

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

DIMITRIUS NIKOLAOS JACONI STAMOULIS

**IMPLEMENTAÇÃO DO AGENDAMENTO DE CONSULTAS EM UMA
UNIDADE RURAL NO INTERIOR DE MINAS GERAIS**

**UBERABA/MG
2014**

DIMITRIUS NIKOLAOS JACONI STAMOULIS

**IMPLEMENTAÇÃO DO AGENDAMENTO DE CONSULTAS EM UMA
UNIDADE RURAL NO INTERIOR DE MINAS GERAIS**

Trabalho apresentada à Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como parte das exigências para conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosimár Alves Querino

UBERABA/MG
2014

DIMITRIUS NIKOLAOS JACONI STAMOULIS

**IMPLEMENTAÇÃO DO AGENDAMENTO DE CONSULTAS EM UMA
UNIDADE RURAL NO INTERIOR DE MINAS GERAIS**

Trabalho apresentada à Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como parte das exigências para conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientador: Profª Drª Rosimár Alves Querino

Banca Examinadora:

Profª. Ms. Nathália Silva Gomes

Profª Drª Rosimár Alves Querino

Aprovado em Uberaba 20/02/2014.

Dedico esse trabalho a comunidade rural do município de Conceição das Alagoas, Patrimônio dos Poncianos, que nos acolheu de forma muito hospitaleira, possibilitando um grande vínculo entre a equipe e os usuários motivando assim, ainda mais, a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Rosimár Alves Querino que dedicou seu tempo e compartilhou sua experiência para que esta formação na atenção básica fosse também um aprendizado de vida, meu carinho e gratidão. O seu olhar crítico e construtivo me ajudou a superar os desafios desta jornada.

Aos profissionais da Equipe de Saúde da Família - Santa Rita que acolheram minhas propostas, oportunizaram meu crescimento profissional, partilhando os desafios da implementação deste projeto.

Finalmente, agradeço a população, reiterando meu juramento profissional de consagrar minha vida ao seu serviço.

RESUMO

A área adscrita à Equipe Saúde da Família Santa Rita situa-se na zona rural do município de Conceição das Alagoas, interior de Minas Gerais. Ao definir o perfil dos atendimentos realizados na unidade, bem como o fluxograma de funcionamento do local, a equipe buscou verificar quais fatores poderiam contribuir para melhorar o acesso aos serviços e a integralidade da atenção. Observou-se que a ausência de marcação de consultas e das visitas domiciliares comprometia o processo de trabalho da equipe e o acesso aos serviços. Entre as especificidades da comunidade rural que impactam na atenção prestada destacam-se: a distância entre as moradias e entre a unidade com as moradias, horário de trabalho dos usuários e a percepção da saúde como ausência de doença em detrimento das ações de promoção e a prevenção de agravos. O projeto de intervenção ora apresentado visa contribuir para o enfrentamento dos problemas enfrentados pela equipe. O objetivo é implementar o agendamento de consultas e de visitas domiciliares, otimizando o atendimento à população de abrangência da ESF Santa Rita. Tais mudanças podem ter contribuição significativa na melhoria do acesso ao serviço, criação de vínculos com a comunidade, ampliação da abordagem do processo saúde-doença e fortalecimento do trabalho em equipe no processo de planejamento e avaliação das intervenções.

Palavras-chave: Agendamento de consultas. Assistência domiciliar. Saúde da família.

ABSTRACT

The ESF enrolled at Santa Rita area is located in the rural area of Conceição das Alagoas, Minas Gerais. When defining the profile of care provided in the unit as well as the flowchart of operation of the location, the team sought to determine which factors could contribute to improving access to services and comprehensive care. It was observed that the lack of appointment and home visits under took the process of team work and access to health services. Among the peculiarities of the rural community that impact the care provided include: the distance between the housing and the Health Unit, work schedule and the users perception of health as absence of disease at the expense of promotion and prevention aggravations. The intervention project presented here aims to contribute to address the problems faced by the team. The goal is to implement the scheduling of consultation and home visits, optimizing services to the population covered by the ESF Santa Rita. Such changes can have significant contribution in improving access to the service, to maintain links with the community, expanding the approach to health care and strengthening of teamwork in the planning and evaluation of interventions process.

Keywords: Appointment Schedule. Home Care. Family Health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research & Quality</i>
CEABSF	Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MG	Minas Gerais
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa agentes comunitários de saúde
PBE	Pesquisa Baseada em Evidencia
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Classificação dos níveis de evidências	18
Quadro 2 Descrição da estratégia de PICO para elaboração da pergunta de pesquisa.....	19

SUMÁRIO

RESUMO	6
ABSTRACT	7
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	8
LISTA DE QUADROS	9
1 INTRODUÇÃO	10
1.1. APRESENTAÇÃO	10
1.2. A ÁREA ADSCRITA A ESF SANTA RITA	11
1.3. DESCRIÇÃO DO PROBLEMA	10
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVOS	13
3.1. OBJETIVO GERAL	13
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
4 BASES CONCEITUAIS	14
5 CAMINHOS METODOLÓGICOS	17
5.1. REFERENCIAL METODOLÓGICO	17
5.2. METODOLOGIA	19
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

1.1. APRESENTAÇÃO

Médico generalista, graduado em Julho de 2011 pela Universidade de Uberaba, aderiu ao Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) em Março de 2013 na zona rural da cidade de Conceição das Alagoas – MG como primeira oportunidade de atuação em Unidade Básica de Saúde (UBS). Este contato evidenciou que a saúde da família é, atualmente, a estratégia mais importante para a reorganização do modelo de atenção à saúde, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entre os objetivos do PROVAB, estão: qualificar e valorizar o trabalho realizado pelas equipes de atenção básica, particularmente o profissional médico, ofertando condições de trabalho tanto físicas quanto financeiras; inserção do profissional médico em áreas de vulnerabilidade social; ampliar a integração ensino-serviço-comunidade e valorizar o compromisso social, nos critérios de avaliação para ingresso nos programas de residência (BRASIL, 2011). Para isso, é necessária tanto a adesão dos municípios (BRASIL, 2012) como dos profissionais médicos ao PROVAB (BRASIL, 2013).

Como requisito para ingresso ao programa e ao recebimento do incentivo financeiro está a participação do profissional médico no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), esta relação contribui definitivamente para ampliar a visão profissional frente à Equipe Saúde da Família (ESF), além de diminuir a dicotomia entre a teoria e prática, sobretudo relacionada a saúde pública no Brasil.

A motivação para trabalhar na saúde da família advém do desafio diário em buscar entender o sujeito em sua individualidade, dentro de sua família, da sua comunidade, suas relações neste meio e a influência destes diversos fatores no processo saúde-doença.

O Ministério da Saúde incentiva a criação e a ampliação das Unidades de Atenção Básica, em busca de cobertura total da população, todavia reconhece que apenas uma ampla cobertura, não é o suficiente para que a ESF obtenha êxito, desta forma valoriza a formação dos trabalhadores com o intuito de contribuir decisivamente para a efetivação da política nacional de saúde (BRASIL, 2002).

Frente a esse cenário, o governo federal, em parceria com os estaduais e municipais, de forma articulada com as instituições de ensino superior, promoveram mudanças nos cursos de pós-graduação para profissionais de saúde, de modo a responder aos desafios encontrados

na expansão e na necessidade de qualificação da atenção primária, particularmente da ESF (BRASIL, 2012).

Desta forma, ocorre a inspiração para a criação do CEABSF, na modalidade a distância, que atualmente está institucionalmente vinculado ao Programa Ágora/NESCON/UFGM/Faculdade de Medicina, com contribuição de outros órgãos institucionais e com pólos educacionais em outras instituições de ensino superior, como é o caso da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

1.2. A ÁREA ADSCRITA A ESF SANTA RITA

A ESF Santa Rita localiza-se na zona rural do Município de Conceição das Alagoas que possui uma área de 1.352,2 km² e está situado na microrregião de Uberaba, no Triângulo Mineiro. Com uma população de 25.139 habitantes, a cidade passa por um processo de crescimento populacional contínuo desde o final do século passado, devido a diversificação de sua base econômica e principalmente pela introdução da lavoura de cana-de-açúcar e, conseqüente, instalação de usinas de álcool e açúcar, sendo, até o momento, as únicas indústrias instaladas neste município (IBGE, 2012).

A Unidade presta apenas atendimentos ambulatoriais por livre demanda e conta com um total de nove profissionais de saúde, dentre os quais, enfermeiro e técnico em enfermagem, odontólogo, médico, farmacêutico e agentes comunitários de saúde. Mantém como serviços especializados em saúde a estratégia de saúde da família e o serviço de controle de tabagismo. Além disso, a unidade está cadastrada no “Programa Mais Médicos” desde setembro de 2013. (BRASIL, 2013).

É importante esclarecer que o estado de Minas Gerais, onde se localiza o município de Conceição das Alagoas, possui o maior número de ESF em funcionamento no Brasil. Em 2002, havia 2.278 ESF's, já em abril de 2012, 4.319 equipes atuantes em 849 municípios, ou seja, uma cobertura de 76% da população mineira (MINAS GERAIS, 2013).

A ESF em epígrafe conta com 221 famílias cadastradas, totalizando 885 pessoas. Avaliando os dados sociodemográficos, observa-se que o sexo feminino prevalece com 51%, e a faixa etária evidenciada é a de maiores de 60 anos de idade (37%). Da população com idade economicamente ativa, 203 pessoas do sexo masculino e 109 do feminino referiram possuir vínculo empregatício com carteira assinada. (Consolidado Ficha A – ESF Santa Rita)

Com relação à escolaridade, na faixa da 5ª a 8ª encontra-se 35% da população total. Do quantitativo geral das crianças e dos adolescentes em idade escolar, 68% referiram frequentar regularmente a escola e 12% não. Com relação à raça/cor, pouco mais da metade (50,2%) declarou-se parda, 34,9% referiram ser branca, 12,6% preta e 2,3% outras. A maioria das casas é de alvenaria e possuem energia elétrica. (Consolidado Ficha A – ESF Santa Rita)

Quanto ao destino do lixo domiciliar, os moradores declararam ocorrer a coleta pública (51,2%) ou a incineração/enterro (47,2%). Porém, em algumas localidades há lixo no entorno do domicílio. A maior parte dos domicílios (64,15%) refere presença de muriçoca, roedores entre outros animais silvestres. O que enfatiza a importância de reforçar as ações de educação em saúde, principalmente no que diz respeito ao lixo que é depositado na localidade. (Consolidado Ficha A – ESF Santa Rita)

Quantidade significativa dos domicílios possui banheiro, 98,7% dos entrevistados, dos quais 96,2% são dentro do domicílio e 51,4% tem descarga com água encanada. Com relação ao fornecimento de água, 52,1% recebe da rede pública, em quanto os demais dependem de poço e de rios. A armazenagem de água pelos moradores se dá predominantemente em tonéis e em garrafas (53,3%) – relato importante para avaliar risco de disseminação da Dengue - seguida pela caixa d'água, com 42,4%; cisterna, com 3,1% e 1% não armazena.¹

A maioria (74,21%) da população não está vinculada a um plano de saúde, ou seja, predominantemente usuários dependentes do SUS, sendo que 41,8% recorrem a Unidade de Saúde em caso de doença e quase na mesma proporção (41,36%) procura o hospital. Diante do exposto, salienta-se que a ESF é uma estratégia para reverter a forma atual da assistência à saúde, destacando a produção social da doença por meio da troca de informações e experiências entre as equipes e a comunidade.

No que se refere à participação em grupos, 87,6% da população participam de grupos religiosos, enquanto 12,4% frequentam demais grupos existentes na comunidade, visto que a participação nos grupos oferecidos é muito pequena, vale salientar a necessidade de orientação aos moradores sobre os programas existentes na UBS.

¹ Relato de moradores durante o processo de coleta de dados para elaboração do diagnóstico de comunidade.

1.3. DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

Desde o início das atividades na unidade, ficaram evidentes algumas especificidades da zona rural que impactam diretamente no processo saúde-doença das famílias e no trabalho dos profissionais. Um dos elementos a ser destacado é a distância entre as moradias e entre a Unidade com as moradias, o que gera a necessidade de planejamento prévio das ações a serem desenvolvidas e transporte para garantir o acesso às moradias.

O horário de trabalho dos usuários da região traz inúmeros impactos para o atendimento tendo em vista os extensos turnos de trabalho e as dificuldades em ter contato com os moradores nos domicílios.

A forma como os moradores compreendem o processo saúde-doença ainda é marcada pela concepção negativa de saúde que a entende como “ausência de doença”, o que dificulta a adesão às ações de promoção da saúde e prevenção de agravos.

No cotidiano da equipe as discussões entre os profissionais evidenciaram a necessidade de se definir o perfil dos atendimentos médicos, bem como o fluxograma de funcionamento do local, verificando quais fatores poderiam rapidamente garantir melhor integralidade do acesso aos serviços. Entre os nós críticos do serviço, na avaliação dos profissionais da ESF, se sobressaiu a ausência de marcação de consultas e das visitas domiciliares.

Assim, é que se deu a decisão de elaborar um projeto de intervenção com o intuito de organizar o processo de trabalho, através da implantação do agendamento de consultas e visitas domiciliares.

2. JUSTIFICATIVA

A relevância do plano de intervenção proposto repousa em três diferentes fatores: no impacto das ações sobre o atendimento ao perfil demográfico e epidemiológico da área adscrita a ESF Santa Rita, a compreensão da importância da atenção integral aos hipertensos e diabéticos no contexto da atenção primária e na contribuição das ações para a reorganização do processo de trabalho da equipe.

Em relação ao primeiro fator – o perfil demográfico e epidemiológico da população atendida, verificamos na área o que ocorre em diversas regiões do país. Nas últimas décadas, houve uma mudança no perfil da mortalidade da população brasileira, advindo do aumento significativo dos óbitos causados por doenças crônico-degenerativas. As doenças cardiovasculares são as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo e, entre os fatores de risco para doença cardiovascular, encontram-se o diabetes mellitus e a hipertensão arterial (BRASIL, 2013).

O estudo multicêntrico sobre prevalência de diabetes mellitus no Brasil (Sociedade Brasileira de diabetes, 2012) apontou um índice de 7,6% na população brasileira entre 30-69 anos, atingindo cifras próximas a 20% na população acima dos 70 anos. Cerca de 50% dessas pessoas desconhecem o diagnóstico, e 25% da população diabética não fazem nenhum tratamento.

Outro importante problema de saúde é a hipertensão arterial, cuja prevalência estimada na população brasileira adulta é de cerca de 15 a 20%, sendo que, entre a população idosa, esta cifra chega a 65%. Entre os hipertensos, cerca de 30% desconhecem serem portadores da doença. É uma doença que apresenta alto custo social, sendo responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho (Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2011).

O controle metabólico rigoroso associado a medidas preventivas e curativas relativamente simples são capazes de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas do diabetes mellitus, resultando em melhor qualidade de vida ao indivíduo diabético (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2012).

Da mesma forma, o controle da hipertensão arterial resulta na redução de danos aos órgãos-alvo. Para o controle de ambas as patologias, são necessárias medidas que envolvem mudanças no estilo de vida (Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2011).

O manejo do diabetes mellitus e da hipertensão arterial deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado de saúde, sendo sua base o nível primário de atendimento, frente a essa

problemática o Ministério da Saúde, em 1994, implantou o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia de Saúde da Família, dada a complexidade da ação deste conjunto articulado de iniciativas (BRAVO, 2001).

Segundo Bravo (2001), esta estratégia tem o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial a partir da atenção básica, em substituição ao modelo tradicional de assistência. Desta forma, a ESF pretende promover a saúde através de ações básicas que possibilitam a incorporação de ações programáticas de forma mais abrangente.

A dinâmica proposta pela ESF, centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, permite a identificação mais acurada e um melhor acompanhamento dos indivíduos dentro de sua complexidade, para tal é necessário um envolvimento do profissional que possibilite maior eficácia da atenção a saúde neste nível de intervenção (LUCCHESI, 2002).

Nesta perspectiva, emerge o fundamento ideológico e norteador da intervenção proposta: a compreensão de que a atenção primária é o “primeiro nível de contato,” a porta de entrada dos indivíduos, de suas famílias e da comunidade no Sistema para todas as novas necessidades e problemas. É uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde. Esta ênfase do conceito de atenção sobre a “proximidade com as pessoas” e relacionada com as “necessidades” foi um aspecto importante para a determinação deste plano de intervenção. (OMS, 1979; STARFIELD, 2004)

No que se refere ao cotidiano da ESF Santa Rita, a implantação do plano trará contribuições significativas no processo de trabalho tendo em vista que os profissionais planejarão suas ações de forma a garantir o atendimento dos moradores na unidade de saúde e, também, nas visitas domiciliares.

A luz das características da comunidade, que se situa na zona rural do município mineiro, as visitas domiciliares e o agendamento das consultas permitirão o enfrentamento das dificuldades elencadas anteriormente como, por exemplo, a jornada de trabalho dos moradores, a distância entre as moradias e entre as moradias e a unidade de saúde, a logística do transporte envolvida no deslocamento dos profissionais e a demanda espontânea por pronto-atendimento, principal característica da unidade de saúde no momento de inserção do autor no trabalho.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Implementar o agendamento de consultas e de visitas domiciliares na ESF Santa Rita na zona rural do Município de Conceição das Alagoas, interior de Minas Gerais.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Otimizar o atendimento à população de abrangência do ESF Santa Rita, através da marcação de consultas e das visitas domiciliares;
- Organizar a agenda de consultas e de visitas domiciliares, disponibilizando 80% de seu total para atendimentos marcados e mantendo 20% para a livre demanda;
- Proporcionar atenção integral aos hipertensos e diabéticos da área adscrita com o novo modelo de agendamento de consultas e visitas domiciliares.

4. BASES CONCEITUAIS

O termo democracia, oriundo da civilização helênica antiga, desde sua concepção é definida como o governo “de muitos”. Com o surgimento do discurso e da práxis democrática, nas memoráveis polis gregas (cidade-estado), iniciou-se a construção de uma noção de bem comum, governável a partir do debate político bem articulado (BOBBIO, 1986).

Estes princípios estiveram presentes na luta pela democratização da saúde que tomou corpo no Brasil na segunda metade da década de 1970 e possibilitou a formulação do projeto da reforma sanitária sustentado por uma base conceitual, oriunda de um grupo de profissionais e de intelectuais da área de saúde (GONZALO, 1995).

O movimento sanitário se propôs a incorporar em sua luta as demandas da sociedade como um todo, partindo da consideração de que as condições de exercício profissional estão submetidas às mesmas determinações que se produzem a precariedade da saúde da população. Esta expansão do grupo é parte do processo de construção de hegemonia, isto é, de uma nova relação entre classe-Estado-sociedade frente as demandas da saúde (CARVALHO, 2002).

Ainda segundo Carvalho (2002), o movimento da Reforma Sanitária Brasileira buscava, desde o início, a reorganização da política de saúde vigente almejando instituir um sistema que apresentasse características que assegurassem a participação e o controle social.

Neste sentido, Pinheiro (2004, p.12) afirma:

As conferências de saúde podem ser espaços públicos para a efetiva participação política da sociedade civil, contribuindo para a democratização das ações do Estado na construção do direito à saúde no Brasil contemporâneo. A VIII Conferência Nacional da Saúde, realizada em 1986, pode ser considerada o marco deste movimento, ao representar um importante momento de discussão e definição dos princípios propostos pela reforma. Nessa ocasião, foram sedimentados os princípios básicos sobre os quais o Sistema Único de Saúde (SUS) deveria ser institucionalizado.

A Constituição Federal de 1988 consolidou as diretrizes do SUS, estabelecendo como princípios deste sistema a universalização da cobertura e do atendimento, a integralidade das ações e dos serviços e a equidade no acesso aos mesmos. Essas diretrizes enfocam também a descentralização da governabilidade das ações e a participação da comunidade visando o controle social com os serviços em direção única em cada esfera do Estado (BRASIL, 1988).

Esta carta magna (BRASIL, 1988), define o SUS em três principais características: a criação de um sistema nacional de saúde; a proposta de descentralização (o gestor do sistema será o executivo municipal) e a criação de novas formas de gestão, que incluem a participação

de todos os atores envolvidos na vida política: prestadores de serviços, trabalhadores, gestores e usuários. Ou seja, o SUS constitui um moderno modelo de organização dos serviços de saúde que tem como uma de suas características primordiais valorizar a gestão local.

Apesar desta característica democrática do SUS, muitos obstáculos apareceram em sua fase de implantação, devido a sérias dificuldades relacionadas tanto a seu financiamento pelo Estado, quanto à eficiência administrativa para a sua operação. Além disso, as práticas de participação da sociedade civil brasileira nos espaços públicos evidenciam que o processo de construção democrática neste país não é linear, mas sim, contraditório e fragmentado. O papel de protagonista do aprofundamento democrático, no que concerne à formulação, à implantação e à execução das políticas públicas no país concedido à sociedade civil, ainda não é exercido satisfatoriamente (CARVALHO, 2002).

Neste contexto e fazendo frente aos problemas de descentralização do SUS, o Programa de Saúde da família (PSF), posteriormente nomeado com ESF, incorpora e reafirma os princípios do SUS e seus objetivos são originários de propostas de diferentes grupos e articulações, tais como a Medicina Comunitária, as Ações Primárias de Saúde e os Sistemas Locais de Saúde (Silos). O que parece diferenciá-lo é sua inserção no escopo das políticas públicas de saúde, fazendo com que seus princípios sejam assumidos, pelo menos no discurso, por praticamente todos os gestores do país (FEUERWERKER, 2004).

Para Feuerwerker (2004), os profissionais da ESF, ao se inserirem na comunidade, tornam-se os atores político-democráticos responsáveis por satisfazer os interesses e as necessidades da população assistida. Isto implica reconhecer a relevância desse tipo de trabalho na construção do direito à saúde como uma questão de cidadania. Neste sentido, é necessário rever o papel da equipe, dos gestores e dos usuários na ampliação dos espaços de participação popular, refletindo sobre suas relações de poder.

Assim, a qualidade dos serviços de saúde passa a ser o resultado de diferentes fatores que se transformam em instrumentos, tanto para a definição e a análise dos problemas, como para a avaliação do grau de comprometimento dos profissionais e gestores (prefeitos, secretários e conselheiros municipais de saúde, entre outros) com as normas técnicas de cada unidade, bem como suas responsabilidades sociais e humanas.

Nascimento e colaboradores (2009) descreveram a importância da regulação médica e da marcação de consultas e de visitas domiciliares para a organização do serviço e melhor atenção à saúde da população. Esta função é entendida como estratégia em estreita interface com o planejamento, o controle, a avaliação e com os diversos níveis de complexidade da

assistência, buscando garantir a assistência integral aos usuários do SUS e viabilizar o ordenamento da relação dos usuários com os prestadores de saúde.

O exercício de marcar consultas médicas, odontológicas, encontros com os demais profissionais da assistência consiste em conhecer a demanda por serviços de saúde e disponibilizar, de forma ordenada, a oferta existente. Esta atividade obedece à diretriz da regionalização, que prioriza a proximidade do local de atendimento à residência do usuário e a hierarquização do atendimento de acordo com o grau de complexidade exigido pelo problema de saúde do usuário (NASCIMENTO et al., 2009).

Em municípios onde existe marcação de consulta e exames através do setor de regulação empregam softwares que procuram proporcionar o agendamento online e assim referenciar pacientes entre os diversos níveis de serviço. O Sistema Nacional de Regulação (SISREG) é um sistema de informações online disponibilizado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) para o gerenciamento e operação das centrais de regulação. É um programa (software) que funciona por meio de navegadores instalados em computadores conectados à Internet. O SISREG é composto por dois módulos independentes: a Central de Marcação de Consultas e a Central de Internação Hospitalar (BRASIL, 2007).

Ferreira (2007) argumenta em sua tese que algumas vantagens práticas do atendimento online podem ser apontadas como dispensa do agendamento de consultas e boa relação custo-benefício, com a troca do deslocamento real pelo acesso virtual, estabelecendo, assim, uma ponte para quem mora em lugares distantes. A gestão local deve definir a estratégia de implementação de informação e de informática para as centrais de regulação. Contudo, a opção por utilizar um fluxo informatizado requer atenção especial para o sistema de informações que irá operacionalizar este fluxo. Caso o sistema informatizado seja pouco aceito pela população, deve-se optar pela marcação manual e organizada.

Desta forma, o Ministério da Saúde está procurando viabilizar melhor acesso do usuário ao sistema de saúde utilizando organização do serviço com o objetivo de tornar o sistema mais eficiente. Somado a isso hoje, a marcação das consultas e das visitas domiciliares, contribuem para o processamento de informação para avaliação do sistema de saúde como um todo, incluindo: registro e recuperação de informação sobre pacientes; comunicação entre profissionais de saúde e coleção de dados clínicos (BRASIL, 2002).

5. CAMINHOS METODOLÓGICOS

5.1. REFERENCIAL METODOLÓGICO

É consenso entre os pesquisadores que a Prática Baseada em Evidência (PBE) destina-se à solução de problemas da assistência à saúde, para tomada de decisões baseadas nas melhores provas científicas da adequação de um método de trabalho, ela constitui uma ferramenta na assistência, porque o grande desenvolvimento atual da produção científica torna impossível tanto sua total apreciação quanto o vislumbamento de seu conteúdo. A utilização de um método sistematizado possibilita reunir, classificar e analisar resultados de pesquisa e concluir por evidências ou não para tomada de decisões, assim como a necessidade de desenvolvimento de novos estudos primários (LACERDA et al., 2011).

Neste sentido, a revisão sistemática é um recurso importante da PBE, tornando-se uma síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas com uma questão específica; a pergunta pode ser sobre causa, diagnóstico, prognóstico de um problema de saúde; mas, frequentemente, envolve a eficácia de uma intervenção para a resolução deste. A revisão sistemática difere da revisão tradicional, uma vez que busca superar possíveis vieses em todas as etapas, seguindo um método rigoroso de busca e de seleção de pesquisas; avaliação da relevância e da validade das pesquisas encontradas; coleta, síntese e interpretação dos dados oriundos das pesquisas (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

A PBE é definida como “uma abordagem para o cuidado clínico e para o ensino, fundamentada no conhecimento e qualidade da evidência” (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003). Com a finalidade de promover a qualidade dos serviços de saúde e diminuir os custos operacionais.

Na área da saúde, seu pilar de sustentação é a utilização de resultados de pesquisas na prática profissional. Assim, esse movimento surge como um elo que interliga os resultados da pesquisa e sua aplicação prática, uma vez que conduz a tomada de decisão no consenso das informações mais relevantes para melhor assistência (PEDROLO et al., 2009).

A PBE focaliza sistemas de classificação, que geralmente são caracterizados de forma hierárquica, dependendo do delineamento de pesquisa, ou seja, da abordagem metodológica adotada para o desenvolvimento do estudo (GALVÃO, 2006).

A classificação hierárquica das evidências, para a avaliação das pesquisas ou outras fontes de informação é caracterizada pela Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) dos Estados Unidos da América (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

O quadro a seguir apresenta os níveis de evidência de forma hierarquizada proposto por Stetler et al. (1998) e adotada neste estudo.

Quadro 1 Classificação dos níveis de evidências

NÍVEL E QUALIDADE DAS EVIDÊNCIAS	CLASSIFICAÇÃO DAS EVIDÊNCIAS
NÍVEL I (QUALIDADE DO ESTUDO DE A-D)	Meta-análise de múltiplos estudos controlados
NÍVEL II(QUALIDADE DO ESTUDO DE A-D)	Estudos experimentais individuais (Ensaio Clínico Randomizado – ECR)
NÍVEL III(QUALIDADE DO ESTUDO DE A-D)	Estudos quase experimentais, como ensaio clínico não randomizado, grupo único pré e pós-teste, séries temporais ou caso controle
NÍVEL IV (QUALIDADE DO ESTUDO DE A-D)	Estudos não experimentais, tais como pesquisa descritiva, correlacional e comparativa, pesquisas com abordagem metodológica qualitativa e estudos de caso
NÍVEL V (QUALIDADE DO ESTUDO DE A-D)	Dados de avaliação de programas, dados obtidos de forma sistemática.
NÍVEL VI	Opinião de especialistas, relatos de experiências, consensos, regulamentos e legislações.

FONTE: MENDES, 2006, p.61

Esta classificação considera a metodologia do estudo, a abordagem da pesquisa, bem como o seu rigor, permitindo a inclusão de estudos qualitativos. Do nível I à V existe uma variação entre A e D, referindo-se a credibilidade da investigação científica, ou seja, estudos classificados com nível 1-A apresentam maior credibilidade que os demais. (STETLER et al., 1998).

A PBE propõe que os problemas clínicos que surgem na prática assistencial, de ensino ou pesquisa, sejam decompostos e organizados por meio da estratégia PICO que representa um acrônimo para *Paciente, Intervenção, Comparação e “Outcomes”* (desfecho) (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

5.2. METODOLOGIA

Considerando que este trabalho é baseado em evidências, utilizou-se como processo para encontrar a resposta apropriada à dúvida a estratégia PICO demonstrada no QUADRO 2.

Quadro 2 Descrição da estratégia de PICO para elaboração da pergunta de pesquisa

Acrônimo	Definição	Descrição
P	Paciente ou População	Comunidade de abrangência do ESF – Santa Rita em Conceição das Alagoas - MG.
I	Intervenção	Agendamento das consultas e visitas domiciliares.
C	Controle ou comparação	Otimização da assistência e dos atendimentos à população
O	<i>Outcomes</i> /Desfechos	Aumento da efetividade das consultas e visitas domiciliares

Fonte: Elaborado pelo autor.

Com o esclarecimento proporcionado com a aplicação da estratégia do PICO deram-se os seguintes passos a fim de atingir os objetivos propostos:

- a) Reunião com a Equipe que atua na ESF Santa Rita com o intuito de descrever os problemas evidenciados e propor a rotina de marcação das consultas e visitas domiciliares como solução. Nesta oportunidade, estendeu-se o debate para outros problemas evidenciados na localidade e juntos e de forma democrática, chegou-se ao entendimento de iniciar o agendamento de 80% das consultas e das visitas domiciliares mantendo 20% para livre demanda;
- b) Divulgação através dos agentes comunitários de saúde e de cartazes na própria unidade da nova forma de disponibilização das consultas e da necessidade de agendamento nas visitas domiciliares a fim de evitar ociosidade e maior eficiência da assistência prestada;
- c) Implementação do agendamento de 80% das consultas médicas e odontológicas bem como das visitas domiciliares;
- d) Avaliação semanal do novo método de trabalho com vistas a atender os objetivos e adequar o agendamento as necessidades da população;
- e) Após o primeiro mês, nova reunião com a equipe a fim de avaliar de forma definitiva a implementação do agendamento;
- f) Manutenção da nova forma de trabalho e de suas avaliações periódicas, com atenção ao entendimento da população.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Uma vez que este trabalho se fundamentou na implementação de um novo fluxograma de serviço, que reflete diretamente na atenção à saúde da população em virtude dos fatores já citados, foi realizado um esforço voltado principalmente para a adaptação da equipe frente às demandas sociais da localidade, com o intuito de melhor adesão às marcações das consultas e das visitas domiciliares.

Observou-se que a equipe de profissionais atuante aderiu rapidamente a nova dinâmica de trabalho e, desde o princípio, aprovou as marcações, sobretudo as de visita domiciliar, situação que provocava grande ineficiência do serviço, pois demora-se muito para chegar até uma localidade na zona rural e ainda corre-se o risco de não encontrar os moradores, ou até mesmo eles não estarem dispostos a receberem a equipe.

Igualmente, o agendamento de 80% das consultas, oportunizou aos profissionais, sobretudo médicos e dentistas, a possibilidade de melhor planejar seu tempo de atuação na unidade e assim havendo também melhor preparação para outras atividades inerentes da atenção primária, que não a consulta médica e odontológica, tais como a educação em saúde e planejamento de metas para a atenção em saúde da população.

Em ambos os casos, o Agente Comunitário de Saúde foi um eixo principal para o sucesso da implementação, pois lhe coube oportunizar a marcação das consultas bem como o agendamento das visitas domiciliares já na residência do usuário. Ao mesmo tempo, realizar um “feedback” com aqueles que devem ser mais beneficiados da nova forma de atenção, assim a avaliação e participação da população ocorre diária e espontaneamente a cada visita/consulta realizada.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) teve início, no Brasil, em junho de 1991, sendo, portanto, precursor do PSF. Em janeiro de 1994, formaram-se as primeiras equipes do PSF compostas por médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, tendo sido o Estado do Ceará foi o primeiro local a implantar o PSF e o PACS (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

A ESF vislumbra a visita domiciliar como uma tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de condições de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações do processo saúde-doença (SAKATA et al., 2007).

Takahashi e Oliveira (2014) entendem a atenção às famílias e à comunidade, como objetivo central da visita domiciliar, e a família e comunidade, como entidades influenciadoras no processo de adoecer dos indivíduos, os quais são regidos pelas relações que estabelecem nos contextos em que estão inseridos.

Sakata e colaboradores (2007), defendem que compreender o contexto de vida dos usuários dos serviços de saúde e suas relações familiares deve visar ao impacto nas formas de atuação dos profissionais, permitindo novas demarcações conceituais e, conseqüentemente, o planejamento das ações considerando o modo de vida e os recursos de que as famílias dispõem.

No que tange à articulação com o modelo assistencial, o discurso relativo à integralidade e à humanização do cuidado assume papel de destaque na reorientação do SUS. A relevância da visita nesse processo evidencia-se pelo fato de essa dispor de condições propícias a mudanças, confrontando o modelo hegemônico, centrado na doença, no qual predomina uma postura profissional de indiferença e de pouca interação com os usuários (GALEAZZI, 2002).

Ainda com base em Galeazzi (2002), a superação desse modelo requer dos profissionais de saúde a construção de um pensar e um fazer sustentados na produção social do processo saúde-doença. Com a criação do SUS, a integralidade surge como um dos principais pilares na construção da Atenção Primária à Saúde, uma vez que se fundamenta na articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação, além da abordagem integral dos indivíduos e familiares, respeitando seus contextos sociais.

Mattos (2004, p.14-5) sugere uma reflexão sobre a integralidade que identifica três grandes conjuntos de sentidos usualmente empregados, os quais remetem a: uma nova atitude por parte dos profissionais de saúde; uma crítica à dissociação entre práticas de saúde pública e práticas assistenciais; uma recusa em objetivar e recortar os sujeitos sobre os quais as ações incidem. Tais atitudes implicam, acima de tudo, em uma recusa ao reducionismo dos sujeitos e seus familiares, bem como a afirmação de uma abertura ao diálogo de modo a promover “um exercício de seleção negociada do que é relevante para a construção de um projeto de intervenção”.

Alves (2005, p.45) lembra que a relevância da integralidade na reorientação do modelo assistencial reside justamente no fato de ser esse, dentre os princípios do SUS, “aquele que confronta incisivamente racionalidades hegemônicas no sistema”, contrapondo-se a uma visão reducionista e fragmentada dos indivíduos.

Diante do exposto considera-se não só a relevância da visita domiciliar, mas também o quanto é importante que ela ocorra de forma adaptada às necessidades da população, proporcionando um instrumento de tecnologia de interação potencialmente capaz de contribuir, no âmbito de ESF, para uma nova proposta de atendimento integral e humanizado.

Neste sentido, esta intervenção, realizada de forma simples e arrojada, proporciona a população adscrita à ESF Santa Rita na cidade de Conceição das Alagoas em Minas Gerais, uma atenção associada aos princípios e às diretrizes do SUS com a perspectiva de beneficiar os usuários com o agendamento de 80% das visitas domiciliares e das consultas de saúde, privilegiando, assim, a análise das dimensões de humanização e de integralidade do cuidado.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação do agendamento de consultas e de visitas domiciliares na ESF Santa Rita, localizada na área rural do Município de Conceição das Alagoas–MG, obteve proporções inimagináveis anteriormente. Mesmo se tratando de uma alteração simples na forma de absorção dos anseios sociais e na abordagem com a população conseguiu-se êxito no alcance de seus objetivos.

O atendimento à população de abrangência da ESF Santa Rita tornou-se otimizado garantindo integralidade nesta atenção, tendo em vista que, com a marcação de consultas e de visitas, os profissionais conseguem se preparar para oferecer uma assistência de acordo com as necessidades do sujeito e sua família.

A organização da agenda de consultas e de visitas domiciliares ocorre com 80% de seu total para atendimentos marcados e 20% para livre demanda garantindo, assim, o acesso universal e equânime ao serviço de saúde.

O novo modelo de trabalho permite fortalecer os vínculos da equipe com a comunidade, não só por meio das visitas domiciliares mais eficazes e com maior frequência, mas, também, por exigir uma avaliação semanal da abrangência das marcações por parte da gestão da unidade e oferece dados para planejamento de cobertura de regiões cujos habitantes encontram-se afastadas da Unidade de Saúde.

Outro ponto a ser evidenciado é que uma importante consequência e desdobramento desta intervenção, é ampliar a compreensão do processo saúde-doença com a incorporação do conhecimento sobre a dinâmica das famílias atendidas, o que trouxe um bom alicerce para a implementação de um grupo mais eficaz de HiperDia na Unidade, tendo em vista que os profissionais conseguem se organizar para fazer as visitas domiciliares e suas consultas.

Evidencia-se, portanto, o alcance dos objetivos com resultados que vieram ao encontro das expectativas iniciais. Nesta perspectiva, a ideia de que o cuidado social decorrente da Estratégia Saúde da Família engloba e perpassa modalidades de atenção que visualizam características fundamentais para a garantia da integralidade, da intersubjetividade inerente à humanização e ao cuidado centrado no usuário e sua família, foi um grande aprendizado neste processo de implementação desta intervenção.

Como profissionais integrantes de uma equipe focada na efetivação dos princípios do SUS, entendemos que reverter o modelo de assistência ainda hegemônico implica buscar uma assistência integral, equânime e que garanta a qualidade de vida e a autonomia dos sujeitos do processo.

Implica, também, em assumir o cuidado domiciliar como uma interface de diálogo entre profissionais de saúde, o indivíduo sob cuidado e sua família, modelo no qual há que se valorizar a subjetividade com criação de vínculo e co-responsabilização dos sujeitos, bem como a ativação de redes sociais voltadas à produção do cuidado em saúde, nos vários contextos.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A. B. B; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1103-1112, maio, 2009.
- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação Saúde e Educação**. Porto Alegre, v.9, p. 39-52, 2005.
- BOBBIO, N. **O futuro da democracia** – uma defesa das regras do jogo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O Programa Saúde da Família e a atenção básica no Brasil**: saúde mais perto de 50 milhões de brasileiros. Brasília: SESPA, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à descentralização. **Regionalização solidária e cooperativa**: orientações para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde). v. 3, p 48, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz Conceitual do HiperDia**. Departamento de Atenção Básica. 2013. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>>. Acesso em: 17 nov. 2013
- BRAVO, M. I. S. **Políticas de Saúde no Brasil**. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional (FNEPAS). 2001. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf> Acesso em: 20 nov. 2013.
- CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil**. O longo Caminho. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.
- FERREIRA, J. B. B. **Avaliação do complexo regulador do sistema público municipal de serviços de saúde**. 2007. Tese de doutorado – Escola de Enfermagem da USP Ribeirão Preto: 2007.
- FEUERWERKER, L. C. M, SENA, R. **A construção de novos modelos acadêmicos de atenção à saúde e de participação social**. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Textos**. VER-SUS/ Brasil. Brasília: MS; p.195-237.2004. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>>. Acesso em: 17 nov. 2013.
- GALEAZZI, I. Precarização do Trabalho. In: CATTANI, A.D.(org.). **Dicionário crítico do trabalho e tecnologia**. Porto Alegre: Vozes, 2002, p. 242-247.
- GALVÃO, C. M. Níveis de evidência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 67-75, jun. 2006.
- GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; MENDES, I. A. C. A busca das melhores evidências. **Revista da Escola de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 37, n. 4, p. 43-50, 2003.

GONZALO, E. **Las democracias**. Madrid: Tecnos, 1995.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data referência em 1º de julho de 2012** (PDF). Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=317020&search=minas-gerais>>. Acesso em: 31 nov. 2013.

LACERDA, R. A. et al. Práticas baseadas em evidências publicadas no Brasil: identificação e análise de suas vertentes e abordagens metodológicas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. v. 45, n. 3, p. 777-786. 2011.

LUCCHESI, Patrícia T. R. et al. (Orgs.). **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 20, p. 1411- 1416. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>>. Acesso em: 31 nov. 2013.

MENDES, K. D. S. **Transplante de fígado: evidências para o cuidado de enfermagem**. 2006. 202 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto, 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios**. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/story/5141-25-anos-do-sistema-unico-de-saude-resultados-e-desafios>>. Acesso em: 17 nov. 2013.

NASCIMENTO, A. A. M. et al.. Regulação em Saúde: Aplicabilidade para Concretização do Pacto de Gestão do SUS. Curitiba. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba. v.14, n.2, p. 346-352. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. UNICEF. Primary Health Care. Geneva: WHO; 1979. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2013.

PEDROLO, E. et al. A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do Enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba. v. 14, n. 4, p. 760 – 769. 2009.

PINHEIRO, R. Democracia e saúde: sociedade civil, cidadania e cultura política. **Physis**. Rio de Janeiro, 2004; 14 (1):11-14. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a02.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2013.

SAKATA, K.N. et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.6, p. 659-664. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n6/07.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2013.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C.; A estratégia PICO para a construção da pergunta e busca de evidências. **Revista Latino-Americana em Enfermagem**. v.15, n.3, maio/jun 2007. Disponível em:<www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 21 nov.2013

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso brasileiro sobre diabetes: diagnóstico e classificação de diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2.** São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **XIII Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial.** São Paulo: Sociedade Brasileira de Hipertensão; 2011.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2004.

STETLER, C. B. et al. Utilization-Focused Integrative Reviews in a Nursing Service. **Applied Nursing.** v.11, n. 4, p. 195-206. 1998.

TAKAHASHI, R. F., OLIVEIRA, M. A. C. **A visita domiciliária no contexto da saúde da família.** São Paulo – SP, Abril de 2009. Disponível em <http://ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema1/texto8_1.asp>. Acesso em: 15 jan. 2014.