

EXPERIÊNCIA DE PRÁTICA SISTEMATIZADA EM VISITA DOMICILIÁRIA NO CONTEXTO DA SAÚDE DA FAMÍLIA

SYSTEMIZE EXPERIENCE OF PRACTICAL IN DOMICILIARY VISIT IN THE CONTEXT OF THE HEALTH OF THE FAMILY

EXPERIENCIA DE PRÁCTICA SISTEMATIZADA EN VISITA DOMICILIARIA EN EL CONTEXTO DE LA SALUD DE LA FAMILIA

MARIA FÁTIMA MACIEL ARAÚJO¹

MARIA JOSEFINA DA SILVA²

BRUNA MICHELLE BELÉM LEITE³

Relato de experiência prática sistematizada acerca do emprego da VD como instrumento do cuidado de enfermagem no processo de aprendizagem do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Foram considerados os marcos conceituais: família, domicílio/casa e visita domiciliária e as modalidades de visita domiciliária, construídas a partir da prática docente e fundamentadas na literatura. Foi elaborado um diagrama de visita domiciliária construído pelas autoras e adotado na prática de VD. A proposta evidenciou a importância dos marcos conceituais para a sistematização do cuidado no âmbito do domicílio e a necessidade de aspectos mais pragmáticos do cuidado sem negligenciar o rigor científico inerente a esta modalidade de prática. Para a enfermagem mostrou-se eficaz como um percurso sistematizado de planejamento do cuidado no ambiente domiciliar considerando os aspectos profissionais, legais e éticos na visita domiciliária.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem em saúde comunitárias; Relações profissional-família; Aprendizagem baseada em problemas; Educação.

This is a Report of a systematized practical experience concerning the job of the DV as a nursing care instrument in the learning process of the Nursing Course of the Federal University of the Ceará. Some conceptual landmarks were considered: family, housing and domiciliary visit as well as the domiciliary visit modalities constructed from the teaching practice and based on literature. It was elaborated A diagram of domiciliary visit constructed by the authors and adopted in the practice of DV. The proposal evidenced the importance of conceptual landmarks for the systematization of the care in the scope of the domicile and the necessity of more pragmatic aspects of the care without neglecting the scientific severity which is inherent to this modality of practice. For the nursing it was revealed efficient as a systemized passage of care planning in the domiciliary environment considering the professional, legal and ethical aspects, in the domiciliary visit.

KEYWORDS: Community health nursing; Professional-Family Relations; Problem-Based Learning; Education.

Relato de experiencia práctica sistematizada acerca del empleo de la VD como instrumento del cuidado de enfermería en el proceso de aprendizaje del Curso de Enfermería de la Universidad Federal de Ceará. Fueron considerados los marcos conceptuales: familia, domicilio/casa y visita a domicilio y las modalidades de visita domiciliaria construídas a partir de la práctica docente y fundamentadas en la literatura. Fue elaborado un diagrama de visita a domicilio construído por las autoras y adoptado en la práctica de VD. La propuesta evidenció la importancia de los marcos conceptuales para la sistematización del cuidado en el ámbito del domicilio, de la necesidad de aspectos más pragmáticos del cuidado sin descuidar el rigor científico inherente a esta modalidad de práctica. Para la enfermería se mostró eficaz como un recorrido sistematizado de planificación del cuidado en el ambiente domiciliar considerando los aspectos profesionales, legales y éticos en la visita a domicilio.

PALABRAS CLAVE: Enfermería en salud comunitaria; Relaciones Profesional-Familia; Aprendizaje basado en Problemas; Educación.

¹ Mestre em Saúde Pública. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. End. Rua Padre Guerra nº 1432. Amadeu Furtado. CEP 60455-360. Email: fatima.maciel@ig.com.br

² Mestre em Sociologia. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. End. Rua General Silva Júnior nº 855 apto 206. Fátima. CEP 604110200. Fortaleza- Ceará. Brasil. E mail: mjosefina@terra.com.br

³ Estudante do Curso de Enfermagem FFOE/UFC. E-mail: brunaufc@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde realizados no domicílio são os componentes de um cuidado de saúde integral e contínuo. Os serviços de saúde prestados aos indivíduos e famílias na residência têm a finalidade de promover, manter e recuperar a saúde, ou maximizar o nível de independência do cliente e família, ao mesmo tempo em que minimizam os efeitos da dependência nas atividades de vida.

A prática da VD não é recente. Assim como o cuidado domiciliar, remonta à pré-história humana, mas só se configura como parte do arsenal de intervenções de que dispõem as equipes de saúde quando planejada e sistematizada. De outra forma, configura uma mera atividade social e que, na nossa perspectiva também se constitui uma atividade de saúde.

No contexto atual de organização do sistema de saúde pautado na estratégia de saúde da família (ESF) a visita domiciliária (VD) assume lugar de destaque, restaurando o papel do cuidado à família considerando os aspectos de comunicação, educação, técnico-científico e político. A VD é uma tecnologia utilizada para realização do princípio de equidade e integralidade aproximando os profissionais da família e possibilitando o conhecimento mais realista do ambiente familiar e entorno.

Operacionalmente, a VD tem sido útil para retratar realidades sob o ponto de vista epidemiológico/situação de doença, mas pouco voltada a atender o desenvolvimento de projetos político-sanitários, de desenvolvimento institucional e da comunidade. Há necessidade que as práticas atuais sejam sistematizadas para validar sua ação no contexto das políticas públicas

A antropologia do cuidado de Enfermagem¹ vincula o cuidado ao papel biológico da família, dando ênfase às questões relativas à saúde de seus membros, considerando-a como unidade funcional.

A mulher tem sido o principal agente funcional da família. A ela são atribuídas as atividades domésticas, exercidas de forma profissional (empregada doméstica, babá) ou informal por outras mulheres não vinculadas na forma anterior. Assim, os cuidados de saúde em períodos longínquos seguiam ritos e procedimentos empíricos, em consonância com os paradigmas de saúde em cada período histórico, realizados pelas mulheres¹.

Ao longo do tempo encontramos como elemento estrutural nas questões de saúde, a mulher e o cuidado realizado no domicílio. Especialmente nos cuidados com a mãe e a criança, a educação foi reconhecida como instrumento essencial, cuja eficácia acontece quando se atua em pequenos grupos. O agente preferencial para este tipo de atividade é a enfermeira de saúde pública². Florence Nightingale, adotando para a Enfermagem o conceito de necessidades humanas e uma abordagem ambientalista situa, mesmo que implicitamente, o lar e a família como constituintes do marco e a unidade funcional na satisfação de tais necessidades. A Enfermagem nasce, assim, com a competência para o acompanhamento da família no seu lócus vivencial – o domicílio. O início da era bacteriana, no final do século XIX marca a tendência da visão de saúde como decorrente de causa específica, do paradigma de saúde como oposição à doença cujo lócus privilegiado do cuidado era o hospital.

Somente no Século XX é que, novamente, a saúde é vista numa dimensão múltipla, e se abre novamente na atenção à saúde em espaços além dos espaços institucionais. No pós-moderno paradigma de saúde

[...] família é o cenário onde o comportamento e as decisões da saúde são estabelecidos primeiramente, e onde a cultura, os valores, e as normas sociais são moldados primeiramente. A família é a unidade básica da organização social que é a mais acessível à prevenção, à promoção e às intervenções terapêuticas³

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído na Constituição de 1988, cujo marco é a saúde da família, reutiliza este instrumento como um dos mais eficazes para as ações de saúde, especialmente em saúde coletiva.

A VD tem como finalidades obter dados mais exatos sobre a estrutura familiar, o ambiente natural e o comportamento neste ambiente, assim como identificar barreiras e facilidades para a promoção da saúde. As práticas contemporâneas de VD estão incluindo, cada vez mais, a família como elemento interativo e colaborativo no cuidado com a saúde, atendendo assim às necessidades complexas e utilizando uma gama de recursos institucionais, comunitários e familiares para a efetividade das respostas às necessidades familiares⁴.

Apesar da importância deste instrumento para o alcance dos objetivos do sistema de saúde, ainda é incipiente a produção teórica ou reflexiva sobre a VD. Encontramos registros no Scielo de 26 artigos; 75 no Medline e 11 no BDEF quando utilizamos o descritor: Visita domiciliar. O grande volume de referência nos bancos de dados tem a VD como instrumento de acesso à família e não como objeto de estudo, como é o caso deste trabalho. A prática da VD, embora sendo considerada pelo Ministério da Saúde uma tecnologia de acesso à família, ainda é possível observar uma dimensão baseada no empirismo de acerto e erro ou em adaptações de realidades alhures, que não satisfazem as especificadas das culturas locais.

Em que pese visões afirmativas a respeito da validade da visita domiciliar como via de acesso às famílias, aos cuidados de saúde e como instrumento de aprendizado de saúde comunitária em Enfermagem, constata-se o pouco investimento na elaboração de instrumentos teórico-metodológicos para fundamentar a atividade. Esta percepção despertou, ao desenvolver a prática docente, onde a visita domiciliar é um dos instrumentos utilizados, a necessidade de trabalhar esta questão. A família no contexto do cuidado domiciliar assume a condição de “[...] construir, atribuir significados e produzir investimentos singulares no seu processo vital[...]⁵ que devem ser considerados na produção de conhecimentos que orientam a prática institucional em saúde.

A partir da prática docente com alunos de graduação em Enfermagem que realizam a visita domiciliar, construímos coletivamente os marcos orientadores desta prática. A centralidade do cuidado na família orienta toda a estrutura curricular do Curso de Enfermagem. A partir do ingresso, os discentes participam de atividades que incluem a VD realizando cadastro de famílias para vivenciar experiências voltadas a concepções de território vivo; atividades com participação comunitária para a experiência de contato com a cultura local; realização de cuidados de enfermagem a partir de intervenções em cuidados progressivos ao longo do processo formador no domicílio e em unidades de atenção básica.

O objetivo deste trabalho é descrever a experiência vivenciada na sistematização da VD com discentes de disciplinas voltadas para a família e atenção básica de saúde, desenvolvidas em bairros periféricos da cidade de Fortaleza (CE).

BASES CONCEITUAIS E METODOLÓGICAS PARA A PRÁTICA DA VISITA DOMICILIÁRIA.

As discussões com os discentes, objetivando a sistematização, impuseram a necessidade de clarificação de conceitos como domicílio, casa, família, cuidar/cuidado e como os mesmos se articulavam para construir a proposta de sistematização da VD. O resultado das discussões foi a elaboração de um diagrama que articula os conceitos e os tipos de visita de acordo com os objetivos almejados. O diagrama busca descrever o espaço do cuidar/cuidado da família – a casa/domicílio e a VD focalizada na família.

CASA/DOMICÍLIO COMO ESPAÇO DE CUIDADO

A VD, como tecnologia viabiliza o domicílio como unidade de cuidado em saúde, porque o domicílio é uma unidade habitacional. É a residência habitual de uma pessoa. Segundo o dicionarista é a casa, habitação fixa, lugar onde a pessoa reside com ânimo de permanecer⁶. A casa, segundo a Constituição Federal, é inviolável na sua intimidade, onde ninguém pode penetrar sem o consentimento do seu morador⁷.

Como um espaço do cuidado de Enfermagem e de saúde, o profissional só poderá adentrar no domicílio com a devida permissão de seus moradores. Os aspectos éticos ganham relevância no desenvolvimento e planejamento da ação.

Domicílio, para a família, é o endereço, um espaço formal. A casa é o conceito mais valorizado, pleno de subjetividade. É o ninho. Pois não é somente o espaço físico, concreto, delimitado por paredes de barro, cimento, papelão ou madeira, mas um espaço imaginário onde, mais que a concretude, está presente a intencionalidade. Assim, os moradores de rua, os sem-teto, têm uma dimensão de casa, mesmo que com limites imaginários.

[...] ... a casa é o nosso canto no mundo. Ela é como se diz amiúde, o nosso primeiro universo. É o verdadeiro cosmos.” “[...] a imaginação constrói paredes com, sombras impalpáveis, reconforta com ilusões de proteção... se vive a casa em sua realidade e em sua virtualidade, através dos pensamentos e dos sonhos. A vida começa bem, começa fechada, protegida, agasalhada no regaço da casa.^{8:24-6}

A casa também é o recanto da fé e formação da espiritualidade humana “[...] com a sabedoria se edifica a casa e com a inteligência ela se firma”^{9:635}

É o espaço de intimidade, do sonho, da conquista, da união de esforços e de satisfação da família. No nosso país, a posse da casa é um sonho perseguido ao longo da vida por todos. A casa própria, a minha casa... Assim, é relevante a visita domiciliária para o cliente. Ele receberá o enfermeiro na sua casa, no seu espaço de intimidade. Assim, também, é importante que o enfermeiro se prepare para este momento ritualístico, lugar onde cada gesto pode ser tomado com um significado por vezes não pensado.

As concepções multireferenciais (ciência, arte, filosofia e espiritualidade) ganham contorno importante para gerar uma prática de enfermagem que se estrutura na emancipação da família que é visitada. As teorias e modelos de enfermagem, como a teoria do autocuidado de Oren, Modelo Calgary de avaliação e intervenção na família¹⁰, a abordagem sistêmica da família¹¹, o modelo de atividades de vida¹², favorecem a organização e sistematização e a prática na atividade acadêmica de extensão.

Deve-se respeitar a ritualidade do momento. A apresentação do profissional, a clareza dos objetivos da visita, o uso racional do tempo: nem muito rápida para dar a impressão de impaciência nem muito demorada, criando empecilhos aos afazeres domésticos. Deve-se dar um tempo para que a família vivencie este momento na sua dinâmica particular. Afinal, o profissional responsável pela VD é quem está “invadindo” este espaço. No processo formador a VD, para a enfermagem, é contextualizada no campo e núcleo de prática.

Percebemos, na experiência cotidiana com famílias, que a casa pode ser o espaço de conflitos, de segredos, de mistérios que só a família conhece. Penetrar neste mundo da cultura familiar, nos cantos escuros da realidade da família para, a partir daí entender seu funcionamento nas questões de saúde, requer habilidades de perspicácia, discrição e conhecimento contextual.

FAMÍLIA

Por família entendemos a unidade grupal que habita no mesmo domicílio, com origem em diferentes graus de

parentesco ou não, independentemente do número de membros ou gerações, com vínculos afetivos, compartilhando objetivos, responsabilidades, determinadas obrigações e funções. Seus membros experimentam laços emocionais comuns e estão implicados numa mesma adaptação contínua de vida, recebendo ou tecendo influência no grupo social ao qual pertencem. Este conceito foi construído ao longo do período da residência em saúde da família realizado pela Universidade Federal do Ceará para enfermeiros e médicos das equipes do Programa de Saúde da Família, onde uma das autoras participou diretamente como tutora e a outra como consultora, sendo adotado por nós na prática profissional, de ensino e extensão, onde uma discente atuou como bolsista de extensão em atividades de VD participando de todo o processo de discussão que ora é apresentada.

Visita domiciliária: visita é o ato ou efeito de visitar; visitação, ir ver alguém por cortesia, dever, afeição; vistoria ou inspeção, interesse ou curiosidade¹³, ou prestar uma ação/cuidado de Enfermagem.

Podemos classificar os tipos de serviços de cuidados domiciliários em: oficiais – oferecidos por instituições governamentais em diferentes instâncias de organização do sistema com o objetivo de trazer respostas à necessidade de continuidade de tratamento pós-internamento e ao elevado custo de internamentos. Serviços voluntários – de iniciativa de organizações comunitárias e de rede social de apoio, custeados por instituições beneficentes. Serviços mistos – que reúnem os serviços de voluntariado com os oficiais, geralmente com o objetivo de diminuir custos para prestação dos cuidados domiciliares desenvolvidos através de projetos que reúnem recursos públicos e executados pela solidariedade voluntária.

Incluem no rol citado, as Organizações Não Governamentais –ONGs–, associações de bairros, grupos religiosos. Serviços privados – que estão agrupados com fins lucrativos, custeados por convênios pessoais ou empresariais, mais comumente denominados *homecares*. Neste grupo também se incluem as cooperativas de especialistas, grupos e casas de apoio ao idoso e outras⁴, compondo um mercado em crescimento pela modificação das políticas de desospitalização.

É importante observar que no âmbito das ações do cuidado domiciliário se incluem os cuidados de Enferma-

gem em saúde coletiva que visam facilitar a adoção de práticas de autocuidado pela família para seu bem-estar, para manter a vida e a saúde de seus membros.

A visita domiciliária se constitui uma modalidade de intervenção utilizada no processo de administração do cuidado de Enfermagem à família. Como tal, requer planejamento sistemático e organização adequada, flexível, devendo ser facilmente adaptada às características de cada clientela em particular. As vantagens da visita domiciliária são apontadas como: responde às conveniências da família; ocorre no próprio habitat permitindo um maior controle da situação pela família; permite a exposição de preocupações e necessidades sem as tensões de um consultório, mas, por outro lado os custos financeiros e de pessoal qualificado para sua realização é a maior desvantagem apontada pelos estudiosos do assunto⁴.

No desenvolvimento de atividades práticas do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará e nos projetos de extensão e pesquisa, adotamos a VD como um dos instrumentos para o desenvolvimento do cuidado de Enfermagem nas práticas de disciplinas que têm como foco o cuidar. Nas atividades didáticas desenvolvidas nas unidades de atenção básica incluímos a proposta ora apresentada, tendo sido assimilada pelos discentes e avaliada como positiva para o conhecimento dos marcos que orientam esta prática. A descrição que se segue foi fruto da nossa experiência e orientada pela literatura que julgamos se adequar aos nossos propósitos.^{4; 14;15}

Tipos de visita que caracterizam a prática específica do Curso de Enfermagem da UFC na atenção básica

Visita de cortesia:

Busca a revitalização do espírito de cordialidade, de gentileza entre os membros da comunidade e os profissionais de saúde. Como uma das estratégias do cuidado à saúde, a cortesia tem feito parte das práticas populares, cultivada entre pessoas com vínculos familiares de parentesco, de amizades e relações de vizinhança, constituída fundamentalmente com o propósito afetivo, que concentra em seu conceito o espírito de fineza, como cultura popular de estímulo à convivência comunitária.

É percebida pelo visitado como uma ação nobre, distinta, de amabilidade e delicadeza.

Esse tipo de visita é aplicado ao cuidado de Enfermagem em ações voltadas para educação popular em saúde. Quando direcionada para pessoas idosas, deficientes físicos ou com dificuldade de deambulação, ganha relevância, dado que com o crescente número de idosos que apresenta graus variados de dependência, e o conseqüente confinamento ao ambiente domiciliar, decorrentes de agravos a saúde, se constitui fator relevante de contato social e comunitário, influenciando decisivamente nas condições de saúde e qualidade de vida dessas pessoas.

Entendendo como o cuidar/cuidado a essência da Enfermagem, a visita de cortesia está no âmbito da compreensão da vivência dos seus clientes, isto é, o mundo da experiência vivida, não apenas em situações limites da doença. A compreensão vivencial do cliente se dá pelos domínios da relação entre o indivíduo e seu mundo material; o indivíduo e seu corpo, sua história de vida e as formas comunicativas que desenvolve¹⁴.

O contato informal que a visita de cortesia proporciona possibilita o desenvolvimento de competência ao enfermeiro para obter informações úteis no processo de cuidar em qualquer situação.

Visita domiciliária de gestão:

Embora a literatura específica não tenha esta denominação de visita de gestão, assim o fizemos para diferenciar da visita onde o profissional atua como árbitro, embora que de forma sutil. Sua atuação é no sentido de ajudar a clarificar a situação de crise para que a família tenha condições de superar o evento de forma autônoma.

Gestão é o ato de gerir; gerência, administração. Se constitui em um modelo de visita domiciliária de acompanhamento das famílias, planejada e sistematizada, para manutenção dos vínculos com a unidade básica de saúde. Segue as orientações determinadas pelas condutas de gerenciamento e administração do cuidado de saúde e de Enfermagem, determinado nos planos de cuidados à família elaborados pela equipe de saúde/Enfermagem e orientado pelas políticas de saúde. Objetiva estabelecer uma mediação entre a Unidade Básica de Saúde e as famílias,

acompanhando os acontecimentos e eventos familiares de cuidado à vida e à saúde; a dinâmica familiar e suas modificações, bem como situações que indiquem necessidades de cuidados progressivos.

As demandas originadas das necessidades da família levam o enfermeiro a assumir papéis, como de coordenador e administrador da atenção primária à família, facilitador e *advocacy* da família junto às instituições, papel que entendemos ser o mais relevante na gestão da saúde da família. O enfermeiro contribui com seus conhecimentos da organização e dinâmica dos sistemas de saúde, para que a família possa ter acesso às instâncias de atendimento de suas demandas. Assim, um serviço cujo horário de funcionamento é o horário comercial pode não ser útil à população no atendimento de suas reais necessidades de saúde, por sua vez, a família poderá ser orientada a vencer barreiras¹⁵.

O planejamento da VD deve ser adequado a cada necessidade, mas, de um modo geral, as fases e atividades seguem a seguinte seqüência⁴:

1ª fase: Fase da pré-visita: é o primeiro contato entre o enfermeiro e a família, quando se assegura a relação terapêutica efetiva. Nesta fase são definidos os objetivos da visita e o agendamento, de modo a possibilitar o acesso aos membros da família que tenham relação com o motivo da visita. Nesta fase também o enfermeiro deverá rever o prontuário da família e fazer os registros com as informações necessárias àquela situação. Também é relevante considerar os cuidados relativos à segurança do visitador.

Na realidade do nosso Estado (Ceará), como as visitas domiciliares são realizadas prioritariamente para a população residente em áreas de população de baixa renda e áreas de risco, inclusive de violência, é necessário que este dado seja avaliado pelo serviço e pelo profissional encarregado da visita, criando estratégias para minimizar o problema, tais como fazendo a visita em duplas, com o acompanhamento de algum membro da comunidade ou outras providências.

2ª Fase: Execução da visita ou fase do domicílio: a enfermeira deve começar esta fase com um breve período de conversa social, indagando sobre a família e demons-

trando estar informada e interessada pela família. Procurar tratar as pessoas por seus nomes próprios demonstrando respeito⁴. O nome é a marca da pessoa no mundo e nada mais desagradável que codinomes como “mãezinha” “vózinha” e outros que podem ser encarados como depreciativos. Só após este preâmbulo, iniciar efetivamente a visita de acordo com os objetivos traçados.

Este é um momento propício para analisar o ambiente interno e externo da família e as relações entre vizinhos. É o momento crucial para estabelecer uma relação de confiança ou provocar reações não desejáveis da família, como recusa da visita e sentimentos de invasão de sua privacidade. Conhecer a cultura local, buscar informações sobre o ambiente onde vive a família, as redes sociais de apoio poderá ser de grande valia para a consecução dos objetivos da visita.

Esses primeiros contatos poderão provocar situações de estranhamento, perplexidade e sentimentos de recusa, especialmente se a enfermeira não tem vínculo com a comunidade. Na prática disciplinar observamos sentimentos de luto por parte dos acadêmicos durante a VD frente à pobreza e às situações de descuido enfrentadas pela família. É um momento desafiante e promovemos a reflexão buscando estratégias de empoderamento dessas famílias para o enfrentamento das dificuldades cotidianas, que têm como base, na maioria dos casos, a chamada economia solidária: parental, missionária e apadrinhada.¹⁶ Também podem ser ativados projetos de desenvolvimento de auto-sustentabilidade.

3ª Fase: Término da visita: quando os objetivos da visita foram contemplados inicia-se esta fase, que poderá ser em apenas uma visita ou em um conjunto de visitas, dependente do caso específico. É importante que sejam revistos os pontos abordados na visita de modo a sanar dúvidas e mal entendidos. A finalidade da visita é proporcionar condições para o autocuidado e a família deverá ter alta de Enfermagem quando a capacidade de se autocuidar nas suas circunstâncias for atingida⁴.

4ª Fase: pós-visita: a documentação da visita no prontuário familiar e sugestões para futuras visitas devem ser registradas de forma clara, objetiva de modo a propiciar a todos os membros da equipe de saúde informações fidedig-

nas, atualizadas e identificadas por quem as fez. Cabe lembrar que a família poderá não ser mais alvo do cuidado, mas este poderá prosseguir para um membro isolado. Portanto, é importante a estrutura conceitual que orientará os registros de Enfermagem, se centrado na família ou no indivíduo⁴.

Visita domiciliar de intervenção

Esse tipo de visita domiciliar é uma ação determinada por uma necessidade de cuidado em situação de crise ou ineficácia familiar, onde a família não apresenta capacidade suficiente para mobilizar os meios necessários para resolução do problema que a afeta como cuidados contínuos e cuidados paliativos para a morte digna. O evento crise pode ser pontual, mas o que caracteriza a intervenção é a ineficácia da família em lidar com a situação de forma autônoma, afetando seu funcionamento.

Geralmente é realizada para identificar o problema e buscar o atendimento da necessidade geradora do problema como forma de aliviar ou solucionar a tensão gerada. O problema é uma questão cuja resposta se desconhece, mas se deseja conhecer. Surge quando uma pessoa ou coletividade ignora alguma coisa que precisa saber, um obstáculo que se precisa transpor, uma dificuldade que se precisa superar. Sugere, no campo profissional, indicar medidas de cuidados no domicílio ou outros encaminhamentos quando necessários.

O conceito de problema implica em uma necessidade (aspecto subjetivo) e como uma situação conscientizadora (aspecto objetivo) sendo necessário ser problematizado para sua solução. É uma ação de intervir provisoriamente numa determinada situação ou momento de alteração no curso natural de vida das pessoas, objetos ou coisas.

FUNDAMENTOS LEGAIS E ÉTICOS PARA A PRÁTICA DA VISITA DOMICILIÁRIA

Os profissionais que atuam na atenção básica têm a missão de fazer cumprir os princípios do Sistema Único de Saúde, compreendido como uma política pública saudável, uma vez que tem como meta uma grande repercussão nas condições de saúde das populações. Mas, para tanto, devem transpor os muros institucionais e ir até os domicí-

lios, porque o objetivo principal da saúde da família é justamente aproximar as equipes das comunidades e estabelecer entre elas vínculos sólidos. É necessário, portanto, que estes profissionais possuam as competências legais e os requisitos necessários para a atuação ética e responsável junto às famílias na prática da VD. Citamos, a seguir, os aspectos que julgamos relevantes para a prática de VD.

Registro Legal (profissional) – permite a uma pessoa oferecer e desenvolver suas capacidades profissionais pela permissão legítima de responsabilidade e imputabilidade, para ingressar no domicílio familiar, e proteger a família e seus membros, pelo estabelecimento de padrões mínimos de garantia de direitos de proteção e privacidade. O exercício profissional exige o amparo legal que define as competências de cada profissão. Assim, a Enfermagem conta com a Lei nº 7498 de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem¹⁵.

Registro em prontuário – deve contemplar as informações observadas e ouvidas que expliquem os fatos ocorridos, incluindo-se os incidentes nas relações durante a VD. Em caso de prontuário eletrônico, deve ser mantido em sigilo o código de entrada para possíveis acréscimos de informações, fator determinante numa decisão judicial. O problema de falta de tempo, que tanto tem impedido o registro de forma adequada, pode ser contornado com uma documentação de Enfermagem de modo a retratar com clareza e objetividade a situação da família ou do seu membro visitado.

É importante destacar que o registro é um instrumento legal, podendo, em uma situação de litígio, ser favorável ou não ao profissional dependendo da qualidade de suas informações. Igualmente, o registro deverá servir de fonte de pesquisa o que demonstra a relevância da qualidade dos registros.

Confidencialidade/ética – a definição clássica de confidencialidade é a garantia do resguardo das informações dadas pessoalmente em confiança e a proteção contra a revelação não autorizada. É um dever consciente da necessidade de preservar as informações pessoais e íntimas¹⁸

O Código de Ética da Enfermagem no capítulo IV – Dos deveres, artigo 29, prevê que o profissional deverá

manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto nos casos previstos em Lei.

Legislação civil – a obrigação de relatar violência doméstica às autoridades pertinentes e cumprir procedimentos de relato às autoridades em casos de doenças de notificação obrigatória não se aplica ao caso do profissional de saúde na vigência do seu exercício profissional. O Código de Processo Penal Brasileiro, em seu artigo 207 dispõe que “são proibidos de depor as pessoas que, em razão da função, ministério, ofício ou profissão, devam guardar segredo, salvo se, desobrigadas pela parte interessada, quiserem dar o seu testemunho”¹⁹.

Negligência e imperícia – a omissão de realizar alguma coisa guiada por considerações que regulam os direitos humanos e a bioética, ou seja: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. O Código de Ética da Enfermagem em seu artigo 24 prevê como dever prestar à clientela assistência de Enfermagem livre de riscos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência.²⁰

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste percurso, descrevemos os resultados de uma experiência voltada à sistematização da prática da VD, cujo sentido é compartilhar com outros enfermeiros a preocupação em contribuir para que essa ferramenta tenha uma aplicabilidade cotidiana, pontuada em bases científicas e conceituais que fundamentem o cuidado de Enfermagem. Este tipo de proposta é centralizado no cuidado em situações de saúde ou enfermidade considerando o domicílio/casa como unidade do cuidado.

Apresentamos a síntese do nosso pensamento tendo como norte o diagrama que representa os marcos conceituais da visita domiciliária na configuração por nós pensada e aplicada como ação pedagógica no processo formador. A VD na experiência descrita envolve dimensões conceituais consideradas necessárias para sistematização do processo de enfermagem na atenção básica, além do que possibilita evidenciar aspectos mais pragmáticos do cuidado no domicílio, sem negligenciar as dimensões envolvidas

nas tecnologias leves, consubstanciadas nas políticas humanizaSUS e Acolhimento.

REFERÊNCIAS

1. Gonzalez JS. Historia de la enfermería. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana; 1999.
2. Rosen G. História da Saúde Pública. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO/UNESP; 1994.
3. Pan American Health Organization. World Health Organization. Family And Health. 44th Directing Council. 55th Session Of The Regional Committee. 18 July 2003.
4. Stanhope M, Lancaster J. Enfermagem comunitária. Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. Lisboa: Lusociência; 1999.
5. Püschel VAA, Ide CA, Chaves EC. Modelos clínicos e psicossocial de atenção ao indivíduo e à família na assistência domiciliar – bases conceituais. Rev Esc Enferm USP; São Paulo (SP), 2006, 40(2)261-8.
6. Ferreira, ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro: nova Fronteira, 1986.
7. Brasil, Constituição Federal. 7ª ed. Revisada, atualizada e ampliada. São Paulo: Revista do Tribunais; 2002.
8. Bachelard G. A poética do espaço. São Paulo: Martins Fontes; 2000..
9. Bíblia de Estudo Plenitude. Barueri-SP: Sociedade Bíblica do Brasil; 2001. (Provérbios 24:3)
10. Wringht LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família. 3 ed. São Paulo: Roca, 2002.
11. Hall EJ, Weaver BR. Enfermería en salud comunitária: um enfoque de sistemas. Washington: OPAS/OMS, 1990.
12. Roper N, Logan WW, Tierney AJ. Modelo de enfermagem. Alfragide: McGraw-Hill de Portugal.1995.
13. Houaiss A. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
14. Morrison P. Para compreender os doentes. Lisboa: Portugal; 2001.
15. Archer SH, Fleshman R. Los servicios domiciliarios de enfermería en salud comunitaria. In. Archer SH. ; Fleshman R. Enfermería de salud comunitaria. Modalidades y práctica. Colombia: OPAS; 1977. P. 273-296.

16. Carvalho MCB. A Priorização da família na agenda da política social. In. Kaloustian, SM. Família brasileira: a base de tudo. 3ª ed. São Paulo: Cortez. Brasília: UNICEF; 1998. P. 93-108.
17. Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 7,498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do Exercício a Enfermagem e dá outras providências. Publicada no Diário Oficial da união de 26/06/1986. Seção I, fls 9.273 a 9,275. Disponível em: <http://www.cofen.com.br/legislação/17498.htm>. [Acesso em 14 jan 2001].
18. Gondi JR. Confidencialidade. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/textos.htm#>. [Acesso em 26 ago 2005].
19. Brasil. Código de Processo Penal. Decreto lei nº 3.689 de 3/10/1941. 14ª ed. São Paulo: Saraiva; 1999.
20. Conselho Regional de Enfermagem-Ceará. Legislação. Código de Ética dos profissionais de Enfermagem. Resolução COFEN 160. de 12 de maio de 1993. Fortaleza: COREn-CE; 1994.

RECEBIDO: 18/06/2007

ACEITO: 08/01/2008