\* Enfermeira da Secretaria de Saúde em Pelotas – PSF. Especialista em Saúde Pública (UNAERP). Aluna do Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família – FURG

\*\* Médica da Secretaria de Saúde em Pelotas – PSF. Especialista em Saúde Pública (UNAERP). Aluna do Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família – FURG

\*\*\* Médica da Secretaria de Saúde em Pelotas – PSF. Especialista em Saúde Pública (UNAERP). Aluna do Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família – FURG

\*\*\*\* Professora do Dep. de Enfermagem – FURG; Mestre em Enfermagem; membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde – NEPEs/FURG

\*\*\*\*\* Professor do Dep. de Enfermagem – FURG; Doutor em Enfermagem, membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde – NEPEs/FURG

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Saúde Coletiva, a história do Programa de Saúde da Família no Brasil iniciou a partir da formulação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, pelo Ministério da Saúde – MS, em 1991. A partir daí, começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não apenas o indivíduo, que passa a ser entendido como integrante de um contexto. O PSF iniciou no Brasil, em 1994. Surgiu como estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde, caracterizando-se por centrar seus cuidados na família (COUTO, 2003).

Este programa utiliza a visita domiciliar como estratégia capaz de aproximar a equipe multiprofissional de saúde e o universo familiar (BRASIL, 2005a). Segundo Souza (2000, p. 15), a família é “o espaço nuclear de agregação das pessoas, inseridas em um contexto social, devendo ser objeto prioritário e de focalização da atenção à saúde”. Corroboramos esse enunciado, pois, na prática diária, a equipe multiprofissional de saúde no PSF realiza suas atividades considerando o núcleo familiar.

Desenvolve-se, dessa forma, o processo de trabalho por necessidades das famílias – nas comunidades, em consonância com as orientações existentes em relação à implementação/execução do projeto. Nesse sentido, a convivência e as trocas existentes são revertidas como ganhos para ambas as partes; para o núcleo familiar, pelo acesso aos serviços em prol da sua saúde e qualidade de vida; para os profissionais de saúde, porque suas ações são resolutivas e ainda possibilitam que o Sistema Único de Saúde/SUS tenha menor custo, pois o cuidado à saúde auxilia a diminuir os índices de internação hospitalar e propicia a otimização dos recursos materiais e humanos na comunidade (BRASIL, 2005b).

Os profissionais de saúde que desenvolvem suas atividades na Atenção Primária, no projeto PSF, estão na porta de entrada do SUS, em contato direto com indivíduos, famílias, comunidades, com o objetivo de desenvolver ações para prevenir a doença, cuidar e promover a saúde e educar para a saúde. Portanto, os profissionais do PSF operam na linha de frente do sistema. Ao trabalharem na modalidade por territórios, desenvolvem suas atividades em áreas de abrangência pré-definidas, onde cada equipe multiprofissional de PSF é responsável por aproximadamente 5.000 pessoas. Assim, direcionam as ações profissionais de saúde para uma população determinada, propicia grande proximidade com as famílias, com seu meio ambiente e com sua cultura, permitindo melhor conhecê-las

e conhecer os problemas que as afligem e que podem afetar sua saúde, favorecendo o processo de tomada de decisões conjuntas.

Em outras palavras, as estratégias utilizadas pela equipe multiprofissional de saúde no PSF para promover e recuperar a saúde, o bem-estar e o viver saudável se fundamentam no atendimento às famílias nas Unidades Básicas de Saúde – UBS e nos seus domicílios. Essa abordagem propicia que os profissionais conheçam não só as pessoas, mas seus modos de vida, contexto social e comunitário. Dessa forma, podem conjuntamente pensar em ações que desenvolvam/propiciem melhorias na saúde e na qualidade de vida dessa população e dessa comunidade (VAZ, 2003).

A partir dessa contextualização, o objetivo deste estudo é realizar uma reflexão teórica acerca da importância da visita domiciliar realizada por profissionais de uma equipe multiprofissional de Saúde do PSF, no estabelecimento de vínculos entre os profissionais e as famílias e no conhecimento do contexto familiar, no meio ambiente em que estão inseridas, e no fomento e elaboração de estratégias coletivas com vistas à solução de problemas evidenciados.

## **AS ORIGENS HISTÓRICAS DA VISITA DOMICILIAR**

Há muito tempo a visita domiciliar é considerada uma importante atividade na história da saúde. Pode-se dividir a história da assistência domiciliar em dois períodos distintos, que foram denominados de pré-científico ou religioso e o científico (MAZZA, 1996). No período pré-científico ou religioso, a visita domiciliar tinha um enfoque assistencialista, caracterizado pela caridade. Era uma prática realizada por pessoas pertencentes às várias ordens religiosas, fundada na orientação de que prestar serviços aos pobres e doentes era considerado como um serviço prestado a Deus. A assistência realizada às pessoas em seu domicílio não tinha a preocupação primordial de adotar um método que possibilitasse um apio científico à assistência.

Os hebreus, em seu código civil, já preconizavam o atendimento e o cuidado no domicílio, os quais deveriam ser realizados por pessoas que detivessem determinados conhecimentos e habilidades. As pessoas que tinham o direito a esse tipo de assistência eram os desprovidos financeiramente, os doentes e mulheres no período puerperal (MAZZA, 1996). Já na Era Cristã, os apóstolos, referindo-se aos ensinamentos de Cristo, exaltavam esse tipo de cuidado no atendimento aos mais necessitados, como atesta São Lucas, em uma passagem da Bíblia, quando afirma: “Estava doente e me visitaste”.

Num segundo período, por volta de 1500, ainda sob grande

influência religiosa, a assistência domiciliária assumiu um caráter mais metódico. No século XVI, foi estabelecido, na Itália, no Instituto das Filhas de Caridade, que a finalidade da assistência prestada pelas irmãs dessa congregação fosse o atendimento a doentes e pobres. Para sistematizar/orientar o atendimento, foi recomendada a estruturação de um manual, o qual possuía um item específico sobre visita domiciliar.

O início do período científico, ocorrido por volta de 1850, foi marcado pela sistematização dos procedimentos da visita domiciliar. Esse processo passou a ser cada vez mais elaborado, difundindo-se simultaneamente na Europa e nos Estados Unidos (MAZZA, 1996).

Na atualidade, a visita domiciliar foi ressaltada no texto da Conferência de Alma-Ata, em 1979, com recomendação específica sobre os cuidados primários em saúde. Recomenda que a atenção/visitação domiciliária deve ser considerada como um instrumento, no qual deve ser utilizado o processo de educação em saúde, o respeito ao conhecimento das pessoas, dos recursos localmente disponíveis, alcançando assim a participação dos indivíduos, das famílias e da comunidade no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados (MAZZA, 1996).

Essas questões foram incorporadas à estrutura do SUS, no Brasil, a partir de 1988. Na medida em que foi estabelecido que, para melhor identificar e priorizar quais as ações de promoção e proteção devem ser desenvolvidas na recuperação da saúde, faz-se necessário conhecer as principais características do perfil epidemiológico da população, não só em termos de doenças mais freqüentes, mas também das condições socioeconômicas da comunidade (MAZZA, 1996). Nesse sentido, mostra-se necessário conhecer e compreender como são desenvolvidas as atividades – o processo de trabalho da equipe multiprofissional de saúde do PSF na visita domiciliar.

## **OBJETIVOS DA VISITA DOMICILIAR**

Na concepção de Nogueira e Fonseca (1997), os objetivos dessa atividade podem ser assim sintetizados:

- a) Prestar cuidados no domicílio, quando for conveniente para o paciente, para a família e para o serviço de saúde, sob o aspecto econômico, social e psicológico;
- b) Orientar um ou mais membros da família para a prestação de cuidados no domicílio;
- c) Coletar informações sobre as condições sócio-sanitárias da família, por meio de entrevista e observação;
- d) Orientar as famílias em seu ambiente sobre assuntos de higiene

- geral, quando a UBS não for o ambiente mais indicado;
- e) Proporcionar aos profissionais o conhecimento sobre o indivíduo, o seu verdadeiro contexto de vida, seu meio ambiente e as relações afetivo-sociais entre os vários membros da família;
  - f) Facilitar a adaptação do planejamento da assistência, de acordo com os recursos de que a família dispõe;
  - g) Proporcionar melhor relacionamento ou maior aproximação da equipe de saúde com a família;
  - h) Garantir maior liberdade para a família ou indivíduo expor seus problemas.

## **IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIAR**

Através da visita domiciliar, pode-se identificar várias características importantes, como a qualidade de vida, de moradia, de trabalho, de higiene pessoal e das relações interpessoais no ambiente doméstico, ao considerar os aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Essa estratégia possibilita fazer o diagnóstico da vulnerabilidade das pessoas no seu ambiente, seus riscos de adoecer e morrer.

Ao encontro desse pensamento, Tavares (2004, p. 103) afirma:

a visita domiciliar é um momento ímpar no cuidado do paciente, da família e da comunidade. A observação da residência, o registro das condições de vida e de habitação e a avaliação dos recursos contribuem para o diagnóstico familiar e para o entendimento de aspectos culturais.

A visita domiciliar possibilita que os profissionais conheçam como se expressam as pessoas na família, como compõem seus processos, sua forma de trabalhar e viver. Ainda,

como estas formas são socializadas entre os seus pares, quais padrões de solidariedade se desenvolvem no interior do meio familiar e como estes podem contribuir para o processo de cuidado, cura ou recuperação na família. Além de buscar a identificação dessa funcionalidade familiar, a prática do trabalho compreende ainda entender as funções sociais, econômicas, ideológicas de produção e reprodução no educar/formar, na força de trabalho empreendida na sociedade e na forma como a cultura vai sendo construída/incorporada ao longo do tempo (FRACOLLI; BERTOLOZZI, 2001, p. 7).

A proximidade entre as famílias e os profissionais possibilita a descoberta de alguns determinantes do processo de saúde e doença, nos aspectos físicos, psicológicos, sociais e culturais. Durante a visita domiciliar, as famílias têm mais liberdade para expor seus problemas, pois estão em seu ambiente, em seu domínio, e nesse

momento os profissionais de saúde são mais disponíveis/próximos, o que pode não acontecer na UBS do PSF. Nesses locais, vários fatores podem interferir no diálogo, como a ausência de privacidade, pois os espaços são pequenos ou inadequados; há grande demanda de trabalho e pouco tempo para assistir a todos e, ainda, geralmente, as questões de saúde que aportam nas UBS são, no mínimo, de caráter urgente.

Na visita domiciliar, os profissionais podem/devem problematizar com as pessoas o conceito de saúde, definido pela 8.ª Conferência Nacional de Saúde – 1986, o qual engloba vários fatores como saneamento básico, alimentação, moradia, trabalho, educação, lazer, entre outros, pois saúde não é só a ausência de doenças. A problematização sobre o processo saúde-doença entre os profissionais e a família possibilita que reconheçam/busquem os possíveis caminhos de alternativas na resolução de seus problemas emergentes e, ainda, conquistar sua autonomia (DESAUNIERS, 2000). Integrando esse raciocínio, Costa (apud MAZZA, 1996) refere que a visita domiciliária, como atividade dirigida à família, enseja um tipo de ensino voltado à solução de problemas de vivência em situações da vida real, no ambiente familiar.

## **COMPOSIÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE**

Os profissionais que compõem a equipe multiprofissional de saúde do PSF são o Agente Comunitário de Saúde – ACS, o enfermeiro, o médico e os auxiliares de enfermagem.

## **ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS**

De acordo com as Normas e Diretrizes do Programa de Saúde da Família do Rio Grande do Sul, a equipe multiprofissional do PSF tem as seguintes atribuições (RIO GRANDE DO SUL, 1999):

- a) Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- b) Identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco a que a população está exposta;
- c) Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença;
- d) Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com

- ênfase nas ações de promoção à saúde;
- e) Promover ações intersetoriais, para o enfrentamento dos problemas identificados;
  - f) Realizar visitas domiciliares, com a finalidade de monitorar a situação de saúde das famílias. As visitas devem ser programadas ou voltadas ao atendimento de demandas espontâneas, segundo critérios epidemiológicos e de identificação de situação de risco.

Na equipe multiprofissional de saúde, o Agente Comunitário de Saúde – ACS, profissional que provém e reside no próprio meio ambiente em que trabalha, tem suas atribuições regulamentadas pela Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997, a qual aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Programa de Saúde da Família – PSF (BRASIL, 1999). Nas atividades diárias desse profissional e em seu processo de trabalho na comunidade, a visita domiciliar é usada como um instrumento básico para conhecer as famílias no seu ambiente.

O ACS, em seu processo de trabalho, inicialmente conhece as famílias; logo após faz o cadastro, o que possibilita que estas sejam acompanhadas e que, se necessário, mais tarde, seja realizado um trabalho educativo por toda a equipe multiprofissional de saúde. Além do ACS, os outros membros dessa equipe também utilizam a visita domiciliar no seu processo de trabalho.

### **SÃO ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE:**

- a) Prestar assistência integral aos indivíduos sob sua responsabilidade;
- b) Valorizar a relação médico-paciente e médico-família como parte de um processo terapêutico e de confiança;
- c) Oportunizar os contatos com os indivíduos sadios ou doentes, visando a abordar os aspectos preventivos e de educação sanitária;
- d) Executar as ações de assistência nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador, ao adulto e ao idoso, realizando também atendimento de primeiros cuidados nas urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
- e) Promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente seja mais saudável;
- f) Discutir, de forma permanente, junto à equipe de trabalho e

comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos à saúde e as bases legais que o legitimam;

- g) Participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das unidades de saúde da família.

### **AO ENFERMEIRO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE COMPETE:**

- a) Executar, no nível de suas competências, ações de cuidado e educação à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e ao idoso;
- b) Desenvolver ações para a capacitação dos ACS e auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções junto ao serviço de saúde;
- c) Discutir, de forma permanente, junto à equipe de trabalho e comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
- d) Participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das UBS.

### **SÃO ATRIBUIÇÕES DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE:**

- a) Desenvolver, com os ACS, atividades de identificação das famílias de risco;
- b) Contribuir, quando solicitado, com o trabalho dos ACS, no que se refere às visitas domiciliares;
- c) Acompanhar as consultas de enfermagem dos indivíduos expostos às situações de risco, visando a garantir melhor monitoração de suas condições de saúde;
- d) Executar, segundo sua qualificação profissional, procedimentos de vigilância sanitária e epidemiológica, nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, bem como no controle da tuberculose, hanseníase, doenças crônico-degenerativas e infecto-contagiosas.

Salientamos que em alguns municípios, além da equipe multiprofissional de saúde básica, foram incorporados outros profissionais como os odontólogos, assistentes sociais, nutricionistas, entre outros.

## ETAPAS DA VISITA DOMICILIAR

A equipe multiprofissional de saúde pode receber uma solicitação de visita domiciliar, pelo ACS ou por algum membro da família. Quando, por algum motivo, torna-se necessária a visita dos profissionais, esta deve ser planejada com a finalidade de que os objetivos do processo de trabalho em saúde não se percam.

A equipe multiprofissional de saúde deve seguir algumas etapas, para que a visita domiciliar realmente se caracterize como um instrumento de interação. De acordo com Takahashi e Oliveira (2001), essa ação é composta por quatro etapas: planejamento, execução, registro de dados e avaliação do processo, a seguir descritas.

Primeira etapa – planejamento: somente quando planejada e sistematizada, a visita domiciliar poderá se configurar como um dos instrumentos de trabalho disponíveis às ações de saúde. A equipe multiprofissional de saúde deve planejar a visita domiciliar, selecionando os indivíduos ou famílias a serem visitadas, priorizando aquelas pessoas expostas às situações de risco ou com agravos à saúde já ocorrendo.

É necessário que, antes da realização da visita, os profissionais busquem informações acerca do indivíduo ou situação-problema com que irão se deparar. Os dados deverão ser obtidos através de familiares próximos, dos ACS ou do prontuário existente na UBS do PSF. No planejamento, deve-se estabelecer os objetivos da visita, de acordo com a situação verificada.

Segunda etapa – execução: na chegada ao lar da família, a equipe multiprofissional de saúde ou o profissional devem, primeiramente, apresentar-se e explicar em linguagem acessível o motivo de estarem ali. Enquanto se desenvolve a visita, é interessante observar como se relacionam os membros daquela família, se assim couber.

Terceira etapa – registro de dados: após o término da visita, todos os dados pertinentes à família ou à circunstância necessitam ser anotados no prontuário. Pode ser elaborado um relatório para que as informações colhidas fiquem socializadas a todos os profissionais da equipe.

Quarta etapa – avaliação do processo: a equipe multiprofissional de saúde responsável pela visita deve, posteriormente, reunir-se para discutir se alcançaram ou não seus objetivos e assim planejar as ações seguintes. Nessa etapa, a participação da família é muito importante, já que todas as atividades subseqüentes devem ser decididas conjuntamente.

Os profissionais que utilizam a visita domiciliar como um dos seus instrumentos de trabalho devem ficar atentos para fatores ou atitudes que podem impedi-los de ter sucesso nessa atividade. Nesse sentido, enfatiza-se que a visita realizada sem planejamento pode se

transformar numa atividade inadequada, dessa forma não alcançando seus propósitos (NOGUEIRA et al., 1977).

Também é relevante que a equipe multiprofissional de saúde não deve deixar de prestar assistência na UBS para simplesmente visitar os domicílios. A visitação deve ter um objetivo claro. A essência do PSF preconiza a atenção integral ao indivíduo e à família, englobando promoção, prevenção, cura e reabilitação. Se o processo de trabalho não for conduzido dessa forma, a essência do programa pode ser alterada.

Complementando, Franco e Merhy (1999) recomendam que a visita domiciliar não seja realizada pela equipe multiprofissional de saúde sem prévio agendamento com as famílias, pois pode ser considerada invasão da privacidade familiar. Alertam que deve haver uma indicação explícita para que a visitação ocorra, pois evita a banalidade na aproximação entre profissionais e famílias. Referem que a exceção a essa modalidade de processo de trabalho é aceita para os ACS, pois estes têm a função específica de vigilância à saúde.

Em 1999, na Conferência Nacional de Saúde, em Belo Horizonte, foram discutidas várias recomendações quanto à visita domiciliar realizada pela equipe multiprofissional de saúde no PSF. Recomenda-se que, de preferência, toda visita à família, exceto em casos especiais, seja previamente agendada, para que as pessoas tenham o tempo necessário de se organizar e ficar mais à vontade para receber a equipe multiprofissional de saúde.

Ainda, a equipe multiprofissional de saúde, ao sair da UBS, deve ter os endereços corretos das famílias que pretende visitar, com pontos de referência, para evitar perda de tempo e aumento de custos. Se, no itinerário do dia, constar a visitação a alguma família que tenha uma pessoa portadora de patologia contagiosa, essa visitação deve ser deixada por último.

Deve-se evitar o comparecimento de um grande número de pessoas às residências, para que os moradores não se sintam invadidos por profissionais desconhecidos. Quando, durante a visita domiciliar, houver a necessidade de realizar algum procedimento, a equipe multiprofissional de saúde deve anteriormente planejar o tempo a ser gasto, prover o material a ser utilizado e promover o adequado preparo do indivíduo, família e ambiente.

Ainda, é fundamental que os profissionais mantenham uma postura adequada diante da família, ou seja, ao abordar as pessoas, devem fazê-lo de maneira simples, não usando formalidade excessiva, mas evitando também ser amistosos em demasia. O ideal é construir uma relação de confiança entre a equipe multiprofissional de saúde e os constituintes da família, para que estes se sintam suficientemente

seguros e sejam capazes de expor seus problemas e suas dificuldades.

Outro aspecto importante, ao qual os profissionais necessitam estar atentos, é quanto ao modo pelo qual as pessoas se expressam. Todas as formas de comunicação, inclusive as não-verbais, como gestos, olhares e expressões faciais, precisam ser percebidas. Durante a conversação, deve-se demonstrar interesse pelo problema da pessoa, intervindo, quando necessário, e sabendo o momento certo de calar-se. É imprescindível usar um vocabulário simples, facilmente compreensível e adequado à circunstância. É indispensável evitar questionamentos em demasia, perguntando-se somente o que é relevante à situação. O profissional de saúde precisa manter-se neutro acerca de opiniões, comportamentos e estilos de vida, privando-se de emitir julgamentos de valor. Deve-se garantir à família o sigilo de todas as informações colhidas, mantendo-se a ética.

Durante todo e qualquer diálogo com a família, deve-se levar em consideração os saberes das pessoas, assim como seus costumes, sua cultura e a maneira como percebem a vida. O ideal, talvez, seja interagir, buscar o diálogo, flexibilizar, negociar conjuntamente e encontrar uma melhor forma de promover a educação e a saúde para, assim, obter melhores resultados.

A visita da equipe multiprofissional de saúde não deve se transformar em um momento de cobranças, como se os profissionais de saúde estivessem no domicílio inspecionando se as orientações/ações previamente negociadas estariam sendo cumpridas. É importante lembrar que as pessoas são as maiores responsáveis pela solução de seus problemas, quando livres para pensar e transformar adversidades em soluções, e que os profissionais podem apenas sugerir determinados cuidados que as ajudem a promover um viver melhor.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Tendo em vista o que foi apresentado sobre a visita domiciliar como instrumento de trabalho no PSF, entende-se que através dela os profissionais da equipe multiprofissional de saúde são capazes de promover a educação em saúde e auxiliar as famílias, considerando o contexto social em que estão inseridas, a construir possíveis soluções para os seus problemas de saúde.

A visita domiciliar possibilita que a equipe multiprofissional de saúde se aproxime da família, criando vínculos com ela, verificando qual é o relacionamento existente entre as pessoas que a constituem e quais são suas relações. Pode-se verificar os fatores que fragilizam tanto as famílias no seu autocuidado quanto os serviços de saúde na efetividade de suas

ações, possibilitando a realização de diagnósticos das questões de saúde da comunidade, favorecendo o planejamento conjunto de novas estratégias para o enfrentamento dessas vulnerabilidades. A equipe multiprofissional de saúde, conhecendo a família, o seu modo de viver, seus costumes, sua cultura, poderá, embasada em seu conhecimento científico, reconhecer os processos que facilitam o aparecimento de doenças.

Considerando a visita domiciliar como importante instrumento de interação, é fundamental lembrar que não se deve caracterizá-la somente como ferramenta assistencialista, mas, também e principalmente, como agente transformador, que desperta nos indivíduos a responsabilidade por se educar/transformar, cuidar-se e ter saúde. Gerar modificações no comportamento das famílias possibilita melhorar a sua qualidade de vida e saúde. Essa forma de pensar e agir pode colaborar na efetivação das mudanças propostas pelo SUS, evoluindo, assim, do puro assistencialismo para a autogestão dos processos e contribuindo para a formação de cidadania responsável.

## BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/conhecacadab.php>>. Acesso em: 12 dez. 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 12 dez. 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS/SPS/MS. Coordenação de Atenção Básica/SAS/MS. *Diretrizes para a elaboração de programas de qualificação e requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *O trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: [s. e.], 2000.

COUTO, Z. F. S. *A arte como exercício ético e estético para compreensão do processo de trabalho em Saúde da Família*. Rio Grande, 2003. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Fundação Universidade Federal do Rio Grande. 138 p.

DESAUNIERS, Julieta B. (org.). *Fenômeno: uma teia complexa de relações*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000. p. 195-202.

DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria I.; GIUGLIANI, E.J. (org.). *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 88-100.

FRACOLLI, Lisiane; BERTOLOZZI, Maria. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo. *Manual de Enfermagem*. São Paulo 2001. p. 4-8. Disponível em: <<http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>>. Acesso em: 12 dez. 2005.

FRANCO, Túlio; MERHY, Emerson. PSF: contradições e novos desafios. In: *Conferência Nacional de Saúde on-line*, Belo Horizonte/Campinas, mar. 1999. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/psftito.htm>>. Acesso em: 30 set. 2003.

MAZZA, Márcia Maria R. *A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde*. São Paulo, 1996. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/mazza.htm>>. Acesso em: 30 de set. 2003.

NOGUEIRA, Maria Jacyra de Campos; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. A visita domiciliária como método de assistência de enfermagem à família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 11, p. 28-50, abr. 1977.

PUSTAI, Odalci José. O sistema de saúde no Brasil. In: DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria I.; GIUGLIANI, Elsa J. (org.). *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 69-75.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. Departamento de Ações em Saúde. Divisão de Programas e Projetos Especiais. *Normas e Diretrizes do Programa de Saúde da Família*. Porto Alegre, 1999.

SOUZA, Heloísa Machado. Programa de Saúde da Família. Entrevista. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 53, n. especial, p. 7-16, dez. 2000.

TAKAHASHI, Renata; OLIVEIRA, Maria. A visita domiciliária no contexto da Saúde da Família. *Manual de Enfermagem*. São Paulo, 2001. p. 43-46. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/psftito.htm>>. Acesso em: 30 set. 2003.

TAVARES, Mario. A prática da atenção primária à saúde. In: DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria I.; GIUGLIANI, Elsa J. (org.). *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 101-106.

VAZ, José Carlos. *Assistência domiciliar à saúde*. Santos: Secretaria de Higiene e Saúde, 1994. Disponível em: <<http://federativo.bndes.gov.br/dicas/D008%20-20assistencia%20domiciliar%20a%20saúde.htm>>. Acesso em: 1 out. 2003.

VISITA DOMICILIAR. [s.d.] Disponível em: <<http://www.geocities.com/luciana ceretta/vdomiciliar.htm>>. Acesso em: 5 out. 2003.

Recebido: 14/12/05