

Visita domiciliar sob a percepção dos usuários da estratégia saúde da família

Home visits under the users' perception of the family health strategy

Débora C. M. Barbosa¹, Augustus T. R. Mattos², Márcio H. Corrêa³, Mônica Faria³, Luciana C. Ribeiro², Luciane L. Santos², Janise B. B. Ferreira², Aldaísa C. Forster⁴

RESUMO

Modelo do estudo: Pesquisa exploratória e descritiva de cunho quantitativo. **Objetivo:** Caracterizar a visita domiciliar realizada pelos agentes comunitários de saúde por meio da percepção dos usuários. **Metodologia:** Foi realizado um estudo com 364 usuários cadastrados em quatro Unidades de Saúde da Família de um município de pequeno porte, no período de julho e agosto de 2009. Os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado aplicado no domicílio das famílias cadastradas. **Resultados:** Dos 364 entrevistados, metade relatou receber VD mensalmente e que o tempo de duração foi de aproximadamente, cinco minutos, não interferindo no cotidiano de 91% dos usuários entrevistados. A maioria (77,2%) afirmou que a VD atende parcialmente suas necessidades e apenas um terço das visitas foram realizadas dentro do domicílio. Entretanto 75% dos usuários consideraram como bom e ótimo o desempenho dos agentes comunitários. **Conclusões:** A maioria dos usuários referiu estar parcialmente satisfeita com a VD. Assim, observou-se indicadores satisfatórios referentes à frequência, atendimento das necessidades, desempenho e postura dos ACS na VD. No entanto, a sua duração, o local de realização e os temas abordados foram aspectos considerados menos satisfatórios, justificando um maior investimento nesta ação de saúde para que o seu potencial seja totalmente aproveitado pela ESF.

Palavras-chaves: Visita Domiciliar. Agentes Comunitários de Saúde. Estratégia Saúde da Família. Cidades Pequenas. Saúde da População Rural.

ABSTRACT

Study design: Exploratory, descriptive and quantitative study. **Objective:** To characterize the home visit performed by community health workers through the perception of users. **Methodology:** a study with 364 registered users in four Health Units of a small municipality Family conducted between July and August 2009. Data were collected using a structured questionnaire administered in the home of the registered families. **Results:** Of the 364 respondents, half reported receiving home visit monthly, and the duration was approximately five minutes, not interfering in the daily 91% of respondents users. Most (77.2%) said the home visit partially meets their needs and only a third of visits made within the household. However, 75% of the users considered as good or excellent performance of community workers. **Conclusions:** Most users reported being partially satisfied with the home visit. Thus, there

1. Pós Graduada (doutorado) do Programa de Saúde da Criança e do Adolescente, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/ Universidade de São Paulo (FMRP/USP).
2. Docente. Departamento de Medicina Social, FMRP/USP.
3. Enfermeiro. Faculdade de Ciências e Tecnologias de Campos Gerais.
4. Professora Associada. Departamento de Medicina Social, FMRP/USP

Correspondência
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Medicina Social.
Av dos Bandeirantes, 3900, Monte Alegre
CEP: 14049.900 - Ribeirão Preto/SP – Brasil.

Recebido em 31/03/2015
Aprovado em 15/12/2015

was satisfactory indicators relating to frequency, service needs, performance and position of agents in the home visit. However, its duration, localization and the topics discussed were aspects considered less satisfactory, justifying greater investment in this health action so that the Family Health Strategy fully taps their potential.

Key words: Home Visit. Community Health Workers. Family Health Strategy Family Health Strategy. Small Cities. Rural health.

Introdução

No Sistema Único de Saúde (SUS) a Atenção Primária à Saúde (APS) com equipes multiprofissionais tem sido o pilar para o desenvolvimento de uma forma de pensar e praticar saúde distinta do modelo tradicional. O Brasil, desde 1994, adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como opção preferencial de reorganização da atenção à saúde, tendo como desafio a transformação do modelo assistencial, na lógica dos princípios e diretrizes inovadores do SUS. Destaca-se a proposta conceitual e metodológica da vigilância da saúde, que prevê o desenvolvimento de ações de saúde a partir da articulação entre a epidemiologia, o planejamento e a organização dos serviços.^{1,2}

A vigilância propõe a prática intersetorial enfatizando a reorganização da APS por meio de uma oferta programada e ampla de ações assistenciais, de promoção e de prevenção, a partir do território adscrito às equipes de saúde da família e a participação da comunidade na gestão do sistema de saúde pelo exercício do controle social.²

A ESF na ótica da vigilância da saúde preconiza a realização de ações orientadas pelas necessidades da comunidade e dentre as quais se encontra a visita domiciliar (VD). A VD, recurso antigo do arsenal da saúde, pode ser reconhecida nos dias atuais como uma ferramenta diferenciada e viabilizadora dos princípios da ESF, tais como a criação de vínculos com o usuário e sua família, o conhecimento do território-domicílio e a longitudinalidade características presentes no conceito da integralidade da atenção. No âmbito da ESF a VD é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em determinadas áreas que atuam com ações de prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, promoção à saúde e na manutenção da saúde desta comunidade.³

Na equipe, o agente comunitário de saúde (ACS) é o trabalhador que possui maior vivência com a comunidade, que pode facilitar o trânsito da equipe, as parcerias e articulações locais. A mediação do ACS pode ser facilitadora do acesso da população, melhorando a compreensão da organização dos serviços por parte dos usuários, assim como a identificação das necessidades de saúde e as pactuações entre o serviço e a comunidade. Ademais permite a interação entre o conhecimento popular e o tecnocientífico.⁴ Por todas estas peculiaridades do processo de trabalho do ACS pode-se afirmar que no desenvolvimento da VD pela ESF a contribuição desse trabalhador se traduz em fator diferencial.

Além disto, o fato de o ACS visitar os moradores da comunidade em seus domicílios e ouvir relatos ou atuar sobre fatos que, muitas vezes, não são específicos à área da saúde estende seu papel de mediação a distintas esferas de organização da vida social.⁴ Essa característica da VD traz à discussão a importância da abordagem dos determinantes sociais da saúde, que devem nortear tanto a atenção individual, como familiar e comunitária, com corresponsabilização de todos.⁵

A VD na ESF deve ser executada de forma multidisciplinar, mas apresenta uma maior constância e regularidade pelos ACS, que no cotidiano de sua prática realizam o cadastramento familiar buscando conhecer as condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade, identificando características sociais e epidemiológicas, necessidades de saúde, situações de vulnerabilidade e risco de agravos à saúde.

Dessa forma, o ACS por meio da VD, além de prestar os cuidados no domicílio, busca orientar, prevenir agravos, e acompanhar os cuidados delegados à família possibilitando uma ampla visão das condições reais de vida e das interações no ambiente familiar e social. O conhecimento da rotina das famílias, sua cultura, seus costumes, hábitos e cren-

ças proporcionam uma vivência enriquecedora tanto para o ACS, quanto para as famílias visitas.⁶

Essa dimensão da VD facilita o planejamento da assistência por permitir o reconhecimento dos recursos que a família dispõe, com melhora do vínculo entre o usuário e o profissional e, por isso, pode ser interpretada como uma ação diferenciada do serviço de saúde.⁷

Deste modo, o papel do ACS é desenvolvido no interior das relações entre objeto de intervenção (famílias), instrumentos (conhecimento) e atividades (VD).

O objetivo do estudo foi caracterizar a VD, realizada pelos ACS, por meio da percepção dos usuários da ESF, em um município de pequeno porte da região sudeste do Brasil, reconhecendo-a como uma relação dialógica entre sujeitos, sendo essencial considerar a visão do usuário, objeto desta ação de saúde.

Material e Métodos

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva de cunho quantitativo realizada no período de julho e agosto do ano de 2009, em quatro (4) Unidades de Saúde da Família (USF) de Campos Gerais, na região sudeste do Brasil. Campos Gerais é um município de pequeno porte, localizado no sul do estado de Minas Gerais que tem como sua principal atividade econômica e fonte geradora de rendas a agricultura. No momento do estudo, possuía uma população aproximada de 27.600 habitantes, sendo 51% de homens e 49% de mulheres, com um terço da população residindo na área rural.⁸

O município faz parte da Regional de Saúde de Alfenas e, no período estudado, sua Rede de Atenção à Saúde era formada por um hospital de pequeno porte e uma policlínica com atendimento de especialidades como: pediatria, ginecologia, cardiologia, entre outras e um Pronto Atendimento (PA). Possuía cinco equipes da ESF distribuídas na zona urbana, sendo uma delas situada em um distrito do município. Entretanto não dispunha da ESF na zona rural.

A pesquisa foi realizada nas quatro Equipes da ESF distribuídas dentro da área urbana de Campos Gerais. As equipes da ESF estavam completas e eram constituídas por um médico generalista, um pediatra, um ginecologista e obstetra, um enfermei-

ro, um técnico em enfermagem e seis ACS, com exceção de uma equipe que possuía apenas quatro ACS.

Dentre as 3635 famílias cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) das quatro equipes da ESF do município foram sorteadas 364 (10%) famílias por amostragem aleatória simples.

Um representante de cada família sorteada foi entrevistado em sua residência, aplicando-se um questionário estruturado composto por 11 questões fechadas relacionadas à VD que abordaram a periodicidade, tempo de duração, local da realização da VD, atendimento das necessidades da VD, os temas da VD, a interferência no cotidiano, o período preferido para receber a VD, percepção do usuário sobre o desempenho e postura do ACS durante a VD e satisfação do usuário com a VD.

A estatística descritiva (frequência absoluta e relativa) foi empregada para análise dos dados que foram cotejados com o referencial teórico da visita domiciliar no contexto da ESF.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade José do Rosário Vellano – Unifenas/ MG (Parecer 114/2009) e todos os participantes que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Dos 364 entrevistados 85% eram do sexo feminino e 15% masculino. Os resultados apontaram que 90% dos entrevistados gostariam que o ACS visitasse a sua residência com maior frequência. Dentre os respondentes, 50,5% apontaram a periodicidade mensal das VD com a mais frequente e em 50,3% dos casos a duração de 5 minutos foi a mais relatada. A maioria das VD ocorreram no portão dos domicílios (63,%). Para 77,2% dos entrevistados as VD atenderam parcialmente as suas necessidades. A maior parte dos temas abordados durante a VD (89%) relacionaram à doenças ou ao estado de saúde dos usuários. Dentre os respondentes 91% afirmaram que a VD não interferiu nas atividades diárias e 69% que preferiam a VD no período matutino. O desempenho dos ACS durante a VD foi classificado como bom por 61% dos participantes. O detalhamento dos resultados estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1: Aspectos da visita domiciliar segundo a percepção dos usuários da ESF, Campos Gerais, MG, 2009.

Aspectos da Visita Domiciliar	N	%
Periodicidade da VD		
Semanal	31	8,5
Quinzenal	41	11,3
Mensal	184	50,5
Superior a um mês	108	29,7
Tempo de duração da VD		
5 minutos	183	50,3
10 minutos	115	31,6
15 minutos	54	14,8
20 ou mais minutos	12	3,3
Local de realização da VD		
Portão	229	63
Interior do domicílio	106	29
Próximo ao domicílio	29	8
Atendimento das necessidades durante a VD		
Atendeu completamente as expectativas	55	15,1
Atendeu parcialmente	281	77,2
Não atendeu	28	7,7
Temas abordados		
Doenças ou estado de saúde dos usuários	324	89
Agendamentos de consultas médicas	29	8
Prevenção de doenças	11	3
Interferência no cotidiano		
Sim	15	4
Não	331	91
Parcialmente	18	5
Período preferido para receber a VD		
Matutino	251	69
Vespertino	113	31
Desempenho do ACS durante a VD		
Ótimo	51	14
Bom	222	61
Regular	62	17
Ruim	29	8
Percepção do usuário sobre expressão do ACS		
Alegre	288	79
Séria	69	19
Mal humorada	7	2
Satisfação com a VD		
Satisfeito	105	28,8
Satisfeito parcialmente	229	62,9
Insatisfeito	30	8,3

Discussão

A ESF é um modelo de atenção que prioriza mudanças na APS, na medida em que favorece o acesso das pessoas ao sistema de saúde. Tem como característica a participação efetiva da população, que é vista como parceira, colaboradora e responsável pelas ações de saúde junto aos serviços no âmbito individual e coletivo. A equipe é composta por profissionais que utilizam diferentes tecnologias para garantir a melhor abordagem a cada situação de saúde.⁹ Entre essas abordagens destacam-se as consultas clínicas, os grupos operativos interdisciplinares, as VD dos distintos trabalhadores da saúde, em particular dos agentes comunitários de saúde.

O agente comunitário tem um papel articulador fundamental, visto ser um interlocutor entre a comunidade e a equipe de saúde em questões assistenciais e gerenciais, além de favorecer o atendimento as pessoas que possuem alguma limitação. Segundo o Ministério da Saúde (MS) a VD deve ser mensal, observando-se uma escala de risco de prioridades.³

No presente estudo 50,5% dos entrevistados afirmaram que a VD ocorre mensalmente e cerca de 20% com uma frequência maior (semanal e quinzenal), resultado semelhante aos achados de Oliveira et al.¹⁰ Por sua vez, Albuquerque e Bosi¹¹ ao estudarem a percepção dos usuários em relação à dimensão "característica da visita" no que diz respeito à periodicidade as autoras encontraram, nas falas dos entrevistados, resultados diferentes que apontaram a contradição na demora de sua ocorrência, apesar de a VD ser uma ação programada.

No caso deste estudo, o cumprimento da meta recomendada pelo MS pode indicar que uma frequência maior de VD tenha sido necessária para atender as necessidades da comunidade em função da escala de risco. Ademais, pode possibilitar a detecção precoce de problemas de diversas naturezas, o planejamento de intervenções e o fortalecimento do vínculo entre ACS e as famílias. Entretanto, algumas famílias requerem mais atenção, gerando mais VD, o que pode comprometer o alcance da meta preconizada pelo MS dentro do território¹². Nesse sentido, compreende-se que o parâmetro é importante para organização do processo de trabalho, mas não pode suplantar a avaliação da necessidade.

Um terço dos entrevistados afirmou receber a VD em período superior a um mês. É importante

considerar que a diversidade de atividades e rotinas impostas aos ACS, pode comprometer o desenvolvimento da VD.^{12,13} Outros pesquisadores ratificam esta situação, identificando que atividades não inerentes a função do ACS, tais como práticas administrativas como cadastramento do cartão SUS, Programa Segurança Alimentar, Bolsa Escola, são incorporadas ao seu trabalho influenciando no desempenho das visitas domiciliares.¹⁰

O tempo de duração das visitas realizadas pelos ACS em 50,3% dos relatos foi de até cinco minutos. Nos achados de Albuquerque e Bosi¹¹ a VD foi considerada de curta duração. Embora não haja um tempo padronizado para a VD "é preciso considerar que uma visita curta tem poucas chances de revelar de modo significativo tal realidade" sendo assim, é necessário que se "reserve à visita que irá realizar um tempo compatível com a visão que irá orientá-la"¹⁴. Esse dado chama atenção, tendo em vista que a ação de visitação é um ato que se utiliza do domicílio como "espaço pedagógico em que a prática é o objeto das ações e onde muitas situações falam por si, permitindo [...] um aprendizado e uma compreensão absolutamente reais [...]".¹⁵

Em relação ao local de realização das VD, 63% foram realizadas no portão e 29% no interior do domicílio. O tempo insuficiente e local inadequado dificultam o bom aproveitamento das VD, destacando-se o ambiente como fator relevante para o bom desenvolvimento da comunicação.^{3,16}

Os autores Lopes et al.¹⁷ ressaltam a importância da observação e descrição do espaço físico durante o registro da VD, pois eles transmitem significados, mensagens e emoções muitas vezes veiculadas. Deve-se então procurar proporcionar um ambiente desse modo no ato das visitas domiciliares para que se possa conseguir alcançar os seus objetivos traçados anteriormente.

Outros aspectos a serem ponderados para o bom desenvolvimento dessa atividade é a aceitação da população e disponibilidade de tempo para a mesma, abordagem coerente com as necessidades da população. Na percepção do usuário em apenas 15,1% a sua necessidade foi completamente atendida pela VD do ACS. Em que pese a VD ser a principal atividade do ACS, muitas das necessidades apresentadas pelos usuários podem transcender os limites da sua competência.

O ACS precisa ter um leque de informações que o instrumentalize para o atendimento oportuno

no das necessidades das pessoas considerando diferentes contextos.¹⁸ Necessita estar atento para a realidade social buscando identificar características específicas que possam nortear sua ação, estabelecendo prioridades no processo do cuidado. Gonçalves¹⁹ observa em seu estudo que para a população o "ACS tem um papel fundamental de ajuda, de socorro onde há dificuldade de apoio por outros serviços públicos, pois se faz presente em situações difíceis, o que, conseqüentemente, estreita os laços entre a família e a equipe."

Segundo Albuquerque e Bosi¹¹ o desenvolvimento da VD na ESF implica em novas atitudes dos trabalhadores que devem buscar a sintonia com a o atendimento das demandas e das expectativas dos usuários como um resultado da produção em saúde.

Existe uma grande variedade de assuntos a serem trabalhados na VD, entretanto, percebe-se que o foco das discussões foi limitado à temas relacionados ao estado de saúde e de doenças dos usuários (89%) e agendamento de consultas (8%), comprometendo o espaço para fortalecimento do vínculo, prevenção de agravos, promoção da saúde, orientações às necessidades individuais e coletivas e alimentação dos sistemas de informações. Esses dados corroboram os achados de França et al.²⁰ que encontraram no discurso de profissionais da ESF de um município paulista, os objetivos da VD direcionados para controle e monitoramento de problemas de saúde.

Segundo 91% dos entrevistados a VD não interfere no seu cotidiano sendo o período matutino o preferido para receber a VD pelos ACS (69%). Estudos, como de Kebian e Acioli¹² mostraram que há uma maior preferência, pelos ACS e enfermeiros, em realizar a VD, após às 9 horas da manhã, pois muitas pessoas acordam nesse horário. Em contrapartida, Ferraz e Aertz²¹ encontraram em um estudo realizado em Porto Alegre, uma preferência pelos ACS para a realização da VD no período vespertino, pois muitas vezes as donas de casa, não podem recebê-los pela manhã, em virtude dos afazeres domésticos.

O desempenho do ACS durante a VD foi considerado bom por 61% dos entrevistados e 25% como regular e ruim. Alguns desencontros entre o ACS e o usuário, durante a VD, podem surgir e estar relacionados aos limitados horários disponíveis para a realização das visitas, a falta de planejamento, ou, ao planejamento que desconsidera as

preferências e prioridades dos usuários e sua família, além das características econômicas e socioculturais do indivíduo.²²

A percepção dos usuários entrevistados em relação à postura do ACS no momento da VD foi que 79% apresentaram uma expressão alegre, 19% séria e apenas 2% mal humorada. Espera-se que o ACS tenha uma postura respeitosa e ética aproximando-se dos usuários e desses com o serviço de saúde. A expressão, postura/atitude do ACS facilitam o estabelecimento de vínculo com as famílias e a qualidade da atenção prestada. Segundo Pessini²³ é possível que se desenvolva uma relação de confiança pautada, sobretudo, na presença solidária do profissional, com postura acolhedora, empática e compreensiva.

Em relação a satisfação com a VD, 62,9% dos entrevistados afirmaram estar parcialmente satisfeitos, enquanto que cerca de um terço encontraram-se satisfeitos. A VD, entendida como método, técnica e instrumento constitui-se como um momento rico, no qual se estabelece o movimento das relações, ou seja, a escuta qualificada, o vínculo e o acolhimento, devendo favorecer que os grupos familiares ou comunidades tenham melhores condições de se tornarem mais autônomos na sua própria produção de saúde, respeitando o seu cotidiano, suas vivências e sua visão de mundo.^{24,25} Vale reforçar que a pesquisa foi realizada há 6 anos e que outros estudos sobre o tema poderão contribuir com novas evidências relacionadas ao aperfeiçoamento da execução desta ação de saúde na ESF.

Considerações finais

Não se pode negar a magnitude da VD quando se considera a enorme capilaridade da ESF e os seus expressivos resultados, no cenário da saúde pública do país. A VD pode contribuir de forma decisiva para uma melhor coordenação das ações, permitindo que os trabalhadores de saúde atuem como gestores do cuidado dispensado à sua população, favorecendo a participação ativa na tomada de decisões sobre as intervenções programadas no território.⁵

O estudo reforçou o potencial da VD na ótica dos usuários com indicadores satisfatórios referentes à frequência, satisfação, atendimento das necessidades, desempenho e postura dos ACS. De outro modo, o estudo suscitou questionamentos que merecem melhor investigação em relação ao tem-

po, local e aos temas abordados durante a VD, no sentido da compreensão da complexidade implícita em sua execução.

Como limitações do estudo aponta-se a não realização de testes de associações entre as variáveis, o que possibilitaria maiores reflexões acerca da qualificação do desenvolvimento desta ação de saúde e o período de coleta de dados, pois neste intervalo temporal a VD pode ter sido aperfeiçoada e seus resultados alterados, o que poderá ser comprovado por novos estudos.

No entanto, diante das potencialidades e fragilidades encontradas no desenvolvimento da VD reveladas pelo estudo, acredita-se que a educação permanente se apresente como um recurso capaz de auxiliar a equipe de saúde no entendimento do modo de fazer e de interpretar os resultados de suas práticas, pois se constitui em espaço pedagógico permitindo às equipes um aprendizado conectado à realidade do território.

Referências

- Costa GD, Minar R, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62:113-18.
- Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AI. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. Informe epidemiológico do SUS 1998;7(2):7-28. [Cited 2009 Mai 10]. Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S0104-16731998000200002&script=sci_arttext.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em saúde)
- Bornstein VJ, Stotz EN. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencedora e a transformadora. *Trab Educ Saúde.* 2008;6:457-80.
- Martín-Zurro A, Jodá-Solar G. Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes. In: Martín-Zurro A, Jodá-Solar G. Atención Primaria. España: Editora Elsevier, 2011. p. 3-16.
- Drulla AG, Alexandre AMC, Rubel FI, Mazza VA. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. *Cogitare enferm.* 2009;14:667-74.
- Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública.* 2001;35:103-9.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades@:Campos Gerais. Rio de Janeiro, 2010. [Cited 2014 Dez 18]. Available from: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=311160&search=minas-gerais|campos-gerais|infograficos:-informacoes-completas>.
- Mehry EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, Malta DC, Reis AT(org). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público. São Paulo: Editora Xamã, 1998. p. 387.
- Oliveira RG, Nachif MCA, Matheus MLF. O trabalho do agente comunitário de saúde na percepção da comunidade de Anastácio, Estado de Mato Grosso do Sul. *Acta sci., Health sci.* 2003;25:95-101.
- Albuquerque ABB, Bosi MLM. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009;25:1103-12.
- Kebian LVA, Acioli S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]* 2014;16(1):161-169. [Cited 2015 Jan 12]. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v16/n1/pdf/v16n1a19.pdf>.
- Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. *Rev Bras Enferm.* 2007;60:659-64.
- Amaro S. Visita Domiciliar: guia para uma abordagem complexa. Porto Alegre: Editora AGE. 2003. p. 64.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, 2004. p. 16. . [Cited 2014 Set 15]. Available from: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf.
- Candido MCF, Pedrão LJ. Visita domiciliar ao portador de transtorno de humor: relato de experiência. *Paidéia (Ribeirão Preto).* 2005;15:141-5.
- Lopes WO, Saube R, Massaroli A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Ciênc Cuid Saúde.* 2008;7:241-7.
- Cunha MS, Sá MC. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. *Interface (Botucatu) [Internet]*. 2013 Mar [cited 2015 Nov 12]; 17(44): 61-73. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013000100006>.
- Gonçalves AMC. Um olhar sobre o trabalho do agente comunitário de saúde. *Rev APS.* 2003;6:47.
- França SP, Pessoto UC; Gomes JO. Capacitação no Programa Saúde da Família: divergências sobre o conceito de visita domiciliar nas equipes de Presidente Epitácio, São Paulo. *Trab Educ Saúde.* 2006;4:93-108.
- Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005;10:347-55.
- Cardozo Gonzáles RI, Monroe AA, Arcêncio RA, Oliveira MF, Ruffino Netto A, Villa TCS. Indicadores de desempenho do DOT no domicílio para o controle da tuberculose em município de grande porte, SP, Brasil. *Rev Latinoam Enferm.* 2008;16:95-100.
- Pessini L. Humanização da dor e sofrimento humano no contexto hospitalar. *Rev Bioét.* 2002;10:51-72.
- Levy FM, Matos PES, Tomita NE. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cad Saúde Pública.* 2004;20:197-203.
- Romanholi RMZ, Cyrino EG. A visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer. *Interface (Botucatu) [Internet]*. 2012 Sep [cited 2015 Nov 12];16(42): 693-705. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000300009&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012000300009>.