

VISITA DOMICILIAR: TECNOLOGIA PARA O CUIDADO, O ENSINO E A PESQUISA

Wanda de Oliveira Lopes*

Rosita Saupe**

Aline Massaroli***

RESUMO

A visita domiciliar é uma prática antiga na área da saúde, e atualmente, está sendo resgatada em função das novas políticas públicas, que incentivam maior mobilidade do profissional. Mobilidade quer dizer o profissional deixar de ficar esperando as pessoas adoecerem e procurarem recursos, e atuar em seu entorno, detectando necessidades, promovendo saúde e cuidado. Nesta perspectiva a visita domiciliar pode ser considerada como um dos eixos transversais do sistema de saúde brasileiro, que passa pela universalidade, integralidade e equidade. Pode ser compreendida como um método, uma técnica e um instrumento. Como método se inscreve nas possibilidades das abordagens qualitativas; como técnica requer a interação e a comunicação como fundamentos; e como instrumento faz uso do planejamento e do registro. Exige plena concordância do usuário e estabelecimento de relação fundamentalmente orientada pelo diálogo e pela ética. Este artigo, embasado na literatura e na experiência das autoras, propõe um conceito, um método e um instrumento, e sustenta as possibilidades de uso da visita domiciliar como tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa em saúde.

Palavras-chave: Visita Domiciliar. Tecnologia. Pesquisa. Ensino. Assistência à Saúde.

INTRODUÇÃO

O interesse em elaborar este artigo partiu da proposição de um projeto de pesquisa, originário de necessidade detectada no território de sua realização, quando optamos por utilizar a visita domiciliar como técnica para a coleta de dados. Em meio à busca por literatura para embasamento teórico sobre este tema, tão utilizada pelas mais diversas profissões, especialmente na área da saúde, deparamo-nos com a carência de fontes específicas que dessem conta de elucidar tal temática em todos os aspectos que necessitávamos esclarecer. Em face deste quase-vazio detectado na literatura e de nosso propósito de responder ao objetivo de contribuir para a construção de conhecimento em relação ao tema, abordamos a visita domiciliar a partir da trajetória histórica do conceito; seguimos evidenciando suas possibilidades como tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa, e concluímos apresentando

um conceito e um modelo para sua concretização.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os maiores problemas de saúde que os homens têm enfrentado sempre estiveram relacionados com a natureza da vida em comunidade. Na Grécia (443 a.C.) já encontramos relatos de médicos que percorriam as cidades prestando assistência às famílias, de casa em casa, orientando-as quanto ao controle e à melhoria do ambiente físico, provisão de água, alimentos puros, alívio da incapacidade e do desamparo⁽¹⁾.

Entre os anos de 1854 e 1856, em Londres, anteriormente ao surgimento das enfermeiras visitadoras, a prática da visita domiciliar era realizada por mulheres da comunidade, sem muita instrução, que recebiam um salário do Estado para educar as famílias carentes sobre os cuidados de saúde. Elas eram chamadas de visitadoras sanitárias e a Sociedade de

*Assistente-Social. Mestranda do Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI).

**Enfermeira. Doutora. Professora da UNIVALI.

***Acadêmica de Enfermagem da UNIVALI. Bolsista PIBIC/2007/2008.

Epidemiologia de Londres era responsável por esse treinamento. Com o passar do tempo a experiência mostrou que o sistema apresentava resultados positivos, o que levou os dirigentes dos distritos sanitários a considerarem que, se empregassem mulheres de educação superior - como médicas, enfermeiras e parteiras diplomadas - haveria uma otimização na assistência aos pobres⁽²⁾.

No início do século XX, a enfermagem estava inserida em todas as instâncias responsáveis pela saúde pública nos Estados Unidos. Essa tendência foi acompanhada pelos países da Europa e em menor grau por outros países. No ano de 1951, nos Estados Unidos, estavam em atividade 25.461 enfermeiras de saúde pública, das quais 12.556 trabalhavam com visitas domiciliares. As agências mantinham o trabalho das enfermeiras junto às comunidades para atender aos seus problemas como um todo, inclusive a prevenção da doença mental⁽¹⁾.

No Brasil não foi muito diferente. Com a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras na cidade do Rio de Janeiro, a partir do Decreto nº 791, de 27 de setembro de 1890 no Hospital de Alienados, as elites intelectuais da época estavam convencidas de que, para transformar o Brasil em uma Nação, a única estratégia possível seria a melhoria das condições de saúde da população⁽³⁾. Nesta perspectiva, em 1918, Carlos Chagas, então diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, incentivou a criação de cursos e escolas, entre elas a de Enfermeiras Visitadoras, fundada com apoio da Fundação Rockefeller em 1923⁽²⁾.

Em 1920, Amaury de Medeiros introduz, na escola de enfermagem da Cruz Vermelha, um curso de visitadoras sanitárias. Neste mesmo ano foi criado o serviço de visitadoras como parte do serviço de profilaxia da tuberculose. Tal iniciativa marca a inclusão da visita domiciliar como atividade de saúde pública, uma vez que o serviço fazia parte do Departamento Nacional de Saúde Pública. As visitadoras deveriam prestar assistência priorizando aspectos educativos de higiene e cuidado dos doentes. De acordo com os mesmos autores⁽³⁾, o aparecimento do serviço de enfermeiras visitadoras no Brasil é marcado pelo objetivo da prevenção das doenças. Concomitantemente, foram sendo criados, em

todo o país, os centros de saúde, os quais tinham como objetivo o tratamento da tuberculose e da hanseníase e a diminuição da mortalidade infantil. Nesta assistência, desempenhavam papel preponderante as visitas domiciliares executadas por pessoal de nível médio⁽³⁾.

Como podemos observar, nos primórdios da visita domiciliar no mundo a preocupação estava mais centrada em evitar doenças e minimizar a dor dos doentes do que propriamente em promover a saúde, a valorização de seu contexto social e sua qualidade de vida. Mais recentemente, no Brasil, usando da pesquisa como método e o cuidado domiciliar como técnica de coleta de dados, a visita domiciliar passa a ser uma importante estratégia de cuidado, que mobiliza a participação da família e gera avanço do conhecimento⁽⁴⁾.

Com a reorientação do modelo de atenção à saúde preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), podemos apontar a visita domiciliar como um eixo transversal que passa pela universalidade, integralidade e equidade. É também um espaço construtor de acesso às políticas públicas, através da relação que se estabelece entre os diferentes sujeitos do processo. Para atingir este objetivo, tem-se na prática da visita domiciliar um dos instrumentos fundamentais para o entendimento da totalidade dos condicionantes que afetam a vida do cidadão⁽⁵⁾.

Neste contexto, a visita domiciliar, entendida como método, técnica e instrumento, constitui-se como um momento rico, no qual se estabelece o movimento das relações, ou seja, a escuta qualificada, o vínculo e o acolhimento, favorecendo que os grupos familiares ou comunidades tenham melhores condições de se tornarem mais independentes na sua própria produção de saúde. Importante ressaltar também que a visita se estabelece *in loco*, permeando o lugar do seu cotidiano, do seu mundo vivido e enfrentado, de acordo com sua visão de mundo.

Atualmente, a visita domiciliar é utilizada pelos mais diversos profissionais, objetivando atender o indivíduo na sua integralidade. Daí decorre a importância de, nesta abordagem, trabalhar a interdisciplinaridade das profissões de forma fundamentada. É preciso desconstruir a imagem estereotipada de que visita é coisa de leigos, cristalizada num empirismo desprovido

de fundamentos. O ponto precípuo desta técnica é constituí-la e desenvolvê-la sobre bases éticas, humanas, mas também profissionais⁽⁶⁾.

Usando um referencial que vem sendo incorporado na área da saúde⁽⁷⁾, classificamos a visita domiciliar como uma tecnologia leve-dura. Os autores desta proposta, ao analisarem as tecnologias em saúde, iniciam referindo que a palavra tecnologia é comumente relacionada às máquinas e que este entendimento tem dificultado bastante a nossa compreensão de que, quando falamos em trabalho em saúde, não estamos nos referindo apenas ao conjunto dos equipamentos ou tecnologias duras utilizados nas intervenções diagnósticas ou terapêuticas. Argumentam ainda que é preciso olhar com atenção, pois o conjunto de intervenções assistenciais vai além das diversas máquinas utilizadas, como raios-x e instrumentos para realizar exames de laboratório ou para examinar o paciente. Discursam que neste contexto vislumbra-se o saber profissional, seja este da clínica médica, da clínica do dentista, do enfermeiro, do psicólogo, do assistente social ou outros. Esta perspectiva nos permite dizer que há uma tecnologia menos dura do que os aparelhos e equipamentos propriamente ditos, utilizados na prática.

No conjunto de equipamentos, instrumentos e saberes profissionais está presente a tecnologia leve-dura: leve por conter um saber que as pessoas adquiriram e que está inscrito na sua forma de pensar as situações de saúde e na sua maneira de organizar uma atuação sobre elas; e dura na medida em que é um saber-fazer bem-estruturado, bem-normalizado e bem-protocolado. Além destas duas situações tecnológicas abordadas, ainda trabalhamos com a tecnologia leve, ou seja, aquela que se produz através do trabalho vivo, entendido como processo das relações. Entende-se esta 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 estas pessoas colocam neste encontro. São momentos de possíveis cumplicidades, 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⁽⁷⁾.

A visita domiciliar reúne pelo menos três tecnologias leves a serem aprendidas e desenvolvidas, as quais são: 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 o relato oral ou história, espaço onde as pessoas revelam como dão sentido às suas vidas, dentro dos limites e da liberdade que lhes são concedidos⁽⁶⁾.

METODOLOGIA

O estudo compreendeu o desenvolvimento de três etapas sucessivas.

Na primeira etapa se fez revisão da literatura⁽⁸⁻¹⁰⁾, como subsídio para: a compreensão da historicidade da visita domiciliar; sua classificação como tecnologia usada na área da saúde; a delimitação de subsídios para a fundamentar a proposição de um conceito; e a identificação de descritores para a construção de um roteiro visando orientar a realização de visitas domiciliares. A segunda etapa consistiu na proposição de um conceito de visita domiciliar. Na terceira etapa buscou-se a construção de um roteiro para visita domiciliar.

RESULTADOS

Diante da inexistência de um conceito de visita domiciliar que atendesse às nossas necessidades e dos estudos que estamos realizando, propomos, com fundamento na literatura consultada, que a visita domiciliar, na área da saúde, seja entendida como o deslocamento do profissional até o domicílio do usuário, com as finalidades de atenção à saúde, aprendizagem ou investigação. Pode ser considerada como um método, uma tecnologia e um instrumento. O método se inscreve como possibilidade nas abordagens qualitativas; como tecnologia leve-dura requer competência (saberes, habilidades e atitudes)⁽¹¹⁾, especialmente quanto à interação, à observação e à comunicação; e como instrumento, faz uso do planejamento e do registro, orientado por um roteiro. Exige plena concordância do usuário e o

estabelecimento de relação fundamentalmente alicerçada pela ética.

Podemos afirmar que planejamento, roteiro de orientação e registro do conteúdo da visita domiciliar são considerados procedimentos importantes pelos autores consultados^(6,12). A sistematização dos relatos orais, das observações, encaminhamentos e conclusões obtidas deve estar presente no registro da visita e ser incluída entre os documentos que historicam o atendimento da família ou das pessoas individualmente. A importância e eficácia da visita domiciliar para o desenvolvimento da saúde da família incluem obrigatoriamente o registro detalhado da mesma⁽¹²⁾.

Não há consenso quanto ao tipo de instrumento a ser utilizado, independentemente da finalidade da visita domiciliar. Encontramos indicação que considera a simplificação como fundamental - uma prancheta, um bloco de notas e uma caneta seriam suficientes⁽¹²⁾; mas encontramos também a defesa rigorosa de que, além do instrumento sistematizado, é importante a existência de um guia para sua utilização⁽¹³⁾.

Nossa experiência nos encaminha para uma posição intermediária. Nos casos de visitas que se constituem rotina dos serviços de saúde, o uso de instrumentos com muitos itens e detalhamento excessivo conduz, com frequência, somente ao desperdício, pois inúmeras informações não são preenchidas, gerando um vazio de dados necessários à discussão com os usuários do sistema de saúde, para tomada de decisão de condutas sobre suas vidas e também a validade de se manter um serviço tão dispendioso. Por outro lado, quando a visita domiciliar tem uma função de aprendizagem, sendo realizada por alunos, ou quando os dados serão utilizados em pesquisa, consideramos necessária a existência de guias e instrumentos que dêem conta também destes objetivos. Temos observado que, por não se tratar de uma rotina em seu cotidiano, diferentemente dos trabalhadores vinculados aos serviços de saúde, os alunos, independentemente do nível do curso - graduação ou pós-graduação -, apresentam significativas dificuldades. "O que devo anotar?" - é a pergunta que emerge com insistência.

Por outro lado, sendo a visita domiciliar uma das tecnologias que dão sustentação à estratégia de saúde da família, é importante para nós, como

profissionais comprometidos com a consolidação do SUS, que o resgate histórico e conceitual com fundamentação na literatura apresente uma proposta que possa contribuir também com a prática, integrada ao ensino e à pesquisa.

Partimos do modelo que temos utilizado como diário de campo, pois o domicílio, quando disponibilizado pela família, representa, em nosso entendimento, uma continuidade do campo de trabalho, de ensino-aprendizagem e de pesquisa. O diário de campo é "o relato escrito daquilo que o investigador OUVÊ, VÊ, EXPERIENCIA E PENSA no decurso da recolha e refletindo sobre os dados de um estudo qualitativo"^(14:150).

O guia para orientação dos registros em diário de campo da visita domiciliar, a seguir apresentado, deve ser ajustado a cada situação particular, excluindo ou ampliando o número de itens a serem abordados. Basicamente precisa incluir^(6,12,14):

1. dados de identificação: data; hora de início e de término da visita; nome e registro do usuário ou família; endereço completo com ponto de referência no bairro, podendo incluir mapa indicativo e descrição detalhada do motivo da visita;

2. planejamento da visita: objetivos e atividades a serem desenvolvidas;

3. a parte descritiva, compreendendo:

3.1. retratos dos sujeitos: aparência física; maneira de vestir; maneirismos; estilo de falar e agir (procurar aspectos particulares das pessoas que as diferenciem);

3.2. reconstrução dos diálogos: conversas e depoimentos (usar paráfrases e citações na íntegra);

3.3. descrição do espaço físico: usar desenhos a lápis do espaço e do arranjo da mobília; descrição usando TODOS os sentidos;

3.4. relato de acontecimentos particulares; listagem de quem esteve envolvido no acontecimento, de que maneira e qual a natureza da ação;

3.5. descrição detalhada de atividades e de comportamentos;

3.6. comportamento do observador, que também é objeto de investigação; modo de vestir, ações e conversa com os sujeitos; atenção ao seu comportamento, suposições e tudo que

possa afetar os dados que são recolhidos e analisados.

Aqui fazemos uma observação referente à reconstrução dos diálogos, no sentido de que, mesmo sendo constituídos de depoimentos sigilosos, eles precisam ser registrados, até para não se perderem de vista todas as informações necessárias para o acompanhamento da família pela equipe de saúde. Só assim os profissionais envolvidos poderão programar as intervenções de modo mais efetivo e resolutivo. A clareza e a descrição das informações são primordiais para o sucesso destas intervenções. À medida que a visita vai se desenrolando, seu conteúdo vai ganhando detalhamento e profundidade, vínculos vão se estreitando, as falas vão surgindo e o registro é necessário⁽⁶⁾. Pressupomos que o acesso às informações fornecidas pelas famílias seja possibilitado à equipe de profissionais que estão inseridos no trabalho da visita domiciliar, desde que respeitado o cuidado, que deve estar presente em cada história e contexto familiar. Enfatizamos também que a ética profissional deve fazer parte do cotidiano de trabalho de cada profissional, aspecto que não é diferente nesta situação.

A descrição do espaço físico na visita domiciliar é, de igual forma, um aspecto importante para fazermos constar nos nossos registros, afinal, “tudo na visita *fala*”^(6:38). É necessário que durante a visita façamos um “retrato” do local, para que depois possamos refletir sobre esta realidade, pois nem sempre será possível lembrar-nos de detalhes que aparentemente podem parecer pequenos, mas possuem grandes significados. Nesta direção, a mobília da casa, as falas e emoções manifestas ou veladas, carregam mensagens que devem ser observadas e consideradas na interpretação e análise que se desenvolverão a partir da visita. Destarte, construir a memória da visita, em todos os sentidos, é primordial para o estudo, avaliação e abordagem de cada situação⁽⁶⁾.

Continuando a enumerar os itens que devem constar no registro, temos:

4. parte reflexiva: relato pessoal; ênfase na especulação, sentimentos, problemas, idéias, palpites, impressões e preconceitos; a importância de confessar os próprios erros, as suas inadequações, os seus preconceitos, os seus gostos e aversões e especular acerca daquilo que

se pensa estar aprendendo, que se pretende fazer a seguir e qual o resultado do estudo que se está realizando;

4.1. reflexões sobre a análise: deve-se especular sobre o que se está aprendendo, os temas que estejam emergindo, padrões que podem estar presentes, conexões entre pedaços de dados, adição de idéias e pensamentos que lhe ocorrem;

4.2. reflexões sobre o método: abordar procedimentos e estratégias empregadas no estudo e decisões tomadas sobre o plano de estudo;

4.3. reflexões sobre conflitos e dilemas éticos: preocupações relacionadas com a vida dos sujeitos e seus valores;

4.4. reflexões sobre o ponto de vista do observador: preconceitos e rupturas;

4.5. pontos de clarificação: outros comentários;

5. memorandos: fragmentos de pensamentos que, de tempos em tempos, e não como parte de um conjunto particular de notas, o investigador escreverá como reflexões adicionais;

6. Avaliação da visita: aspectos objetivos e subjetivos; informações para planejamento da próxima visita.

O registro destas informações, reflexões e ações deve ser efetuado em instrumento próprio. Este instrumento pode ser oficial, quando institucionalizado, ou construído conforme a necessidade de sua aplicação e como o profissional que vai aplicar o instrumento se sentir mais confortável, no caso de ensino ou pesquisa. Recomendamos um modelo do tipo quadro ou tabela, que concentre cada aspecto em um campo próprio. Fundamentalmente, deve conter todos os aspectos incluídos no guia para orientação dos registros em diário de campo da visita domiciliar, mas adaptado a cada situação, seja de cuidado, seja como componente do processo formativo de estudantes ou pesquisa e investigação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resgate histórico da visita domiciliar como tecnologia leve-dura de ampla utilização na área da saúde, detectou a necessidade de desenvolvimento de estudos que ofereçam maior suporte científico, tanto conceitual quanto

metodológico. Sua indicação enquanto método, tanto educacional (formação dos profissionais e educação em saúde) quanto de assistência (diagnóstico de demandas e cuidados das pessoas e famílias) e pesquisa (investigação e avaliação de programas junto à comunidade), evidencia a importância de sistematização e divulgação dos resultados obtidos. Esta revitalização da visibilidade da visita domiciliar mobilizou as autoras a contribuírem para este processo, sugerindo um conceito e um modelo para planejamento e registro, que agora pode ser testado e revisto, conforme seu uso vá mostrando suas possibilidades e limites.

Buscamos ressignificar a visita domiciliar para a prática dos serviços de saúde e valorizá-la como estratégia fundamental na consolidação e

operacionalização da prática profissional, indo ao encontro do novo modelo de atenção à saúde, proposto pelo SUS.

É considerável o desafio de implementar e consolidar um novo olhar e redirecionamento para a prática da visita domiciliar estruturada sob uma visão mais crítica e reflexiva de trabalho. É neste movimento - de ensino e aprendizagem, instrumentalização, modos de trabalhar, investigação - que vimos ser extremamente necessário que os profissionais de saúde se proponham a rever e repensar a visita domiciliar como uma tecnologia de trabalho na qual se desvelam e se vislumbram diferentes modos de se organizar os processos de nosso agir em saúde.

HOME VISIT: TECHNOLOGY FOR CARE, TEACHING AND RESEARCH

ABSTRACT

Home visit is an ancient practice in the health area that is nowadays being rescued in view of new state policies that promote higher mobility from the professional. Within this perspective, home visit can be considered as the transversal axis of the Brazilian health system that goes through the universality, integrality and equity. It can be understood as a method, a technique and an instrument. As a method, it inscribes itself within the possibilities of qualitative approaches; as a technique, it requires interaction and communication as fundamentals; and, as instrument, it makes use of planning and registers. It requires full agreement from the user and the establishment of a relation which is essentially guided by dialogue and by ethics. This article, based on the literature and on the experience of the authors, proposes a concept, a method and an instrument; besides, it supports the possibilities of use of home visit as a technology for care, teaching and research on health.

Key words: Home Visit. Technology. Research. Teaching. Delivery of Health Care.

VISITA DOMICILIARIA: TECNOLOGÍA PARA EL CUIDADO, LA ENSEÑANZA Y LA INVESTIGACIÓN

RESUMEN

La visita domiciliar es una práctica antigua en el área de la salud, y que, hoy día, está siendo rescatada en función de nuevas políticas públicas que incentivan mayor movilidad del profesional. Movilidad quiere decir, el profesional deja de quedar esperando que las personas se enfermen y buscan recursos, y actúan en su entorno, detectando necesidades, promoviendo salud y cuidado. En esta perspectiva, la visita domiciliar puede ser considerada como uno de los ejes transversales del sistema de salud brasileño, que pasa por la universalidad, integridad y equidad. Puede ser comprendida como un método, una técnica y un instrumento. Como método, se inscribe en las posibilidades de los abordajes cualitativos; como técnica, requiere la interacción y la comunicación como fundamentos; y, como instrumento, hace uso del planeamiento y del registro. Exige plena concordancia del usuario y el establecimiento de relación fundamentalmente orientada por el diálogo y por la ética. Este artículo, fundamentado en la literatura y en la experiencia de las autoras, propone un concepto, un método y un instrumento, y sustenta las posibilidades de uso de la visita domiciliar como tecnología para el cuidado, la enseñanza y la investigación en salud.

Palabras clave: Visita Domiciliaria. Tecnología. Investigación. Enseñanza. Prestación de Atención de Salud.

REFERÊNCIAS

1 Reinaldo MAS, Rocha RM. Visita Domiciliar de enfermagem em saúde mental: idéias para hoje e amanhã.

Rev Eletr de Enferm [serial on the Internet]. 2002; [cited 2007 May 29]; 4(2):36-41. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista4_2/pdf/visita.pdf.

- 2 Rosen G. Uma história da saúde pública. São Paulo: Hucitec; 1994.
- 3 Souza CR, Lopes SCF, Barbosa, MAA. A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. Rev UFG [serial on the Internet]. 2004; [cited 2007 May 29]; 6(esp). Disponível em http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/familia/G_contexto.html.
- 4 Andrade OG, Apda R, Rodrigues P. Abordagem holística do sistema de cuidado familiar do idoso com acidente vascular cerebral. Ciênc Cuid Saúde. 2002;1(1):193-199.
- 5 França SP, Pessoto UC, Gomes JO. Capacitação no Programa Saúde da Família: divergências sobre o conceito de visita domiciliar nas equipes de Presidente Epitácio, São Paulo. Trab Educ Saúde. 2006;4(1):93-108.
- 6 Amaro S. Visita Domiciliar: guia para uma abordagem completa. Porto Alegre: AGE; 2003.
- 7 Merhy EE, Onoko R, editores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 2007.
- 8 Cervo AL, Bervian PA. Metodologia científica: para uso dos estudantes universitários. São Paulo: McGraw-Hill; 1986.
- 9 Pimentel A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. Cad Pesquisa. 2002;(114):179-195.
- 10 Salvador AD. Métodos e técnicas de pesquisa bibliográfica: elaboração de relatórios de estudos científicos. 6a ed. Porto Alegre: Sulina; 1977.
- 11 Saube R, Benito GAV, Wendhausen ALP, Cutolo LRA. Conceito de competência: validação por profissionais de saúde. Saúde Rev. 2006;8(18):31-37.
- 12 Queiroz VM, Egry EY. Modelo de plano de visita domiciliária. Rev Esc Enferm USP. 1983;17(3):205-11.
- 13 Amaro S. Visita domiciliar: uma técnica de revelação da realidade. [online]. 2007 [cited 2007 May 29]. Disponível em: www.pucrs.br/eventos/sbpc/uergs/ficina/001.doc
- 14 Bogdan RC, Biklen SK. Investigação qualitativa em educação. Porto (Portugal): Porto; 1991.

Endereço para correspondência: Wanda de Oliveira Lopes - Rua Marechal Floriano Peixoto, 780, apto 22 - Jardim Blumenau - Blumenau/SC. E-mail: wanda_ol@yahoo.com.br

Recebido em: 07/04/2008

Aprovado em: 29/05/2008