

**FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**LAISA MOREIRA SANTOS**

**O CUIDADO EM SAÚDE NO ÂMBITO DA VISITA DOMICILIAR: UM RELATO DE  
EXPERIÊNCIA**

CAMAÇARI  
2017

**LAISA MOREIRA SANTOS**

**O CUIDADO EM SAÚDE NO ÂMBITO DA VISITA  
DOMICILIAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão apresentado à  
Residência Multiprofissional em saúde da  
Família da FESF-SUS/FIOCRUZ como  
requisito para obtenção de título de  
Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Lana Mercia Santiago de  
Souza

CAMAÇARI  
2017

**LAISA MOREIRA SANTOS**

**O CUIDADO EM SAÚDE NO ÂMBITO DA VISITA DOMICILIAR: UM  
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**Trabalho de conclusão de Residência apresentado à Fundação Estatal Saúde da Família e a Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção de título de especialista em Saúde da Família na modalidade Residência.**

**Aprovado em \_\_\_\_ de fevereiro de 2017.**

---

Lana Mercia Santiago de Souza – Orientadora

---

Avaliador 1

---

Avaliador 2

SANTOS, L. M. O cuidado em saúde no âmbito da visita domiciliar: um relato de experiência, 16f, 2017. Trabalho de Conclusão da Residência – Fundação Estatal Saúde da Família/Fundação Oswaldo Cruz, 2017.

## RESUMO

**Introdução:** A Visita Domiciliar constitui-se como elemento importante para o conhecimento das condições de vida e saúde do indivíduo e família, permitindo identificar suas demandas e potencialidades, sendo um facilitador no processo do cuidado. Vale ressaltar a importância de uma equipe multiprofissional neste cenário, ao permitir uma visão ampliada do processo saúde e doença, na tomada de decisões e nas ações prestadas no domicílio contribuindo para integralidade do cuidado prestado. **Objetivo:** Relatar a experiência de visitas domiciliares na Estratégia de Saúde da Família enquanto potencial gerador de cuidado em saúde, destacar fatores que promovem e retraem este espaço de construção do cuidado, com destaque a atuação por meio de equipe multiprofissional. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de uma residente de enfermagem, integrante da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, sobre a vivência em Visitas Domiciliares realizadas com a presença dos profissionais da equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), e com a equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família, no município de Camaçari/BA, 2015. **Discussão\Reflexão:** Verificou-se que as ações inicialmente desenvolvidas pela equipe no espaço da Visita Domiciliar predominavam o caráter curativista, orientados pela queixa-conduta, médico centradas e voltadas essencialmente a doença. Tais práticas permeavam o processo de trabalho. Contudo, com a inserção do NASF, reflexões e questionamentos foram levantados, e a condução para uma nova abordagem pautadas na humanização, na promoção e cuidado em saúde foram despertadas, também no processo de trabalho na enfermagem, intrinsecamente orientado ao cuidado do ser humano. **Considerações finais:** O espaço da visita domiciliar contribuiu para evidenciar o trabalho desenvolvido em uma equipe multiprofissional, e serviu de subsídio para o rompimento de práticas tradicionais e médico centradas, além de contribuir para a construção de uma prática profissional mais reflexiva e pautada na promoção e no cuidado em saúde.

Descritores: Visita Domiciliar; Saúde da Família; Profissionais; Cuidado.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	5
METODOLOGIA.....	7
CONTEXTUALIZANDO A EXPERÊNCIA.....	9
DISCUSSÃO E REFLEXÃO.....	12
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	14
REFERÊNCIA.....	15

## INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu em 1994, como proposta de um novo modelo de assistência descentralizada voltada para a saúde da família, em substituição ao modelo vigente, centrado na cura de doenças. Com intuito de fortalecimento da Atenção Básica (AB), o PSF visa reorganização dos serviços e reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência, instituindo um novo modo de trabalhar a saúde (BRASIL, 2000).

O PSF depois reorganizado como Estratégia de Saúde da Família (ESF), fundamenta-se nas diretrizes e princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), universalidade, equidade, integralidade, regionalização, participação social e descentralização e tem como pilares de sustentação: a família, o território e a responsabilização (USP, 2000).

Com o objetivo de prestar uma assistência de qualidade aos seus usuários e dentro dos preceitos que regem o SUS e a AB, a ESF é proposta como porta de entrada preferencial na Rede de Atenção à Saúde desenvolvida com o mais alto grau de capilaridade. Preconiza conhecer a realidade das famílias adstritas no território e orienta para o fortalecimento de vínculo com os seus usuários (BRASIL, 1997).

Nesse contexto, uma das atividades intrínsecas da ESF é a Visita Domiciliar (VD), que se constitui em um elemento importante para o conhecimento das condições de vida e saúde do indivíduo e família, identificando suas demandas e potencialidades, sendo um facilitador no processo do cuidado (CUNHA & GAMA, 2012).

O cuidado é entendido como lugar de produção de ações em saúde prestadas com zelo e responsabilidade, com o objetivo de diminuir ou sanar uma determinada condição de saúde ou mesmo na produção de bem-estar do indivíduo e família, qualificando o modo de se levar a vida (MERHY, 2002).

Além disso, a VD, se configura pela indissociação de práticas assistenciais com as ações de promoção de saúde, e se constitui em atribuição comum a todos os profissionais da equipe de saúde da família, no seu território de abrangência, incluindo também o Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF, que através de apoio assistencial e técnico-pedagógico, contribui para a construção de redes de

atenção e cuidado, qualificando o atendimento domiciliar por meio da ampliação dos saberes.

No que concerne a enfermagem, essa é considerada como uma profissão que associa ciência e arte no cuidado do ser humano, do indivíduo, família e comunidade, objetivando a prevenção, promoção e reabilitação da saúde (MANTOVANI, 2008). Nesta feita a VD é um instrumento importante na prática da enfermagem na Saúde Coletiva, pois propicia uma visão abrangente e contextualizada dos usuários assistidos na Estratégia de Saúde da Família (FARAH, 2013).

Contudo, há uma série de elementos que tem dificultado a implementação da ESF em seu formato proposto. Entre estes fatores estão à superação do modelo de atenção biomédico, ainda dominante nas práticas mesmo na atenção básica à saúde, além de questões políticas, sociais e econômicas que permeia relações cercadas de interesses e que prejudicam o modo de produção de saúde (FARAH, 2013).

Do mesmo modo, a atenção em saúde seja nas unidades ou no domicílio, pode assumir uma ação prescritiva, curativa, de pouca interação com o usuário, tornando uma assistência fragmentada e mecanicista que por vezes distancia a relação entre profissional-usuário, que também se reproduz no ambiente domiciliar. Para Kebian e Acioli (2011) as práticas em saúde se tornam preocupantes quando produzidas fora de um contexto e distante da necessidade do usuário e sem produção de significado.

Considerando tais elementos, despertou o interesse em desenvolver esse trabalho, que partiu das distintas afetações enquanto residente no espaço da Visita Domiciliar relatando os sentimentos vividos, as reflexões geradas e a construção do conhecimento, vivenciados enquanto integrante na residência multiprofissional em Saúde da Família no município de Camaçari/BA.

O objetivo deste texto é relatar a experiência de visitas domiciliares enquanto potencial gerador de cuidado em saúde e destacar fatores que promovem e retraem as práticas neste espaço de atenção, com destaque a atuação por meio de equipe multiprofissional.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência de uma residente de enfermagem, integrante da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, sobre a vivência em Visitas Domiciliares realizadas com a presença dos profissionais da equipe do NASF, e com a Equipe Mínima, que ocorreram no primeiro ano de Residência, no território do município de Camaçari/BA, no ano de 2015.

Considerada a quarta cidade mais populosa do estado com uma população estimada em 292.074 habitantes em 2016, segundo dados do IBGE, e segunda mais populosa cidade da região metropolitana de Salvador. O município dispõe de um Polo Industrial, e se destaca como "Cidade Industrial", abarcando o 5º maior Produto Interno Bruto da região Nordeste e o segundo do estado da Bahia (IBGE, 2016).

A experiência vivenciada deu-se na Unidade de Saúde da Família de Piaçaveira, na Equipe II, que tinha em sua composição uma médica não residente, dois enfermeiros residentes, dois dentistas residentes, duas técnicas de enfermagem, sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e uma população sob sua responsabilidade sanitária de aproximadamente 3.042 pessoas.

A equipe do NASF era composta de três profissionais: professores de educação física, duas fisioterapeutas e uma nutricionista, sendo todos integrantes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, que por sua vez davam retaguarda a mais cinco equipes de saúde da família.

As visitas domiciliares realizadas pela Equipe Mínima aconteciam quinzenalmente e estavam sujeitas a disponibilidade de um transporte da prefeitura. As demandas que surgiam eram oriundas de casos apresentados pelos ACS nas reuniões de equipe/unidade, normalmente um dia antes do evento. No entanto, considerando a capacidade logística da equipe e a complexidade dos casos que demandavam tempo, priorizavam-se as que requeriam maior atenção e agendávamos as que não poderiam ser realizadas no momento.

No que concerne às visitas com a participação do NASF, estas aconteciam conforme surgiam as demandas e disponibilidade na agenda desses profissionais, sendo solicitadas também pelos ACS nas reuniões de equipe/unidade.

Normalmente participavam da visita, um fisioterapeuta, um nutricionista, um professor de educação física juntamente com um dos enfermeiros da equipe. Antes de qualquer visita, avaliávamos os prontuários e discutíamos o caso, sempre com a participação do ACS. No retorno discutíamos sobre os encaminhamentos necessários, nomeando os responsáveis por cada um deles.

As visitas eram realizadas com acompanhamento do ACS, e por uma questão de segurança e de identificação social, com o uso de jaleco. O trajeto até a moradia dos usuários era feito caminhando.

## CONTEXTUALIZANDO A EXPERIÊNCIA

Mais um caso complexo nos aparece, que envolve uma mãe solteira de 32 anos e seus filhos (04, 06, 10 e 12 anos), inseridos em um contexto de vulnerabilidade psicossocial.

No primeiro momento ela adentrou a unidade por uma necessidade aparentemente fisiológica, foi acolhida e teve sua necessidade de saúde naquela ocasião sanada.

Todavia, o problema vivenciado pela mulher de 32 anos, ia além das demandas fisiopatológicas que a fizeram buscar o serviço de saúde. Estava mergulhada em uma problemática que envolvia relações conflituosas com os filhos, com os pais das crianças, dificuldade de acesso à Rede de Saúde e também financeira com comprometimento na condição psicológica de toda família.

No mesmo período, o agente comunitário de saúde, traz ao conhecimento da equipe a demanda da família, exposta a tantas vulnerabilidades, com comprometimento da condição de saúde e vida. Tratava-se de um caso complexo e a equipe decidiu por realizar a visita domiciliar.

Chegando lá, tratava-se de uma pequena casa. A condição de vulnerabilidade social logo se manifestava nos seus pequenos cômodos, de pouca ventilação e de higiene, escassez de alimentos, ausência de privacidade, localizada numa vila com uma distância pequena entre as casas, onde as crianças viviam praticamente confinadas, saindo de casa apenas pra ir à escola. A atenção da mãe volta-se para o filho de 10 anos que apresentava paralisia cerebral.

Na visita domiciliar foram abordados aspectos relacionados aos cuidados da criança com paralisia cerebral em diferentes aspectos: no sentido de posicionamentos e prevenção de escaras, exercícios de mobilização, cuidados de higiene, além da condição psicológica do cuidador e das crianças e a aceitação da condição do filho por sua mãe, e a verificação de uma auxílio com a área de assistência social e na área educacional. Outra questão que gerou preocupação foi a baixa interação social da família, que vivia praticamente isolada, sem amigos, com contatos sociais que se resumiam a USF e a escola.

Reconhecemos então a dinâmica familiar e as reais condições as quais a família estava inserida e que tal demanda apresentada necessitava de uma organização intersetorial. Diante da situação encontrada, percebemos que a nossa

conduta enquanto equipe demandaria uma atuação mais ampliada, com outros setores da rede, reconhecendo as demandas de cunho psicológico e social apresentadas pela família.

Ai surgiram novos desafios – de articulação da rede – acionamos o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), mas segundo eles as crianças não apresentavam perfil específico de atendimento, dado que a sua grande demanda são de crianças com sofrimento psíquico decorrentes de transtornos mentais graves. Diante do cenário, buscamos como alternativa estreitar o vínculo com as crianças, através de conversas, convites para estarem participando de atividades na unidade, e orientamos a mãe sobre a necessidade afetiva dos seus filhos, e quanto isso interferia na relação social das crianças.

Buscamos também o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), com o intuito de reativação de benefícios sociais, pois a família estava sem condições de manter o seu sustento. Obtivemos uma resposta positiva, apesar da espera. Durante esse período, arrecadamos alimentos e recebemos doações da comunidade.

Diante da situação percebemos a fragilidade da rede, e os obstáculos que encontramos para atuar no território e construir a Saúde da Família de fato. Mas tínhamos um propósito, e para alcançá-lo, dividíamo-nos enquanto especialidade de acordo com as peculiaridades do caso e com uma atuação conjunta, pautada na lógica de produção do cuidado.

Este foi um fator potencializador para o nosso processo de trabalho, além do mais, o fato de estarmos em uma equipe multiprofissional propiciava o desenvolvimento de competências das mais diferentes formações e enriquecia nosso processo de tomada de decisão.

Diante dos esforços, acompanhamos a evolução do caso e boa parte dos problemas vividos por aquela família pôde ter um encaminhamento positivo. A vinculação da equipe com a família permitiu maior aproximação e diálogo, facilitando o processo de cuidado.

Foi possível perceber a complexidade que o território apresenta e o compromisso que o profissional integrante da ESF traz no seu processo de trabalho e na produção do cuidado em saúde. No entanto, apesar das dificuldades encontradas foi possível contribuir para melhoria da qualidade de vida de uma família.

Pude também notar, os problemas sociais e psicológicos superam os de cunho fisiopatológicos, tornando um desafio para os profissionais. A atuação da equipe multidisciplinar possibilitou uma abordagem pautada na integralidade do cuidado de maneira a compreender o indivíduo na sua totalidade, analisando as diversas influências envolvidas no processo saúde-doença.

## DISCUSSÃO E REFLEXÃO

A visita domiciliar constitui-se como estratégia de aproximação da equipe de saúde para atender as necessidades de saúde dos usuários, conhecimento da dinâmica familiar, promoção de saúde e avaliação de condutas terapêuticas prestadas, fundamentada na equidade. Tulio *et al.*, (2000) ainda acrescentam: instrumento que proporciona interação entre as ações de prevenção, promoção, reabilitação da saúde e vigilância.

Deste modo, para que seja considerada como visita domiciliar, esta deve ser sistematizada e constituída pelo planejamento, execução e avaliação de suas atividades pela equipe, além de respeitar os critérios de prioridades, vulnerabilidade e riscos dos casos apresentados (CUNHA, GAMA; 2015).

Estas por sua vez, aconteciam em diferentes cenários na USF – Piaçaveira, o que despertou reflexões, inquietações e questionamentos sobre a real importância do cuidado prestado, e até que ponto estaria influenciando nas condições de vida daquele usuário e família. Nesta feita, as práticas tradicionais ainda predominavam no processo de trabalho da Equipe II. Foi possível perceber nas idas à VD com a equipe mínima, o caráter curativista e medicalocêntrico de atuação. Coadunam com esta questão os autores Cruz e Bourget (2010), ao afirmarem que as práticas em saúde estão voltadas para a doença e não para a produção de saúde.

Baseava-se em consultas fora da estrutura física do consultório, e se caracterizavam como uma interação profissional-paciente e queixa-conduta. Todavia gerava satisfação da família, resolução imediatista para os problemas agudizados, mas com o processo de produção de saúde fragilizado.

Sendo esta a primeira experiência enquanto enfermeira em uma equipe de saúde, e enquanto parte de um processo pedagógico, percebi a necessidade de melhorias das ações realizadas, ao reconhecer a enfermagem como a arte do cuidado, de atuação com o olhar ampliado e humanizado sobre as condições de saúde do indivíduo ao qual prestamos o cuidado, indo além das práticas centradas na doença e buscando produzir saúde nos diferentes espaços (BEDIN *et al.*, 2011).

Além disso, a VD deve servir como um instrumento norteador do cuidado na Saúde da Família, e se constitui na assistência às pessoas em domicílio, pautada em uma abordagem integral do indivíduo e família, com foco na promoção da saúde e recuperação da mesma. (LOPES *et al.*, 2008).

Vale frisar que a produção de saúde deve nortear as ações nesse espaço, tendo o NASF nesse contexto, como indutor dessa prática, através do apoio assistencial e técnico-pedagógico e enquanto potencial indutor de reflexões e mudanças no processo de trabalho nas equipes até então pautadas numa lógica fragmentada (BRASIL, 2012).

Esse foi um elemento importante, e no contexto da Visita domiciliar veio para gerar afetações e contribuir para a mudança de ações. Nessa conjuntura, foi possível perceber que estar no exercício em domicílio, com a presença de profissionais de diferentes especialidades, desvinculados das práticas tradicionais, com o olhar ampliado sobre a saúde e a singularidade de cada sujeito e do meio em que vivem, constitui-se como cuidado em saúde idealizado.

Cada ida ao domicílio apresentava suas peculiaridades. Inúmeras vezes a visita era solicitada por um processo patológico instalado, e requeria saberes de diversas especialidades, as práticas curativistas eram prestadas, mas buscávamos ampliar o nosso olhar para os condicionantes e determinantes em que o indivíduo e família estavam submetidos.

Quando a necessidade do nosso usuário fugia a nossa alçada, procurávamos acionar equipamentos sociais capazes de saná-la. Por vezes contactávamos a assistência social, escolas públicas, academia da saúde, igrejas e até requeríamos ajuda da comunidade para promover melhorias e qualidade de vida para nossas famílias assistidas.

Pois o cuidado em saúde, não se restringe apenas ao setor saúde, mas está intimamente ligada a área social e econômica em que está inserida a família, requerendo dos profissionais uma percepção sobre as influências que incidem nesse espaço, concebendo o cuidado integral na saúde (SILVA, 2009).

Sendo assim, a Visita Domiciliar se propõe a gerar mudanças positivas no espaço em que vive o indivíduo, perpassando as intervenções e avaliações no processo saúde-doença, e contribuindo para modo de vida saudáveis, repercutindo na satisfação dos usuários, e produzindo sentido para os profissionais envolvidos nesse processo (RODRIGUES *et al*; 2011).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Através deste trabalho foi possível descrever a experiência de visitas domiciliares enquanto potencial gerador de cuidado em saúde, vivenciados por uma equipe de profissionais do NASF e uma enfermeira, integrantes de uma modalidade de formação em serviço, destacando alguns fatores que acrescentaram na visita domiciliar, assim como os que interferiram de forma negativa nesse espaço de construção do cuidado.

Possibilitou também evidenciar a importância do trabalho desenvolvido em uma equipe multiprofissional e as influências que geraram rompimento de práticas tradicionais e médico centradas, além de contribuir para a construção de uma prática profissional mais reflexiva e pautada na promoção e no cuidado em saúde.

Nesta feita, espero que este trabalho sirva como subsídio para as equipes multiprofissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família, no que tange a qualidade da visita domiciliar. Concebendo-a como espaço de aproximação entre profissional-usuário-família, enriquecendo o processo de trabalho das equipes e incidindo na qualidade do cuidado prestado aos usuários.

## REFERÊNCIA

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. **Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil**: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5):1499-1509, 2016.

BEDIN, L. F. SCHOLZ, D.; RODRIGUES, J., DEPONTI, T.; SCHMALFUSS, J. M. **A importância das visitas domiciliares realizadas pelo enfermeiro na atenção básica de saúde**. *Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão*, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Clínica ampliada e compartilhada – Brasília : Ministério da Saúde, 2009

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília; 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Caderno de atenção domiciliar, volume 1. Brasília, DF, 2012.

CUNHA, C. L. F; GAMA, M. E. A. **A visita domiciliar no âmbito da Atenção Primária em saúde**: In: MALAGUTTI W. (organizador). *Assistência Domiciliar – Atualidades da Assistência de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. 336 pp.

CRUZ, M. M.; BOURGET, M. M. M. **A visita domiciliária na Estratégia de Saúde da Família**: conhecendo as percepções das famílias. *Saúde Soc.* São Paulo, v.19, n.3, p.605-613, 2010.

FARAH, B. F. **O cuidar e as competências da equipe de enfermagem processo de trabalho em enfermagem**. Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem, 2013. Disponível em: <http://www.ufjf.br/admenf/files/2013/05/O-CUIDAR-E-AS-COMPET%C3%80NCIAS-DA-EQUIPE-DE-ENFERMAGEM.pdf>. Acessado em 20 jan 2017.

GARIGLIO, M.T. **O cuidado em saúde**. In: MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do estado de Minas Gerais, oficinas de qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte. Oficina 2 – Atenção centrada na pessoa. Belo Horizonte: ESPMG, 2012.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=29057>>. Acessado em 05 jan 2016.

KEBIAN, L. V. A.; ACIOLI, S. **Visita Domiciliar: espaço de práticas de cuidado do Enfermeiro e do Agente Comunitário de Saúde**. Revista Enferm. UERJ. 19(3): 403-9; jul/set. Rio de Janeiro. 2011

LOPES, W.O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. **VISITA DOMICILIAR: TECNOLOGIA PARA O CUIDADO, O ENSINO E A PESQUISA**. Revista Ciência, Cuidado, Saúde, Santa Catarina. V.7, p.241-247, Abr/Jun. 2008.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Carta de Ottawa para promoção da saúde**. Ottawa, Canada; 1986. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf) >.Acessado em 06 jan 2017

USP, Universidade de São Paulo. Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública 2000;34(3):316-9. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=0034-8910&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0034-8910&lng=en&nrm=iso)> . Acessado em 06 jan 2017

TERRY, P. E.. **Definição de Promoção da Saúde**. Disponível em: <http://www.healthpromotionjournal.com/>. Acessado em 06 jan 2016

RODRIGUES, T. M. M.; ROCHA, S. S D; PEDROSA J. I. S. **Visita domiciliar como objeto de reflexão**. Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, Teresina. v.4, n.3, p.44-47, Jul-Ago-Set. 2011

SILVA, R. O. L. **A visita domiciliar como ação para promoção da saúde da família** : um estudo crítico sobre as ações do enfermeiro, 2009. vii, 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

TULIO, E. C.; STEFANELLI, M. C.; CENTA, M. L. **Vivenciando a visita domiciliar apesar de tudo**. Família, Saúde e Desenvolvimento, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 71-79, 2000.

RODRIGUES, T. M. M.; ROCHA, S. S.; PEDROSA, J. I. S. **Visita domiciliar como objeto de reflexão**. Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, Teresina. v.4, n.3, p.44-47, Jul-Ago-Set. 2011.