

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE
DA FAMÍLIA**

FABIULA TEIXEIRA DOS SANTOS

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EM
VISITA DOMICILIAR**

CORINTO – MINAS GERAIS

2013

FABIULA TEIXEIRA DOS SANTOS

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EM
VISITA DOMICILIAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.^a Eunice Francisca Martins

CORINTO – MINAS GERAIS

2013

FABIULA TEIXEIRA DOS SANTOS

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EM
VISITA DOMICILIAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.^a Eunice Francisca Martins

Banca Examinadora

Prof.^a Eunice Francisca Martins

Prof.^a Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovada em Belo Horizonte, em 23/11/2013

RESUMO

Este trabalho apresenta uma proposta de intervenção, para a equipe de Saúde da Família da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Esperança, município de Presidente Juscelino/MG, sobre a prática da visita domiciliar (VD) como instrumento essencial em atenção primária. Tem por objetivo instaurar um plano de ação para sanar problemas que envolvam dificuldades e obstáculos a uma melhor abordagem da visita feita pela equipe. A metodologia empregada para o resgate das bases conceituais que envolvem o tema foi a consulta à Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na modalidade de revisão integrativa. Foram encontrados cinco artigos de relevância sobre a VD, que relatam seus benefícios e vantagens em relação ao atendimento em consultório ou ambulatório. O plano de intervenção propõe melhorias para facilitar a comunicação e o acesso à casa dos usuários. Espera-se que seja possível a conquista de uma atenção domiciliária holística, humanizada e equitativa.

Palavras-chave: Visita domiciliar. Saúde da Família. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

this paper presents a proposal for intervention for team health family of the health family strategy (hfs) esperança, the municipality of presidente juscelino/mg, on the practice of home visits (hv) as an essential tool in primary care. aims to establish a plan of action to remedy problems involving difficulties and obstacles to a better approach of the visit made by staff. the methodology used for the redemption of concepts that involve the theme was to consult the virtual health library (vhl), in the form of an integrative review. five articles were relevant on the hv, which reported its benefits and advantages in relation to attendance at clinic or outpatient. the intervention plan proposes improvements to facilitate communication and access to home users. expected to be able to conquer a homecare holistic, humane and equitable.

Keywords: Home visit. Family Health. Primary health care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS- Agentes Comunitários de Saúde

APS- Atenção primária à saúde

BDEF - Base Dados em Enfermagem

BVS- Biblioteca Virtual em Saúde

CISMEV- Consórcio Inter Municipal de Saúde do Médio Rio das Velhas

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS- Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

DSS - Determinantes sociais de saúde

ESF- Estratégia de Saúde da Família

LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe

MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde

MS- Ministério da Saúde

NOB- Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial de Saúde

PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde

PNAB -Política Nacional de Atenção Básica

PSF -Programa Saúde da Família

SIAB -Sistema de Informação de Atenção Básica

SRS -Superintendência Regional de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

VD- Visita domiciliar

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 Introdução | 8 |
| 2 Justificativa | 13 |
| 3 Objetivos | 14 |
| 4 Metodologia | 15 |
| 5 Referencial teórico | 16 |
| 6 Proposta de intervenção | 31 |
| 7 Considerações finais | 44 |
| Referências | 46 |

1 Introdução

A família é uma subunidade social que contém o indivíduo e é contida pela comunidade na qual está inserida. Porém, o termo é mais complexo e ultrapassa os limites da consanguinidade.

Desse modo, é fundamental o conhecimento dos conceitos e discussões que permeiam as práticas do membro de uma Equipe de Saúde da Família.

O Brasil tem uma madura estrutura jurídica que envolve o tema da assistência à saúde como um direito social e dever do Estado.

Nesse enfoque da saúde, a nossa Carta Magna (1988) explicita que o Estado deve garantir a saúde a todos “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

O mesmo dispositivo legal, em seu art. 198, exige a organização, por parte do Estado, das ações e serviços públicos, priorizando as atividades preventivas do atendimento integral e o atendimento assistencial, destacando a participação da comunidade.

Sob este prisma, Chapadeiro, Andrade e Araújo (2012, p.12) mencionam que:

Abordar a questão da família como centro da Atenção Primária à Saúde é uma situação prioritária, especialmente se a colocarmos na estratégia de reorganização do sistema de saúde. É necessário, também, conhecer as configurações dessa família, seus arranjos, seus contextos, seu processo social de trabalho e vivência, sua cultura de características bem peculiares, nesse nosso tempo de diversidade e de transição demográfica e epidemiológica. Enfim, compreender a família como unidade de produção social.

É por meio da contribuição dos movimentos sociais por uma saúde mais direta, holística e humanizada que a área social pode ser mais bem acolhida nas decisões políticas. E em um momento de grande euforia por mais direitos e que essas mobilizações levaram à concepção de que a saúde deve ser levada aos usuários.

Assim, surge a questão da família como a base desse processo de mudança nos paradigmas do acesso à saúde. No momento em que o ordenamento jurídico pátrio dispõe de um conjunto de direitos e deveres resultantes dos anseios da sociedade, a família é tida como a base dessa sociedade, tendo especial proteção do Estado, como exposto no art. 226 da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

O novo tratamento dado à família, como unidade constituída por indivíduos dotados de semelhanças culturais peculiares (e não apenas por similitude genética) e que, por sua vez, é formadora da sociedade, exige do Poder Público uma atenção especial. As famílias possuem necessidades diferenciadas e, portanto, demanda tratamento diferenciado nas relações interpessoais a serem estabelecidas, para a formação de um elo com os serviços do Estado. Essa unidade social transforma-se na base para qualquer intervenção estatal, principalmente no que envolve a área da saúde.

Pelo fato de haver vários arranjos familiares, todos protegidos pelo não excludente texto constitucional, esta unidade se torna plural e complexa, dotada de função afetiva e humanizadora do sujeito social. Nesse contexto, Menezes (2008, p. 2) explica que:

A família promove o desenvolvimento da personalidade de seus membros [...] A proteção deferida à família pelo Estado se funda na importância que este grupo social desenvolve na formação psicossocial do indivíduo. É na família que a pessoa recebe as primeiras orientações para a vida coletiva e é neste organismo que os atos de solidariedade e de ajuda mútua acontecem mais recorrentemente. Não sem razão, a família tem deveres constitucionais, como o de assegurar às crianças a sociabilidade, a educação básica e a saúde, bem como o de proteção e cuidado com a pessoa do idoso.

No âmbito dessa discussão, a família, como um constituinte fundamental da sociedade, precisa ser encarada de forma diversa e ampla. Portanto, a visita domiciliar no cenário da saúde é convertida em ação básica para a organização de um serviço essencial às pessoas, cuja formatação é pautada, por comando constitucional, na integralidade, equidade e universalidade.

Em um relatório elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008, p.27), em 2008, é dito que “o passo mais fundamental que um país pode dar para fomentar a equidade em saúde é promover a cobertura universal: acesso universal a todo um leque de serviços de saúde necessários, pessoais ou não pessoais, com proteção social da saúde”.

Atender a família dentro de suas singularidades e complexidades, de maneira holística e humana, com respeito às suas características e sem causar lesão ao seu formato natural de vivência apenas legitima o papel da assistência domiciliar na atenção primária à saúde (APS).

A portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p. 1), em seu artigo 2º, inciso II, considera a Atenção Domiciliar, na qual está inserta a visita domiciliar, como uma:

Nova modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

Há indícios de cuidados de saúde no domicílio no Egito e Grécia antigos. Na Europa, antes dos adventos dos hospitais e ambulatórios, a modalidade de cuidado praticada era na casa do paciente. No Brasil, médicos liberais legais atendiam nos lares de forma humanizada e de qualidade a quem podia pagar. Aos mais carentes, restava a filantropia e demais práticas, como o curandeirismo e a medicina caseira, que eram realizadas nas casas ou estabelecimentos não nosocomiais (BRASIL, 2012, p.12 - 13).

Historicamente, as visitas médicas sempre foram realizadas, contudo a Estratégia Saúde da Família deu o impulso e o estímulo para elevar a frequência das idas de profissionais de saúde às casas de pacientes. Conforme documento original do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, p. 12), “o cuidado domiciliar à saúde é uma prática que remonta a própria existência das famílias como unidade de organização social”.

O mesmo documento (BRASIL, 2012, p. 21) diz que:

A participação ativa do usuário, família e profissionais envolvidos na assistência domiciliar constitui traço importante para a efetivação dessa modalidade de atenção. Assim, a articulação com os outros níveis da atenção e a intersetorialidade é fundamental para a construção coletiva de uma proposta integrada de atenção à saúde, bem como para aumentar a resolutividade dos serviços e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Vasconcelos (ANO *apud* BRASIL, 2012, p.44) comenta que a vida familiar:

Constitui um espaço importante para a elaboração de um destino comum, para o amadurecimento de um saber sobre o espaço, o tempo, a memória, para a transmissão de conhecimentos e informações e para a compensação da pouca escolarização com outros aprendizados transmitidos oralmente e por contato direto.

É nesse aspecto da necessidade da atenção primária, tomando como ferramenta para o alcance da qualidade nos serviços a ida de um profissional de saúde às casas dos moradores, que o respectivo trabalho pretende discorrer sobre as virtudes de tal instrumento.

Presidente Juscelino é um município brasileiro do estado de Minas Gerais. Localiza-se a uma latitude de 18°38'14" sul e a uma longitude 44°03'30" oeste, estando a uma altitude de 596 metros. Sua população estimada pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) (BRASIL, 2013) é de 3.953 habitantes. Possui uma área de 698,874 km². O município foi emancipado de Curvelo em 1 de março de 1963, onde era o distrito de Ponte do Paraúna – Município limítrofes Monjolos, Curvelo, Inimutaba, Santana de Pirapama, Gouveia, Santo Hipólito. Tem como acessos rodoviários a BR 135, a BR 259 e a BR 040, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

- Inserção no Estado: Microrregião do Médio Rio das velhas
- Macrorregião: Centro Belo Horizonte
- Superintendência Regional de Saúde (SRS) Sete Lagoas
- Consórcio Inter Municipal de Saúde do Médio Rio das velhas (CISMEV)
- Prefeito Municipal: Warley Pereira Rosa
- Secretario Municipal de Saúde: Ricardo de Castro Machado

No âmbito local, a Secretaria Municipal da Saúde de Presidente Juscelino trabalha na reorientação do modelo assistencial com a intensão de mudança do

modelo centrado na assistência médica individual curativa para um modelo que contemple uma atenção integral do indivíduo, tendo por base a saúde coletiva.

Estão implantadas duas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da Unidade Básica de Saúde (UBS) desmembrada em Urbana (ESF Renascer) e Rural (ESF Esperança), sendo quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Zona Urbana e sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Zona Rural.

A ESF da Zona Rural, pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), acessado em março de 2013, cobre 602 famílias, o que equivale a 1.904 pessoas.

As ESF's consolidaram a reorganização da Atenção Básica no município, tendo 100% de cobertura. Tendo como cliente a família inserida numa comunidade, a saúde dessa família não pode ser objeto de trabalho apenas da equipe, mas é também um conjunto de intervenções da comunidade.

A visita domiciliar (VD) é uma das atividades mais importantes do processo de trabalho da equipe de Saúde da Família. Numa casa vive a família, com seus códigos de sobrevivência, suas crenças, sua cultura e sua própria história. A sensibilidade em compreender o momento certo e a maneira adequada de haver aproximação e o estabelecimento de uma relação de confiança se configura numa habilidade essencial. Contudo, é uma ação essencial no sentido de promover a orientação do modelo de atenção que muda a ordem dos serviços de saúde, ao esperar a postura passiva dos usuários pela demanda espontânea nos serviços.

Em geral, as VD devem ser realizadas de forma planejada pelo ACS e pela equipe de saúde. Esta VD deve ser contínua e dinâmica, na função de orientar, monitorar, esclarecer e ouvir, passando a exercer também um papel de educativo. Assim é fundamental que seja compreendido a importância da VD na ESF.

2 Justificativa

Este trabalho visa discutir a importância da visita domiciliar (VD) inserida no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como um dos principais instrumentos de prestação de assistência à saúde.

A VD propicia importante aproximação com as famílias, seus membros e equipe de saúde, além de permitir o conhecimento das condições ambientais dos riscos e dos danos aos quais as pessoas estão expostas. Constitui um conjunto de ações sistematizado para viabilizar o cuidado a pessoas com algum nível de alteração no estado de saúde.

Este estudo contribuirá para aprimorar o conhecimento da prática diária da visita domiciliar por meio da realização da mesma com ética, respeito, acolhimento, postura, diálogo, compreensão e confiança.

3 Objetivos

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção para melhoria da visita domiciliar para a equipe da ESF Esperança, no município de Presidente Juscelino/MG.

3.2 Objetivos específicos

Revisar a literatura sobre a importância da visita domiciliar na atuação da equipe de Saúde da Família;

Discutir a operacionalização da visita domiciliar na ESF;

Sugerir possíveis mudanças na abordagem da VD pela equipe de Saúde da Família.

4 Metodologia

Como mecanismo de consulta para a obtenção de estudos relevantes sobre o tema, lançou-se mão da estratégia para a busca de referências a consulta à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), através do site <http://regional.bvsalud.org>. Os descritores utilizados para a pesquisa foram “visita domiciliar” AND “saúde da família” AND “atenção primária à saúde”. Para detalhar a seleção, filtraram-se artigos em língua portuguesa, com textos completos disponíveis, das bases de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe (LILACS) e Base Dados em Enfermagem (BDENF) cujo assunto principal escolhido foi “visita domiciliar”, sendo os trabalhos produzidos nos últimos 10 anos. A modalidade da pesquisa bibliográfica foi a revisão narrativa.

Após o colhimento do conhecimento produzido nesse período, foi elaborado um projeto de intervenção conforme preconizado pelas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012).

5 Referencial teórico

A Estratégia Saúde da Família, antigo Programa Saúde da Família ou PSF, foi lançado em 1994 pelo governo federal como medida para implementar a assistência preventiva, uma forma de atenção centrada na pessoa e não mais no doente, sendo este um preceito da assistência hospitalar. Com o advento da Norma Operacional Básica de 1996 (BRASIL, 1996), passou a constituir, sobre base normativa, como estratégia na reorganização do sistema de saúde do Brasil.

O Programa Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012) apresenta as especificidades da Estratégia Saúde da Família, que visam à:

Reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo CONASS e CONASEMS, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

A Declaração de Alma-Ata, constituída pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde (1978) referendou a atenção primária à saúde como mecanismo de atendimento à peculiar necessidade dos cidadãos dos países em desenvolvimento, excluindo antigos paradigmas e conceituando essa estrutura de cuidado como essencial, que é baseada em:

Métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação (CITAÇÃO).

Starfield (2002) descreve os quatro atributos da atenção primária – atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação (integração) – como características principais dessa modalidade de atenção.

Como criticado pela OMS (2008, p.35):

O aumentar do rendimento médio nacional, uma oferta crescente de prestadores de serviços de saúde e uma promoção acelerada da cobertura universal não são, infelizmente, suficientes para eliminar as iniquidades em saúde.

Além disso, a OMS (2008, p.53) também concorda que:

Compreender as pessoas e o contexto onde elas vivem é não só importante para se desenvolver uma resposta compreensiva, orientada para a pessoa, mas também como condicionante da continuidade dos cuidados. Os prestadores comportam-se frequentemente como se a sua responsabilidade começasse quando um doente chega ao local de consulta e terminasse quando o abandona. Os cuidados não podem, nem devem, estar limitados ao momento da consulta, nem confinados às quatro paredes de um consultório.

Nesse contexto mundial de convenções dos conceitos e concepções de saúde, bem como das propostas de modelos de assistência no âmbito governamental, o PSF expandiu e consolidou-se como estratégia prioritária do Ministério da Saúde (MS), que aprovou a Portaria Nº 648 (2006), deixando de ser uma Política de Governo para tornar-se Política de Estado, elevando seu status de programa - pelo fato de ter objetivos, etapas e modalidades definidas - para estratégia - na qual existe a combinação e o planejamento das ações efetivas à saúde (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde (BRASIL , 1997, p.) introduz que:

Embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde.

Tido pelo Programa Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012, p.19, p.21) como princípio e diretriz geral, a atenção básica qualifica-se, conforme o esse mesmo documento, por:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, [...] É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização capilaridade, próxima da vida das pessoas. [...] um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. [...] São atribuições comuns a todos os funcionários (dentre outras): [...] VI - Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo; IX - Praticar cuidado familiar e dirigido a

coletividades e grupos sociais que visa a propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade; XI - Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho; [...]”. (Grifo nosso)

A família é o núcleo central das ações de diagnóstico, planejamento e intervenção por parte da equipe de saúde. Dotada de características definidoras de seu contexto inserido na sociedade, a investigação do modo de vida familiar para a identificação dos estilos de proteção ou de risco a doenças é fundamental para as propostas de atividades a serem implantadas.

Segundo documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 1997, p. 14), a visita domiciliar tem como finalidade:

Monitorar a situação de saúde das famílias. A equipe deve realizar visitas programadas ou voltadas ao atendimento de demandas espontâneas, segundo critérios epidemiológicos e de identificação de situações de risco. O acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde em microáreas, selecionadas no território de responsabilidade das unidades de Saúde da Família, representa um componente facilitador para a identificação das necessidades e racionalização do emprego dessa modalidade de atenção.

A visita dos profissionais de saúde da família não se restringe apenas à sua ida às casas. É também a oportunidade de construção de um vínculo de relações de segurança, afeto e confiança entre a equipe e os usuários do sistema de saúde, capaz de transpor as resistências impeditivas da efetividade das medidas a serem prescritas.

Os bons cuidados têm a ver com pessoas e essa deve ser a prioridade do atendimento, pois os cuidados primários orientados às pessoas possuem características muito distintas dos cuidados de saúde convencionais.

A Portaria 2.029 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), no artigo 5º, atribui as seguintes diretrizes à atenção domiciliar:

- I - ser estruturado na perspectiva das redes de atenção à saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial;
- II - articular com os outros níveis da atenção à saúde, com serviços de retaguarda e incorporado ao sistema de regulação;
- III - ser estruturado de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência;

IV - estar inserido nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência; (Grifamos)

V - adotar modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e

VI - estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador. (Grifo nosso)

Para dar consistência à ESF, a visita domiciliar surge como responsabilidade das equipes saúde da família, haja vista a necessidade de “ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS”. “A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde” (BRASIL, 2013).

São essas as razões pelas quais é imprescindível a adoção dos objetivos acima mencionados para investigação, na literatura científica, dos valores insertos na visita domiciliar para a equipe multidisciplinar poder traçar o plano de atuação. A nossa preocupação nesse estudo surge na medida em que a política adotada pelo governo federal vem procurando, cada vez mais, empregar os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Conhecer de forma pragmática os valores agregados a essa atividade essencial da equipe permitirá definir as prioridades, tanto da atenção primária como da própria visita domiciliar.

Prosseguindo e como resultado da pesquisa utilizando a metodologia citada, foram encontrados cinco artigos, sendo todos da LILACS e dois, simultaneamente, do BDENF. São artigos que trazem uma gama de informações pertinentes ao nosso trabalho na averiguação da importância da VD com a finalidade de elaborar-se o planejamento das ações a serem propostas. Serão apresentados os principais pontos (problemas, sugestões e reflexões) abordados pelos autores dos trabalhos sobre o tema visita domiciliar, acrescidos de nossas críticas e considerações feitas.

Inicialmente, Mano (2009) desenvolve em seu artigo de revisão uma reflexão do ponto de vista histórico-poético da casa e do lar, trazendo à baila a prática da visita como embutida de valores técnicos que precisam ser conhecidos pela equipe, e não apenas como uma ação assistencial que envolve indivíduo somente em seu bem estar físico. A casa é o edifício destinado à habitação, porém nem sempre pode

ser considerado como lar. Somente se chama de lar aquilo que atende as demandas emocionais e psicológicas de seus proprietários. A moradia é tida como um ser “quase vivo”, que protege e fornece aconchego à família que ali é abrigada, que “vê”, “ouve” e “vivencia” as histórias felizes ou tristes das pessoas e que, certamente, participa do desenvolvimento do aspecto psicoemocional e social de seus habitantes.

A mesma autora nesse trabalho cita a importância de profissionais da Saúde da Família entender o domicílio, pois esse é um dos contínuos ambientes formadores da identidade nacional histórica brasileira, que reflete o funcionamento de toda a sociedade. As características do ambiente da casa definem o período infância e as relações familiares quanto à forma de organização dos espaços, os sonhos e desejos, tendo o poder de moldar o que as pessoas serão por dentro, transcrevendo nossas emoções e sentimentos e traduzindo-os para nossas manifestações e expressões.

Mano (2009) discute sobre o termo atenção domiciliar, colocando-o como um termo que engloba tanto a visita domiciliar como a assistência e a internação domiciliar. A VD é a que melhor exprime tal significado, já que o particular ato de visitar consiste também em fornecer a assistência como sede da atenção primária em saúde, premissa que inexistente nas outras duas.

Essa observação contrapõe à definição da Portaria 2.029 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), que institui a atenção domiciliar no âmbito do SUS, cujo documento cita, para o alcance das metas, as modalidades de atenção, apenas, centradas na doença e complementares à internação hospitalar e ao atendimento ambulatorial, distorcendo um termo de amplo significado.

Na visita domiciliar, é importante a equipe verificar todas as condições e fatores que intervêm na vida e, conseqüentemente, na saúde da família. Como referido por Mano (2009), a condição de pobreza e aglomeração familiar influencia no sono, que assim interfere na produtividade escolar e laboral de menores e maiores de idade, respectivamente. Também nessas condições, os acidentes domésticos podem passar despercebidos e não ser comunicados pela família.

Um espaço familiar congestionado não é apenas uma elevação das possibilidades de compartilhamento de doenças. Todas essas questões citadas são estressantes, criam dificuldades e atritos que impactam no processo de saúde-doença da família, além de serem razões suficientes para a subnotificação dos

casos à ESF, justificando a essencialidade da visita domiciliar como única forma de detecção e atuação sobre esses problemas. Às vezes, se compartilha, além das brincadeiras, o almoço, o banho, as roupas, a cama e noites de sono.

Mano (2009, p. 465) faz uma observação importante, mencionando que “somente um profissional atento e sensível consegue entender a complexidade dessa realidade. Realidade que, certamente, é melhor dimensionada caso seja visitada, no sentido literal da palavra”.

De acordo com Minuchin (ANO *apud* Mano, 2009, p. 460), “a aura de autoridade que caracteriza um ambiente oficial é silenciada, enquanto a realidade do ambiente em que a família vive é conhecida”.

Como ferramentas da abordagem familiar, tão importante quanto um genograma é o ecomapa, que possibilita entender o espaço e as relações estabelecidas entre uma família e as pessoas e estruturas sociais ao qual está inserida, bem como conhecer o modo e estilo de vida de cada um, seus horários, as possibilidades e impedimentos, apoios e suportes, crenças e dores. Um ecomapa bem esquematizado, que contem as redes e parceiros de uma família em sua comunidade, apenas pode ser confeccionado após uma escuta ativa, cuja prioridade do cuidado é a figura da pessoa humana e em ambiente aberto e que inspire confiança ao usuário, ou seja, dentro de sua própria casa.

Em Eufrásio *et al.* (2010), cujo estudo foi um relato de experiência de detecção precoce de carcinoma basocelular em um idoso mediante a atenção primária da visita domiciliar, em Rio Branco/Acre, verificou-se a importância da atividade itinerante dos serviços de saúde para a investigação e constatação de problemas e necessidades que não são evidenciadas em ambulatórios, em contraposição ao precário e excludente modelo assistencial clássico.

Essas autoras ainda referem sobre “a relevância de um acompanhamento domiciliar adequado com ênfase no caráter preventivo e integral da Atenção Primária à Saúde”. Somente com a visita domiciliar é oportunizado a precaução a patologias crônicas, degenerativas e silenciosas. O ato de verificar a utilização correta de medicamentos, a colheita de uma boa história clínica, o aconselhamento de ações acessíveis do ponto de vista aquisitivo, a detecção ensejada de recidivas, os esclarecimentos, a quebra de conceitos e crenças errôneas, as medidas comportamentais e o conhecimento da real dificuldade do utente são atividades perceptíveis na casa e não num consultório ou ambulatório.

Eufrásio *et al.* (2002) ainda discorrem sobre o caráter intermediador da visita entre o domicílio e os prestadores de saúde. Condições clínicas debilitantes podem prejudicar o deslocamento, principalmente de idosos. A assistência apropriada deve promover a manutenção “da perspectiva de vida pessoal e social”, e não apenas no aspecto biológico.

Outro importante ponto destacado por essa autora é a possibilidade de intermediação, a partir da proximidade ocasionada pela visita entre o paciente e o sistema de saúde, entre a integração e atuação dos serviços de saúde (sistema formal) na redução do tempo e da burocracia, por exemplo, dos exames prioritários, e estabelecer os parceiros do suporte familiar e social do usuário (sistema informal), formando e conhecendo os vínculos de apoio de cada indivíduo. A agilidade é uma forma imprescindível para estimular a confiança, a adesão e o otimismo com o tratamento a ser implementado, reforçando o “vínculo paciente-terapêutica-profissional”.

A inspeção domiciliar do profissional de saúde é o mais instrumento adequado na contemplação das quatro características da APS: a porta de entrada, a continuidade do cuidado, a integralidade e a coordenação desse cuidado (STARFIELD, 2002).

Ademais, a VD é uma ferramenta de saúde que preenche os requisitos de uma ação completa para o alcance da saúde plena das pessoas, “e não apenas a ausência de enfermidades” (OMS, 1946). Cuidar do indivíduo, da família e de seus contextos e cenários permite viabilizar o conforto social e mental que somente a atenção primária pode proporcionar. Mesmo na doença, incurável ou não, as pessoas precisam apenas de bem-estar psicológico, intelectual, emocional, familiar e social. Muitas vezes, é necessário estar bem fisicamente para estar bem mentalmente, porém é possível superar esse arranjo com um bom suporte da equipe de saúde que diagnostique e atue de forma competente, o que fortalece o papel da visita ao lar e a torna indispensável.

Dessa forma, pode ser tomado como base o PNAB (BRASIL, 2012, p. 43), no qual é expresso que é atribuição comum a todos os profissionais da atenção básica “desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral”. Isso nos remete ao ângulo social quanto à visão sobre a integralidade do acesso à saúde, que cada vez envolve a instituição familiar para a busca de soluções diversas e mais complicadas

para seus problemas e dá nova configuração às atividades a serem exercidas pela equipe de Saúde da Família.

Borges e Oliveira (2011), partindo de entrevistas e observações participantes da visita domiciliar, tanto de profissionais médicos quanto de usuários e familiares, na cidade Florianópolis, Santa Catarina, salientaram o caráter comunicativo e interativo que deve ser incorporado ao ambiente da relação profissional-paciente para o alcance da efetiva terapêutica, que por vezes são diversas das prescrições protocolares. Os autores preconizam uma “relação intersubjetiva”, capaz de gerar a compreensão das linguagens para o desencadeamento das atitudes. Isso acontece quando há o entendimento, de ambos, quanto a um sobre o outro. Os participantes, seja o profissional ou o usuário, devem ser proativos e democráticos, a fim de poderem decidir, juntos, as possibilidades e o melhor caminho das ações.

Esses autores comentam sobre a ampliação do entendimento da vida cotidiana das pessoas quando o médico de família evade de seu nicho de trabalho em consultório. Elucidam sobre o erro de atuação estratégica do médico, quando este apenas busca alcançar um objetivo e se esquece do mérito da “ação comunicativa”, desvalorizando o saber leigo, mesmo que pautado seu comportamento na franqueza e na boa-fé.

Borges e Oliveira (2011) analisam também sobre o êxito técnico da atividade médica, propiciado pelo saber teórico do profissional, e o êxito prático das ações, favorecido pelo processo comunicativo, já que depende das relações dos indivíduos e populações envolvendo fatores sociológicos importantes, pois muitas vezes as intervenções prescritas podem não estar dentro das condições econômicas e mesmo culturais das pessoas.

Frisam, inclusive, que o diálogo permite o compartilhamento de responsabilidades, onde a relação e o vínculo se (re) fazem a cada dia, criando “novas possibilidades técnicas e novos sucessos práticos”. O profissional não pode cair na armadilha de objetivar apenas o sucesso pessoal e restringir a autonomia do paciente e família nas decisões que interessam, afinal, ao usuário, dando espaço para a negociação e evitando o “engano inconsciente” e uma distorção na comunicação.

Em um dos relatos documentados no artigo de Borges e Oliveira (2011, p. 468), retirou-se a seguinte fala de um dos médicos entrevistados:

[...] Na faculdade a gente aprendia tanta coisa pra orientar e o paciente não fazia. Ou porque não tinha possibilidade, ou porque era impossibilitado por alguma coisa dentro de casa. Ao fazer a VD, acho que talvez tenha trazido mais essa discussão. Se o paciente pode ou não pode fazer algumas coisas.

A realidade fora do ambiente acadêmico, ou do consultório ou de um ambulatório é contrastante com realidade socioeconômica e até cultural da população que mais demanda de cuidados de saúde. As tecnologias leves são a cerne das relações de acolhimento, autonomização e inserção de responsabilidades a todos os envolvidos em um atendimento de saúde primário. E a VD oportuniza a quebra de qualquer ambiente oficial, autoritário, imprimido de desconfiança e coibidor das liberdades e vontades dos pacientes.

Infere-se que a medicina tecnológica e especializada não oferece meios de visualização do panorama social e cultural que geram situações que trazem desconforto à família, como a violência, pobreza, tráfico de drogas e estresse ocupacional, desencadeadores ou complicadores de diversas doenças.

Borges e Oliveira (2011, p.470) ainda conclui que a visita tem um elevado “potencial de realidade”, preconiza o trabalho em equipe articulado e intersetorial, com atuação de todos os profissionais e cita que o plano terapêutico deve ser desenvolvido “com os pacientes” e não “para os pacientes”.

Propondo a racionalidade comunicativa da ação, Habermas (ANO *apud* Borges; Oliveira, 2011, p. 463) reporta o seguinte:

Na ação comunicativa os participantes não se orientam primariamente ao próprio êxito; antes perseguem seus fins individuais sob a condição de que seus respectivos planos de ação possam harmonizar-se entre si sobre a base de uma definição compartilhada da situação. Daí que a negociação de definições de situação seja um componente essencial da tarefa interpretativa que a ação comunicativa requer.

Todos os sentimentos de uma pessoa são mais bem percebidos quando em seu estado de maior tranquilidade, que é fácil de ser atingido na sua intimidade, pois é nesse momento que o indivíduo sintoniza sua mente em consonância com o ambiente a qual está acostumado e atinge sua paz interior. Desse modo, ele consegue ter lembranças mais refinadas e abrir-se sobre os problemas que seriam inibidos pela timidez causada se estivesse em um ambulatório ou consultório. No recinto doméstico, o profissional tem a chance de visualizar de perto a situação e medir o peso dos relatos, que às vezes são carregados de sentimentos que

poderiam passar despercebidos. Em geral, pelo usuário, ocorre a relativização emocional de determinadas percepções por haver diferentes formas de interpretações de uma condição física, patológica, social e econômica no qual está introduzido. Devido às questões socioeconômicas, culturais gerais e, principalmente, culturais no âmbito familiar, os grupos de pessoas podem embutir variados valores a um problema ou dificuldade, e o que pareceria solução em uma família se transforma em “pesadelo” a outra.

Igualmente, alguns prejulgamentos podem ser mais bem avaliados quando o profissional visita a família em sua casa, permitindo saber seus sentimentos em comunhão. A concepção de uma circunstância é relativa. Por exemplo: em algumas famílias, a sensação de felicidade surge quando momentos felizes ou de sucesso são mais intensos e/ou frequentes do que momentos de tristeza ou de fracasso, ou mesmo quando, no mínimo, a tristeza está ausente; outras atribuem a felicidade à quantidade de dinheiro que possuem e, assim, o desejam cada vez mais; já outras se sentem plenamente satisfeitas se tiverem o suficiente para viver. São constatações que são percebidas no lar de uma família, no momento de harmonização e afeto, onde é identificado o modo de sentir, pensar e agir de cada um, principalmente quando há a ligação, o vínculo e o compartilhamento de pensamentos com o profissional.

Em referência a outro trabalho, de Mandú *et al.* (2008), o foco da pesquisa foi os usuários do PSF e modo deles enxergarem a visita domiciliar, por meio de entrevistas e análise de conteúdo. Pelos utentes, a estratégia da visita é vista também como mecanismo de intermediação entre as famílias e o programa, valorizando a sua relevância nos cuidados clínicos e vigilância à saúde e, não menos importante, é acolhida como uma proposta de humanização do atendimento, buscando-se atentar e colaborar na resolução das dificuldades e atender às expectativas que permeiam o cuidado assistencial, uma forma de atenção “abrangente à diversidade e singularidade das necessidades e demandas das famílias”. Além disso, é reconhecido como um meio de facilitação do acesso, de reconhecimento da vivência dos problemas de saúde dos membros e suas consequências externas ao campo biológico do doente, como a baixa produtividade escolar ou trabalhista e os gastos e atenção adicionais dispendidos ao enfermo.

Essa mesma autora expõe que os usuários entendem também que a visita permite atender as pessoas que estão impossibilitadas de ir a um serviço de saúde

por motivo de doenças, desconforto, urgência ou tempo. Inclusive, há o caráter motivador do direito à assistência à saúde quando da visita e fala persistente do ACS. Ou seja, a visita é um “meio facilitador do acesso aos serviços de saúde”.

No Brasil, a aumento da expectativa de vida da população tem elevado a prevalência de doenças crônico-degenerativas e outras debilidades decorrentes da senilidade, como diabetes, hipertensão e a redução da autonomia e independência. Essa alteração no perfil demográfico e epidemiológico do país, bem como sua vasta área territorial e diferenças regionais históricas e a diversidade étnica existente obrigam o Poder Público a intervir mais incisivamente na perspectiva da vida das pessoas, com o fito de entender melhor como agir perante as pluralidades de contextos. A compreensão da produção, dos processos de vida e as contradições que envolvem cada ente familiar entre si e diante os demais e como se relacionam com próprio ambiente legitimam o ato da VD como meio capaz de englobar todas as possíveis atividades de diagnóstico para planejamento das intervenções, não somente no tratamento das causas e sintomas patológicos, mas também na esfera social e mental, como recomendado pela definição de saúde da OMS.

Mandú *et al.* (2008, p.134), porém, alertam para o processo de “dependência da população dos profissionais (especialmente médico)” que pode instaurar-se caso não haja otimização dos recursos humanos. Brasil (1997, p. 14) sustenta que o acompanhamento dos ACS “representa um componente facilitador para a identificação das necessidades e racionalização do emprego dessa modalidade de atenção”.

No que tange à vigilância e acesso à assistência, Mandú *et al* (2008, p. 135) salientam que a medicina tecnológica tradicional (medicamentos, consultas, procedimentos clínicos e solicitação de exames complementares) ainda faz frente ao modelo inovador que a ESF pretende invocar quando é averiguada as pretensões dos usuários, inclusive exigindo a atuação das especialidades, o que faz parte das conquistas sociais históricas. A autora assinala o fato preocupante dos ACS, atualmente, serem os responsáveis pelas visitas rotineiras, “cabendo aos demais profissionais a sua realização em situações específicas definidas”, já que estes possuem conhecimento clínico e técnico superior, o que pode provocar o risco de descontinuidade no cuidado e falhas nas comunicações e no entendimento por parte da equipe da real situação, prejudicando o delineamento das prioridades.

De acordo com Mandú *et al.* (2008, p. 135):

Certamente não é possível negligenciar direitos, sobretudo considerando condições de saúde-doença e dificuldades enfrentadas de acesso à atenção no âmbito do SUS e PSF. Porém, é preciso reconhecer que essas ideias refletem e reforçam o perfil presente de atuação das USFs locais, perfil esse que se busca transformar através do SUS e PSF. Assim, o PSF e a praticada visita precisam enfrentar esta questão, com a efetiva participação crítica dos envolvidos – famílias e trabalhadores – o que certamente requer a produção de novas experiências que sirvam como novas referências assistenciais, sobretudo para as famílias. [...] No processo de territorialização, são tidos como essenciais: a identificação de problemas e riscos de grupos, famílias e indivíduos; a atualização de informações sobre condições de vida e saúde-doença; a realização de busca ativa e notificações de doenças e agravos; e o encaminhamento de ações preventivas e promocionais de saúde. A visita é tida como um dos meios de viabilização dessas ações, devendo participar da atenção a demandas, de ações programadas, estratégicas e de vigilância. (Grifo nosso)

Essas autoras enunciam que o “controle-estímulo à adoção de práticas de autocuidado e prevenção (valorizando-se o controle do uso de medicamentos, da prática de imunização, realização de exames preventivos etc.)” são as ações de vigilância em saúde mais praticadas pelo ACS, além da execução de importantes ações estratégicas, como o “acompanhamento do desenvolvimento infantil e da gestação, de prevenção do câncer genital; e de controle da imunização, hipertensão e diabetes, dentre outras”, tornado a VD ainda mais essencial na educação em saúde da população.

Nessa mesma pesquisa, os relatos dos entrevistados evidenciam a função educativa e informativa da VD. A autora afirma, entretanto, que as ações de “monitoramento da saúde-doença, proposta pela política de atenção básica, não deve consolidar como uma prática de controle sobre a vida e os comportamentos em saúde das pessoas”. A visita precisa atender às demandas das necessidades da vida em geral, não podendo, no entanto, significar a “intromissão do setor de saúde na vida das pessoas, interferindo em sua liberdade”.

Mandú *et al.* (2008) e Mano (2009) concordam que o domicílio é o local onde as pessoas encontram o ambiente de relações que geram os fatores de desencadeamento ou de enfrentamento das dificuldades de qualquer natureza.

Mesmo que a concepção da atenção primária no que concerne à visita domiciliar abranja prioritariamente as tecnologias leves no trabalho em saúde, é errôneo conceber à Estratégia de Saúde da Família o atributo de leviandade. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL,1997), no introito do documento do

Programa Saúde da Família, que objetiva a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, o programa deve ser entendido como:

Modelo substitutivo da rede básica tradicional – de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da equidade – e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes. (Grifo nosso)

Por último, foi encontrado e selecionado o artigo da autoria de Kebian e Acioli (2011), que pesquisaram, por meio de coleta de dados a partir de entrevistas a profissionais (enfermeiros e ACSs), a prática de saúde desenvolvida por esses trabalhadores na visita domiciliar de uma Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro/RJ. Observou-se que a tarefa do enfermeiro tende a ser investigativo e assistencial do ponto de vista das necessidades. Já o ACS tende a identificar esses problemas e repassá-los ao enfermeiro, além de acompanhá-los. Os autores abordam a escuta ativa, o conforto e as orientações dadas pelo enfermeiro como “fortalecedores dos laços entre a equipe e as famílias”, facilitado pelo “conhecimento social” local do ACS. A escuta ativa, a observação do domicílio, da alimentação, da relação familiar e a educação em saúde foram atribuições exercidas por ambos profissionais da equipe.

Nesse estudo, o cuidado é tido forma de interação e oportuniza a substituição do modelo tradicional. Exaltam a priorização de “ações de acordo com os problemas identificados pela população”, dentro do seu “contexto e necessidades”. Incentivam a atuação multidisciplinar para o desenvolvimento de práticas mais complexas através da interação profissional, com a finalidade de atender necessidades múltiplas (biológicas, psicológicas e sociais) de todos os níveis de organização que compõe a comunidade.

Como aludido por Waldow (ANO *apud* KEBIAN eACIOLI, 2011, p. 404), “o cuidado transcende os procedimentos técnicos, pois abrange dimensões como a família, as necessidades psicoemocionais, a comunidade, as relações interpessoais e interprofissionais, o afeto, a escuta e a política institucional”.

Kebian e Acioli (2011), de acordo com os relatos profissionais dos membros da equipe dessa estratégia, frisam que o enfermeiro possui melhor capacidade educativa, porém é o ACS que detém o saber apropriado à realidade daquela população, o que exige complementaridade entre os dois profissionais, de forma que

o ACS não deva apenas acompanhar o enfermeiro. Citam que a função mediadora do ACS fortalece o desenvolvimento de ações de mobilização e participação social, sendo estas ações uma das atribuições da equipe de saúde da família. Mencionam ainda, nessa estratégia, que o ACS traz a demanda das famílias ao enfermeiro que, por sua vez, investiga e o processo desencadeador da necessidade e assiste. Criticam que o ACS tem a oportunidade de visitar doentes e sadios enquanto enfermeiros mais frequentemente visitam aqueles que necessitam de cuidados, o que geralmente é os doentes, devido às suas prioridades de saúde, não havendo oportunidade de o enfermeiro orientar sobre atitudes preventivas.

Como observados em especial, os autores Kebian e Acioli (2011) concordam com Borges e Oliveira (2011) no que tange à indispensabilidade da participação do paciente e da equipe, conjuntamente, na busca da melhor solução para seu problema, o que pode ser conseguido através da interação comunicativa. Tal fato é mais bem articulado quando o utente está no aconchego de seu lar e o profissional pode enxergar as dificuldades pessoais dos membros da família. Isso é a plena equidade da atenção em saúde, corolário da visita domiciliar.

Por último, Kebian e Acioli (2011, p.407) enaltecem a “observação da estrutura física do domicílio” como uma das atividades inerentes de forma incondicional à visita domiciliar, que também possibilita suprir a equipe multidisciplinar de saúde das informações sobre todos os fatores que são examinados como determinantes sociais de saúde (DSS). No caso da estratégia em questão, constatou-se que a VD admite o ACS reparar a “existência de água potável e de saneamento básico, a segurança do ambiente, a luminosidade, a ventilação e a higiene do ambiente doméstico”, que fazem parte dos DSS.

Conforme a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008), os determinantes se vinculam aos fatores de análise da situação de saúde que compreendem os elementos comportamentais individuais e estilos de vida, além das condições socioeconômicas, ambientais, de trabalho e culturais.

Assim, se deduz que a habitação, a situação do emprego para aqueles que trabalham em casa ou próximo dela, a poluição dentro e entorno da moradia, bem como o grau de urbanização em que esta fica localizada, somente podem ser aferidos, de fato, quando da ida de um profissional de saúde ao domicílio do usuário desses serviços.

Diante da relevância e potencialidades da VD para a ESF e busca da atenção integral ao indivíduo, sadio ou doente, propõe-se a seguinte proposta de intervenção a ser desenvolvida na equipe da ESF Esperança, no município de Presidente Juscelino/MG.

6 Proposta de intervenção

O plano de ação é construído a partir do diagnóstico situacional, com o intuito de se organizar as etapas das medidas a serem implementadas e elevar a efetividade destas.

6.2 Definição dos problemas

Esse primeiro passo possibilita identificar os problemas apontados no diagnóstico da ESF Esperança (Presidente Juscelino/MG) para a definição das prioridades. Os problemas levantados foram os seguintes:

- Transtornos na abordagem da VD pelas dificuldades acesso às famílias;
- Ausência de banheiro;
- Péssimas condições de moradia;
- Baixa renda;
- Desemprego;
- Falta de rede de esgoto;
- Falta de lazer.

6.3 Priorização dos problemas

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), os problemas devem ser pontuados conforme a importância, urgência e capacidade de enfrentamento para, assim serem classificados em ordem de seleção. O Quadro 1 mostra a classificação dos problemas apontados em ordem de prioridade:

Quadro 1 – Classificação das prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF Esperança (Presidente Juscelino/MG).

| Principais problemas | Importância | Urgência | Capacidade de enfrentamento | Seleção |
|---|-------------|----------|-----------------------------|---------|
| Transtornos na abordagem da VD pelas dificuldades de acesso às famílias | Alta | 7 | Parcial | 1 |
| Ausência de banheiro | Alta | 7 | Parcial | 2 |
| Péssimas condições de moradia | Alta | 6 | Parcial | 2 |
| Baixa renda | Alta | 6 | Parcial | 3 |
| Desemprego | Alta | 6 | Parcial | 3 |
| Falta de rede de esgoto | Alta | 4 | Fora | 4 |
| Falta de lazer | Alta | 4 | Parcial | 5 |

6.4 Descrição do problema selecionado:

Para definir a dimensão e apresentação dos problemas envolvendo os transtornos na abordagem da VD pela dificuldade de acesso da equipe de saúde às famílias, foi elaborado o Quadro 2, o qual apresenta a descrição da quilometragem e número de famílias de cada microárea:

Quadro 2 – Descritores do problema transtornos na abordagem pela dificuldade de acesso às famílias da ESF Esperança (Presidente Juscelino/MG). 2013

| Microáreas | Extensão territorial (em Km ²) | Número de famílias |
|------------|--|--------------------|
| 1 | 126.767 | 118 |
| 2 | 22.582 | 129 |
| 3 | 109.637 | 51 |
| 4 | 60.958 | 77 |
| 5 | 38.938 | 67 |
| 6 | 111.164 | 99 |
| 7 | 122.295 | 66 |

6.5 Explicação do problema

Os transtornos na abordagem na visita domiciliar gerados pela dificuldade de acesso do ESF às famílias da comunidade rural inicia-se pela grande quilometragem de uma microárea para atingir o número de pessoas designadas pelo programa (750 pessoas). O meio de transporte destinado para esse acesso não condiz com as diretrizes do programa, por exemplo: bicicleta ou a pé. Na aquisição de um meio de transporte adequado pelo profissional, a manutenção e despesas ficam a cargo do ACS, enquanto os demais elementos da equipe se dispõem de automóvel.

A via de acesso é estrada de chão, o que provoca grandes contratempos devido à poeira, buracos, mata-virgem e falta de sinalização, além do fato de existirem moradores em locais distantes e de difícil transação, como grotas, morros e cerrado denso. O meio de comunicação como rádio local e telefonia não existe para 95% dos usuários da localidade. O meio de transporte para as famílias chegarem à UBS, que fica localizada na zona urbana, existe em uma ou outra localidade, realizado por empresa particular e que transita duas vezes por semana.

O Quadro 2 permite sintetizar o problema, no qual podemos observar mais especificamente a microárea 3, onde há um pequeno número de famílias (51), porém uma grande extensão territorial (109.637 Km²) a ser percorrida, exigindo demasiado deslocamento e desgaste da equipe.

O município, por ser pequeno, não tem recurso para viabilizar este transporte diário. Ele existe em momentos de urgência e agendado mensalmente em uma determinada localidade.

Outro fato importante é o número de visitas que o programa preconiza (uma visita/mês). Em muitos domicílios acontecem mais de três vezes por vários motivos: entrega de resultados, marcação de consulta, aviso de reuniões extraordinárias, etc.. Porém, o ACS, especialmente, não tem tempo de realizar uma visita de forma holística.

Portanto, com a precariedade das vias de acesso e transporte, a equipe fica impossibilitada de despender um atendimento adequado e que englobe os diversos

aspectos da vida social e mental da família, inclusive deixando de lado questões extras biológicas importantes, mas que influenciam de forma decisiva no processo saúde-doença dos membros da casa, pois o tempo perdido que isso causa no transporte da equipe (enfermeiros, médicos e ACS's) acaba encurtando a atenção familiar a ser oferecida.

6.6 Seleção dos “nós críticos”

Para problema ser enfrentado, é necessário conhecer suas causas, e para intervir na resolução ou minimização de tal problema é preciso combater seus motivos, desde que o alcance dos objetivos de resolução esteja dentro da governabilidade ou possibilidade de enfrentamento por meio do planejamento criterioso (CAMPOS, FARIA e SANTOS., 2010). Os “nós críticos” são problemas secundários que impactam sobre o problema escolhido. Foram considerados como “nós críticos” os seguintes problemas:

- Meio de transporte;
- Meios de comunicação;
- Deficiência das vias de acesso rural.

6.7 Desenho das operações

Após solucionar e identificar as causas consideradas relevantes, iniciou-se a elaboração do plano de ação a partir das reflexões quanto as soluções e estratégias voltadas para defrontar o problema. Para encarar o problema, são necessários operações que demandam diversos recursos, destacados no Quadro 3:

Quadro 3 – Desenho das operações para os “nós críticos” do problema dos transtornos na abordagem pelas dificuldades de acesso às famílias.

| Nó crítico | Operação/ projeto | Resultados esperados | Produto esperado | Recursos necessários |
|---------------------------------------|---|---|--|---|
| Meio de transporte | + Transporte Elaborar projeto municipal para aquisição do meio de transporte adequado. | Meios de transportes adequados e dignos para realização do trabalho com qualidade, efetividade e autoestima, de modo a facilitar a realização das visitas domiciliares. | Que todos os ACS's sejam contemplados com uma motocicleta para facilitar a realização do trabalho | Econômicos Organizacional De Poder |
| Meios de comunicação | + Contato Fornecer antenas telefônicas e radiais que cubram a zona rural. | Facilitar o trabalho da equipe e usuários do SUS com informações, divulgações e orientações, sendo uma forma de contato rápido e eficiente. | Programa governamental para ampliação dos meios de comunicação na localidade rural. | Econômicos Organizacional De Poder |
| Deficiência das vias de acesso rural. | Caminho da Saúde Fornecer máquinas adequadas ao município para realização das atividades. | Estradas adequadas para transporte e acesso a todas as residências de forma humanizada. | Programa governamental e municipal que ampliam e de manutenção necessária às estradas, facilitando o deslocamento das pessoas. | Econômicos Organizacional De Poder |

6.8 Identificação dos recursos críticos

A transformação de uma realidade existente para outra exige o consumo de recursos indispensável para essa mudança. Como preconizado por Campos, Farias e Santos (2010, p. 67), os recursos críticos são “aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para que se possa criar estratégias para que se possa viabilizá-los”. Após a identificação dos recursos críticos de cada operação/projeto, os mesmos são apresentados de forma resumida no Quadro 4, abaixo:

Quadro 4 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema dos transtornos na abordagem pelas dificuldades de acesso às famílias.

| Operação/projeto | |
|------------------|---|
| + Transporte | Financeiro> recurso para a compra de motocicletas para cada agente comunitário Político> aprovação do projeto Equipamento> motocicleta |
| + Contato | Financeiro> para aquisição de antenas radiais e telefônicas em toda a área rural Estrutura física> o município responsabiliza pelo local para a fixação do equipamento Político> aprovação do projeto |
| Caminho da Saúde | Financeiro> recurso municipal para realização do trabalho Equipamento> aquisição da máquina Político> aprovação do projeto |

6.9 Análise de viabilidade do plano

Essa etapa do processo de planejamento possibilita a avaliação da exequibilidade e pertinência do plano, uma vez que não há disponibilidade de todos os recursos, fazendo-se necessário a identificação dos demais atores controladores de tais recursos, para analisar suas motivações com o projeto e as possíveis estratégias a serem empregadas para inverter possíveis desmotivações ou indiferenças. O plano é uma ferramenta que nos municia em situações de baixa autonomia em relação aos recursos indispensáveis.

O **Quadro 5** mostra os atores controladores dos recursos críticos para cada projeto, bem como suas motivações e as propostas às respectivas ações estratégicas

Quadro 5 – Propostas de ações para a motivação de atores

| Operação/projeto | Recursos críticos | Controle de recursos críticos | |
|--|---|-------------------------------|-----------|
| | | Ator que controla | Motivação |
| + Transporte (Fornecer veículos motorizados para elevar a eficácia e eficiência do trabalho dos ACS's) | Financeiro> recurso para a compra de motocicletas para cada agente comunitário | Gestor municipal | Favorável |
| | Político> aprovação do projeto | Conselho Municipal | Favorável |
| | Equipamento> motocicleta | Fundo Nacional da Saúde | Favorável |
| + Contato (Ampliar o acesso às informações por meio da telecomunicação) | Financeiro> para aquisição de antenas radiais e telefônicas em toda a área rural | Ministério da Saúde | Favorável |
| | Estrutura física> o município responsabiliza pelo local para a fixação do equipamento | Gestor Municipal | Favorável |
| | Político> aprovação do projeto | Ministério da Saúde | Favorável |
| Caminho da Saúde (Reorganizar o processo de trabalho a fim de melhorar as estradas que dão acesso às famílias) | Financeiro> recurso municipal para realização do trabalho | Gestor Municipal | Favorável |
| | Equipamento> aquisição da máquina | Ministério da Saúde | Favorável |
| | Político> aprovação do projeto | Gestor Municipal | Favorável |

6.10 Elaboração do Plano Operativo

A confecção do plano operativo configura em um momento do planejamento onde há a definição dos agentes responsáveis pelo gerenciamento das operações e a estipulação de prazos para o término das de cada uma. O Quadro 6 assinala os respectivos responsáveis e prazos para cada ação:

Quadro 6 – Plano Operativo

| Operações | Resultados | Produtos | Ações estratégicas | Responsável | Prazo |
|--|--|--|---------------------------|---|---|
| + Transporte (Fornecer veículos motorizados para elevar a eficácia e eficiência do trabalho dos ACS's) | Facilitar em no mínimo 60% do trabalho diário dos ACS's em relação às VD's. | Fornecer o veículo motorizado ao ACS. Capacitação dos ACS's nas práticas de VD. | Apresentação de projeto. | Gestor Municipal Warley Enfermeira Fabiula | Indeterminado para a execução da ação e 6 meses para a apresentação do projeto. |
| Contato (Ampliar o acesso às informações por meio da telecomunicação) | Cobertura de 100% das microáreas quanto às informações de educação em saúde e as demais necessárias. | Instalação das antenas radiais e telefônicas. Campanhas educativas na rádio local. Horário determinado na rádio local para divulgação do trabalho de saúde do município (informações necessárias). | Apresentação do projeto. | Gestor Municipal Warley Enfermeira Fabiula e Educadora em Saúde Alessandra Secretário Municipal de Saúde Ricardo | Indeterminado para a execução da ação e 6 meses para a apresentação do projeto. |

| Operações | Resultados | Produtos | Ações estratégicas | Responsável | Prazo |
|--|---|---|--------------------------|---|---|
| Caminho da Saúde (Reorganizar o processo de trabalho a fim de melhorar as estradas que dão acesso às famílias) | Reforma de 100% das estradas que dão acesso aos domicílios. | Máquinas específicas para os trabalhos de reforma das vias. Encontro da equipe com o Gestor Municipal e Secretário de Obras. | Apresentação do projeto. | Gestor Municipal Warley Secretário Municipal de Saúde Ricardo e Gestor Municipal Warley. | Indeterminado para a execução da ação e 6 meses para a apresentação do projeto. |

6.11 Gestão do plano

Os produtos gerados por cada operação precisam ser gerenciados, com o propósito de direcionar o processo de trabalho em caso de desvios. O desenho de um modelo de gestão facilita a análise e solução dos problemas, tornando possível alocar e canalizar os recursos estrategicamente, permitindo um maior controle das atividades e auxiliando na tomada de decisões.

Os resultados esperados vão ao encontro dos pressupostos do processo de trabalho das equipes de atenção básica (BRASIL, 2012) e da atribuição da equipe e abordagem multiprofissional (BRASIL, 1997).

Campo *et al.* (2010, p.73) afirmam que “esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores”. Tudo isso edifica um plano com altas chances de êxito dos objetivos delineados. O Quadro 7 explicita o esboço de uma gestão de plano de ação através de uma planilha, em que pode-se revelar os rumos adotados pela

ação, o estado que esta se encontra, a explicação do obstáculo e os prazos para serem corrigidos ou resolvidos:

Quadro 7 – Planilha para acompanhamento de projetos

| Operação +Transporte | | | | | |
|---|--------------------|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Coordenação: Fabiula T. S. – Avaliação após 6 meses do início do projeto | | | | | |
| Produtos | Responsável | Prazo | Situação atual | Justificativa | Novo prazo |
| Fornecer o veículo motorizado ao ACS. | Gestor Municipal | Indeterminado para a execução da ação e 6 meses para a apresentação do projeto. | No momento, não se aplica. | No momento, não se aplica. | No momento, não se aplica. |
| Capacitação dos ACS's nas práticas de VD. | Enfermeira Fabiula | Indeterminado para a execução da ação e 6 meses para a apresentação do projeto. | No momento, não se aplica. | No momento, não se aplica. | No momento, não se aplica. |
| Operação +Contato | | | | | |
| Coordenação: Fabiula T. S. – Avaliação após 6 meses do início do projeto | | | | | |
| Produtos | Responsável | Prazo | Situação atual | Justificativa | Novo prazo |
| | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Instalação das antenas radiais e telefônicas. | Gestor Municipal Warley | Indeterminado | No momento, não se aplica. | No momento, não se aplica. | No momento, não se aplica. |
| Campanhas educativas na rádio local. | Enfermeira Fabiula e Educadora em Saúde Alessandra. | No ato da execução da ação. | No momento, não se aplica. | No momento, não se aplica. | No momento, não se aplica. |
| Horário determinado na rádio local para divulgação do trabalho de saúde do município (informações necessárias). | Secretário Municipal de Saúde Ricardo. | No ato de execução da ação. | No momento, não se aplica. | No momento, não se aplica. | No momento, não se aplica. |

| Operação +Caminho | | | | | |
|---|---|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Coordenação: Fabiula T. S. – Avaliação após 6 meses do início do projeto | | | | | |
| Produtos | Responsável | Prazo | Situação atual | Justificativa | Novo prazo |
| Máquinas específicas para os trabalhos de reforma das vias. | Gestor Municipal Warley | Indeterminado para a execução da ação e 6 meses para a apresentação do projeto. | No momento, não de aplica. | No momento, não de aplica. | No momento, não de aplica. |
| Encontro da equipe com o Gestor Municipal e Secretário de Obras. | Secretário Municipal de Saúde e Gestor Municipal. | Indeterminado para a execução da ação e 6 meses para a apresentação do projeto. | No momento, não de aplica. | No momento, não de aplica. | No momento, não de aplica. |

Crítica importante pode ser inferida com relação aos profissionais de saúde de nível superior (médico e enfermeiro), já que estes fazem visitas apenas quando da demanda por procedimentos médicos e de enfermagem, contrariando em alguns pontos certas finalidades da VD, como a de prevenir e promover a saúde. Maior efetividade seria alcançada caso esses membros da equipe realizassem a visita rotineira, sem pré-requisitos e de forma natural, como uma “boa conversa”.

7 Considerações finais

O respectivo estudo analisou a importância da visita domiciliar (VD) e constatou ser uma das atividades mais relevantes para o alcance das mudanças pretendidas pela atenção primária. O modelo assistencial tradicional, baseado na medicina tecnológica, vem sendo substituído pelo modelo assistencial atual, fundamentado na comunicação, na relação interpessoal, no estreitamento de vínculo e na autonomia do paciente.

A visita à moradia dos usuários dos serviços de saúde objetiva contemplar a plenitude do significado “saúde”, atendendo os diversos aspectos da vida do paciente, como a relação familiar, sua perspectiva sociocultural e econômica e o estado mental dos indivíduos, além do âmbito biológico de cada um. Há o caráter observacional da visita, uma vez que se pode examinar pessoalmente a casa da família e estabelecer o nível de fidedignidade dos relatos fornecidos pelos pacientes.

A VD permite ao profissional reconhecer o impacto da rotina de trabalho das pessoas, oportuniza uma melhor memória e conforto à família-usuário quando este está em casa, possibilita a visualização pessoal do problema e o estabelecimento de empatia mais estreita com paciente, sendo um instrumento de projeção de prioridades já que o profissional pode observar a presença de fatores de risco, fato que pode passar despercebido, menosprezado ou ser omitido em uma consulta em consultório.

Poder avaliar as condições de saúde e de vida e alcançar a continuidade da atenção, pautados no sentimento de confiança, são qualidades de um trabalho voltado para pessoas, e para conhecer o âmbito familiar é imprescindível esse tipo de trabalho.

Para se ter um atendimento domiciliar humanístico e holístico, de modo a atender os princípios do SUS, é preciso tempo, motivação e recursos para que a equipe da ESF tenha as condições propícias para fazer uma visita qualificada. A ESF Esperança, do município de Presidente Juscelino/MG, possui vasta área de abrangência, estradas de terra em situação aquém do admissível, falta de veículos de transporte para os ACS's e ausência de meios de comunicação entre ESF e população adscrita. Esses fatos dificultam o desenvolvimento de uma VD que preencha os requisitos de uma atenção em saúde pública pautada nos mais valorosos conceitos de prevenção e promoção de saúde.

Há de salientar o pequeno número de visitas exercido pelo enfermeiro e médico, que estão restritas somente às situações que necessite de atenção complexa do ponto de vista prático e científico, deixando de lado a visita amistosa e orientada à prevenção, orientação e fiscalização.

Portanto, o plano de ação apresentado busca sanar esses problemas, propondo as soluções e intervenções de forma esquematizada e programada, projetando ações que potencializem o alcance das metas e dos propósitos da VD.

Espera-se que seja possível a concretização desta proposta facilitando o acesso a saúde de forma integral, incluindo o domicílio.

Referências

BORGES, Renata; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. **A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC.** Interface Comunicação Saúde Educação, v. 15, n. 37, p. 461-472, abr./jun. 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.** Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm . Acesso em: 12/02/2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de atenção Básica. **Saúde da Família: Diretriz conceitual.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>. Acesso em: 22/07/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012.** 114 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 29 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.203, de 5 de novembro de 1996.** Aprova a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 5 nov. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.029, de 24 de agosto de 2011.** Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 25 ago. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm../2011/prt2029_24_08_2011.html . Acesso em: 12/02/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 12/04/2013.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação de ações em saúde**. – 2ª ed. – Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010, 118p.

CHAPADEIRO, Cibele Alves; ANDRADE, Helga Yuri Silva Okano; ARAÚJO, Maria Rizioneide Negreiros de. **A família como foco da atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012. 94p.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.220 p.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS À SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Cazaquistão, 1978. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/saude/almaata.htm>>. Acesso em: 16/08/2013.

EUFRÁSIO, Raíssa Guimarães; ALCÂNTARA JUNIOR, João Eurípedes; ARAÚJO, Lilian Ribeiro; NEGREIROS, Marcelus Antônio Motta Prado. Detecção precoce de carcinoma basocelular: importância da visita domiciliar no contexto da atenção integral à saúde do idoso. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, abr./jun. 2010.

HABERMAS, J. Teoria de la acción comunicativa. In: Borges, Renata; D'Oliveira, Ana Flávia Pires Lucas. A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 461-472, abr./jun. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades@**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=315320>. Acesso em: 12/04/2013.

KEBIAN, Luciana Valadão Alves; ACIOLI, Sonia. Visita domiciliar: espaço de práticas de cuidado do enfermeiro e do agente comunitário de saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 403-409, jul./set. 2011.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira; GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; SILVA, Maria da Anunciação; SILVA, Ana Maria Nunes da. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p.131-140, jan./mar. 2008.

MANO, Maria Amélia Medeiros. **Casa de família: uma reflexão poética sobre a visita domiciliar e a produção de conhecimento: [revisão]**. Revista de APS, Juiz de Fora, v. 12, n. 4, out./dez. 2009.

MENEZES, Joyceane Bezerra de. A família na constituição federal de 1988 - uma instituição plural e atenta aos direitos de personalidade. **NEJ**. Itajaí, v. 13, n. 1, jan/jun 2008.

MINUCHIN, S.; MINUCHIN, P.; COLAPINO J. Trabalhando com famílias pobres. In: MANO, Maria Amélia Medeiros. Casa de família: uma reflexão poética sobre a visita domiciliar e a produção de conhecimento: [revisão]. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v.12, n. 4, out./dez. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial de Saúde**. Nova Iorque, Estados Unidos da América, 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude omswho.html>> Acesso em: 17/08/2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde 2008: cuidados de saúde primários, agora mais que nunca**. Portugal, 2008.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

VASCONCELOS, E. M. A priorização da família nas políticas de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

WALDOW, V. R. Cuidado em saúde: as relações entre eu, o outro e o cosmo. In: KEBIAN, Luciana Valadão Alves; ACIOLI, Sonia. Visita domiciliar: espaço de práticas de cuidado do enfermeiro e do agente comunitário de saúde. Revista **Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 403-409, jul./set. 2011.