



PESQUISA

THE DOMICILIARY VISIT AS A PRACTICE OF RECEPTION IN THE MEDICAL PROGRAM OF FAMILY/NITERÓI

A VISITA DOMICILIAR COMO PRÁTICA DE ACOLHIMENTO NO PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA/NITERÓI

LA VISITA DOMICILIARIA COMO PRÁCTICA DE ABRIGO EN EL PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA/NITERÓI

Sheila de Almeida Souza Santos¹, Ândrea Cardoso de Souza², Ana Lúcia Abrahão², Dalvani Marques².

ABSTRACT

Objectives: to describe as the integrant ones of a team of family doctor they carry through the practical one of the shelter during the domiciliary visit and e to identify the potentialities of the Domiciliary Visit as a device for the shelter. **Method:** a exploratory research with qualitative boarding was carried through, having been adopted as research techniques: documentary survey, participant comment and semi-structured interview with actors of the teams of the Medical Program of Family of Niterói of the following modules: Cafubá II, Engenho do Mato I, Palácio e Viradouro. **Results:** the data had been analyzed through the content analysis, of which the following categories had emerged: the potentiality of the domiciliary visit as a shelter device; planning of the domiciliary visit in the medical program of family; domiciliary visit as instrument of resignificar the practical one of the professionals. **Conclusion:** The Domiciliary Visit made possible the construction of bonds between users, familiar and professional, fact this that potencializou the Domiciliary Visit as a device for the shelter in health. **Descriptors:** Primary Health Care, Family Health, User embracement.

RESUMO

Objetivos: descrever como os integrantes de uma equipe de médico de família realizam a prática do acolhimento durante a Visita Domiciliar e identificar as potencialidades da Visita Domiciliar como um dispositivo para o acolhimento. **Método:** foi realizada uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, tendo sido adotadas como técnicas de pesquisa: levantamento documental, observação participante e entrevista semi-estruturada com atores das equipes do Programa Médico de Família de Niterói dos seguintes módulos: Cafubá II, Engenho do Mato I, Palácio e Viradouro. **Resultados:** os dados foram analisados através da análise de conteúdo, da qual emergiram as seguintes categorias: a potencialidade da visita domiciliar como um dispositivo de acolhimento; planejamento da visita domiciliar no programa médico de família; visita domiciliar como instrumento de (re) significar a prática dos profissionais. **Conclusão:** a Visita Domiciliar possibilitou a construção de vínculos entre usuários, familiares e profissionais, fato este que potencializou a Visita Domiciliar como um dispositivo para o acolhimento em saúde. **Descritores:** Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família, Acolhimento.

RESUMEN

Objetivos: para describir como los integrantes de un equipo del médico de cabecera que llevan con el práctico del abrigo durante la Visita Domiciliar e para identificar las potencialidades del Visita Domiciliar como dispositivo para el abrigo. **Método:** se realizó un estudio exploratorio de abordaje cualitativo, como las técnicas de investigación: estudio documental, observación participante y entrevistas semi-estructuradas con los actores de los equipos del Programa Salud de la Familia de Niterói los siguientes módulos: Cafubá II, Engenho do Mato I, Palacio y Viradouro. **Resultados:** Los datos fueron analizados utilizando el análisis de contenido, lo que produjo las siguientes categorías: el potencial de las visitas domiciliarias como un dispositivo de acogida; programa de planificación de las visitas domiciliarias en el Programa Salud de la Familia; las visitas domiciliarias como una herramienta para la (re) definir la práctica de la profesionales. **Conclusión:** El VD permitió la construcción de vínculos entre los usuarios, familias y profesionales, hecho que aumenta la VD como un dispositivo para la salud del huésped. **Descritores:** Atención Primaria de Salud, Salud de la Familia, Abrigo.

¹Enfermeira residente em Saúde Coletiva do IESC/UFRJ. e-mail: sasouza1206@hotmail.com. Endereço: Rua Barão de Jaceguai, s/nº, Condomínio Netuno, Bloco: 42, Apt.: 201 - Ponta D'Areia - Niterói/RJ - Brasil - CEP: 2404000. Telefone: (21)9292-3972. e-mail: sasouza1206@hotmail.com. ²Professoras da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde tem priorizado a atenção básica como foco de suas ações, uma das evidências se constitui no fortalecimento e expressão da Estratégia Saúde da Família (ESF) por todas as regiões do país.

No Brasil, a Atenção Básica (AB) orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da integralidade, equidade, vínculo e acolhimento.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como princípios: universalidade, integralidade e equidade, começou-se a investir mais profundamente na Atenção Primária Saúde (APS), denominada AB e definida como um conjunto de ações de caráter individual e coletivo voltadas para a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação e manutenção da vida, e que tem como os seus elementos essenciais: o foco na família, universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, integralidade, orientação para a comunidade, capacitação profissional.¹

O foco da atenção na ESF é a família, considerada em seu contexto biológico, emocional, social, cultural, político, econômico, exige da equipe de saúde um olhar ampliado do processo saúde-doença. Neste contexto das famílias, e, pautando-se na perspectiva do princípio da integralidade, esperava-se que com as ações das ESF, a realidade em saúde pudesse ser modificada. A proposta privilegia esta concepção quando reforça que, ao se trabalhar com famílias, cabe um novo exercício da prática profissional, percebendo e atuando junto as famílias de forma integral e articulada, sem deixar de privilegiar o estado de equilíbrio individual (saúde) de seus membros, realidade reconhecida durante as atividades desenvolvidas nas visitas domiciliares. R. pesq.: cuid. fundam. online 2013. abr./jun. 5(2):3698-05

Dada a importância da Visita Domiciliar, sendo esta, utilizada como um dispositivo na formação de vínculo entre o profissional de saúde e o usuário do sistema e entendendo que ela possibilita ao profissional conhecer o contexto da vida do usuário do serviço de saúde e constatação das reais condições de habitação, bem como identificação das relações familiares, este estudo justifica-se pela necessidade de identificar como se dá esse processo e como a prática do acolhimento influencia no cuidado prestado aos usuários durante as visitas domiciliares realizadas pelos integrantes das equipes de saúde pertencentes ao Programa Médico de Família de Niterói/RJ.

Este estudo é um gancho do projeto de pesquisa que participo intitulado: “A Visita Domiciliar como dispositivo na organização da Estratégia Saúde da Família” desenvolvido pelo Núcleo de Estudo e Pesquisa em Gestão e Trabalho em Saúde/ Universidade Federal Fluminense (NUPGES/UFF). O grupo tem atuação intensa e contínua no campo de pesquisas da Saúde Coletiva nas áreas de Gestão em Saúde, Processo e Gestão do Trabalho em Saúde, Linguagem e Território em Saúde, <http://www.uff.br/nupges>.

Esta pesquisa teve como objetivo geral conhecer as aceções que os profissionais do Programa Médico de Família conferem a Visita Domiciliar como uma possibilidade de acolhimento e, como objetivos específicos, descrever como os integrantes de uma equipe de médico de família realizam a prática do acolhimento durante a VD e identificar as potencialidades da VD como um dispositivo para o acolhimento.

METODOLOGIA

A pesquisa em questão é um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, realizada no município de Niterói - RJ, em quatro unidades de saúde com Programa

Santos SAS, Souza AC, Abrah MC *et al.*

The domiciliary visit as...

Médico de Família, duas se localizam na região do centro de Niterói e as outras duas na região Oceânica. As unidades de saúde escolhidas foram Engenho do Mato I e Cafubá II (localizadas na região Oceânica); Palácio e Viradouro (localizadas na região do centro de Niterói). A pesquisa exploratória tem o objetivo de familiarizar o tema, tornando-o explícito e proporcionando aprimoramento de ideia.² A abordagem qualitativa está direcionada a investigação dos significados das relações humanas, onde suas ações são influenciadas pelas emoções e/ou sentimentos aflorados diante situações vivenciadas no dia a dia.³

O estudo foi realizado com os profissionais de saúde integrantes das equipes, sendo estes, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os critérios de inclusão dos sujeitos na pesquisa foram: realizar periodicamente visitas domiciliares e aceitar participar voluntariamente da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada no período de maio a julho de 2011. Como instrumentos de investigação foram empregados: o levantamento documental, a observação participante e a entrevista semi-estruturada com atores das equipes do Programa Médico de Família (PMF) de Niterói.

Assim, os sujeitos participantes foram 13 profissionais. Desses, 1 é agente comunitário de saúde; 2 enfermeiras; 4 médicas e 6 técnicas de enfermagem. A formação deles englobou desde o ensino médio completo ao ensino superior com pós-graduação. E o tempo de serviço no PMF variou entre onze meses e 14 anos.

Posteriormente, o conteúdo das discussões foi transcrito, analisado e organizado por similaridade de respostas - categorização. As questões relativas aos módulos de PMF e aos profissionais envolvidos em seus processos teóricos e suas práticas constituíram um campo do conhecimento interdisciplinar, com múltiplos R. pesq.: cuid. fundam. online 2013. abr./jun. 5(2):3698-05

recortes e interfaces, estes, identificados durante a pesquisa. Ao realizar o diagnóstico situacional com mapeamento das unidades de saúde de família escolhidas para a realização do estudo, o que mais tarde, me proporcionaria a aproximação dos integrantes das equipes e da sua realidade de trabalho desenvolvidos nas visitas domiciliares, optei pela Análise de Conteúdo como método de análise dos dados, esta, foi a técnica de análise de dados mais apropriada ao tipo de investigação em questão. Pois, parte do pressuposto de que, por trás das falas aparentes, se esconde um sentido que pode se tornar evidente. A expressão mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa é a Análise de Conteúdo. No entanto, o termo significa mais do que um procedimento técnico.⁴

A construção da minha discussão se iniciou a partir do processo de investigação com base no desenvolvimento do trabalho durante a realização da VD, através de suas falas, vivências e relações. Foram criadas três categorias para apresentação dos resultados encontrados: a potencialidade da visita domiciliar como um dispositivo de acolhimento; planejamento da visita domiciliar no programa médico de família; visita domiciliar como instrumento de (re) significar a prática dos profissionais.

A participação dos profissionais da equipe de saúde foi efetuada mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, conforme Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde com o número 123/CEP/HUAP. O anonimato dos sujeitos foi garantido durante a realização de toda a pesquisa.

Após a assinatura do termo de consentimento livre esclarecido, foram realizadas entrevistas, com gravação em aparelho mp4, por ser um modo de reproduzir com precisão as respostas e registrá-las. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas a fim de não perder a exatidão de seu conteúdo.

Os sujeitos da pesquisa foram nomeados de acordo com a realização da entrevista como: E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E10; E11; E12; E13. Não permitindo assim qualquer tipo de identificação dos sujeitos da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

A potencialidade da Visita Domiciliar como um dispositivo de acolhimento

Nesta categoria, as ações desenvolvidas durante a visita domiciliar implicam na interação com a comunidade, com o intuito de construir práticas e estratégias mais eficazes diante das demandas e necessidades de saúde dos usuários, esta prática precisa ser desenvolvida de forma participativa e co-responsável.

O acolhimento tem se mostrado um princípio importante para a organização dos serviços, quando articulados a outras práticas que buscam o reconhecimento das necessidades de saúde da população da sua área de responsabilidade. A visita domiciliar como um dispositivo de acolhimento propicia à equipe um acompanhamento e posterior priorização de riscos e agravos, permitindo formação de vínculo com seus usuários, o que facilita o monitoramento e incentivo à autonomia destes.⁵

A Visita Domiciliar foi considerada um recurso para acolhimento dos usuários por 100% dos entrevistados.

Os sujeitos entrevistados atribuíam a Visita Domiciliar como um dispositivo do acolhimento na medida em que possibilitava entre outras, conhecer melhor os pacientes, suas famílias, sua casa, etc. O que favorecia segundo os mesmos o acolhimento.

“Uma mãe que traz o filho com asma entendo que por conta da VD já sabemos que essa asma pode ter sido por conta de uma parede *mofada*, de um tapete que há na casa e com isso nós já sabemos mais ou menos como acolher esse paciente.” (E3)

“quando realiza uma VD, você conhece o real universo que ele convive todos os dias. Você identifica o acesso até chegar a sua casa, as dificuldades que enfrenta ou não. A partir daí você entende alguns ‘porquês’ de queixas que ele te traz e que estas queixas nem sempre são por conta de patologias, mas sim de falta de saúde... um problema social.” (E8)

Na visita domiciliar percebe-se a necessidade de se conhecer a família, é indispensável criar vínculos para poder adentrar na casa do usuário, e este, parte do desejo e da permissão de seus integrantes em concordar e aceitar a presença desse profissional de saúde em sua residência, e se deixar envolver a participar de sua dinâmica e de seus problemas.

A visita domiciliar traz consigo uma característica muito forte, ou seja, ela é um espaço concedido pelo usuário em seu domicílio, diversamente do serviço de saúde, que é um espaço bem mais protegido para o profissional. Para o paciente e seus familiares em geral, a visita representa um cuidado diferenciado, simbolizando um compromisso da equipe.⁶

“o fato de nós irmos a casa do paciente/cliente faz com que eles se sintam importantes, eles percebem que nós nos preocupamos com a saúde deles pelo fato de irmos a casa deles.” (E6)

“é o momento de você mostrar ao seu paciente que se preocupa com ele e deseja que ele se cuide corretamente. Assim o paciente se sente acolhido... Nossa! a médica se preocupa com meu tratamento.” (E9)

Para outros, o momento da visita domiciliar deixava claro que esse momento/encontro de acolhimento fortalecia o vínculo entre eles. Esse vínculo se tornava sólido quando o profissional entendia que precisa se colocar no lugar do usuário, ter uma visão ampliada dos processos de saúde/doença para entender quais as suas necessidades e da sua família, atendendo-as na medida do possível.

Criar vínculos implica em ter relações muito próximas e claras, é o sentimento de responsabilidade pela vida e morte do paciente, dentro de uma responsabilidade de intervenção nem burocratizada, nem impessoal. É a partir do vínculo que criamos que nos integramos com a comunidade e seu território, nos grupos, e dessa forma nos tornamos referência para o usuário.⁷

“quando nós realizamos a VD, nós capturamos melhor a família, nós nos tornamos mais íntimos, eles conseguem falar melhor... criamos um vínculo maior ao vermos as condições da família. Há um maior acolhimento entre o profissional e o paciente resultando no estreitamento da relação quando nós conseguimos ver melhor a situação”. (E4).

“Eu acho que quando nós realizamos a VD, os pacientes se sentem mais a vontade e nós nos sentimos satisfeitas em ir a casa do paciente realizar as VDs e com isso eles se sentem mais acolhidos e criamos um vínculo com os usuários.” (E10)

“a partir da VD nós temos uma visão geral de como vive a família, criamos um vínculo.” (E12)

Dessa maneira, foi possível compreender que o acolhimento durante a realização das visitas domiciliares favoreceu a construção de uma relação de confiança e compromisso entre usuários e os profissionais, contribuindo para a legitimação das ações em prol da saúde do usuário.

Planejamento da Visita Domiciliar no Programa Médico de Família

O Programa Médico de Família (PMF) de Niterói vivencia desde 1992, uma concepção de modelo centrado na Estratégia Saúde da Família, através de uma metodologia própria, que se diferencia em alguns pontos da proposta do Ministério da Saúde.⁸ Estes se referem ao processo de trabalho que envolve a equipe de base e uma equipe de supervisores técnicos; as práticas assistenciais centradas na concepção da produção social de saúde, referenciada no campo teórico da

vigilância à saúde; e a produção de novos sujeitos, profissional de saúde e população, com base em práticas de educação permanente, realizadas no próprio ambiente de trabalho e orientadas para práxis, associada a processos de subjetivação formados a partir do contato direto no ambiente social da população adstrita às equipes.

O foco da atenção é a família, considerada em seu contexto biológico, emocional, social, cultural político, econômico exige da equipe de saúde um olhar ampliado do processo saúde-doença.⁹ Essa nova concepção do cuidar remete mudanças no exercício da prática profissional, ou seja, o profissional deve compreender que esse cuidado deve ser prestado junto às famílias de forma integral e articulada.

Portanto, como esta modalidade de atenção coloca em foco a família, a visita domiciliar é ação estruturante do cuidado. Segundo a proposta do Ministério da Saúde, as visitas domiciliares, devem ser realizadas com programação semanal, priorizando situações e grupos de risco e atendendo as solicitações dos usuários.¹⁰

Nos módulos do PMF depois do primeiro contato com a população e suas condições de vida e de saúde, as equipes passam a organizar o atendimento aos moradores do setor sob sua responsabilidade, que consiste na realização de visitas domiciliares regulares, destinadas à busca ativa de pacientes, a identificação de situações de risco para a saúde e ao contato da equipe com famílias e atendimento ambulatorial, em uma instalação modular localizada na própria comunidade (demanda espontânea ou situações captadas).

Durante as entrevistas, o cadastramento de famílias e novos moradores; recadastramento; a busca ativa de novos casos e agravos a saúde; gerenciamento a partir dos prontuários; pedidos de vizinhos, familiares ou pedidos dos próprios

usuários, se tornam um meio para identificar os casos que serão visitados pela equipe.

“É um vizinho que trouxe o recadinho, com isso nós já conhecemos o paciente que tem necessidade de fazermos essa busca de realizar uma VD.” (E4)

“Um paciente que não liga para a saúde dele, hipertenso, diabético. Então vamos a casa dele pra chamar, buscar, saber o que está acontecendo.” (E6)

“Os casos são decididos pela gerência, principalmente para buscar os pacientes que abandonaram o tratamento ou não vêm às visitas agendadas.” (E9)

“partir dos problemas que eles me trazem, também vou através da gravidade, através da gerência que nós fazemos de doenças crônicas, de gestantes, de crianças, de problemas sociais.” (E12)

“O cadastro, por exemplo, é uma questão exclusiva que só é feito na VD. Cadastrar famílias ou membros novos que vem. É uma demanda importante, pois só vai começar a ser atendido depois desse cadastro, então temos que agilizar, principalmente se for situação com criança ou gestante.” (E13)

A Visita Domiciliar deveria se constituir no eixo principal do trabalho, porém, algumas dificuldades para a sua execução foram apontadas. Dentre as dificuldades destaca-se a questão de infraestrutura, recursos insuficientes para a locomoção das equipes, os conflitos territoriais, falta de tempo para realizar as visita face a demanda espontânea na unidade, entre outras.

Existem muitas situações que dificultam a realização da visita domiciliar. São fatores que estão presentes no dia-a-dia da sociedade onde vivemos e que prejudicam a realização e execução da mesma. Os fatores sociais, econômicos e políticos ficam evidenciados nas falas dos profissionais.

“falta tempo, é muita coisa para fazer dentro da unidade. Fica difícil de sair” (E2)

“há poucos funcionários, material e apoio para realizar as visitas.” (E6)

“entendo que deveríamos fazer VD a todos os moradores da nossa área pelo menos uma vez por ano. Mas, alguns fatores impossibilitam como, por exemplo: em

nossa área tem muito trabalhador e quando chegamos à casa só encontramos a empregada e isso acaba dificultando o nosso trabalho. E em nosso setor isso ocorre muito.” (E9)

“o acesso hoje está muito complicado...choveu muito nessa semana.” (E11)

“hoje o campo não está seguro...há uma verdadeira ‘guerra’ dentro da comunidade.” (E13)

Vivenciamos hoje nos serviços de saúde um grande paradoxo. Por um lado podemos identificar políticas de saúde que visam incentivar a criação e a expansão de um modo de produzir saúde, mais próximo da família e com oferta de atenção integral, por outro, a dinâmica do mercado, impõe o sucateamento desta mesma política, com ausência de profissionais, insuficiência de recursos que acarretam em dificuldades para o desenvolvimento do trabalho.

Visita Domiciliar como instrumento de (re) significar a prática dos profissionais

A Estratégia Saúde da Família tem como premissa mudar o foco da atenção à saúde centrado na doença para uma atenção voltada para promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de uma equipe multiprofissional. Para atingir esse objetivo, tem na prática de trabalho da visita domiciliar um dos instrumentos fundamentais para a compreensão dos condicionantes que afetam a vida dos usuários.¹¹

Para melhor entender como se dá essa realidade, direcionei o foco para o profissional que vivenciava suas ações durante a realização da VD, o que me trouxe a possibilidade de entender de que modo os sujeitos do estudo desenvolvem estas atividades mediante a realidade existente, fatores condicionantes que envolvem os processos de trabalho.

Muitos são os motivos que levam as equipes de saúde ao campo para a realização das visitas e esta é utilizada como um instrumento para o cuidado aos usuários.

No quadro 1 explicitamos os motivos e as atividades desenvolvidas por cada integrante da equipe de saúde.

Quadro 1: Atividades referidas na Visita Domiciliar para cada categoria profissional

ACS	Enf.	Médico	Téc. de Enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> - Fazer uma busca de vacinas; - Realização das estatísticas; - Realização de campanhas; - Ações em saúde; - Visita a diabéticos e hipertensos; - Ações de cadastramento; - Agendamento de consultas e exames; - Busca ativa; - Educação em saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidar de ferimento mais complexo; - Avaliar a necessidade da presença do médico. - Realização de curativos; - Acompanhamento de pacientes que permaneceram internados por muito tempo; - Educação em saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do estado de saúde; - Assistir os casos com maior complexidade; - Visita a pacientes acamados; - Busca de pacientes que abandonaram tratamento; - Promoção e educação em saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aferir pressão; - Orientação quanto ao cuidado com úlceras; - Administrar medicação; - Realização de curativos; - Busca ativa.

Com a descrição das atividades desenvolvidas pelos integrantes da equipe, foi possível identificar que apesar da Atenção Básica preconizar a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações e adoção de práticas inovadoras de cuidado, constatou-se que os profissionais de saúde do PMF fazem distinção entre os tipos de visitas realizadas por cada categoria profissional, o que reforça a fragmentação do trabalho e conseqüentemente do cuidado.

CONCLUSÃO

A assistência domiciliar faz parte mais uma vez das discussões sobre os modos de proporcionar atendimento à população. Recentemente, o Ministério da Saúde em outubro de 2011 lançou a portaria 2527/11 da Atenção Domiciliar definindo a VD na atenção básica como uma modalidade de cuidado no domicílio.¹²

A VD não é uma novidade na assistência em saúde, é uma estratégia que vem sendo utilizada em vários momentos da história das práticas sanitárias. O desafio que se coloca na atualidade é, justamente, fazer com que essa estratégia seja realizada de maneira crítica, dentro de objetivos e limites bem definidos pela equipe de saúde, sob pena de se transformar em um instrumento de controle das populações-alvo dessa assistência.

Também devemos estar atentos para a riqueza da VD e suas potencialidades, como prática inovadora, serem perdidas pela pressão que se coloca nos ACS e demais membros da equipe de saúde pelo levantamento de dados sanitários para alimentar os sistemas de informação. Essa é uma tarefa fundamental para o planejamento das ações de saúde que, no entanto, não pode ser realizada de maneira burocrática.

Com esse estudo foi possível conhecer as aceções que os profissionais do Programa Médico de Família conferem a Visita Domiciliar como uma possibilidade de acolhimento no cotidiano das práticas.

A VD possibilita a construção de vínculos entre usuários, familiares e profissionais, fato este que potencializa a VD como um dispositivo para o acolhimento em saúde.

A assistência domiciliar é uma modalidade assistencial que se coloca cada vez mais presente na nossa realidade. A VD potencializa e expande o alcance do cuidado, permitindo uma maior integração entre as ações que acontecem no domicílio e as que ocorrem no interior dos serviços de saúde. É uma estratégia fundamental para a construção de um sistema de saúde realmente único, integral e equânime.

REFERÊNCIAS

1. SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da

Santos SAS, Souza AC, Abrah MC *et al.*

The domiciliary visit as...

Família. Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(6):1487-1494, nov./dez., 2004.

2. GIL, Antônio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 3ªed. São Paulo: Atlas, 1991.

3. FIGUEIREDO; N. M. A. *Método e metodologia na pesquisa científica*. São Paulo: Editora Difusão, 2004.

4. MINAYO, M. C. S. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. Petrópolis. Editora Vozes, 2007.

5. CAMPOS G.W. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY E.E; ONOCKO R., orgs. *Agir em saúde*. São Paulo: Hucitec; 1997.

6. BORGES, R.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC. *Interface: Comunicação Saúde Coletiva*. v. 15, n. 37, p. 461-72, abr/jun. 2011.

7. MERHY E.E. Em busca da qualidade de serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO L.C, MERHY E.E, CAMPOS G.W.S. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994.

8. FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 15, n. 2, p. 345- 353, 1999.

9. ABRAHÃO A. L.; LAGRANCE V. *A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio*. São Paulo: USP; 2007.

10. 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, 1997.

11. FRANÇA, S. P.; PESSOTO, U. C.; GOMES, J. O. Capacitação no programa de saúde da família: divergências sobre o conceito de visita domiciliar nas equipes de Presidente Epitácio, São Paulo. R. pesq.: cuid. fundam. online 2013. abr./jun. 5(2):3698-05

Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro: EPSJV, v. 4, n. 1, p. 93-108, tab. 2006.

12. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 2.527, DE 27 DE OUTUBRO DE 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). BRASÍLIA/DF, 2011.

Recebido em: 15/05/2012

Revisões Requeridas em: No

Aprovado em: 17/10/2013

Publicado em: 01/04/2013