

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE DA FAMÍLIA

MOLISE FORTUNA PENNISI MAROCO

**LIMITAÇÕES E POTENCIALIDADES DA VISITA DOMICILIAR
COMO FERRAMENTA ASSISTENCIAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA**

CONSELHEIRO LAFAIETE / MINAS GERAIS

2014

MOLISE FORTUNA PENNISI MAROCO

**LIMITAÇÕES E POTENCIALIDADES DA VISITA DOMICILIAR
COMO FERRAMENTA ASSISTENCIAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.^a Ms. Andréa Fonseca e Silva

CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS

2014

MOLISE FORTUNA PENNISI MAROCO

**LIMITAÇÕES E POTENCIALIDADES DA VISITA DOMICILIAR
COMO FERRAMENTA ASSISTENCIAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.^a Ms. Andréa Fonseca e Silva

Banca Examinadora

Prof.^a Ms. Andréa Fonseca e Silva - Orientador

Prof.^a Ms. Fernanda Carolina Camargo - Examinador

Aprovado em Belo Horizonte : 12 / 04 / 2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida e pela oportunidade diária de aprendizado

Ao meu marido, Marcelo, pelo apoio constante.

As minhas filhas, Maria Clara e Manuela, por serem a alegria dos meus dias e maior incentivo a busca de aprimoramento.

A minha mãe, Tânia, pela ajuda e presença constantes em minha vida.

A minha orientadora, Andréa, pela paciência e atenção em todo esse processo.

RESUMO

A visita domiciliar tem se mostrado uma ferramenta importante na assistência à saúde. No contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), esta se apresenta como uma ferramenta essencial para o bom funcionamento da Unidade básica de saúde (UBS). No entanto, observamos que no dia-a-dia das equipes de saúde essa ferramenta é subutilizada devido à falta de conhecimento de suas potencialidades e dificuldade em superar suas limitações. Este estudo objetivou identificar na literatura as limitações e potencialidades na utilização da visita domiciliar pela ESF como ferramenta de assistência à saúde, além de identificar a percepção dos usuários e dos profissionais sobre a visita domiciliar na atenção básica. O estudo foi realizado por meio de revisão bibliográfica com seleção de artigos no período de 1999 e 2013 que relacionassem a visita domiciliar à atenção primária no Brasil. Constatou-se que as potencialidades do uso da visita domiciliar na ESF se sobrepõem muito às suas limitações e que estas podem ser superadas em sua maioria com medidas de fácil execução e baixo custo trazendo maior resolutividade para as ações dos profissionais da equipe de saúde e maior satisfação dos usuários.

Palavras-chaves: Visita domiciliar. Atenção Primária à Saúde. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

The home visit has been shown to be an important tool in healthcare and it is an essential tool for a good functioning of Basic Health Unit (BHU), in the context of Family Healthcare Strategy (FHS). However, we observe that these strategy is underused by health teams, because they don't know their potentialities and difficulties to overcome their limitations. This study aimed to identify the limitations and potentialities in the literature about the use of home visit as FHS. In addition this study intend to identifying the perception of users and literature review with selection of published articles between 1999 and 2013 about home visit in primary health care in Brazil. It was noted that the potential use of home visit is superior when compared with their limitations. The limitations can be overcome with simple measures with adequate implementation. There is low cost compared with the greater efficaciousness for the actions of health team and greater user satisfaction.

Keywords : Home visit .Primary health care. Family Health Program.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDENF Base de Dados de Enfermagem

BIREME Biblioteca Virtual em Saúde

ESF Estratégia Saúde da Família

LILACS Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

PSF Programa Saúde da Família

SCIELO Scientific Eletronic Library Online

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

VD Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVOS	12
3 METODOLOGIA.....	13
4 DESENVOLVIMENTO	14
4.1 A visita domiciliar como ferramenta na ESF	14
4.2 A visita domiciliar sob o ponto de vista da equipe de saúde da família.....	15
4.3 A visita domiciliar sob o ponto de vista do usuário	17
4.4 Visita domiciliar: Potencialidades X Limitações.....	19
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS.....	23

1 INTRODUÇÃO

A atenção domiciliar está em processo de ascensão entre as práticas de saúde no Brasil. Esta estratégia de atenção à saúde tem sido amplamente difundida no mundo e tem como pontos fundamentais o cliente, a família, o contexto domiciliar, o cuidador e a equipe multiprofissional (LACERDA, *et al.*, 2006). Essa tendência é observada em função de diversas alterações sofridas pela sociedade tais como o envelhecimento populacional; o aumento de doenças crônicas; o elevado custo hospitalar; o aumento da sobrevivência das pessoas devido aos avanços tecnológicos; o maior interesse da população por cuidados em saúde; a busca pelos profissionais de saúde por novas áreas de atuação; exigência de privacidade, individualidade e humanização da assistência à saúde (DUARTE; DIOGO, 2000).

No Brasil, desde 1994 foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF), tendo sido nomeado desde 2006, como Estratégia de Saúde da Família (ESF), visando à reestruturação do sistema de saúde no país com a substituição do modelo centrado na doença por um atendimento integral à saúde com foco na família e seu ambiente físico, social e cultural. Este modelo tem como um de seus pilares a visita domiciliar (CUNHA; SÁ, 2013). Segundo o Ministério da Saúde, a atenção domiciliar na ESF tem como função o cadastramento, a busca ativa, ações de vigilância e de educação em saúde, além da identificação de usuários que se beneficiam de cuidados e acompanhamento permanente ou limitado devido a agravos de saúde. Pacientes que anteriormente não eram acompanhados pelo sistema pela dificuldade de acesso às redes de saúde passaram a ser atendidos em seus domicílios pela ESF, portanto, a visita domiciliar, potencializou o resgate dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) como a integralidade, a universalidade e a equidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A realização de atendimento domiciliar requer a reorganização do processo de trabalho da equipe de saúde e discussão sobre diferentes abordagens à família, além da busca de novas

tecnologias necessárias para a realização do cuidado à saúde no ambiente domiciliar para que os profissionais sejam capazes de oferecer uma prática humanizada, competente e resolutive, que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação (Ministério da Saúde, 2012). As ações na ESF desenvolvem-se por meio do trabalho em equipe, utilizando tecnologia de alta complexidade e baixa densidade. Na realização das visitas domiciliares é imprescindível a utilização de tecnologias leves, aquelas produtoras de interação, que se dão nos espaços de intercessão entre profissionais e usuários; como é o caso do acolhimento, do vínculo e da autonomização com responsabilização, pois permitem uma comunicação dialógica e a integralidade do cuidado (SAKATA *et al*, 2007).

No entanto, o que observamos na prática das equipes é uma utilização inadequada da visita domiciliar enquanto ferramenta na ESF, não atingindo seus objetivos e sendo usada de forma fragmentada devido à falta de conhecimento das limitações e potencialidades deste instrumento. A ESF vem se consolidando como uma das principais portas de acesso ao sistema de saúde, no entanto, na grande maioria das vezes essas equipes estão expostas a sobrecarga de trabalho por atenderem um número excessivo de usuários, trabalhar com equipes incompletas, ausência de redes de apoio, estrutura física precária, falta de investimento dos municípios em manter e capacitar as equipes, gerando alta rotatividade nas equipes e falta de comprometimento e desgaste dos trabalhadores. Em função disto, as equipes geralmente concentram suas atividades em práticas curativas, pois estas são a maior demanda da população. Deixam de lado as ações de vigilância sanitária, promoção e educação em saúde e, principalmente, as reuniões de equipe, educação continuada e discussão do processo de trabalho da equipe, atividades primordiais para um atendimento mais integral e resolutive para a população.

Questiono se a visita domiciliar não poderia ser usado de forma mais efetiva, mais direcionada para trazer maior resolutividade ao trabalho na ESF? Não seria esta uma forma de maior conhecimento e conscientização da população para diminuir e organizar a demanda da unidade básica de saúde? Não seria a falta de conhecimento dos profissionais sobre a real utilidade da visita domiciliar como ferramenta?

Verifico que, essa realidade vivenciada pela maioria das equipes na ESF é a encontrada pela minha equipe, estando às visitas domiciliares entre as atividades que mais geram dúvidas, apresentando uma prática fragmentada, desarticulada e sem resultados satisfatórios. Geram hoje grande frustração em toda a equipe.

Portanto, um maior conhecimento teórico sobre a utilização da visita domicilia como ferramenta de assistência em saúde, trará importante contribuição para melhorar a prática de todos os profissionais da ESF, gerando maior resolutividade para os usuários e com maior aproveitamento do tempo em nosso dia-a-dia.

2 OBJETIVO GERAL

Identificar na literatura pesquisada as limitações e potencialidades na utilização da visita domiciliar pela ESF como ferramenta de assistência em saúde.

2.1. Objetivos específicos

- Identificar nos artigos a visão dos usuários e dos profissionais sobre a visita domiciliar na atenção básica.

3 METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica que segundo Neto (2012), tem como objetivo desvendar, recolher e analisar as principais contribuições sobre um determinado fato, assunto ou idéia. A revisão de literatura foi realizada por meio de pesquisa nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS – <http://lilacs.bvsalud.org/>), na Base de Dados de Enfermagem (BDENF – <http://bases.bireme.br/>) e na Biblioteca Scientific Electronic Library Online (SCIELO – www.scielo.org/) utilizando os seguintes descritores : Atenção primária à saúde, Visita domiciliar e Programa de saúde da família.

Utilizou-se a Biblioteca Virtual (BIREME – www.bireme.org), na qual a pesquisa foi delimitada para artigos publicados a partir do ano 1999 a 2013 em português. Foram descartados os artigos em inglês pelo fato destes abrangerem a visita domiciliar em outros contextos que não a atenção primária à saúde brasileira. Por meio dos artigos encontrados nesta pesquisa também foi realizada a busca de novas referências e documentos que neles constavam, adicionando mais quatro artigos. Foram utilizados um total de 13 artigos sobre o tema.

Os artigos encontrados foram divididos em três grupos tais como: *a visita domiciliar como ferramenta na ESF*, *a visita domiciliar sob o ponto de vista dos profissionais da ESF*, *a visita domiciliar sob o ponto de vista dos usuários*, observando-se as limitações e potencialidades desta em cada um dos aspectos abordados.

4 DESENVOLVIMENTO

4.1. A visita domiciliar como ferramenta na ESF

Utilizando-se classificação que tem sido usada na área da saúde, consideramos a visita domiciliar uma tecnologia leve-dura: leve por conter um saber que as pessoas adquiriram e se expressa na sua forma de pensar as situações de saúde e de atuar sobre elas; e dura na medida em que é um saber –fazer bem estruturado, bem normatizado e bem protocolado. A tecnologia leve é aquela que se produz através do trabalho vivo, entendido como processo das relações e segundo Lopes; Saupe; Massaroli (2008), a visita domiciliar reúne pelo menos três tecnologias leves a serem aprendidas e desenvolvidas: a observação, indicando a atenção aos detalhes dos fatos e relatos apresentados durante a visita; a entrevista, implicando o diálogo com sua devida finalidade e não apenas uma conversa empírica; o relato oral ou história, espaço onde as pessoas revelam como dão sentido às suas vidas.

Pode ser considerada como um método, uma tecnologia e um instrumento. O método se inscreve como possibilidade nas abordagens qualitativas; como tecnologia leve- dura requer competência (saberes, habilidades e atitudes), especialmente quanto à interação à observação e à comunicação; e como instrumento, faz uso do planejamento e do registro, orientado por um roteiro. Exige plena concordância do usuário e o estabelecimento de relação alicerçada pela ética. (LOPES; SAUPE ;MASSAROLI, 2008).

Os autores consultados destacam a importância do planejamento, roteiro de orientação e registro do conteúdo da visita domiciliar para uso eficiente desta no processo de trabalho da equipe de saúde. Em seus trabalhos, Lopes, Saupe, Massaroli(2008) e Mendes,Oliveira (

2007), propoem modelos de roteiros a serem seguidos para a sistematização das visitas domiciliares. Coelho e Savassi (2004) propoem uma sistematização para a priorização das visitas domiciliares ao elaborar uma escala de risco familiar baseada na ficha A do SIAB que mostrou-se um instrumento simples e eficiente de análise do risco familiar sem a necessidade da criação de nenhuma nova ficha ou escala burocrática.

A visita domiciliar também se destaca como instrumento para obtenção de dados para avaliação das condições de habitação e saneamento. A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para tomada de decisões baseadas em evidências e para programação de ações de saúde. A visita domiciliar se apresenta como um momento privilegiado para identificação de fatores determinantes do processo saúde-doença, percebidos no ambiente em que vivem as famílias, e promotor de saúde mediante a perspectiva da educação em saúde (AZEREDO *et al*, 2007).

A visita domiciliar é ferramenta essencial para o bom funcionamento da UBS e instrumento essencial para o trabalho de toda a equipe, devendo ser utilizado como um instrumento seguindo sistematização previamente definida pela equipe para que possa ter maior aproveitamento e confiabilidade dos dados obtidos e serem melhor aproveitados no planejamento de ações na ESF.

4.2. A visita domiciliar sob o ponto de vista da equipe de saúde da família

A visita domiciliar é atribuição de todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família. No entanto, a frequência da realização das visitas entre esses profissionais é variável, sendo o ACS o profissional que realiza o maior número de visitas domiciliares, com frequência diária, pois desenvolvem atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos e vigilância à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A realidade descrita por Gaiva e Siqueira (2011) em seu trabalho é a mesma observada na maioria das equipes da ESF, onde o planejamento das visitas domiciliares (VD) a serem realizadas pela equipe é definido baseado no trabalho dos ACS. A partir das VD realizadas pelos ACS são traçados o plano e as estratégias de ação que serão desenvolvidos pela equipe junto às famílias e agendadas as visitas a serem realizadas pelos outros profissionais de saúde quando se verifica a necessidade. Observa-se que a presença de outro profissional da equipe na Visita Domiciliar é pontual e geralmente realizada separadamente e com enfoques distintos.

A Visita Domiciliar realizada pela enfermagem é direcionada para a promoção e prevenção da saúde, focando o cuidado e fornecendo orientações. A VD realizada pelo médico é focada na doença e direcionada ao indivíduo doente, e geralmente não abordando a família. A Visita Domiciliar realizada pelo ACS pauta-se prioritariamente em ações educativas de promoção da saúde.

Em artigo publicado por Cunha e Sá (2013), observa-se outra realidade muito comum nas equipes. Trata-se do fato de todos os ACS adotarem critérios diferentes entre si para desenvolver seu trabalho. Desta forma cada um deles estabelece seus critérios para a realização das VD, sendo que alguns priorizam grupos de risco, outros seguem a numeração das casas, outros ainda iniciam pelos números pares e depois seguem para os números ímpares, sem, contudo priorizar os problemas mais relevantes. Essa falta de coordenação entre o trabalho dos ACS pode levar a diferença de acesso da população dentro de um mesmo território.

Segundo Sakata *et al* (2007), percebe-se uma ambigüidade na compreensão do significado da VD pelos profissionais da equipe, ora são percebidas como um acompanhamento, ora como fiscalização e vistoria. O acompanhamento se relaciona com a criação de vínculo com a comunidade e prestação de cuidados longitudinalmente levando em consideração a realidade e as necessidades locais. Quando vista como fiscalização ou vistoria se relaciona ao fato da necessidade de preencher fichas e relatórios que causa no profissional a sensação de intromissão na vida das pessoas.

O fator tempo é sempre muito discutido pelas equipes quando se fala de VD, pois é considerado o principal fator limitante para a boa realização desta atividade. Sakata *et al* (2007), no entanto, divide o tempo em duas formas pela percepção da equipe em seu trabalho: o tempo cronológico e o tempo emocional. O tempo cronológico é aquele considerado limitante pelas equipes, corresponde à duração das visitas e articulação desta com as outras atividades que devem ser executadas, além do cumprimento de metas quantitativas. O tempo emocional diz respeito ao uso de tecnologias leves no cuidado à saúde no domicílio, considerado favorável ao acolhimento, a criação de vínculo e ao atendimento integral às famílias. Neste sentido as visitas mais demoradas são realizadas onde há problemas de saúde ou sociais como idosos que moram sozinhos e as visitas são utilizados como um espaço para “conversar” e “ouvir”.

A visita domiciliar é entendida pelas equipes como uma oportunidade de aproximação com os usuários, permitindo compreender sua realidade, seu modo de vida, suas relações intra-familiares e sociais, seu ambiente físico e emocional. Permitem abordar questões que vão além da doença física como problemas sociais e emocionais, ou seja, permite o conhecimento integral dos indivíduos e seu núcleo familiar, proporcionando um meio de realizar orientações voltadas para as reais necessidades de saúde do usuário e buscando uma forma singular de cuidar. No entanto, essa aproximação com o modo de vida das famílias ocasionada pelas VD muitas vezes é vista como um fator negativo pelos profissionais. Ao entrar no domicílio esses estão sujeitos a um ambiente imprevisível, um contexto de incertezas e surpresas que muitas vezes exigem do profissional um conhecimento que vai muito além do conhecimento técnico. Exigem um envolvimento emocional que muitas vezes estes não estão preparados e que não encontram suporte na rede de saúde e municipal para a solução dos problemas encontrados naquele domicílio gerando sentimento de frustração e impotência frente a determinadas situações. Esta dificuldade é vivenciada mais intensamente pelos ACS devido a sua dupla inserção na comunidade, como profissional e como morador (SAKATA *et al*, 2007).

4.3. A visita domiciliar sob o ponto de vista do usuário

A visita domiciliar é vista de forma positiva pelos usuários sob vários aspectos. Em seus trabalhos, Cruz e Bourget(2010) e Mandú *et al* (2008), identificam alguns destes aspectos destacados pelos usuários em entrevistas. A visita domiciliar é vista por estes como uma prática rotineira importante, pois permite a realização de ações de vigilância, prevenção e promoção de saúde em um atendimento individualizado.

Os entrevistados também destacam a visita domiciliar como um meio facilitador de aproximação das necessidades da população uma vez que permite o conhecimento da realidade de cada família sendo um meio de ampliar a equidade no atendimento. É vista também como um meio de intermediação entre o domicílio e a unidade básica de saúde, facilitando o conhecimento da rotina do posto, horários de reuniões, consultas, agendamentos. No entanto, Mandú *et al* (2008), ressalta o fato de muitos entrevistados manifestarem o desejo que sua família seja visitada mais frequentemente e discute o fato da visita poder vir a promover a acomodação do usuário, causando dependência e desestímulo a um envolvimento mais ativo das famílias no enfrentamento de seus problemas; sendo esta também uma preocupação do Ministério da Saúde em relação às visitas domiciliares (MINISTÉRIO DA SAÚDE,1997).

Em ambos os trabalhos as visitas domiciliares são vistas como forma importante de humanização da atenção à saúde e criação de vínculo, pois o diálogo e a atenção dispensada nas visitas promovem sensação de bem-estar, cria laços de confiança e permite o acompanhamento ao longo do tempo destas famílias além de uma corresponsabilidade ao vivenciar os problemas de saúde. Os usuários relatam que para que haja a abertura dos domicílios para ação dos profissionais é essencial que se perceba nestes o comprometimento, o respeito à vida privada e comportamento ético (CRUZ; BOURGET 2010; MANDÚ *et al*, 2008).

Na caracterização das visitas como meio de acesso aos cuidados em saúde destacam-se práticas focalizadas na doença evidenciando-se a adoção do modelo curativista em contraposição ao modelo adotado pela ESF, principalmente nas visitas domiciliares realizadas pelos outros profissionais de saúde que não sejam os ACS. Percebe-se o grande destaque dado pelos entrevistados aos componentes da prática clínica tradicional em detrimento das ações como vigilância e educação em saúde (CRUZ; BOURGET, 2010; MANDÚ *et al*, 2008).

A visita domiciliar, apesar de valorizada pela maioria dos entrevistados nestes trabalhos, também provoca resistência entre a população, sendo objeto de recusa e confrontação. Entre os entrevistados, alguns a consideram importante e necessária, mas não para sua família. Outros a consideram uma intromissão do serviço de saúde na vida das pessoas e a consideram pouca resolutiva e outros consideram impositiva essa prática profissional, desvalorizando o conhecimento das pessoas nas tomadas de decisões que lhes dizem respeito (CRUZ; BOURGET, 2010; MANDÚ *et al*, 2008).

4.4 Visita domiciliar: Potencialidades X Limitações

A visita domiciliar tem potencialidades que favorecem muito a otimização do trabalho na ESF. A possibilidade de planejá-la previamente permite uma reorganização do processo de trabalho na UBS e a diminuição de atendimentos na unidade. O olhar multiprofissional permite uma construção coletiva que transforma as ações dos profissionais. A visita domiciliar permite avaliação do perfil habitacional e identificação dos principais riscos à saúde da comunidade, promovendo intervenções voltadas às necessidades reais e melhorando o estado geral da população com medidas preventivas. Permite ainda entender a família em seu espaço social, compreender aspectos psico-afetivos que podem favorecer a saúde ou promover o adoecimento, abordar problemas sociais e emocionais, promovendo um cuidado humanizado, com potencial para captar as necessidades de saúde dos indivíduos e criação de vínculo com a utilização de uma comunicação terapêutica nas relações entre profissionais e familiares. O domicílio também é um espaço privilegiado para a educação em saúde, desenvolvimento das ações de promoção à saúde e prevenção, gerando mudança de comportamento e estilo de vida,

promovendo qualidade de vida. A visita domiciliar permite uma assistência à saúde de qualidade e custo razoáveis uma vez que diminui hospitalizações, promove cuidados paliativos, permite antecipação de diagnósticos, personalização do atendimento e maior orientação ao paciente que passa a ter o profissional da UBS como referência para problemas de saúde (SOSSAI; PINTO, 2010; DRULLA *et al*, 2009).

Em seu trabalho, Borges e D'oliveira (2011), destaca que a confiança e o vínculo propiciados pela visita domiciliar permite o desenvolvimento de uma relação não apenas baseada no caráter técnico da prática, mas relações mais comunicativas, buscando alternativas para o acompanhamento clínico que leve em consideração os desejos dos usuários. Busca ainda, além da eficácia técnica a compreensão das necessidades surgidas na dinâmica da vida das pessoas e famílias que atendem alcançando assim o sucesso prático além do técnico, gerando maior satisfação ao usuário e ao profissional (BORGES; D'OLIVEIRA,2011).

A visita domiciliar, no entanto, apresenta limitações e dificuldades como a sobrecarga de trabalho gerando principalmente uma dificuldade na administração do tempo cronológico para a realização das visitas domiciliares uma vez que a locomoção até os domicílios gera uma perda de tempo nem sempre previsível, além do fato de que o horário que as famílias têm disponibilidade para receber as visitas muitas vezes é limitado e coincidente entre elas devido ao horário de almoço, horário de entrada das crianças na escola, etc. Outra importante limitação é a escassez de programas de capacitação e a falta de preparo dos profissionais para a realização da visita domiciliar, o que gera grande tensão entre os profissionais. O risco de gerar acomodação e dependência dos usuários também é um fator limitante para o emprego da visita domiciliar no dia-a-dia da UBS (SOSSAI; PINTO, 2010; DRULLA *et al*, 2009).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura consultada permitiu um conhecimento mais abrangente sobre a visita domiciliar. É de fundamental importância compreender que a visita domiciliar não é trabalho de caridade ou uma visita social, o profissional necessita ter objetivos claros ao adentrar a casa do paciente, exige preparo profissional e predisposição pessoal.

Observamos que a visita domiciliar é uma prática que agrada a maioria dos usuários e apresenta potencialidades que se sobrepõem às suas limitações sendo estas em sua maioria de ordem técnica e que podem ser amenizadas com medidas simples. A realização de reuniões de equipe para troca de experiências sobre a visita domiciliar pode resolver grande parte destes problemas uma vez que permite planejar as visitas previamente, criar um protocolo a ser seguido, com otimização do tempo e dos registros da visita, definindo a priorização e itinerários dos profissionais para as visitas e também o objetivo destas. A realização de novas reuniões após as visitas permite a criação de planos de cuidados individualizados para cada família, levando em consideração de toda a equipe e com divisão de tarefas e metas a serem atingidas com determinação de tempo para essas acordado entre a equipe, permitindo a otimização da visita domiciliar no processo de trabalho das equipes e melhores resultados para a comunidade.

Um novo olhar e abordagem da visita domiciliar dada pela equipe de saúde permitem incorporá-la institucionalmente com a real importância para a ESF. Também é importante repensar a formação dos profissionais em especial na construção de habilidades que facilitem a comunicação entre profissionais e usuários para fortalecimento do binômio paciente/família e serviço de saúde, condição essencial para garantir o bom atendimento à população.

A visita domiciliar enquanto ferramenta da equipe de saúde cumpre o seu papel na saúde da comunidade à medida que responde aos quatro princípios básicos da atenção primária – acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação - e aos três princípios

doutrinários do SUS, a saber, universalidade de acesso, equidade na assistência e integralidade da assistência (SOSSAI ;PINTO, 2010).

REFERÊNCIAS

AZEREDO, C.M. *et al.* **Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto Programa de Saúde da Família.** *Ciência e Saúde Coletiva*,12(3): 743-753,2007.

BORGES, R.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. **A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis,** *SC. Interface Comunicação Saúde Educação*, v.15, n.37,p. 461-72, abr./jun.,2011.

COELHO, F.L.G.; SAVASSI, L.C.M.; **Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares.** *Ver. Bras. Med. Família Comum* .2004;(2):19-26.

CRUZ, M.M.; BOURGET, M.M.M.; **A visita Domiciliária na Estratégia Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias.** *Saúde e Sociedade*, v.19 ,n.3,p. 605-613,2010.

CUNHA ,M.S.;SÁ,M.C. **A visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família: os desafios de se mover no território** .*Interface Comunicação , Saúde e Educação*,v.17, n.44, p.61-73, jan/mar 2013.

DRULLA , A.G. *et al.* **A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar** .*Cogitare Enferm.*14 (4):667-74 Out/Dez,2009.

DUARTE, Y.A.O. DIOGO, M.J.E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico.** São Paulo: Atheneu, 2000.

GAIVA, M.A.M.; SIQUEIRA,V.C.A . **A prática da visita domiciliária pelo profissional da estratégia saúde da família.** *Ciência, Cuidado e Saúde*, 10(4): 697-704,2011.

LACERDA, M.P. *et al.* **Atenção à saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática.** Saúde e Sociedade, v.15, n.2, p.88-95, maio-ago 2006.

LOPES, W.O.; SAUPE, R. MASSAROLI, A. **Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa.** Ciência, Cuidado e Saúde, abr/jun; 7(2): 241-247, 2008.

MANDÚ, E.N.T *et al.* **Visita Domiciliária sob o olhar de usuários do Programa Saúde da Família.** Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, 17(1), p.131-140, jan/mar 2008.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** Brasília (DF): 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE . Portaria 648/GM de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica , estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Disponível em : < dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm> Acesso em : 27 mar 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Diretrizes para atenção domiciliar na atenção básica. In Caderno de Atenção Domiciliar.** Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde 1(2) :19-32- 2012.

NETO, J.A.C. (Org.). **Metodologia da Pesquisa Científica: da graduação à pós – graduação.** 1ed. Curitiba, PR: CRV, 2012.

SAKATA, K.N. *et al.* **Concepções da Equipe de Saúde da Família sobre as visitas domiciliares.** Rev. Bras. Enfermagem. 60(6), p. 659-64, nov-dez, 2007.

SOSSAI, L.C.F. ; PINTO ,I.C. **A Visita Domiciliária do Enfermeiro: Fragilidades x Potencialidades.** Cienc. Cuid. Saúde. 9 (3): 569-576, Jul/Set, 2010.