

A VISITA DOMICILIÁRIA COM ÊNFASE NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

HOME VISITS WITH EMPHASIS ON HEALTH EDUCATION

Aniele Fernanda de Araújo<sup>1</sup>

Bianca Sakamoto Ribeiro Paiva<sup>2</sup>

**Resumo:** A visita domiciliária representa um modo diferenciado de se cuidar da saúde, pois, por meio desta, permite-se uma maior proximidade com as famílias para o desenvolvimento de intervenções e ações destinadas à promoção e prevenção. Os objetivos deste estudo foram realizar um levantamento bibliográfico a respeito da importância da atividade da VD com ênfase na educação em saúde. O presente trabalho utiliza como estratégia metodológica a revisão sistemática. Para melhor compreensão dos resultados foi necessário caracterizar os principais aspectos dos artigos estudados. Com a obtenção da possível melhora no Sistema de Saúde, tem-se a modalidade da VD como forma de ligação do usuário aos serviços de saúde, oferecidos pela interação existente entre usuário e profissional, destacando o interesse da população em buscar atendimento otimizado e especializado. A modalidade da VD é tida como uma estratégia responsável pela intermediação entre o domicílio e a USF possibilitando o acesso ao serviço local por meio da comunicação de reuniões e informações sobre o atendimento na USF. Verifica-se que o papel das equipes de saúde vão muito além de protocolos, processos de trabalho e rotinas, mas também no atendimento às necessidades reais dos usuários que buscam por ajuda aos serviços de saúde. A família é projetada pela equipe da ESF como unidade central de suas práticas no âmbito de perspectiva da integralidade e promoção da educação em saúde. Com base nos aspectos abordados, conclui-se que a VD deve ser considerada uma modalidade que proporciona ao usuário um acompanhamento e assistência no domicílio para melhores condições de vida.

**Palavras-chave:** visita domiciliária, estratégia, educação em saúde, enfermagem

**Abstract:** The HV is a different way to take care of health, therefore, through this, it is a greater closeness with the families for the development of interventions and actions for the promotion and prevention. This study aimed to conduct a literature review on the importance of the activity of the RV with emphasis on health education. This study uses as a methodological strategy systematic review. For better understanding of the results was necessary to characterize the main aspects of the articles studied. With the acquisition of possible improvement in the Health System, has been the type of RV as a way to link the user to health services, offered by the interaction between user and professional, with the interest of the population to seek care and specialized optimized. The form of the RV is considered a strategy for intermediation between home and USF allowing access to local service through communication of information about the meetings and attendance at USF. It appears that the role of teams of health beyond the protocols, procedures and routines of work, but also in serving the real needs of users who search for help to health services. The family is designed by the team of the ESF as a central part of their practices in view of the whole and promoting health education. Based on the points raised, it appears that the RV should be considered a form that gives the user a monitoring and assistance at home for better living conditions.

**Keywords:** home visit, strategy, health, education, nursing

<sup>1</sup> Enfermeira, graduada pela Faculdade Marechal Rondon (FMR). Especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família pela Universidade do Sagrado Coração (USC). Pós-graduanda em Docência pela Unidade de Ensino Superior Ingá UNINGÁ  
e-mail: anielefer@ibest.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira, Mestre em Pediatria pela Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-UNESP)

## 1. Introdução

O Programa de Saúde da Família (PSF) teve início no ano de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e no ano de 1994 foram formadas as primeiras Equipes de Saúde da Família (VECCHIA, 2006).

Segundo Pinto (2007), o PSF só foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994, quando apresentava características estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS). Esse mesmo autor, também cita a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, que propôs a alteração da denominação de PSF para ESF - Estratégia de Saúde da Família.

A ESF é tida como um atendimento primário que visa reorganizar e reorientar a atenção à saúde. Tem como objetivo substituir o modelo tradicional de atendimento, descartando o comportamento passivo das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e propiciando, com isso, um avanço para além da intervenção médica, bem como o estabelecimento de suas ações para e junto à comunidade, centrada na doença e com ênfase nas ações preventivas, abrangendo o atendimento domiciliar (GIACOMOZZI & LACERDA, 2006).

A unidade da ESF é formada por uma equipe multiprofissional, composta por um médico generalista, ou médico da família, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem, quatro a seis Agentes Comunitários da Saúde (ACS), um cirurgião dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene bucal. Estes devem acompanhar cerca de 4.000 habitantes, com um máximo de 750 pessoas por ACS (VECCHIA, 2006; PINTO, 2007).

A questão da Visita Domiciliária (VD) representa um modo diferenciado de se cuidar da saúde, pois, por meio desta, permite-se uma maior proximidade com as famílias para o desenvolvimento de intervenções e ações destinadas à promoção e prevenção (SAKATA et al., 2007).

A VD é uma prática fundamental na intervenção e continuidade de qualquer forma de assistência ou atenção domiciliária, pois subsidia intervenções ou o planejamento de ações de saúde (GIACOMOZZI & LACERDA, 2006). Pode ser uma oportunidade de compreender melhor o modo de vida do usuário e abordar seus problemas sociais e emocionais (SAKATA et al., 2007).

Essa prática tem sido um dos instrumentos historicamente utilizados no âmbito da intervenção de enfermagem, pois enfoca, sempre, a família (EGRY & FONSECA, 2000).

A VD teve origem nos modelos teórico-práticos advindos da sociedade norte-americana, vigentes na primeira metade deste século, como resultado das exigências sociais de afirmação da categoria profissional da enfermagem, a nível universitário. Desde então, tanto nos Estados Unidos, como no Brasil e no restante da América Latina, adquiriu importância e deu origem a muitas categorias profissionais (EGRY & FONSECA, 2000).

A VD foi instituída no Brasil a partir da sua incorporação aos serviços sanitários na década de 20, voltada para a eliminação das grandes epidemias de doenças infecto-contagiosas. Ganhou espaço no cenário atual, reflexo da reorganização do modelo assistencial em saúde proposta a partir da década de 90, com a incorporação de programas voltados ao atendimento no domicílio (SANTOS & KIRSCHBAUM, 2008).

No que tange ao seu papel no âmbito da saúde, necessita responder aos 4 princípios básicos da Atenção Primária (Acessibilidade, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação) e aos 3 princípios Doutrinários do SUS (Universalidade de acesso, Equidade na assistência e Integralidade da assistência) (SAVASSI, 2007).

A importância do estudo da VD dentro da ESF decorre do fato de ser ela um dos recursos mais valiosos para os serviços de atenção à saúde, pois há a possibilidade de se detectar os principais problemas de origem orgânica do paciente e de seus familiares, realizar orientações, planejar a educação em saúde, de modo a diminuir a demanda desnecessária na USF (PINTO, 2007).

As ações educativas junto ao paciente, família e comunidade têm um papel essencial no controle das enfermidades e suas complexidades. O enfermeiro deve priorizar as atividades educativas para aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e comunidade, contribuindo assim com a melhoria da qualidade de vida destes (DORNFELD et al., 2005; FAEDA & MARTINS, 2006).

Esse processo de educação deve acontecer de forma gradativa, contínua, interativa e adequada, por meio do atendimento individualizado ou a realização de grupos com outros pacientes (CAZARINI et al., 2002).

O presente estudo se justifica pela constatação de que a VD é uma importante ferramenta para conhecer os problemas sociais e de saúde do usuário e sua família, o que possibilita uma melhor atuação do profissional na prevenção e promoção no processo saúde-doença. Além disso, pode ser considerada, atualmente, como o principal elo entre o usuário e o sistema de saúde, fato que despertou ainda mais o interesse pelo assunto.

Este estudo é um levantamento da produção bibliográfica a respeito da importância da atividade da VD, com ênfase na educação em saúde e enfoca o papel das equipes de saúde no contexto da realização da VD e na promoção da educação em saúde.

## **2. Método**

A presente revisão da literatura utilizou como estratégia metodológica a revisão sistemática. Partiu-se da seguinte questão norteadora: Como a VD pode ajudar na educação em saúde do indivíduo e sua família?

A busca literária foi realizada em bibliotecas públicas e privadas de maneira a realizar consultas às bases de dados do Scielo (Scientific Electronic Library Online), Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da saúde) e Pubmed (Publicações médicas). Os descritores utilizados foram: visita domiciliária; estratégia; educação em saúde e enfermagem.

Os dados coletados foram organizados, catalogados e selecionados para a elaboração do texto e concretização do estudo.

## **3. Resultados e discussão**

Por tratar-se de uma revisão sistemática foi necessário caracterizar os principais aspectos dos artigos estudados para melhor compreensão e direcionamento dos resultados.

### **3.1 - A caracterização das publicações revisadas**

No total, foram revisadas 36 publicações enfocando a questão da VD relacionada à educação em saúde. Dentre elas, 34 artigos nacionais e 02 artigos internacionais. De acordo com a Tabela 1, pode-se observar que, deste total, 32 (88,88%) eram artigos publicados em periódicos, 02 (05,55%) referem-se a dissertação de mestrado, 01 (02,77%) tratava-se de publicação de resumo em congresso e 01 (02,77%) de palestra apresentada em congresso, o que permite afirmar que a maior parte das publicações analisadas é composta por artigos de periódicos.

**Tabela 1** – Distribuição do material revisado segundo o tipo de publicação. Bauru, 2008.

<b>Tipo de publicação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Artigo de Periódico	32	88,88
Dissertação de Mestrado	02	05,55
Resumo em Congresso	01	02,77
Palestra em Congresso	01	02,77
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

Em relação ao período das publicações (Tabela 2), constatou-se que apenas 01 encontra-se no período de 1994 (02,77), 05 (13,88%) estavam concentradas no período de 1997 a 2001, enquanto que 30 (83,33%) foram publicadas entre 2002 e 2008, demonstrando haver um número reduzido de estudos relacionados ao tema na literatura nacional nos últimos anos.

**Tabela 2** – Distribuição do material revisado segundo o período de publicação. Bauru, 2008.

<b>Período de publicação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1994	01	02,77
1997-2001	05	13,88
2002-2008	30	83,33
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

Dentre os 32 artigos de periódicos revisados, 20 (55,55%) são de revisões bibliográficas e 16 deles (44,44%) de estudos de campo (Tabela 3).

**Tabela 3** – Distribuição dos artigos de periódicos revisados segundo o tipo da pesquisa. Bauru, 2008.

<b>Tipo de pesquisa</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Revisão bibliográfica	20	55,55
Estudo de Campo	16	44,44
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

Como mostra a tabela 4, constata-se que dos 16 artigos de periódicos que se referia a estudos de campo, a maior parte (43,75%) foi realizada na região sudeste, perfazendo um total de 07 estudos. Enquanto que na região sul, foram realizados 04 (25,00%) estudos e centro-oeste foram contempladas com 03 estudos (18,75%). Já nas regiões nordeste e norte realizaram-se apenas 01 (06,25) estudo cada uma.

**Tabela 4** – Distribuição dos artigos de periódicos segundo a região da pesquisa de campo. Bauru, 2008.

<b>Região da pesquisa</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sudeste	07	43,75
Sul	04	25,00
Centro-Oeste	03	18,75
Nordeste	01	06,25
Norte	01	06,25
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>

Dentre os 07 estudos de campo, 06 (50,00%) foram realizados em Unidade de saúde da família, 03 estudos (25,00%) foram realizados em Centro de Saúde, 01 estudo (08,33%) foi realizado na Unidade Básica de Saúde e 02 estudos (16,66%) foram realizados no Hospital Universitário (Tabela 5).

**Tabela 5** – Distribuição dos artigos de periódicos segundo o local da pesquisa de campo. Bauru, 2008.

<b>Local da pesquisa</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Unidade de Saúde da Família	06	50,00
Centro de Saúde	03	25,00
Unidade Básica de Saúde	01	08,33
Hospital Universitário	02	16,66
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>

A tabela 06 apresenta a distribuição dos artigos estudados, sendo eles, ( ) artigos de VD, ( ) artigos de Educação em Saúde e ( ) de artigos em Revisão Sistemática.

**Tabela 6** – Distribuição dos artigos sobre quantos são de VD, quantos de Educação em Saúde e Revisão Sistemática. Bauru, 2008.

Artigos estudados	N	%
Artigos de VD	3	42,85
Artigos de Educação em Saúde	2	28,57
Artigos de Revisão Sistemática	1	14,28
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>

A Tabela 7 apresenta as populações estudadas nas 16 pesquisas de campo. A categoria mais estudada foi a de Equipe de Enfermagem, investigada em 05 (35,71%) estudos. Em seguida, as famílias constituíram a segunda categoria, aparecendo em (21,42%) estudos. Os idosos tiveram uma proporção de (14,28%). usuário e a comunidade tiveram a mesma proporção, ou seja, apenas um (07,14%) estudo cada.

**Tabela 7** – Distribuição dos artigos de periódicos segundo a população da pesquisa de campo. Bauru, 2008.

População estudada	N	%
Equipe de Enfermagem	05	35,71
Pacientes Diabéticos	02	14,28
Usuário	01	07,14
Famílias	03	21,42
Comunidade	01	07,14
Idosos	02	14,28
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>

A caracterização dos estudos auxilia na construção dos resultados, levando a um pensamento crítico e intervenções imediatas.

### **3.2 - Visita domiciliária: canal de entrada do usuário no sistema de saúde**

Por meio da VD permite-se que o profissional construa uma forma de interagir com a comunidade, pois ele está adentrando em seu lar, sua casa, sua intimidade, adquirindo um vínculo maior com a família, o que facilita obter dados mais fidedignos sobre a saúde da mesma. Institui-se a confiança entre os membros da equipe de saúde, e também com a comunidade, oferecendo segurança com as ações desenvolvidas pelos profissionais. Os quais buscam atender as necessidades evidenciadas e as solicitações dos integrantes da família (TULIO et al., 2000; CROME et al., 2000).

Esse vínculo, construído entre usuário e profissional de saúde, facilita o elo entre a comunidade e o sistema de saúde, possibilitando um aumento pela procura pelos serviços disponíveis. À medida que os usuários se identificam com os profissionais, principalmente as questões que envolvem a prevenção de agravos à saúde, tornam-se evidentes e constantes.

Por outro lado, quando a saúde já se encontra comprometida, é possível que o enfermeiro também, por meio da VD, planeje a assistência de maneira sistematizada, individualizada e humanizada, principalmente para os pacientes mais debilitados (acamados) que requerem cuidados mais precisos (DORNFELD et al, 2005).

É importante ressaltar que a VD traz resultados positivos principalmente no que tange aos cuidados peculiares aos pacientes que se encontram em situações impeditivas de serem atendidos nas UBS.

Para Andrade & Lobo (2007), a VD tem papel expressivo na diminuição de internações hospitalares, reduzindo com isso os gastos orçamentais. Por meio do planejamento das visitas, objetiva-se um atendimento integral pela equipe multidisciplinar, busca-se contribuir na resolutividade dos problemas de saúde, necessidades humanas afetadas, do indivíduo e de sua família.

É imperioso destacar que com a VD há uma melhora na qualidade de vida da família principalmente nos aspectos de promoção e prevenção dos agravos à saúde, contudo, o usuário diminui sua procura aos serviços hospitalares pelo fato de estar obtendo um atendimento conforme sua necessidade.

Ressalta-se que o enfermeiro no desempenho de suas atividades, deve adotar uma postura de ajuda e acompanhamento dos usuários, possibilitando atitudes preventivas e

promocionais no âmbito da saúde e processos de adaptação aos problemas inerentes a esta (PEREIRA & COSTA, 2007).

A VD atua no foco de origem dos problemas de saúde para serem solucionados, sendo possível pela promoção de educação em saúde e o conhecimento das condições de vida da população assistida, possibilitando intervir junto á comunidade e propor soluções coletivas às secretarias municipais de saúde (ANDRADE & LOBO, 2007) (MANDÚ et al., 2008).

A modalidade da VD é tida como uma estratégia responsável pela intermediação entre o domicílio e a USF possibilitando o acesso ao serviço local por meio da comunicação de reuniões e informações sobre o atendimento na USF (MANDÚ et al., 2008).

### **3.3 - Visita Domiciliária e educação em saúde**

A educação em saúde é constituída por um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Além disso, permite adquirir conhecimento no campo da assistência intermediado pela equipe multiprofissional, atingindo a vida cotidiana das pessoas e possibilitando caminhos para novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2005).

Para o Ministério da Saúde, a educação em saúde como disciplina de ação representa o trabalho que será dirigido para atuar sobre o conhecimento das pessoas, para que elas desenvolvam juízo crítico e capacidade de intervenção sobre suas vidas e sobre o ambiente onde residem assim possibilitando conhecer melhor sua própria existência (BRASIL, 2008).

De acordo com Alves (2005), educação em saúde designa-se ir além da assistência curativa fornecendo prioridade a intervenções preventivas e promocionais. Desta maneira, o avanço de práticas educativas no âmbito de ESF, seja em espaços convencionais, como os de grupos educativos, ou em espaços informais, por meio do atendimento profissional na VD, expressa a assimilação do princípio da integralidade pelas equipes de saúde da família.

A família recebe informações e orientações no domicílio por meio da VD realizada pelos profissionais de saúde, desse modo, aperfeiçoa-se cada vez mais o conhecimento dos usuários sobre aspectos que afligem a saúde.

A questão da VD deve estar voltada para a educação em saúde e à conscientização do usuário com relação aos aspectos de saúde no seu próprio modo de vida. Dessa forma, o resultado desejado através da VD deverá ser a mudança de comportamento concretizada a

partir de novas convicções que forem sendo formalizadas pelas famílias e comunidade (SOUZA, 2004).

O resultado que se espera da VD é que o usuário se conscientize em suas ações de saúde para obter condições melhores de vida, buscando um caminho saudável de se viver.

A ESF prevê práticas de educação em saúde de forma preventiva para a contribuição da melhoria no auto-cuidado do usuário sadio ou doente, sendo desenvolvida por todos os profissionais (ALVES, 2005).

Quanto às funções educativas, podem ser representadas por cinco atividades, sendo elas: (i) estimulativa, que atrai o usuário para participar do processo educativo; (ii) exercitativa, condição para adquirir e formar hábitos; (iii) orientadora que enfatiza a liberdade, autonomia, autoridade e independência; (iv) didática, referente à transmissão e veiculação dos conhecimentos e (v) terapêutica que possibilita retificar os descaminhos do processo educativo (BRASIL, 2008).

Quando a comunidade possibilita que se concretize essas funções educativas, de maneira integral, ela pode alcançar seus objetivos através do desenvolvimento dessas ações.

De acordo com Medeiros & Silveira (2007), qualquer processo educativo deve considerar a participação de diferentes sujeitos envolvidos. No tocante à comunidade, os objetivos e técnicas devem ser definidos e planejados para que se possa alcançar o nível de participação desejado, concretizando-o quando a população reivindica e assume processos como diagnóstico, planejamento, execução e avaliação das ações desenvolvidas.

Já na perspectiva da Educação Popular em saúde há valorização do saber popular, designada no espírito de diálogo e participação da comunidade. A constante troca de saberes existentes na comunidade é considerada meio importante de construção do conhecimento em saúde. Enfoca-se a importância do papel dos trabalhadores na transformação da sociedade, sendo fundamental a valorização de seus saberes que a torna mais capaz de enfrentar seus problemas. Essa abordagem encontra-se no sentido de valorizar esse saber e aperfeiçoá-lo em um processo educativo compartilhado (MEDEIROS & SILVEIRA, 2007).

Encontra-se muito valorizada a comunicação existente entre a comunidade e os profissionais de saúde, sendo ela fundamental na atuação destes para promover condições de saúde e atingir as metas propostas pela comunidade.

A educação em saúde pode ser referida como modelo dialógico por ser o diálogo seu instrumento principal. No modelo dialógico e participativo, profissionais e usuários atuam de

forma igual, mas com papéis diferenciados. O foco da educação dialógica não é o de informar para a saúde e sim de transformar saberes existentes. A prática educativa desenvolve os indivíduos na capacidade de autonomia e na responsabilidade do cuidado com a saúde (ALVES, 2005).

Em síntese, verifica-se que o papel das equipes de saúde vão muito além de protocolos, processos de trabalho e rotinas, mas também no atendimento às necessidades reais e individualizadas dos usuários que buscam por ajuda aos serviços de saúde. A integração com a comunidade, levando em conta, a efetivação da educação em saúde proporciona resultados positivos e satisfação tanto do usuário como do profissional.

### **3.4 - O papel das equipes de saúde no contexto da realização da VD e na promoção da Educação em Saúde**

A prática de prestar assistência nos locais de vivência do indivíduo, favorece uma aproximação da realidade que pode apresentar-se de maneira complexa e dinâmica, proporcionando uma reflexão e revisão da própria atitude dos profissionais na busca de transformações do cuidado (SAKATA et al., 2007).

A VD pode ser realizada por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), médico, odontólogo e auxiliar de consultório odontológico. O ACS é identificado como o profissional que mais realiza as VD. A efetivação do cuidado nos domicílios é uma modalidade concretizada por todos os profissionais, porém “desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e vigilância à saúde, por meio VD é um papel específico do ACS que é o profissional responsável pela integração entre a equipe de saúde e a população (SAKATA et al., 2007).

Para Mazza (1994), a VD é uma modalidade que exige do profissional capacitação e treinamento adequados, com disponibilidade de tempo e racionalização dos serviços para essa atividade.

Na política nacional de saúde (PNS) formatizada para a ESF e na concretização das visitas têm se constituído especialmente em atribuição dos ACS, cabendo aos demais profissionais a sua realização em situações específicas de cada área (MANDÚ, 2008).

Percebe-se que a atuação do ACS é muito enfatizada pela forma de proporcionar integração da comunidade com os profissionais, dessa maneira atraindo os indivíduos até a

Unidade para obter um acompanhamento freqüente de sua saúde principalmente no que tange à prevenção de doenças.

O profissional deve ter objetivos claros ao adentrar no ambiente do indivíduo. Quanto à qualidade da avaliação da VD não deve ser prejudicada pelas dificuldades inerentes ao atendimento domiciliário. O médico do ESF tem que apresentar no momento do atendimento avaliação clínica completa, planos terapêuticos, propedêutico, medicamentosos e um plano de ação interdisciplinar eficaz (SAVASSI, 2007).

Esta modalidade na ESF constitui-se de modo importante, onde o enfermeiro presta assistência à saúde, realiza um acompanhamento da família, fornece planos de ações educativos para que os indivíduos, ou o grupo familiar e a comunidade tenham condições de se tornar independentes (SOUZA, LOPES & BARBOSA, 2004).

É compreendido que o médico e o enfermeiro estejam mais preparados para situações que se destaca como passíveis de VD, pelo fato de possuírem demandas de atenção clínica e devido a importância social atribuída a esses profissionais (MANDÚ, 2008).

A equipe multiprofissional proporciona um atendimento no domicílio de maneira clara e concisa, procurando atingir bons resultados no cuidado com a saúde do indivíduo, deste modo, detectando necessidades e promovendo saúde por meio dos planos de ações propostos para a família.

É papel da enfermagem comunitária, assistir ao ser humano, dentro da família e da comunidade, por meio do enfermeiro e de pessoal auxiliar, para atender às necessidades básicas e intervir na história natural da enfermagem em todos os níveis de prevenção (SOUZA, LOPES & BARBOSA, 2004, p. 6).

As visitas devem ser realizadas inicialmente em equipe, o que possibilita um atendimento de tarefas multiprofissionais proporcionando debates em equipe para formulação das ações a serem realizadas junto à comunidade (SAVASSI, 2007).

No que diz respeito à ESF, a promoção da educação em saúde é prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família, sendo esta capacitada para desempenharem assistência integral, desenvolvendo práticas educativas para a saúde da comunidade assistida (ALVES, 2005).

As ações na promoção de educação em saúde são destacadas por meio das orientações realizadas na rotina da ESF, nos grupos de apoio e em domicílio. As informações devem ser apresentadas de forma simples, aproximativas, respeitosas, preservando a autonomia do

indivíduo e da família e levando em conta os objetivos pretendidos, sem ser de forma invasiva (GIACOMOZZI & LACERDA, 2006).

São valorizadas e destacadas pelos profissionais de saúde, as VD, o trabalho em equipe, a busca do atendimento às expectativas das famílias e o acompanhamento e conhecimento sobre o indivíduo e sua família (GIACOMOZZI & LACERDA, 2006).

A família é projetada pela equipe da ESF como unidade central de suas práticas no âmbito de perspectiva da integralidade e promoção da educação em saúde, sendo assim, o domicílio o melhor local para o reconhecimento e desenvolvimento de ações para promoção de saúde na família, favorecendo a sobrevivência e o enfrentamento de problemas no domicílio (MANDÚ, 2008).

#### **4. Considerações finais**

A VD surgiu como um método diferenciado de se cuidar da saúde, por meio de uma assistência que prioriza o cuidado preventivo e curativo e tem como objetivo subsidiar intervenções e planejar ações de saúde para a família e a comunidade.

Atuando como elo entre o usuário e o sistema de saúde, a VD procura criar um vínculo entre a família e os profissionais de saúde, possibilitando conhecer o modo de vida de cada família para assim oferecer ações de melhora na qualidade de vida da comunidade. É entendida como uma maneira de realizar práticas educativas e assistir a população de uma forma mais interativa, respondendo aos objetivos da comunidade.

A questão da educação em saúde mostra-se como foco principal na realização da VD. Por meio da educação em saúde encontra-se uma maneira de melhorar as condições de vida da comunidade, através do desenvolvimento de ações educativas e preventivas. É fundamental as práticas educativas para promover o auto cuidado e o desenvolvimento da capacidade de autonomia no modo de vida dos indivíduos.

A VD é realizada pela equipe multiprofissional, proporcionando a formulação de planos de ações de saúde, de modo a atingir os objetivos solicitados pela família. O ACS é identificado como o profissional que mais realiza VD, sendo de fundamental importância sua atuação frente à comunidade e a família, e o elo entre os usuários com a equipe de saúde.

Com base nos aspectos abordados, conclui-se que a VD deve ser considerada uma modalidade que proporciona ao usuário um acompanhamento e assistência no domicílio para melhores condições de vida, lançando mão das ações educativas em saúde no que tange, a prevenção e promoção da saúde, facilitando com isso, a conscientização da importância no cuidar da saúde do indivíduo e sua família.

## 5. Referências

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface- Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev.2005.

ANDRADE, M.; LOBO, E. L. A importância da visita domiciliar para o idoso portador de doença crônica após a alta hospitalar. **Informe-se em promoção da saúde**, v. 3, n.2, p. 12-14, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. CNS. Educação em saúde. Histórico, conceitos e propostas. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/htm>>. Acesso em out. 2008.

CANDIDO, M. C. F. S.; PEDRÃO, L. J. Visita domiciliar ao portador de transtorno de humor: relato de experiência. **Paidéia Cadernos de Psicologia e Educação**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 30, jan/abr., 2005.

CASTRO, A. A. Revisão sistemática e meta-análise. D:\My Documents\ald\_aulas\1\_MBE\MBE\_3\_PrincipaisDesenhos\RevisãoSistemática\atg\_meta\_analises\_3.doc. 2001.

CAZARINI, R. P.; et al. Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de diabetes mellitus: porcentagem e causas. **Medicina, Ribeirão Preto**, 35:, p. 142-150, abr./jun, 2002.

CORDEIRO, A. M. et al. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 428-431, nov./dez. 2007.

CROME P., MALHAM A., BAKER D., SMITH AE, BLOOR R. Domiciliary visits to the old and the mentally ill: how valuable? **J R Soc Med.** Apr;93(4):187-90, 2000.

DORNFELD, R. L.; et al. Acompanhamento de enfermagem na visita domiciliar. 57 Congresso Brasileiro de Enfermagem, Goiânia, 2005. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/57cbe/resumos/483.htm>>. Acesso em jun. 2008.

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. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 233-9, set. 2000.

FAEDA, A.; MARTINS, C. G. R. Assistência de enfermagem a um paciente portador de diabetes mellitus. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 59, n. 6, p. 818-821, nov./dez, 2006.

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, p. 645-653, out./dez. 2006.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A; LISBOA, M. C. Educação em saúde para pessoas idosas com diabetes mellitus. **Revista Nursing**, v. 79, n. 7, p. 36-40, dezembro, 2004.

KUNTZ, S. W. et al. Association of Community Health Nursing Educators: Disaster Preparedness White Paper for Community. **Public Health Nursing**, v. 25, n. 4, p. 362-369, july/august, 2008.

LOPES, W. O; SAUPE, R; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, ensino e a pesquisa. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 7, n. 2, p. 241-247, abr./jun. 2008.

MANDÚ, E. N. T. et al. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 131-140, jan./mar. 2008.

MARASQUIN, H. G. et al. Visita domiciliar: o olhar da comunidade da quadra 603 norte. **Revista da UFG**, Palmas (TO), v. 6, n. especial, dez., 2004.

MEDEIROS, B.; SILVEIRA, J. L. G. C. Educação em saúde: representações sociais da comunidade e da equipe de saúde. **Dynamis revista tecno-científica**, Santa Catarina, v. 13, n. 1, p. 120-126, out./dez. 2007.

MENDES, A. O; OLIVEIRA, F. A. Visitas domiciliares pela equipe de saúde da família: reflexões para um olhar ampliado do profissional. **Rev. Bras. Med. Fam. e Com.**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 8, p. 253-260, jan/mar. 2007.

MOURA, E. R. F; SILVA, R. M. Qualidade da assistência em planejamento familiar na opinião de usuárias do programa de saúde da família. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 2, abr./jun. 2006.

PEREIRA, E. G. A; COSTA, M. A. M. Os centros de saúde em Portugal e o cuidado ao idoso no contexto domiciliário: estudo de um centro de saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 408-416, jul/set. 2007.

PERES, E. M; POZ, M. R. D; GRANDE, N. R. Visita domiciliar: espaço privilegiado para diálogo e produção de saberes. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n. 2, p. 208-213, abr./jun, 2006.

PINTO, T. R. **A estratégia de saúde da família em sua relação com a rede de serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental.** 2007. [s.n.]. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu.

PÜSCHEL, V. A. A; IDE, C. A. C. A capacitação de enfermeiros para a assistência domiciliar: uma abordagem psicossocial. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 91-94, 2007.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática e revisão narrativa. **Acta Paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 2, abr/jun., 2007.

SAKATA, K. N. et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 659-664, nov./dez. 2007.

SANT'ANA, E. R. B.; TAIA, L; MEDEIROS, M. O significado de visita domiciliar para usuários de um programa de diálise peritoneal ambulatorial contínua em Goiânia. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 3, n. 2, jul/dez., 2001.

SAVASSI, L. C. M. Visita domiciliar: conceitos e sistematização. CONGRESSO MINEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 3, 2007, Belo Horizonte. Disponível em: [www.smmfc.org.br](http://www.smmfc.org.br) Acesso em: jun. 2008.

SAVASSI, L. C. M.; DIAS, M. F. Visita Domiciliar. Grupo de Estudos em Saúde da Família. AMMFC: Belo Horizonte, 2006. Disp: [http://www.smmfc.org.br/gesf/gesf\\_vd.htm](http://www.smmfc.org.br/gesf/gesf_vd.htm). Acesso em julho de 2008.

SOUZA, C. R.; LOPES, S. C. F.; BARBOSA, M. A. - A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. **Revista da UFG**, Vol. 6, No. Especial, dez 2004 on line ([www.proec.ufg.br](http://www.proec.ufg.br))

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, Pelotas, v. 42, n. 1, p. 127-134, 2008.

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

VECCHIA, M. D. **A saúde mental no programa de saúde da família:** estudo sobre práticas e significações de uma equipe. 2006. [s.n.]. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu.