

VISITAS DOMICILIARES: DESAFIO À ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE MENTAL

Home Visits: Challenge to Primary Care and Mental Health

Fabrcio Gobetti Leonardi¹

Artigo encaminhado: 26/01/2016
Aceito para publicao: 26/04/2018

RESUMO: A discussao sobre Visitas Domiciliares (VD), neste trabalho, surge como tema de destaque, bem como seu uso e concepcao na saude pblica, especialmente a saude mental e saude da familia. E verdade que seu percurso historico implicou e implica em caracteristicas e particularidades da relacao do Estado na gestao e operacionalizacao de politicas e agoes em saude e estas na relacao direta com o domicilio dos usuarios e familias. Nesse sentido, as visitas domiciliares articulam estrategias que extrapolam a nocao centrada no "intra-servicos", o que vem sendo bastante estimulado e valorizado, especialmente apos o processo de implantacao do Sistema Unico de Saude (SUS). Assim, buscou-se realizar uma revisao da bibliografia das visitas domiciliares, articulando o tema da atencao basica ou atencao primaria em saude e saude mental, justamente para ajudar a compreender os objetivos, atributos teorico-metodologicos e historico-sociais de sua determinacao.

Palavras-chave: Saude Mental. Atencao Basica. Visitas Domiciliares.

ABSTRACT: The prominent theme of this work is the discussion of home visits and their concept and use with public health, with a special focus on primary care and mental health. The historical trajectory of these home visits has implied within it the particular characteristics of the relationship between the State and its management and operations and those in direct relation with patients and their households. In this sense, home visits articulate strategies that go beyond the notions centered within "in-house services", which have been widely encouraged and valued, especially after the implementation process of the Unified health System (SUS). Thus, this work sought to conduct

¹ Mestre pelo Programa de Pds-Graduacao Interdisciplinar em Ciencias da Saude da UNIFESP – Baixada Santista. E-mail: fabricioleonardi@gmail.com.

a written review of home visits articulating the theme of primary care or primary health care and mental health in order to help understand its goals and its theoretical and methodological and historical and social attributes.

Keywords: Mental Health. Primary Care. Home Visits.

1 A REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Embora o termo correto em português seja “Visita Domiciliária”, optou-se por referenciar como “Visita Domiciliar” no corpo do texto por ser o termo usual dentro dos serviços, mais utilizados pelos profissionais e usuários de saúde atualmente. Todavia, na realização da pesquisa bibliográfica os dois termos foram associados de forma que se pudesse ter um resultado, de artigos e publicações, mais completo sobre a temática.

Foram acessadas e utilizadas as principais bases de dados de artigos científicos online: a LILACS (literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Scielo (Scientific Eletronic Library On Line), Pubmed (US National Library Of Medicine) e Google Acadêmico. Também foi realizada busca na Biblioteca Digital da PUC/SP – Sapiencia, DEDALUS da USP/SP e ACERVUS da UNICAMP/SP.

A construção do processo de pesquisa bibliográfica foi explorada por meio da busca por descritores pertinentes e palavras-chave. Os principais descritores utilizados foram: “Visitas Domiciliares”, “Visitas Domiciliares AND Saúde Mental”, “Visitas Domiciliárias AND Saúde Mental”, “Visitas Domiciliares AND Assistência Domiciliar”, “Visitas Domiciliares AND Atenção Básica”, “Visitas Domiciliárias AND Atenção Básica”.

Os resultados foram selecionados e agrupados de acordo com a pertinência e possibilidade de uso. Foram escolhidos apenas textos completos, nacionais, e disponíveis para *download*, de forma que a pesquisa na base Pubmed serviu apenas para um panorama mais genérico das produções internacionais. A busca realizada na base do Sapiencia – PUC/SP não pode ser considerada válida devido às especificidades de seu sistema de busca, o que resultou na escolha de uma dissertação de mestrado apenas. No Google Acadêmico optou-se por avançar apenas até o 100º resultado, uma vez que o

sistema de pesquisa vai associando termos e se afastando gradualmente dos descritores iniciais.

Os processos de busca bibliográfica revelaram grande quantidade de artigos que se repetem em mais de uma base de dados. Após a leitura dos resumos e análise da pertinência, obtivemos 32 trabalhos, sendo 28 artigos e 4 teses em agosto de 2011. Além disso, apenas alguns textos constam como referência bibliográfica neste artigo, dado o uso analítico e a relevância para o texto final.

Quadro 1 - Bases de dados utilizadas*

	1	2	3	4	5	6
LILACS	308	01	20	50	28	08
SciELO	153	01	08	06	12	05
Pubmed	38					
Google Acadêmico	14900	9370	8600	4890	11000	11700
Sapientia	47	337	377	67	504	504
DEDALUZ	91	02	10	08	14	04
Acervus	09	11	266	175	262	08

*tabela criada pelo autor.

Legenda:

- 1 - Visitas Domiciliares
- 2 - Visitas Domiciliares AND Saúde Mental
- 3 - Visitas Domiciliárias AND Saúde Mental
- 4 - Visitas Domiciliares AND Assistência Domiciliar
- 5 - Visitas Domiciliares AND Atenção Básica
- 6 - Visitas Domiciliárias AND Atenção Básica

2 A DISCUSSÃO

Há diferentes relatos sobre a origem da Visita Domiciliar (VD). Verri (2007, p. 53), apoiada no resgate histórico realizado por Cunha (1991), coloca que atender doentes no domicílio remonta dos tempos bíblicos, citando a prestação de caridade como uma forma de prestar assistência.

A característica principal deste período relaciona-se à falta de uma metodologia assistencial, uma vez que as pessoas eram movidas por sentimentos religiosos de caridade e solidariedade

aos pobres e doentes. No século XV, organizações militares e ordens religiosas iniciaram o desenvolvimento de uma forma de atendimento domiciliário que muito se assemelhava a um serviço regionalizado de enfermagem (p.72).

A autora também relata que no ano de 1610, São Francisco de Sales, por meio da Ordem da Virgem Maria, fundou uma congregação feminina destinada a visitar a casa de doentes diariamente desenvolvendo atividades como alimentação, higiene e auxílio na vestimenta. Estas atividades foram encerradas por uma determinação da Igreja, que passou a exigir que as mulheres religiosas fossem enclausuradas. Muito tempo depois, já no século XX, por meio de Sir Willian Rathbone, teria sido criado o primeiro serviço de enfermagem de Saúde Pública domiciliar em Liverpool, Inglaterra. Também segundo a autora, nos EUA em 1890 existiam 21 Associações de Enfermeiras Visitadoras espalhadas pelos EUA, que se dedicavam basicamente aos grupos materno-infantis e aos tuberculosos (VERRI, 2007).

Reinaldo e Rocha (2002), apoiados no trabalho de Rosen (1994), sugerem outra perspectiva para a gênese da Visita Domiciliar. Segundo o autor ela remonta à Grécia antiga a partir do trabalho de médicos que percorriam as cidades prestando assistência e orientando as famílias. Fora retomada no período do Iluminismo na Europa, particularmente no século XIX, adquirindo status de prática de Saúde Pública no intuito de minimizar e combater os danos causados por doenças como a peste, varíola, tifo, cólera, etc. Também segundo esses autores, a partir do século XX, a Visita Domiciliar já estava amplamente inserida nas práticas de enfermagem na Europa e nos Estados Unidos.

Em relação a esse período mais recente da história, LOPES, SAUPE e MASSAROLI (2008, p. 241-247) destacam que a VD, como instrumento técnico-operativo de trabalho em saúde, já estava em uso frequente na cidade de Londres no século XIX, com conhecimentos sistematizados a partir de experiências de mulheres com pouca instrução que eram pagas para educar famílias carentes sobre cuidados de saúde. Foram chamadas de Visitadoras Sanitárias. Os autores destacam que ao longo do século XX foi possível ver o trabalho das enfermeiras de Saúde Pública nos Estados Unidos, das quais

muitas realizavam Visitas Domiciliares nas comunidades com o objetivo de atender diversas demandas de saúde.

Em relação à realidade nacional, Oliveira (2006) destaca que a VD chegou ao Brasil em 1919 com a criação dos “Serviços de Visitadoras” no Rio de Janeiro. Santos e Kischbaun (2008), nessa mesma linha, acrescentam que o marco inicial teria sido um artigo publicado pelo Dr. J. P. Fontelle em “O Jornal”, no ano de 1919, em que o mesmo alertava sobre a necessidade de formação de Enfermeiras Visitadoras e sugeria a criação de um novo serviço. Já REINADO e ROCHA (2002), colocam que a prática das Visitas Domiciliares foi implantada no Brasil a partir da criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras na cidade do Rio de Janeiro, com o decreto nº791 de 27 de setembro de 1890 no Hospital Nacional de Alienados. A missão desses profissionais era dar respostas às endemias e epidemias que assolavam o Rio de Janeiro na década de 20, a partir das práticas das chamadas Visitadoras Domiciliares.

A abordagem nesta época, segundo os autores, priorizava ações de reforço à autoridade sanitária e médica para controlar e persuadir a população em relação ao cumprimento das estratégias e normas sanitárias, no intuito de controlar e prevenir doenças. As Visitadoras de Saúde, como passaram a ser chamadas, prestavam assistência abordando temas como higiene e cuidado de doentes. Com a atuação da Fundação Rockefeller a partir de 1916, e do então diretor do DNSP (Departamento Nacional de Saúde Pública) Carlos Chagas, foi incentivada a criação de cursos e escolas que, inclusive, teriam impulsionado a estruturação da enfermagem profissional.

Esse primeiro período de florescimento da prática das Visitas Domiciliares, a partir das visões acima, foi marcado pelo alto número de casos de doenças infectocontagiosas como tuberculose e hanseníase, além de altas taxas de mortalidade infantil. Nesse sentido, o caráter prático das visitas perpassava fortemente o trato a essas demandas já postas, num caminho tanto de redução do sofrimento daqueles já acometidos pelas doenças, quanto de prevenção de novos casos, numa ideia de que as condições de habitação e de vida dentro de casa eram os fatores primeiros do adoecimento.

Santos e Kischbaun (2008), nesse caminho reforçam:

(...) os problemas decorrentes de seu emprego como uma técnica que mobiliza questões que envolvem, por um lado, aspectos culturais dos usuários/famílias e, de outro, a formação dos trabalhadores e seu preparo para adentrar no domicílio das famílias, convergem para uma dualidade criada no domicílio, tornando-se este, ao mesmo tempo, um espaço privado e público respectivamente, situação esta que, tanto nos primórdios da saúde pública, tanto quanto, nos projetos de medicina comunitária dos anos setenta foram foco de preocupação (p.221).

O estudo desses autores destaca o trabalho pioneiro da enfermeira carioca Ana Nery, que realizou umas das primeiras tentativas de sistematização do trabalho das Visitadoras em solo nacional. Segundo ela, as principais atividades a serem exercidas eram divididas nas seguintes funções: função tática (penetrar na intimidade do tecido social, fazer a detecção precoce dos casos suspeitos de tuberculose, para tratamento ou isolamento e fazer registros minuciosos sobre as situações encontradas), função de representação (reforçar a ordem médica e a autoridade sanitária, lembrando a todos, por sua presença mesma, de seus deveres para com a saúde pública), função de persuasão (utilizar sua imagem ideal de mulher para fazer sentir as famílias o alto significado de sua visita e da magnanimidade do projeto oficial), função de controle (verificar o cumprimento das normas sanitárias de profilaxia da tuberculose).

Em 1942 foi criado o SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), e implantado prioritariamente nas regiões Norte e Nordeste. Neste serviço, o curso das Visitadoras servia para treinar pessoal para exercer atividades de Saúde Pública e ações de promoção da higiene. No conteúdo programático eram oferecidas noções de educação doméstica, como atuação na copa, cozinha, rouparia, arrumação e limpeza em geral de casa, do quintal, orientações sobre compras em mercado, cuidado com a horta, criação de animais e acompanhamento ao trabalho dos serviçais. O objetivo era intervir diretamente no interior do domicílio, garantindo, mesmo aos mais pobres, um mínimo de higiene da habitação. Eram sugeridas modificações nas estruturas das habitações, outras formas de ventilação e iluminação das casas, etc. (SANTOS; KISCHBAUN, 2008).

Todavia, o modelo hospitalocêntrico era hegemônico e conveniente para que os profissionais de saúde entrassem em contato com seus pacientes em um espaço físico específico, o espaço físico do hospital. No período entre os anos 1950 e 1970, inclusive, com a criação do Ministério da Saúde no ano de 1953 e suas consequências para a área da saúde, e estendendo até a abertura democrática na década de 80, a VD, dadas as especificidades das políticas de saúde vigentes, não foi encontrada nesta pesquisa bibliográfica, em citações ou destaque entre as estratégias de ação em saúde, apesar do consenso sobre sua importância em programas de controle sanitário.

Nesse sentido e de forma geral, foi possível observar que a partir de uma objetiva proposta que consiste na ida de determinados sujeitos profissionais à residência de outros sujeitos, demandantes ou demandados de alguma ação, o processo da Visita Domiciliar (VD) obedece às leis e mecanismos que são intrínsecos aos objetivos pelos quais se faz necessária. Esses objetivos, construídos no contexto histórico em que se dão, apresentam especificidades e revelam não apenas características específicas do seu uso técnico-instrumental, mas também concepções sobre as práticas dos profissionais de saúde. A visita domiciliar é uma ferramenta profissional que não apresenta funcionalidade em si mesma ou na relação sujeito/objeto. As demandas que são objeto de intervenções realizadas por meio de Visitas Domiciliares revelam, de alguma forma, a perspectiva mais geral e paradigmática de sua filiação, isto é, suas exigências e necessidades históricas, entrelaçando determinantes que se apresentam tanto no cotidiano, como nas relações mais amplas da sociedade e das classes sociais que articulam saberes e práticas. Segundo Guerra (2010), quanto à diversidade e complexidade das intervenções profissionais,

Tais demandas e requisições exigem do profissional a criação e a recriação, tanto de categoria intelectivas que possam tornar compreensíveis as problemáticas que lhe são postas como de intervenção nos sistemas de mediações que possibilitam a passagem das teorias às práticas (p.34).

3 A VISITA DOMICILIAR EM SAÚDE MENTAL A PARTIR DA CRIAÇÃO DO SUS

A implementação de novas políticas de saúde a partir dos anos 80, realizadas num processo complexo, aponta mudanças nas concepções e práticas em Saúde Mental, contrapondo o modelo tradicional de psiquiatria ao sujeito portador de direitos. A Reforma Psiquiátrica no Brasil ganhou força a partir da década de 90 e representou uma investida e uma ruptura com a lógica instituída de financiamento, assistência e cuidado na rede em Saúde Mental, redimensionando os campos teórico-metodológicos, jurídico-políticos e sócio-culturais, em oposição crítica ao modelo hospitalocêntrico (AMARANTE, 2004).

Novos serviços foram implementados e, por sua vez, deviam constituir articulação com outros serviços de forma a promover a atenção no território a partir da perspectiva de integralidade no cuidado. Por meio da construção de novas redes e mecanismos de intervenção, novos conhecimentos foram criados e utilizados de forma a estabelecer uma perspectiva crítica às condutas tradicionais sobre os sujeitos portadores de transtornos mentais e as relações vivenciadas por eles.

A Reforma Psiquiátrica não foi apenas uma criação de nova estrutura física com formatação diferenciada de recursos humanos e materiais para tratamento a psicóticos graves, onde os mesmos podiam dormir, realizar atividades e grupos ou permanecer durante o dia, mas a construção de uma lógica que se erigiu nos preceitos de cidadania, autonomia e inclusão social. Nessa perspectiva, a Visita Domiciliar ganhou centralidade estratégica.

Na Saúde Mental, o tema das Visitas Domiciliares vem sendo recentemente explorado e a literatura é ainda um campo aberto de investigação. Os artigos encontrados a relacionam, principalmente, com o período posterior à criação do SUS e do processo de virada realizado a partir da Reforma Psiquiátrica.

Todavia, o estudo realizado como parte integrante da dissertação de mestrado de (MISKULIN, 1998, p. 11), pela Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, na década de 90, primórdios da implantação do modelo substitutivo ao manicômio, já identificava as vantagens da abordagem domiciliar e a eficácia na diminuição e reincidência de internação dos pacientes que foram atendidos pelo Programa de Atendimento Domiciliar (PAD). A conclusão do

estudo aponta que o Programa avaliado “apresenta-se como uma nova modalidade de tratamento em Saúde Mental, favorecendo a recuperação do paciente em seu próprio lar e auxiliando as famílias a compreender seus doentes psiquiátricos e a lidar melhor com eles”.

Curioso perceber que, ao realizar a revisão da literatura, a pesquisadora utiliza-se principalmente de referenciais advindos dos processos de desinstitucionalização realizados em outros países, como Inglaterra, Itália, Estados Unidos e Canadá. Na análise brasileira utiliza-se da literatura que faz a crítica ao modelo hospitalar, especialmente citando Luís Cerqueira Cesar, provavelmente pela baixa produção acadêmica existente à época.

Do ponto de vista teórico, a Visita Domiciliar é, de maneira genérica, concebida como um instrumento facilitador na abordagem das equipes/profissionais de saúde com o objeto de sua intervenção. Os estudos, em geral, a colocam como *recurso* (REINALDO; ROCHA, 2002), *tecnologia* (SAKATA, et al., 2007), *estratégia* (OLIVEIRA; LOYOLA, 2006; PINHO, et al., 2010), *modo de atendimento* (PUSCHELL, 2005; PIETROLUONGO et al. 2007; OKADA et al., 1994), *instrumento* (SANTOS; KISCHBAUN, 2008; REINALDO; ROCHA, 2002; PINHO, et al., 2010; MANDU, et al., 2008; LABATE, et al., 2004), *prática* (MANDU, et al., 2008; LABATE, et al., 2004), *método* (LOPES et al., 2008), *dispositivo* (OLIVEIRA et al. 2004; PIETROLUONGO et al. 2007), *atividade* (OLIVEIRA et al. 2004), *processo de trabalho* (SANTOS; KISCHBAUN, 2008), em que é possível entender as dinâmicas e as condições mais diversas em que estão inseridos os usuários e famílias, objetivando a realização de alguma ação específica ou conhecimentos que subsidiem o planejamento da ação.

Por outro lado, os caminhos que levam à sua problematização e análise são heterogêneos. Alguns textos abordam o tema a partir das questões elaboradas por uma categoria ou segmento profissional específico (enfermagem, psicologia, medicina, agentes comunitários de saúde, etc.), outros se norteiam a partir da reflexão sobre os princípios de políticas de saúde, programas e serviços (portarias e regulamentações ministeriais do Sistema Único de Saúde, Centros de Atenção psicossocial, Unidade Básica de Saúde, Estratégia Saúde da Família, etc.), uma minoria ainda a toma destacadamente como objeto em si de análise.

Optou-se por não estabelecer uma reflexão centrada nas características e debates realizados no interior de cada grupo, mas por destacar alguns elementos e discussões sobre os caminhos que levam, concebem e motivam a realização de uma Visita Domiciliar.

De acordo com o relato de Labate et al. (2004), sobre a experiência que originou seu estudo,

o Núcleo (de Saúde Mental) realiza Visita Domiciliar para pacientes faltosos, por solicitação médica, quando a história do doente não está clara, ou quando a profissional suspeita de algum problema no lar (...) a visita domiciliária possibilita a equipe de saúde a observação do indivíduo dentro de seu contexto, do seu meio ambiente, condições de habitação, de higiene, de saneamento básico e relações afetivo-social entre os membros da família (p.627).

É preocupação de alguns pesquisadores elencarem questionamentos que aprofundem a visão da Visita Domiciliar como um instrumento facilitador utilizado na abordagem dos usuários e suas famílias em que é possível entender a dinâmica familiar e verificar as possibilidades de envolvimento da família no tratamento oferecido ao usuário. A Visita Domiciliar, após a alta dos usuários dos serviços de Saúde Mental, nesta visão, pode fornecê-los suporte para que os mesmos possam dar continuidade ao tratamento, evitando, assim, a re-internação (OLIVEIRA; LOYOLA, 2006; OKADA et al., 1994; PIETROLUONGO et al. 2007).

O “manejo” da assistência e do cuidado ao portador de sofrimentos mentais parece trazer especificidades que desdobram ações cujo caráter remete às situações que requerem a tomada de decisão, visando seu equacionamento ou minimização a curto e médio prazos principalmente. Nesse sentido, a concepção parece pautar-se, majoritariamente, na aquisição de conhecimentos que possibilitem compreender um contexto ou verificar condutas que garantam a efetiva aplicação das prerrogativas de algum tratamento indicado por profissionais de saúde.

Assim, sua funcionalidade existe na medida em que se objetiva por necessidades e problemas enfrentados pelos usuários e as respostas dos serviços aos mesmos, num caminho em que a observação das necessidades de saúde se coloca privilegiadamente para garantir maior eficácia das técnicas

acordadas como válidas e eficazes. Nesta perspectiva, são levantados temas subsidiários de discussão como questões éticas sobre público e privado, diferenças entre equipe e população usuária, etc.

Dentro da família convivem o espaço público e o privado, sendo o primeiro tudo que vem à público, e o segundo constitui-se o espaço em que o grupo divide a convivência entre seus membros. Ambos os espaços convivem constantemente, pois dependem um do outro. Quando encontramos o paciente e seu familiar na instituição comunitária temos contato com os aspectos públicos da família. Porém quando vamos até a casa do doente, entramos em contato com o aspecto privado. O lar representa o espaço privado da vida familiar. As salas, os quartos e as demais dependências são os espaços da privacidade, onde os membros estabelecem as relações mais íntimas e procuram refúgio na busca de liberdade. (...) Para nós a rua é um espaço onde a gente se move, mas para os extratos mais baixos da sociedade a rua é o espaço onde se dá a socialização das pessoas (LABATE, et al., 2004, p. 628).

Em outro percurso reflexivo, a Visita Domiciliar é refletida como uma unidade epidemiológica, social e administrativa de trabalho. No estudo de Albuquerque e Bosi (2009) encontramos,

a atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central da Visita Domiciliar, sendo entendidas, família e comunidade, como entidades influenciadoras no processo de adoecer dos indivíduos, os quais são regidos pelas relações que estabelecem nos contextos em que estão inseridos. Compreender o contexto de vida dos usuários dos serviços de saúde e suas relações familiares deve visar ao impacto nas formas de atuação dos profissionais, permitindo novas demarcações conceituais e, conseqüentemente, o planejamento das ações considerando o modo de vida e os recursos de que as famílias dispõem (p.1104).

Nesse sistema, a abordagem preza pelas percepções dos usuários, principalmente em relação ao processo de vivência e interação entre usuários e profissionais, e as características da VD, que diz respeito às prioridades e aspectos operacionais da mesma. Para as autoras, as VD também proporcionam acesso a técnicas de diagnóstico e tratamento para o usuário.

Na mesma linha, o trabalho de Delfini et al. (2009) coloca que não existem regras ou critérios rígidos a serem seguidos, uma vez que as mesmas

devem ser pensadas de acordo com cada situação e cada família. Ao relatar o processo de interação do CAPS Itapeva com uma Unidade Básica de Saúde da região da Bela Vista, indica que

Nem todos os casos discutidos nas reuniões necessitam de Visitas Domiciliares. Elas são feitas apenas quando há situações de crise, como em caso de intenso sofrimento psíquico e de vulnerabilidade social, ou quando a equipe sente-se insegura para lidar com tais situações. (...). Enfatizamos que as visitas são apenas uma parte do processo no atendimento às famílias, e não o objetivo final (...) (p. 1489-1490).

Já o estudo de Pinho et al. (2010) coloca que a partir do nascimento de diferentes propostas de constituição de serviços (modelo CAPS – Centros de Atenção Psicossocial) que, articulados com outros serviços, orientem e regulem a atenção no território para promover a integralidade no atendimento, procura-se ter um novo olhar para a loucura. Isso permite a construção de novas redes, instrumentos e possibilidades concretas para redimensionar conhecimentos, práticas e condutas cristalizados sobre os sujeitos, seus problemas e suas relações.

Os CAPS, nesse sentido, materializam os ideais sanitários como garantia de acesso, acolhimento e tratamento digno ao indivíduo com sofrimento mental, na comunidade em que está inserido. São instrumentos que possibilitam reorganizar a rede de Saúde Mental brasileira, em diferentes níveis de atenção/complexidade e que repolitizam o sujeito e a saúde, produzem movimentos contra-ideológicos e contra-hegemônicos no macro espaço. Para o autor (PINHO, 2010),

O trabalho com a Visita Domiciliar parece, então, totalmente compatível com a proposta de desconstruir saberes cristalizados sobre a loucura enquanto doença, já que a visita acompanha o usuário e presta suporte à sua família, na tentativa de reaproximar sujeitos e construir novos espaços de inclusão e relação dentro do sistema familiar. Nesse sentido, entendemos que a Visita Domiciliar desponta como uma modalidade instrumental dentro das ações em Saúde Mental que busca fortalecer vínculos e construir identidade e pontes entre sujeitos, serviços e sociedade (p.32).

Com base no exposto acima, a questão acerca do conceito de Visita Domiciliar na Saúde Mental a partir do SUS reside, justamente, na ideia de torná-la um tipo de “parâmetro”, isto é, uma espécie de “qualificador” que, entre outros instrumentos técnico-operativos, se faz recurso da ação profissional para a inversão na lógica da atenção e assistência que toma o usuário como sujeito descolado das relações sociais, do território e do lugar sócio-subjetivo em que emerge a realidade e a sua vida cotidiana.

A ideia de seu destaque na execução e materialização das novas políticas de saúde nos parece colada justamente à revisão de sua utilidade e finalidade a partir de uma “nova luz” paradigmática que norteia em si o trabalho comunitário em Saúde Mental. Nesta concepção, as visitas não estão só situadas centralmente por uma relação instrumental.

A própria instituição e emergência de um novo quadro conceitual a partir do SUS é que interpõe um redimensionamento radical do que se entende por Visitas Domiciliares. Assim, antes de colar-se a serviço de qualquer objetivo ou prática, serve a quem a “concebe”, isto é, aos princípios e diretrizes das políticas de saúde, em processo dinâmico e retroalimentado.

A Visita Domiciliar, ao permitir novas demarcações conceituais para o planejamento de ações, não o faz por necessidade imediata somente, mas porque o todo conceitual já situa uma forma distinta de demarcação a partir do conjunto teórico-metodológico e ético-político do qual faz parte. Esse processo é retroalimentado na medida em que a própria realização das Visitas Domiciliares fornece elementos que determinam os aspectos conceituais e os aprofundam.

- Podemos destacar as seguintes ideias: não existem critérios rígidos para a realização de Visitas Domiciliares, o que permite não circunscrever precisamente os limites dentro dos quais seria possível formular um padrão definido para seu uso;
- As Visitas Domiciliares em geral referem-se à atenção às famílias e à construção de vínculos sociais e institucionais;
- As necessidades dos sujeitos e as especificidades de cada contexto podem ser tão diversas quanto os próprios objetivos a serem atingidos pelas Visitas Domiciliares.

Todavia, essas ideias precisam estar associadas e referidas a partir de um quadro que também leve em conta a questão histórica, isto é, os determinantes particulares do contexto a partir de uma perspectiva que abarque as questões culturais, a violência urbana, as condições socioeconômicas, a inserção e aceitação das equipes de saúde no território, as relações de poder, a história e a situação institucional dos serviços, a demanda espontânea e a reprimida, etc.

Afirmar, nesse sentido, que só podem ser realizadas Visitas Domiciliares nas condições X ou Y, ou hierarquizar segundo prioridades a serem definidas pelos serviços, como aponta Delfini et. al. (2008), pode ser também um limitador quando adotado de forma generalizante. Isso porque a complexidade, co-existência de diferentes processos vivenciados e necessidades direcionam os atendimentos e conduzem à realização de ações que variam entre emergenciais, de urgência ou acompanhamento (sistemático ou não), sendo que nenhuma das mesmas precisa variar entre as outras a partir de uma ordem de importância, uma vez que todas são necessárias e importantes. Aqui há um desafio de planejamento e organização das agendas dos profissionais e serviços.

Assim como novas situações podem impelir a realização de ações da ordem do imediato, existem combinados de acompanhamentos advindos de planos cujos prazos e tempos são diferentes porque estão na relação direta com prazos e tempos outros, como por exemplo, quando envolvem relações de rede e instituições como o INSS (Instituto Nacional de Seguro Social), sócio jurídicas, etc. que podem demandar Visitas Domiciliares e acompanhamento frequente mesmo pelo profissional de saúde.

Na Estratégia Saúde da Família, por exemplo, o Agente Comunitário pode encontrar as pessoas na rua, conversar na calçada, ser sugerido a fazer uma visita pelo vizinho de alguém que não está bem, etc., e, assim, buscar subsídios para o processo de atenção compartilhando informações, dificuldades e planejando ações em espaços destinados a esse fim com outros profissionais e serviços, como as reuniões de equipe e no Apoio Matricial. O mesmo pode ocorrer com os profissionais do CAPS quando no trabalho nos domicílios.

Por outro lado, essa relação também pode implicar certa “vigília” ou controle moral, baseando tanto nos conceitos pessoais dos profissionais quanto nas normas prescritivas “em nome” de um saber técnico que veste o jaleco da verdade. Nesse caso, as visitas podem implicar uma relação de poder e vigilância que afeta diretamente a intimidade e o poder de escolha das pessoas.

Esses espaços coletivos destinados à co-responsabilização de serviços e profissionais como as reuniões de equipe, reuniões entre equipes, reuniões de rede e Apoio Matricial podem ser de extrema importância para potencializar, assim como as Visitas Domiciliares, alguma mudança na lógica da atenção em Saúde Mental. É de supor que a possibilidade de troca de informações e construção de estratégias comuns e compartilhadas aumenta o repertório das equipes, o conhecimento técnico do que se faz e a construção de vínculo. Nesse sentido, poderia minimizar ou refletir o aspecto invasivo e controlador das práticas.

Não seria possível discorrer sobre as Visitas Domiciliares sem que elas estejam em interação dinâmica com outras estratégias, de forma que o conjunto de instrumentos e técnicas possam se complementar entre si ampliando e qualificando as possibilidades de ação em saúde.

É possível sistematizar critérios que configurem uma Visita Domiciliar efetiva, como: atendimento de necessidades prementes; utilização de conhecimentos colhidos em relação orgânica com o território de forma a entender a complexidade das famílias e dos casos; trabalhar na perspectiva ampliada do conceito de saúde do SUS, trabalhar prevenção, promoção e tratamento a partir de planejamento sério e obstinado; utilizar informações e orientações que de fato possam incidir sobre as problemáticas; referência na retaguarda de outras discussões como o Apoio Matricial e reuniões de equipe. Ainda assim, não se pode negligenciar a percepção de quem recebe ou é mandatário destas ações. Afinal, os sujeitos mais interessados, direta ou indiretamente, são os que de alguma forma são beneficiados pelas ações dos profissionais.

É nesse caminho, que o sentido de pesquisas que busquem subsídios sobre o tema das visitas domiciliares deve levar em conta os sujeitos usuários e suas famílias, em suas perspectivas, em suas vivências, suas relações sócio-

subjetivas com o território e com os serviços, uma vez que podem trazer questões de extremo interesse para os profissionais e gestores, bem como os “pontos cegos” das ações, aquilo que não se materializa enquanto política, a problematização por um outro olhar.

A participação dos sujeitos na avaliação daquilo que lhes diz respeito, colocando sua visão e perspectiva pode ser uma forma de qualificar e ampliar as noções que a literatura coloca e que são problematizadas pelos autores. É também supor que o trato teórico-metodológico e técnico-operativo não avança por um caminho unívoco, no sentido profissional-usuário, serviço-demanda. Nem, tampouco, um respeito formal que trabalha por um convencionalismo acadêmico na democratização do saber.

Nesse sentido, quando as visitas domiciliares são elaboradas num processo de planejamento sistematizado e respeitoso aos direitos dos cidadãos, são colocadas como instrumentos potentes para o trabalho compartilhado seja a partir de serviços da rede de atenção psicossocial ou serviços da atenção básica, uma vez que aproximam as equipes da realidade dos usuários e familiares na construção do vínculo. Também revela e desafia a construção de estratégias de ação frente à complexidade de demandas sociais, culturais, econômicas, e de saúde da população. Quando planejadas e realizadas conjuntamente podem oferecer um olhar mais integral sobre os casos e as famílias, potencializando as ações intersetoriais e mobilizando recursos comunitários. Nesse sentido, a literatura mostra que as visitas domiciliares são altamente indicadas a serem incorporadas e valorizadas no âmbito das equipes e serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A.; BOSI, M. *Visita Domiciliar no Âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará*. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 2009.

AMARANTE, P.; *A Reforma Psiquiátrica no Brasil*. In KASI, G. (org.). *Salud Mental y Derechos Humanos: subjetividad, Sociedad y historicidad*. 1º Ed. Buenos Aires: Asociación Madres de La Plaza de Mayo, 2004.

Cunha I. *Organização de serviços de assistência domiciliária de enfermagem* [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1991.

DELFINI, P. et al. *Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber*. Rio de Janeiro: Saude Coletiva, 2009. (Ciênc. saúde coletiva, vol.14, supl.1)

GUERRA, Y. *A Instrumentalidade do Serviço Social*. 8ª edição. São Paulo: Cortez, 2010.

LABATE, R.; GALERA, S.; AVANCI, R. *Visita Domiciliária: um olhar da enfermagem psiquiátrica*. Brasília: Revista Brasileira de Enfermagem, 2004 (Set/Out; 57 (5): 627-8).

LOPES, W.O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. *Visita domiciliar: tecnologia para o Cuidado, o ensino e a pesquisa*. Cienc. Cuid. Saude, v.7, n.2, p.241-7, 2008.

MANDU, E. et al. *Visita Domiciliária sob o Olhar de Usuários de Saúde da Família*. Texto Contexto Enferm: Florianópolis, 2008 (jan-mar, 17 (1): 131-40).

OKADA, L.; FEIO, N.; CORREA, F. *Atendimento Psiquiátrico Domiciliar: vale a pena*. Revista ABP-APAL 16 (3): 94-98, 1994.

OLIVEIRA, A.; ATAÍDE, I.; SILVA, M. *A invisibilidade dos Problemas de Saúde Mental na Atenção Primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos junto às equipes de Saúde da Família*. Texto e Contexto Enfermagem, UFSC: Florianópolis, 2004 (out-dez, vol. 13, n. 004, p. 618-624).

OLIVEIRA, R.; LOYOLA, C. *Pintando Novos Caminhos: a Visita Domiciliar em Saúde Mental como dispositivo de cuidado de enfermagem*. Esc. Anna Nery R Enfermagem, 2006. (Dez; 10 (4): 645-51).

PIETROLUONGO, A.; RESENDE, T. *Visita Domiciliar em Saúde Mental: o papel do psicólogo em questão*. Psicol. Cienc: Brasília, 2007 (V. 27, n. 1).

PINHO, L.; HERNÁNDEZ, A.; KANTORSKI, L. *Psychiatric reform, mental health workers and the family's "partnership": the discourse of distancing*. Interface - Comunic., Saude, Educ., 2010, (v.14, n.32, p.103-13, jan./mar).

PUSCHELL, V. *Competências Psicossociais para a Assistência Domiciliar*. Rev. Bras. Enferm., 2005 (jul-ago; 58(4), 466-70.).

REINALDO, M.; ROCHA, R. *Visita Domiciliar de Enfermagem em Saúde Mental: ideias para hoje e amanhã*. Revista Eletrônica de Enfermagem. Vol. 4, nº 2 p. 36-41, 2002. Disponível em <http://revistas.ufg.br>.

ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. 2ª. Ed. São Paulo: Editora Unesp/Editora Hucitec. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

SAKATA, K. et al. *Concepções da Equipe de Saúde da família sobre Visitas Domiciliares*. Ver. Bras. Enferm. Nov-dez 60(6): 659-64. Brasília, 2007.

SANTOS, S.; KISCHBAUN, D. *A Trajetória Histórica da Visita Domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica*. Revista Eletrônica de Enfermagem. 10(1): 220-227, 2008

VERRI, B. Biblioteca de Ciências Médicas da UNICAMP. *A visita domiciliar no programa de saúde da família: entre a norma e o cuidado*/Beatriz de Mattos Araújo Verri. Campinas, SP : [s.n.], 2007.