

# VISITA DOMICILIAR NA FORMAÇÃO DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS SEGUNDO A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO: ANÁLISE REFLEXIVA

Home visit in the training of university students according to the Humanization Policy: reflective analysis

Fernanda Ribeiro Borges<sup>1</sup>,  
Sueli Leiko Takamatsu Goyatá<sup>2</sup>, Zelia Marilda Rodrigues Resck<sup>3</sup>

## RESUMO

Trata-se de uma análise reflexiva sobre a visita domiciliar como estratégia pedagógica para estudantes universitários da área da saúde na formação da atenção humanizada, apoiando-se em revisão bibliográfica. A análise foi conduzida a partir de três eixos temáticos: os modelos assistenciais e gerenciais à luz da Política Nacional de Humanização, o processo de formação dos profissionais voltados para a humanização e a importância da visita domiciliar como estratégia pedagógica para o ensino-aprendizagem da assistência humanizada. Embora a visita domiciliar seja uma prática antiga nos serviços de saúde, ainda não está totalmente implantada no cotidiano do processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família. Isso se deve às dificuldades em operar mudanças no modelo assistencial e gerencial que, historicamente, preconizou uma abordagem individual, curativista e assistencialista, assim como ao despreparo das equipes de saúde da família e dos futuros profissionais para a realização de visitas domiciliares como instrumento de abordagem familiar, na prevenção e na promoção à saúde e como prática transformadora para a assistência humanizada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Visita Domiciliar; Estratégia de Saúde da Família; Ensino; Humanização.

## ABSTRACT

It is a reflective analysis of the home visit as a pedagogical strategy for college students in the health field in forming the humanized care, relying on literature review. The analysis was conducted from three themes: the care and management models in the light of the National Humanization Policy, the process of training of professionals directed to humanization, and the importance of home visits as a pedagogical strategy for teaching-learning humanized care. Although the home visit is an old practice in the health services, it is not yet fully implemented in the daily work process in the Family Health Strategy. This is due to difficulties in operating changes in the healthcare and managerial model, which historically advocated an individual approach, curative and welfare, as well as the unpreparedness of health teams of family and future professionals in conducting home visits, and approach tool family, on prevention and health promotion and how transformative practice for humanized care

**KEYWORDS:** Home Visit; Family Health Strategy; Education, Humanization.

<sup>1</sup> Especialista em Saúde da Família – Modalidade Residência pela Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL – MG. Mestranda de Enfermagem – Linha de Pesquisa Gestão em Serviços de Saúde (UNIFAL – MG). E-mail: ferksborges@yahoo.com.br.

<sup>2</sup> Doutorado em Enfermagem Fundamental e Pós-Doutorado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – SP. Mestrado em Administração Pública pela Escola Brasileira de Administração Pública/Fundação Getúlio Vargas – RJ. Professor Adjunto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL – MG.

<sup>3</sup> Graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Mestrado em Educação pela Universidade José do Rosário Vellano. Doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Professora associada da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL – MG).

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a partir do movimento da Reforma Sanitária, da homologação da Constituição Federal de 1988 e com a criação das leis que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem ganhando espaço no contexto da Política Nacional de Saúde no país.<sup>1</sup> A ESF é a atual proposta de reorganização da Atenção Básica, a saúde sendo caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.<sup>2</sup>

Atenção Básica é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.<sup>2</sup>

No processo de trabalho da equipe de saúde na Atenção Básica, são utilizadas tecnologias de cuidado complexas e variadas, que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. Entre as tecnologias de cuidado à saúde previstas pela Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família, encontra-se a visita domiciliar (VD), que tem como foco de atenção a família.<sup>2</sup>

A VD é um instrumento utilizado no processo de educação em saúde, para a prevenção de doenças e a promoção da saúde. É um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, o que oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde.<sup>3</sup>

Essa aproximação com as famílias pode ser extremamente rica e importante para o planejamento e a execução das ações em saúde, propiciando o atendimento tanto no âmbito assistencial, como educacional ou pedagógico, que envolve levantamento, planejamento, execução, registro de dados e avaliação.<sup>1</sup>

A visita domiciliar permite a aproximação com aspectos e dimensões que favorecem o olhar ampliado do aluno sobre os determinantes do processo saúde e doença, permitindo a percepção de que saúde é mais do que a simples ausência de doença.<sup>4</sup>

Considera-se a VD como estratégia pedagógica, uma importante ferramenta de ensino e aprendizagem para futuros profissionais da área da saúde, visando ao desenvolvimento da interação, vínculo e reflexão sobre as necessidades de saúde das famílias.<sup>5</sup> Nesse contexto, a prática de ensino mediada pela VD vem ao encontro da atual Política Nacional de Humanização, do Ministério da Saúde, que prevê o acolhimento e a criação de vínculo da equipe de saúde da família com as famílias, nos territórios de saúde.<sup>6</sup>

Diante desse contexto, o objetivo deste trabalho é realizar uma análise reflexiva sobre a visita domiciliar como estratégia pedagógica para a promoção da atenção humanizada na Estratégia Saúde da Família, de estudantes da área da saúde, no contexto brasileiro.

A análise reflexiva foi realizada por meio da revisão da literatura, com base nas publicações científicas sobre o tema nos últimos 10 anos. Foi realizada busca na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Os textos selecionados passaram por análise e reflexão, utilizando como técnica a análise temática. Foram utilizados os descritores Visita Domiciliar, Estratégia de Saúde da Família, Ensino, Humanização. A categorização foi elaborada a partir dos núcleos de sentidos que emergiram da leitura e análise exaustiva dos artigos.<sup>7</sup>

Na área de educação, a análise temática pode constituir um importante instrumento em pesquisas, em que os dados coletados sejam oriundos de documentos oficiais, artigos e textos publicados.<sup>8</sup>

Para atingir o objetivo, foram criadas três categorias de análise denominadas, neste estudo, de eixos temáticos para nortear a reflexão, sendo eles: “Contextualizando os modelos assistenciais e gerenciais à luz da Política Nacional de Humanização”; “Repensando o processo de formação dos profissionais voltados para a humanização” e “Articulando a importância da visita domiciliar como estratégia pedagógica para o ensino-aprendizagem da assistência humanizada”.

### Contextualizando os modelos assistenciais e gerenciais à luz da Política Nacional de Humanização

Modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais podem ser entendidos como um conjunto de combinações de técnicas e tecnologias utilizadas pelos serviços, de modo a resolver problemas de saúde de determinada população. O atual modelo de atenção à saúde não se trata apenas de uma norma, nem somente de uma forma de gerenciar serviços, mas inclui elementos de diferentes modelos, ao propor ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, tanto ao indivíduo quanto à família

e comunidade, por meio de serviços assistenciais, tanto ambulatoriais como hospitalares e de apoio diagnóstico, quanto de vigilância em saúde no âmbito ambiental, epidemiológico e sanitário.<sup>1</sup>

O Modelo Assistencial preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Política Nacional da Atenção Básica estabelece que a ESF constitua o principal dispositivo de reorganização da Atenção Básica no contexto brasileiro, sendo a principal porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde, para promoção de corresponsabilidade, continuidade dos cuidados à saúde e estabelecimento de vínculos entre a equipe multiprofissional e as famílias.<sup>9</sup>

Em relação às tecnologias utilizadas na prestação de serviços de saúde, a visita domiciliar é considerada como tecnologia leve, ou seja, aquela que se produz por meio do trabalho vivo, entendido como processo das relações. Entende-se essa tecnologia como um encontro entre pessoas que atuam umas sobre e com as outras, criando espaços de intersubjetividade, onde acontecem os momentos das falas, escutas e interpretações, nos quais há a produção de uma acolhida ou não das intenções que essas pessoas colocam nesse encontro. São momentos de possíveis complicitades, nos quais pode haver a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, ou mesmo de momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação.<sup>10</sup>

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 a sua devida finalidade e não apenas uma conversa empírica e a história ou relato oral, espaço onde as pessoas revelam como dão sentido às suas vidas, dentro dos limites e da liberdade que lhes são concedidos.<sup>11</sup> Complementa Amaro<sup>11:13</sup> que a visita domiciliar é uma “prática profissional, investigativa ou de atendimento, realizada por um ou mais profissionais, junto ao indivíduo em seu próprio meio social ou familiar”.

Segundo dados apresentados por Almeida,<sup>9</sup> a cobertura assistencial da população pela ESF evoluiu de 46,2%, em 2006, para 62,2%, em 2014. Isso mostra o grande desafio que o país enfrenta na transformação das práticas de saúde e, conseqüentemente, do modelo assistencial, modelo que se deseja universal, equitativo, integral e humanizado, como preconiza a Política Nacional de Humanização (PNH).<sup>12</sup>

Tal desafio pode ser enfrentado por meio da visita domiciliar, que constitui importante recurso tecnológico que possibilita às equipes de saúde levantarem as necessidades de saúde da população adstrita nos territórios, atuarem

na corresponsabilização sobre o processo saúde-doença dos indivíduos e de sua família e, assim, promoverem uma atenção humanizada, centrada no usuário.<sup>13</sup>

### **Repensando o processo de formação dos profissionais voltados para a humanização**

A Política Nacional de Humanização deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável.<sup>12</sup>

A VD fortalece os pilares da humanização no atendimento, estabelecendo um vínculo consistente entre o binômio paciente/família e o serviço de saúde, condição fundamental para a qualidade no padrão de atendimento e a garantia de boa qualidade de vida ao cliente.<sup>3</sup>

Um cuidado mais humanizado permite a construção de vínculo. Para tanto, é preciso o saber ouvir, para que se possa estabelecer ligação de confiança entre profissional e usuário, uma vez que essa prática deve ser desenvolvida no espaço domiciliar/familiar. Dessa forma, a visita permite conhecer a realidade, beneficia a troca de informações dos familiares e, assim, subsidia a construção de projeto de intervenção mais próximo das famílias.<sup>14</sup>

A VD é uma atribuição inerente a todos os profissionais da ESF, sejam eles enfermeiros, médicos, dentistas, auxiliares de enfermagem ou agentes comunitários de saúde, permitindo conhecer as condições de vida e saúde das famílias, por meio da observação dos hábitos de vida, do cotidiano, das relações intrafamiliares, dos aspectos demográficos, socioeconômicos e culturais.<sup>1</sup>

Destaca-se que a Política Nacional da Atenção Básica<sup>2</sup> atribui aos Agentes Comunitários de Saúde competência para realizar as visitas domiciliares às famílias e indivíduos das microáreas de abrangência da ESF sob sua responsabilidade, incluindo incentivo financeiro mensal do governo federal para realizar tais atividades. No entanto, observa-se que, no cotidiano do processo de trabalho das equipes de saúde, a VD não é concebida como estratégia para promover o acolhimento e a criação de vínculo com as famílias, nos diferentes espaços territoriais. Em se tratando do profissional enfermeiro, segundo Martins, Pereira e Souza,<sup>15:2</sup> eles dispõem de tempo limitado para a sua realização, uma vez que “existe a dificuldade para esses profissionais se ausentarem das unidades”.

De acordo com Amaro,<sup>11:78</sup> a visita domiciliar pode ser um gerador de mudanças, principalmente quando supera as rotinas e as burocracias estereis, potencia a coleta de informações nos atendimentos e pensa a reorganização do plano de trabalho, tendo em vista as reais condições de vida do usuário, nos rumos de sua consciência crítica e de uma cultura pública democrática.

### **Articulando a importância da visita domiciliar como estratégia pedagógica para o ensino-aprendizagem da assistência humanizada**

Vêm sendo priorizadas as discussões sobre a prestação de serviço englobando o ensino viabilizado por meio das práticas realizadas na Estratégia de Saúde da Família, em especial pela VD, cuja realização, além de se constituir como uma ferramenta de trabalho para as equipes de saúde, também pode ser tomada como uma estratégia de ensino. Desse modo, entende-se que a interface ensino-serviço é indissociável.<sup>5</sup>

Segundo Almeida,<sup>9</sup> uma das iniciativas para transformar o cenário de saúde no país é o Programa Nacional de Reorientação da Formação do Profissional de Saúde (PRÓ-Saúde), cujo público é formado por estudantes universitários, docentes e profissionais da saúde. O Programa tem como eixo central a integração entre ensino e serviço, com a inserção de estudantes da área da saúde, desde o princípio de sua formação, no cenário de prática do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na Atenção Primária em Saúde.

A perspectiva de formar profissionais com visão ampliada para as necessidades de saúde da população também está prevista nas diretrizes do SUS e tem feito parte do cotidiano das instituições formadoras e dos serviços de saúde, que vêm empenhando contínuo esforço vislumbrando modificar o atual modelo de atenção.<sup>4</sup>

Acrescenta Silva<sup>1</sup> que a visita domiciliar, enquanto estratégia educacional, potencializa a ampliação da visão dos alunos e futuros profissionais, aproximando-os da realidade que não pode ser vivenciada e apreendida apenas em sala de aula ou nos laboratórios; ela favorece o contato, a observação e a vivência junto aos usuários e seus contextos de vida; também proporciona ao estudante a oportunidade de aprender fazendo, ao associar a teoria com a prática, exercitando as dimensões cognitiva, afetiva e psicomotora da competência profissional.

Embora a atenção domiciliar à saúde esteja em expansão nas práticas assistenciais, a VD ainda não está suficientemente implantada na formação e na capacitação dos futuros profissionais de saúde para uma prática assistencial humanizada.<sup>16</sup>

A assistência humanizada representa uma mudança nas estruturas dos serviços e na forma de trabalhar, enfatizando valores ligados à defesa da vida, criando a possibilidade de transformação do trabalho em um processo criativo e prazeroso. A esse encontro, percebe-se que o processo de trabalho vivenciado durante a VD exige um contato humano tão intenso entre usuários e estagiários que possibilita uma postura diferenciada que pode transcender outros níveis de atenção, porque, depois de internalizada, faz parte do ser profissional.<sup>17</sup>

A VD proporciona um contato direto com a comunidade, possibilitando gerar um processo de humanização que pode tornar-se dialético, em momentos dolorosos, pelo apego gerado com o paciente, e noutros prazerosos, pela sensação de estar fazendo a diferença em algumas situações. Nesse sentido, acredita-se que a proximidade com a vida real e com os usuários facilite aos estudantes uma conduta que leva em conta a dimensão humana, transcendendo o aspecto físico e clínico do saber-fazer profissional encontrado na clínica ou no hospital. Assim, eles entendem que os usuários, como eles próprios, têm desejos, expectativas e sentimentos que precisam ser considerados.<sup>5</sup>

O direcionamento dado na formação acadêmica ao utilizar a VD como uma forma de aproximação com o usuário contribui para desenvolver a interação entre alunos e comunidade, para a compreensão do seu contexto de vida. No entanto, a formação profissional encontra-se na pauta das necessidades ainda a serem enfrentadas na mudança de modelo de atenção.<sup>4</sup>

Espera-se que essa inserção possa contribuir para deslocar o foco da formação centrado na assistência individual prestada em unidades especializadas, para um processo de formação sintonizado com as necessidades sociais, levando em conta as dimensões históricas, econômicas e sociais da população.<sup>18</sup>

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Nesta reflexão, foi possível delinear algumas considerações sobre como as visitas domiciliares são importantes para a formação acadêmica, uma vez que possibilitam ao estudante de graduação uma visão mais ampliada e integral do cuidado, gerando oportunidades para a aprendizagem e reflexão, sendo um instrumento eficaz que favorece a assistência humanizada, vindo ao encontro do avanço requerido na formação de profissionais de saúde para o SUS.

Na dimensão da formação profissional em saúde, constatou-se o pouco reconhecimento do potencial da VD para operar mudanças no cotidiano do trabalho da Estratégia de Saúde da Família, nas ações de prevenção, de promoção à saúde, de atenção integral e de construção da cidadania.

Notam-se escassos estudos que buscam avaliar como a VD tem sido capaz de promover ensino-aprendizagem aos estudantes universitários, numa perspectiva de inserção na realidade social e de seu potencial como ferramenta para o cuidado humanizado ao indivíduo e sua família, no contexto da atenção básica do Sistema Único de Saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Silva FAG. A visita domiciliar como estratégia pedagógica e seus sentidos para estudantes dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia, em um centro universitário do estado do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: MS; 2011.
3. Sossai LCF, Pinto IC. A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades x potencialidades. *Cienc Cuid Saúde*. 2010 set.; 9(3):569-76.
4. Marin MJS, Gomes R, Siqueira Junior AC, Nunes CRR, Cardoso CP, Otani MP, et al. O sentido da visita domiciliária realizada por estudantes de medicina e enfermagem: um estudo qualitativo com usuários de unidades de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(11): 4357-65.
5. Medeiros PA, Pivetta HMF, Mayer MS. Contribuições da visita domiciliar na formação em fisioterapia. *Educ Saúde*. 2012 nov.; 10(3):407-26.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Seminário 10 anos da Política Nacional de Humanização/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Revista e ampliada. São Paulo: Edições 70; 2013.
8. Oliveira E. Análise de conteúdo e pesquisa na área da educação. *Revista Diálogo Educacional*. 2003 maio/ago.; 4(9):11-27.
9. Almeida PF. Atención Primaria de Salud em um Sistema Universal: el caso de Brasil. In: Giovanella L. (Org.). *Atención Primaria de Salud em Suramerica*. Rio de Janeiro: Isags/Unasur; 2015.
10. Merhy EE, Onoko R (Ed.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 2007.
11. Amaro S. *Visita domiciliar: guia para uma abordagem complexa*. Porto Alegre: AGE; 2003.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
13. Silva ATC, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KGW, Sato ME, Grisi SJFE, et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012 nov.; 28(11):2076-184.
14. Lopes WO, Saupe R, Massaroli A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Cienc Cuid Saúde*. 2008 abr./jun.; 7(2):241-7.
15. Martins GS, Pereira FCC, Souza ICA. A visita domiciliar como instrumento para humanização: revisando a literatura. *Revista Cultura e Científica do UNIFACEX*. 2013; 11(11).
16. Lacerda MR. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Sociedade*. 2006 maio/ago.; 15(2):88-95.
17. Campos GWS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 2005; 9(17):389-406.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial/Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

---

Submissão: setembro de 2015

Aprovação: fevereiro de 2016

---