

**ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO
COORDENAÇÃO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ELIZABETH ASPEIROT DO COUTO

A VISITA DOMICILIAR NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER:

Pesquisa Bibliográfica

**Cuiabá
2012**

ELIZABETH ASPEIROT DO COUTO

A VISITA DOMICILIAR NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER:

Pesquisa Bibliográfica

Monografia apresentada à Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso como requisito obrigatório para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador^a: Prof^a Msc. Jucineide Proença da Cruz Schmidel

**Cuiabá – MT
2012**

Ficha catalográfica

ELIZABETH ASPEIROT DO COUTO

A VISITA DOMICILIAR NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER:

Pesquisa Bibliográfica

Monografia apresentada à Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso, como requisito obrigatório para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovada em 06 de Junho de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Jucineide Proença da Cruz Schmidel

Profª Msc.

Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso
Orientador

Marcus Wippre

Prof. Msc.

Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso

Eliete B. Santos Saragiotto

Prof. Msc.

Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso

Cuiabá – MT

DEDICATÓRIA

A Deus por minha vida, família e amigos.

Ao meu esposo, pelo amor, incentivo, paciência nos meus momentos de stress e apoio incondicional.

Aos meus filhos pela paciência nas horas de ausência e compreensão.

A ESPM, pela oportunidade de fazer o curso.

A Prof^a Msc. Jucineide Proença da Cruz Schmidel pela orientação e apoio construtivo na busca do crescimento profissional.

RESUMO

A visita domiciliar é um importante instrumento na execução de programas de saúde, e faz parte da Estratégia Saúde da Família, a qual se constitui numa estratégia de reorientação da atenção básica do Sistema Único de Saúde. O objetivo desta pesquisa é conhecer a produção científica sobre a visita domiciliar, como um instrumento facilitador na atenção à saúde da mulher. Assim o estudo, com base na abordagem qualitativa, utilizou como princípio metodológico a pesquisa bibliográfica com a revisão do tema Visita domiciliar na Promoção da saúde da Mulher. O estudo demonstrou que é um processo em construção que incentiva a reflexão das práticas de saúde; possibilita o crescimento, favorecendo o desenvolvimento da liberdade e da autonomia, contribuindo para o aprimoramento e sustentação de uma estratégia que atenda às necessidades de saúde da população feminina e leve à mudança do modelo assistencial brasileiro.

Palavras-Chave: Estratégia Saúde da Família, Visita Domiciliar, Promoção em Saúde.

ABSTRACT

A home visit is an important instrument in the implementation of health programs, and is part of the Family Health Strategy, which constitutes a strategy reorientation of primary health care system. The purpose of this research is to know the scientific literature on the home visit, as a facilitator in women's health care. Thus the study, based on qualitative approach was used as a methodological principle with the literature review on the subject home visit in the Promotion of Women's Health. The study demonstrated that it is an ongoing process that encourages reflection of health practices; enables growth, favoring the development of freedom and autonomy, contributing to the enhancement and support of a strategy that meets the health needs of women and mild to Brazilian health care change.

Keywords: Family Health Strategy, Home Visits, and Health Promotion

SIGLAS

AB: Atenção Básica

APS: Atenção Primária da Saúde

ACS: Agente comunitário de saúde

CES: Conselhos Estaduais de Saúde

CIB: Comissão Intergestores Bipartite

CIT: Comissão Intergestores Tripartite

CONASEMS: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde

ESF: Estratégia de saúde da família

MS: Ministério da Saúde

NOB/SUS: Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde

OMS: Organização Mundial de Saúde

PAB: Piso da Atenção Básica

PACS: Programa Agentes Comunitários de Saúde

PAISM: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN: Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento

PNAISM: Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher.

PES: Plano Estratégico Situacional

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica

PPI: Programação Pactuada e Integrada

PSF: Programa Saúde da Família

SISPACS: Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS: Sistema Único de Saúde

TCG: Termo de Compromisso de Gestão

UBS: Unidade Básica de Saúde

VD: Visita domiciliar

SUMÁRIO

1	Introdução	11
2	Justificativa	14
3	Objetivos	16
	3.1 Geral	16
4	Revisão Bibliográfica	17
	4.1 Contextualização histórica da Estratégia Saúde da Família	17
	4.2. A Promoção da Saúde da Mulher na Prática da Visita Domiciliar..	23
	4.3. Princípios Norteadores da Saúde da Mulher	27
	4.4. Linhas de cuidado na Atenção integral da saúde da mulher.....	28
5	Metodologia	33
	5.1 Materiais e Métodos	33
6	Análise e Discussões.....	35
7	Considerações Finais	38
8	Referências	40
	Anexo I	47

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da família (ESF) é um processo de ações e serviços em saúde ao qual uma equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal, auxiliar de saúde bucal e agente comunitário de saúde, faz cumprir as normas e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), visando à promoção, prevenção e recuperação, através de mudanças na forma de atendimento das equipes de saúde, com intuito de qualificar e garantir atenção integral à saúde e padronizar os sistemas de saúde.

De acordo com o Modelo de Atenção Integral à Saúde, implantado no País, a partir da reforma sanitária, é preconizado que a equipe de saúde da família não pode mais trabalhar dentro de uma visão biomédica, curativa, apenas tratando de doenças, mas agir de forma proativa no sentido de promover a saúde, prevenir os possíveis agravos, e conhecer o indivíduo como um todo, para o reconhecimento dos riscos e das possíveis causas da doença para desenvolvimento das ações de promoção e prevenção a saúde da família.

Assim, em 1994 foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) o Programa de Saúde da Família (PSF), idealizado de forma a aproximar os serviços de saúde da população e cumprir a constituição quanto a “garantir ao cidadão seu direito de receber atenção integral à saúde, com prioridade para as ações de promoção e prevenção em saúde, mas sem prejuízo dos serviços assistenciais.” (BRASIL, 2003 p.5).

O modelo assistencial proposto tem como objetivo principal a humanização da assistência e a qualidade do atendimento, além de propor aos profissionais um desempenho resolutivo e integrado às características específicas das famílias e comunidades da área de abrangência.

A visita domiciliar (VD) é uma ferramenta de trabalho da Estratégia Saúde da Família de primordial importância, a qual propicia o acesso da equipe de saúde multiprofissional, ao espaço familiar, favorecendo o conhecimento das condições de vida das pessoas, o seu meio ambiente, seus hábitos, costumes, higiene, crenças, cultura e condições socioeconômicas.

Drulla et al. (2009, p.673) refere que a visita domiciliar permite:

conhecer a realidade, trocar informações dos familiares e assim subsidiar a construção de projeto de intervenção mais próximo das famílias... É uma prática que permite a construção de vínculos, pois proporciona ambiente e um atendimento mais humanizado, indo além das orientações, com intuito de promoção da saúde e qualidade vida das famílias.

As informações levantadas nas visitas domiciliares, sobre a situação de saúde das famílias são transferidas para o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e possibilitam o monitoramento e o planejamento das ações de saúde local. Essas informações são coletadas em âmbito domiciliar e em unidades básicas, nas áreas cobertas pelos programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.

As informações obtidas através da VD permite a equipe conhecer a área territorial que esta inserida as famílias, a situação epidemiológica e planejar ações de promoção e prevenção, adaptando a participação da população no processo de vigilância em saúde.

Para as autoras Santana et al (2011,p 5082)

As visitas domiciliares são momentos que devem ser aproveitados para a realização de ações que visam atendimento educativo e assistencial. Deve estar direcionada para a educação e saúde e a conscientização dos indivíduos com relação aos aspectos de saúde no seu próprio contexto.

Assim a visita domiciliar exerce uma importante função na Estratégia de Saúde da Família, como um instrumento na promoção da saúde, proporcionando e direcionando as técnicas do auto-cuidado no domicilio para a família.

Constantemente encontra-se a presença feminina nos lares sejam como avós, tias, esposas, mães, filhas e ainda exercendo culturalmente a função de cuidadoras responsável por algum membro familiar. Para tal a população feminina necessita do saber para conseguir cuidar e se cuidar.

Atendendo aos movimentos feministas, o Ministério da Saúde, em 1984, institui o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), assinalando, os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984).

Esses princípios garantem o acesso à saúde de maneira integral, em todas as fases da vida, respeitando as particularidades, e agindo através de ações de promoção e prevenção a saúde.

Para a efetivação de ações de promoção de saúde da mulher abordamos a visita domiciliar, que propõem o atendimento educativo e assistencial, no ambiente familiar, sendo o lugar onde se sente segura, e a vontade para dialogar. Assim direcionando para a educação em saúde das mulheres em busca do auto aprendizado para sua família em todas as fases de sua vida, seja no pré-natal, aleitamento materno, cuidado familiar, na coleta de citopatológico de colo uterino, na abordagem da cultura de gerações e no planejamento familiar.

2. JUSTIFICATIVA

O interesse em realizar essa pesquisa, enfocando a visita domiciliar na promoção da Saúde da Mulher, ocorreu após a realização de algumas visitas domiciliares na ESF de Nova Alvorada, previamente sistematizadas e planejadas com a equipe de saúde. Foi constatada a importância e necessidade da realização da VD, tendo em vista a carência da população e as dificuldades que as mulheres têm de acesso ao serviço de saúde. São cadastradas na ESF 423 famílias, sendo 602 mulheres na idade de 10 a 49 anos, considerada a fase reprodutiva.

Nova Alvorada é uma localidade rural, com uma população de 1.387 habitantes, afastada da sede da cidade de Comodoro, Mato Grosso, aproximadamente 18 km. O acesso à unidade básica de saúde é difícil, levando em consideração as longas distâncias onde residem as famílias, bem como as condições das estradas. Quanto à acessibilidade da população aos serviços de comunicação é deficitário, sendo o rádio o único meio disponível, na maioria das casas, e o serviço de telefonia móvel, apresenta sinal de rede apenas em um local específico da área. Isto demonstra os obstáculos que a população enfrenta para ter acesso à atenção integral a saúde.

Os atendimentos de Saúde referentes às mulheres na UBS de Nova Alvorada, demonstrados através do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) no período de 2008-2009 apresentam-se inferiores quanto à adesão ao acompanhamento do Pré-Natal, e a coleta de Preventivos. Para tal evento buscam-se formas de melhorar a assistência nessa localidade, utilizando a visita domiciliar como instrumento da Estratégia Saúde da Família, com o intuito de propor aos indivíduos/família conhecimentos, informações e orientações sobre saúde, gerar o fortalecimento do vínculo entre equipe e família, aumentar adesão de tratamento e busca ativa dessa clientela, na perspectiva da melhoria e qualidade nos atendimentos das mulheres na área de abrangência da unidade básica de saúde.

Entende-se que é importante, para a equipe da saúde da família, compreender as demandas de cuidado requeridas pela mulher de modo a desenvolver ações que tenham ressonância efetiva sobre a promoção da saúde da mesma.

Como sabemos, a promoção da saúde gera transformações e empoderamento das pessoas e família, fazendo com que haja modificações de hábitos e costumes, criando novas práticas de saúde.

Desta forma, o presente estudo pretende contribuir com conhecimentos, de promoção da saúde voltada para mulher, com o uso da ferramenta da visita domiciliar como porta de entrada e acesso ao serviço, levantando questionamentos e novas perspectivas para o cuidado.

Assim proporcionando aos profissionais um planejamento e ações mais factíveis, buscando atender as condições observadas no domicílio; melhorando o relacionamento do grupo familiar com o profissional de saúde, por ser sigiloso e menos formal, expondo os mais variados problemas, já que o tempo disponível é maior do que quando o atendimento é realizado nas dependências dos serviços de saúde

No nível de gestão local, priorizar a visita domiciliar, proporcionando credibilidade da assistência à saúde e adesão aos tratamentos, recuperando metas, e recursos financeiros. Contudo, garantindo a população à acessibilidade ao serviço de saúde, através da visita domiciliar (VD), proporcionando informação e conhecimento, estreitando a relação entre cliente-profissional, de forma a ampliar a confiança e respeito mútuo entre ambos, facilitando a abordagem e a execução de medidas de promoção e prevenção.

3. OBJETIVOS

3.1. Geral

Conhecer a produção científica sobre a visita domiciliar, como um instrumento facilitador na atenção à saúde da mulher

4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A revisão bibliográfica está centrada em dois tópicos. Primeiramente na abordagem sobre a contextualização histórica da Estratégia Saúde da Família e posteriormente discussão da Promoção da Saúde da mulher como prática na visita domiciliar.

4.1. Contextualização histórica da Estratégia Saúde da Família

Em constantes avanços, o Sistema Único de Saúde (SUS) representa a luta dos brasileiros pela redemocratização do País.

O movimento da reforma Sanitária, considerado o marco histórico político, social (SOUSA, 2007), sobre a base em que foram construídas as propostas de reformulação do sistema de saúde brasileiro, nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), em 1986, na qual, pela primeira vez, representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil, ampliando-se o conceito de saúde como:

resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1987, p.05).

As propostas de mudanças foram incorporadas na Constituição Federal Brasileira, em 1988 no seu artigo 196, ao estabelecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida pelo acesso universal e igualitário ao sistema de saúde, com adoção de uma nova configuração nos serviços de saúde, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde a toda a população, de forma integral, visando reduzir risco de doença e de outros agravos. (BRASIL, 2002)

A Constituição Federal, também determina no artigo 198 que as ações e serviços públicos de saúde integrem,

Art. 198. Uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; - participação da comunidade. (BRASIL, 2002, p.33).

Para a concretização das ações conquistadas, em 1990 foram promulgadas as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e 8.142. Com a Lei 8.080/90 ficam regulamentados e implantados os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), através da definição da universalidade, da equidade, da integralidade, como princípios doutrinários e, como diretrizes organizacionais a hierarquização e regionalização, a descentralização, o controle social, e a participação complementar do setor privado; (BRASIL, 2009).

Esses princípios e diretrizes foram direcionando para construção de um modelo de atenção integral à saúde que prioriza e incorpora em sua organização a família, como centro de cuidados e o conhecimento de território onde a mesma está inserida, de forma a facilitar o acesso e a resolutividade das demandas populacionais aos serviços de saúde. (BRASIL, 2007)

No Brasil, destacam-se três autores ou correntes de análise territorial. A primeira foi produzida baseada na obra de Milton Santos, seguida pelas contribuições dos pesquisadores Rogério Haesbaert e Marcos Saquet.

“... Milton Santos elabora uma argumentação de caráter iminente epistemológica pautada em processos sociais e conhecendo a natureza como um elemento do território; R.Haesbaert faz uma discussão teórica e ontológica centrada na reterritorialização a partir de fatores políticos e culturais incorporando mais recentemente uma preocupação sistemática com a natureza; e M.Saquet , efetiva uma discussão teórico metodológica, destacando a produção do território sob forças políticas-econômicas e cultural...”(Saquet,2007,122)

Segundo Faria e Bortolozzi, 2009, a palavra território baseia-se no sentido de apropriação de um determinado grupo social e territorialidade é determinada por ações deste grupo no seu meio.

Em 28 de dezembro de 1990, é publicada a Lei nº 8.142, que veio imprimir ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação da comunidade na gestão do SUS, operacionalizada através das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde. (BRASIL, 2009)

Buscando o fortalecimento do SUS, e as condições de viabilização plena do direito à saúde à população, o MS edita as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB/SUS), com definição de estratégias, que orientam a operacionalidade deste Sistema. (BRASIL, 2011).

Assim, a NOB-SUS Nº 01/91 veio instituir a transferência de recursos diretamente da União para os municípios abrindo caminho para municipalização dos serviços de saúde. Em seqüência, a NOB Nº 01/92, cria o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) como instâncias gestoras colegiadas do SUS, também enfatiza a necessidade de descentralização das ações e serviços de saúde. (SOUSA, 2007)

A IX Conferência Nacional de Saúde (9ª CNS), em 1992, marcou fortemente as normas subseqüentes, especialmente NOB Nº 01/93 institucionalizando a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) como órgãos de assessoramento técnico ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) e aos Conselhos Estaduais de Saúde (CES). Deu ênfase à municipalização da saúde. (SOUSA, 2007)

Em 1994, o Ministério da Saúde implanta o Programa de Saúde da Família (PSF) visando à reordenação do modelo de atenção a saúde existente, e direcionando para uma relação de vínculo e humanização com foco na vigilância em saúde na comunidade e o trabalho em equipe (BRASIL, 2007).

Nesse contexto, houve a incorporação de agentes comunitários de saúde (ACS) no processo de descentralização das ações e serviços de saúde e de reorganização do modelo de atenção vigente, visando à melhoria da realidade sanitária de grupos específicos.

As mudanças no sistema de saúde vieram com a NOB Nº 01/96 onde foi estabelecido o pleno exercício do poder municipal através da Gestão Plena da Atenção Básica, apontando para uma reorientação da assistência, sendo que o município a partir desse momento passa a ser o responsável imediato pelo atendimento das necessidades do cidadão. Neste documento é instituído o Piso da Atenção Básica (PAB) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI). (BRASIL, 2007)

Por fim, a NOB Nº 01/2002 procurou estruturas estratégicas da responsabilidade difusa ao transferir mais recursos e responsabilidade de gestão para os Estados e ao manter mecanismo de transferência de recursos e responsabilidades do gestor de um município. (BRASIL, 2007)

Em continuidade ao conjunto de reformas e buscando novas estratégias de gestão do SUS, em 2006, é instituído o Pacto pela Saúde, que são diretrizes organizacionais, constituídas em três dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, com objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos entre as três esferas de gestão (união, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde. Sua implementação por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), substitui as técnicas de habilitação anteriores e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação. Os componentes do Pacto pela Saúde pactuados entre os gestores por prioridades, voltados para a mulher são descritos no Pacto pela Vida que visa:

assegurar recursos necessários à busca de resultados sanitários em relação a um conjunto de prioridades, tais como a redução na mortalidade de câncer de colo uterino e de mama; infantil, materna, neonatal, fortalecer a resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias; Implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde; e da Pessoa Idosa; (BRASIL, 2006)

Em face da expansão da política de saúde pública no Brasil, estar direcionado para novo modelo assistencial, e tendo o PSF se consolidado como estratégia, para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o Ministério da Saúde, aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), através da Portaria Nº 648, de março de 2006, estabelecendo diretrizes e normas para organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). (BRASIL, 2007)

De acordo com a PNAB a Atenção Básica é considerada a porta de entrada do sistema de saúde, sendo caracterizada por:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (BRASIL, 2011, p3)

Para que as ações desenvolvidas na Atenção Básica tenham efetividade, o processo de trabalho deve ser realizado por uma equipe de saúde multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar ou técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal (TSB), auxiliar em saúde bucal

(ASB) e agente comunitário de saúde (ACS), os quais são responsáveis pela atenção à saúde de uma população circunscrita.

População circunscrita significa dizer que as famílias residentes na comunidade ao qual a estratégia da saúde pertence é responsável pela vigilância em saúde no ambiente territorial limitado e definido por suas particularidades. (BRASIL, 2011).

De acordo com o MS, a família passa a ser o membro de vigilância, no espaço em que convive, consentindo uma concepção ampliada do processo saúde/doença. (BRASIL, 2007).

Neste contexto o domicílio é o ambiente imprescindível para a segurança, sobrevivência e amparo da família. É a família que através dos laços afetivos, em seu domicílio que incorpora os valores éticos, morais, e aprofundam os laços de afetividade e apreço, pelo próximo, fornecendo recursos indispensáveis à ampliação do bem-estar dos seus componentes. (GOMES e PEREIRA 2005)

Gil (2005, p.490) destaca que a implantação da Estratégia Saúde da Família, vai de encontro ao:

Processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

Desta forma, a ESF busca a reversão do modelo assistencial ainda vigente, voltado para o curativo-hospitalar, com predomínio do atendimento emergencial ao cliente, na maioria das vezes em grandes hospitais, baseado na doença, para um modelo de atenção integral à saúde, onde estejam presentes as ações de promoção e prevenção da saúde das pessoas em seu ambiente domiciliar, junto com os familiares.

Nestas circunstâncias para Mendes, (2011. p25)

A saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde... Só se agrega valor para as pessoas nos sistemas de atenção à saúde quando se enfrenta uma condição de saúde por meio de um ciclo completo de atendimento a ela.

Segundo Freitas e Pinto (2005, p.548) a ESF “propôs novas práticas sanitárias centradas no princípio de equidade, descentralização, integralidade e participação popular”.

Esses princípios estabelecem o acesso da população respeitando suas particularidades e disponibilizando serviços nos três níveis de assistência, seja primária, secundária e terciária para uma estrutura de rede assistencial com a inserção da representatividade da população nos conselhos de saúde deliberando as ações de vigilância. (BRASIL, 2004)

Freitas e Pinto (2005, p.548) ressaltam que as práticas de saúde:

vão muito além de intervenções curativas, devendo ser direcionadas não só para atender, mas para prevenir a doença e promover saúde, essas ações são estendidas a comunidade, assumindo o desafio de promover a reorganização da prática assistencial, com uma visão de que a saúde é um conceito construído socialmente, em que a morbidade e a mortalidade estão relacionadas às condições biológicas, econômicas, sociais e culturais.

Nesse contexto, a ESF se volta para a reorganização da atenção primária à saúde, em novas estruturas e substitui o modelo tradicional, médico-hospitalar curativo, adequando para programas de prevenção e promoção, aproximando a saúde para perto da família e reestruturando a qualidade de vida dos brasileiros. (FREITAS, PINTO 2005)

De acordo com Gil, (2005) a saúde da Família, propõe varias ações de promoção e prevenção constando em diversos programas do Ministério de Saúde, através de Manuais e cadernos, essas ações acabaram se consolidando como estratégias, atualmente executadas e implantadas em seu meio pela equipe de Saúde da Família e sua população adscrita.

Campos (2006. p28) defende para saúde

o método Paidéia não descarta a importância da doença, mas incorpora também a noção de problemas de saúde, situações que aumentam o risco e a vulnerabilidade das pessoas. Neste sentido, toma como objeto também a capacidade de intervenção das organizações e dos sujeitos sobre esses problemas.

Assim um processo educacional voltado na promoção e prevenção em saúde da comunidade em seu meio ambiente, proporcionando técnicas de auto cuidado e capacidade de interagir e interferir na sua própria saúde.

Freitas e Pinto (2005 p.548) afirma que a ESF indica inovações nos métodos de vigilância em saúde voltados nos princípios do SUS, interpõe as formas de atendimentos aos usuários centradas no acesso igualitário não tratando a todos igualmente, mas respeitando suas particularidades, promovendo ações de maneira integral na promoção, prevenção e reabilitação desde a atenção primária, secundária e terciária com a responsabilidade em todas as esferas governamentais, com a participação da comunidade por meio das representatividades nos conselhos de saúde.

Cecílio (2010), compartilha na perspectiva central de estabelecer meios de diálogos e elos de comunicação entre profissionais e gestores locais, com o intuito de gerenciar e planejar ações para as situações de riscos à saúde tendo como foco medidas de promoção e a prevenção da saúde.

Atualmente a consolidação do SUS, está inserido na ESF, por meio das ações de saúde, com o intuito de padronizar a atenção à saúde abordando diretrizes conceituais, visando à promoção e prevenção no meio territorial adscrito, assim levando a saúde para perto da família e garantindo bem estar na comunidade, substituindo o modelo tradicional médico-hospitalar (FREITAS, PINTO 2005)

4.2. A Promoção da Saúde da Mulher na Prática da Visita Domiciliar

A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que a promoção da saúde é considerada o processo que permite às pessoas aumentar o controle e melhorar a sua saúde. (WHO, 1986)

De acordo com Machado e Vieira (2009) a ESF apresenta como diretriz a promoção da saúde, ao qual a equipe de saúde deve desenvolver ações contínuas, incentivando a participação e a transformação nas práticas de saúde através do processo de aprendizagem com o usuário/família /comunidade.

A promoção da saúde representa um processo social e político, não somente incluindo ações direcionadas ao fortalecimento das capacidades e habilidades dos indivíduos, mas também ações direcionadas a mudanças das condições sociais, ambientais e econômicas para minimizar seu impacto na saúde individual e pública. WHO (APUD SETTI E BÓGUS, 2010, p.949)

Nos estudos identifica que foi a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada no Canadá, em 1986, considerado o marco da Promoção da saúde. Nesse evento foi elaborada a Carta de Ottawa (Ottawa, 1986) onde são destacados quanto à promoção da saúde, os papéis de defesa da causa, de capacitação individual e social para a saúde e de mediação entre os diversos setores envolvidos.

Fundamentando-se na Carta de Ottawa, (WHO, 1986¹, apud LOPES et al, 2010, p.463) a Promoção da Saúde é caracterizada como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo.” No mesmo documento determina que são condições fundamentais para a saúde:

a paz, a habitação, a educação, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, a justiça social e a equidade; afirmando que o incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos. (WHO, 1986, apud LOPES et al, 2010, p.463)

Propõe cinco campos de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde.

Levando-se em consideração essas estratégias a promoção da saúde vem assegurar à população a igualdade, a autonomia, proporcionando meios que permitam às pessoas desenvolver completamente seu potencial de saúde. Está presente, em todas as fases da vida através da divulgação dos saberes, assim desenvolvendo a capacitação e maneiras individuais no aprendizado, seja em domicílio, colégio, igreja, trabalho e ambientes coletivos. (CASARIN e PICCOLI, 2011).

Machado e Vieira (2009) referem que as praticas de educação em saúde na visão ampliada de saúde requer o envolvimento e participação do usuário, para aprendizagem, requer a capacidade pessoal e coletiva para trabalhar nestas ações de saúde/doença, sendo que tais transformações prolongam-se para a concretização da gestão pública.

¹ WHO (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: Canadian Public Health Association.

O processo da promoção de saúde possibilita as pessoas aumentar seu autocontrole sobre os fatores condicionantes que interferem em sua saúde e através disto melhorá-la, sendo a sua participação essencial para sustentar as ações de promoção da saúde.

De acordo com o MS, a equipe de saúde da família deve:

articular ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, favorecendo assim, o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a restabelecer sua independência e a preservação da autonomia dos sujeitos. (BRASIL, 2008, p.23).

Nesse sentido a ESF preconiza como um instrumento a ser realizado, a Visita domiciliar, analisado como um plano de ações executadas pela equipe multiprofissional no domicílio do usuário-família, partindo da análise da realidade em que está aderido, com seus aprendizados e limitações, como intuito de resgatar ações de promoção e prevenção da saúde (BRASIL, 2008).

Segundo pesquisa de Santos e Kirschbaum, (2008, p. 222), refere que a visita domiciliar “como instrumento de trabalho para a enfermagem, passou a ser ainda mais incrementada com a introdução do Programa de Saúde da Família (PSF), das propostas de atenção domiciliar e de reinserção social das pessoas.”

Para Silva et al (2010,175) através da atenção domiciliar a troca de experiências,vivenciadas pelo usuário e a equipe de saúde ,projeta um aprendizado nos cuidados em saúde,promovendo assim ações in loco de promoção e prevenção em saúde na família,praticas antes restritas pelos profissionais de saúde.

Assim é definido pelo MS as competências para a ESF, como o trabalho em equipe, as visitas domiciliares, o planejamento das ações de saúde, a promoção de saúde, a prevenção e o monitoramento de grupos específicos, a prevenção e o monitoramento das doenças prevalentes e o acompanhamento e a avaliação das ações de saúde. (BRASIL, 2008)

Dentre as atribuições específicas da Equipe Saúde de Família definidas pelo MS são: “realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário” (BRASIL, 2007, p.44).

Na concepção de Silva, Pinto, Monteiro (2009, p.68):

A visita domiciliar, sistematizada pelo enfermeiro através da SAE, quando inserida no processo de trabalho de cuidar se apresenta como uma ferramenta viável para expor o relacionamento interpessoal subjacente à prática de cuidar.

Para Mantovani, Mottin, Rodrigues (2007), a sistematização prévia é entendida como uma prática antecipada de ações organizadas metodologicamente. Assim a visita domiciliar constitui-se em uma ação desempenhada para auxiliar, mediando os métodos sobre saúde–doença da comunidade, ou o planejamento de ações desejando à promoção de saúde da sociedade, tornando-se um instrumento efetivo, utilizado pela equipe de saúde para conhecer as condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade.

É fundamental considerar na visita domiciliar as peculiaridades individuais na relação usuário/profissional/família. Nas considerações de Santos e Kirschbaum, (2008, p. 226), referem que o profissional ao adentrar o domicílio dos usuários requer:

Preparo, habilidades de comunicação, ética profissional, conhecimento dos mecanismos para prover à família uma assistência de cunho educativo, pautados em ações de prevenção e principalmente de promoção à saúde da população, assim como, maiores esclarecimentos acerca das relações entre espaço público e privado concebidos por usuários e profissionais de saúde.

Nesse sentido, cabe a equipe multiprofissional da ESF planejar suas visitas domiciliares procurando atender as necessidades identificadas pelos ACS, pois é preconizado que o agente comunitário de saúde (ACS) realize, no mínimo, uma visita por família na microárea de abrangência ao mês, e quando necessário podem ser repetidas de acordo com as situações determinantes de cada realidade, devendo ser comunicado em caso de risco a equipe da ESF (BRASIL, 1998).

E preconizado pelo MS, o desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco dentro do contexto familiar, tais como as famílias com crianças, gestantes, idosos, ou com algum agravo em sua saúde, de forma a restabelecer possíveis formas de autocuidado e readaptação ao meio ambiente inserido. (BRASIL, 2007).

4.3. Princípios Norteadores da Saúde da Mulher

De acordo com o documento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), 50,77 % da população brasileira é composta por mulheres, sendo as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Refere que são mais vulneráveis a certas doenças, relacionadas a fatores sociais e da espécie feminina. (BRASIL, 2004, p. 9)

Trindade e Ferreira, (2009 p.375), enfoca que quanto aos “conceitos de saúde relacionados à mulher é comum observar na literatura [...] as concepções [...] voltadas para os aspectos da anatomia e biologia do corpo, valorizando a função reprodutiva e a maternidade como sendo o seu principal atributo.” Relata também que na atualidade “a mulher busca ampliar o acesso à saúde e a outros bens e serviços”.

A proposição pelo MS na implantação das diretrizes para uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004) preconiza que deverá abordar as mulheres em todos os ciclos da vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias, grupos raciais e localidade, devendo o Sistema Único de Saúde, garantir o acesso a todos os níveis de atenção à saúde, da básica à alta complexidade, possibilitando a mudança do modelo assistencial.

Casarin e Piccoli (2011, p.3932) consideram que “o acesso ao atendimento básico, quando facilitado e ágil, pode estimular as mulheres a procurarem os serviços de saúde”.

O Ministério da Saúde define Atenção Integral à saúde da mulher, como:

Conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde. O atendimento deverá nortear-se pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie ou imposição de valores e crenças pessoais”. (BRASIL, 2004, p.64)

As ações de saúde deverão direcionar-se no acolhimento, incluído como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que colaborem para a atenção a saúde como direito. (BRASIL, 2004)

O SUS deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias e a garantia do direito à saúde (BRASIL, 2004, p.63).

As práticas de saúde do SUS requerem uma percepção técnica e política, além dos muros das unidades de saúde, proporcionando a participação no meio em que as pessoas vivem, trabalham e se relacionam. É uma estratégia que possibilita a integração e organização de atividades, a fim de proporcionar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados (BRASIL, 1998).

4.4. Linhas de cuidado na Atenção integral da saúde da mulher

Para que haja promoção de saúde integral da mulher, destaca-se a importância do planejamento nas ações de saúde, tendo participação de toda equipe multiprofissional com o preparo educacional adequado, para alcançar um resultado positivo seja no usuário/família/equipe.

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, relata que a população feminina também exerce função de “cuidadoras, não somente das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade” (BRASIL, 2004, p.09).

Casarin e Piccoli (2011 p.3928) enfatiza que:

O desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida encontra-se entre os campos de ação da promoção da saúde. Para tanto, é imprescindível a divulgação de informações sobre a educação para a saúde, o que deve ocorrer no lar, na escola, no trabalho e em muitos outros espaços coletivos.

Silva (2009, p.109) refere que “na visita domiciliar ensinamos ao transmitir conhecimento científico, mas também aprendemos muito sobre a forma de passar conhecimentos a partir da dinâmica familiar. Para cada situação, desenvolvendo ações específicas e propícias.”.

Em relação à prestação de cuidados no domicílio, à visita domiciliar é considerado primordial, pois a equipe de saúde da família tem no espaço domiciliar uma possibilidade privilegiada para o desenvolvimento do diálogo e produção de saberes, salientando que o eixo estruturante dos serviços de atenção básica, são as ações educativas em saúde, que podem ser desenvolvidas, por meio do conhecimento construído na relação profissionais/usuários dos serviços de saúde. (SANTOS e KIRSCHBAUM, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde o principal objetivo do Pré Natal e Nascimento é fundamentado em:

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada aplicada por meio de atividades acolhedoras, de fácil acesso a serviço de saúde, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido. (BRASIL, 2006, p.10)

Na avaliação da atenção ao pré-natal e puerpério, é utilizado indicadores do processo, de resultados e de impacto nas ESF, tais como; a captação precoce das gestantes, até 120 dias de gestação, a realização de no mínimo seis consultas pré-natal, e o desenvolvimento de atividades. (BRASIL, 2006).

Segundo o estudo de Cesar, *et al*, (2008, p.2617)

[...] Gestantes visitadas pelos agentes comunitários iniciaram o pré-natal mais precocemente, realizaram maiores numero de consultas, exames clínicos e testes laboratoriais, foram mais comumente orientadas sobre amamentação.

As visitas domiciliares podem melhorar a qualidade do pré-natal entre gestantes e aumentar a participação de familiares, sobretudo do marido, na gestação. (COSTA, 2010).

Como é preconizado pelo MS, através do PHPN a visita domiciliar.

Deverá reforçar o vínculo estabelecido entre a gestante e a Unidade básica de saúde (UBS). Assim qualquer alteração ou identificação de fator de risco para a gestante ou para outro membro da família deve ser observada e discutida com a equipe na unidade de saúde. (BRASIL, 2006, p.147).

Neste contexto, esta a importância da ESF, com intuito de promover ações educacionais para os próprios membros da equipe multidisciplinar, através de reuniões, estruturada com ações sistematizadas e organizadas com toda a equipe, principalmente no que se refere à visita domiciliar.

No entanto para Santos, Kirschbaum, (2008, p. 222),

o emprego da visita domiciliar, como uma técnica que, mobiliza questões que envolvem, por um lado, aspectos culturais dos usuários/famílias e de outro a formação dos trabalhadores e seu preparo para adentrar no domicílio .

Assim destacamos a importância do planejamento nas ações de saúde, sendo efetivadas por toda equipe multiprofissional com o preparo educacional adequado, para alcançar um resultado positivo seja no usuário/família/equipe.

Segundo Teixeira e Nitschke (2008, p.186) ao realizar a promoção de saúde na VD o profissional precisa conhecer e entender a cultura e costumes da família:

As mulheres-avós possuem significados que foram construídos ao longo de sua história de vida e que estes influenciam o cuidado às suas filhas, noras, netas e netos em processo amamentação... As mulheres-avós mostravam-se mais abertas para encontrar formas de se cuidarem e cuidarem de seus membros. É necessário aprender a discutir, compartilhar e negociar os cuidados.

Nos estudos de Costa C.O; Costa C.F; Vaaghetic (2010), a equipe deve desenvolver mecanismos para auxiliar as mulheres que procuram os serviços de saúde, a superar o preconceito, o medo na realização dos exames e a dificuldade de acesso aos serviços.

A resistência ao exame ginecológico simplesmente pelo constrangimento ou por desconhecerem a importância do mesmo, as dificuldades intrínsecas de cada mulher, outras que também interferem no acesso aos serviços de saúde como o exame como empecilho para as obrigações sexuais da mulher, o baixo poder aquisitivo, provoca uma série de dificuldades para se ausentar de casa. (CASARIN e PICCOLI, 2011).

Segundo Silva (2009) a equipe de saúde reconhece que para realizar a promoção em saúde é necessário conhecer, sentir, compartilhar o ambiente domiciliar e a ligação familiar existente em seu meio o que é revelado somente através da visita domiciliar.

Sakata et al. (2007, p.662) relata que a:

visita surge também como um mecanismo de criação de vínculos sendo este representado pelos profissionais como um estudo de “respeito” e de “confiança” conquistado por eles em relação aos usuários e construído por meio da “convivência” e do contato constante.

Desse modo, o estabelecimento do vínculo e a abordagem dos usuários como sujeitos que interagem no processo de trabalho das equipes de saúde devem ser vivenciados com o intuito de promover a melhoria da qualidade dos serviços ofertados à comunidade e maior efetivação dos direitos dos usuários (AZEVEDO e BARBOSA. 2007).

De acordo com Azevedo e Costa (2010, p.797) a experiência de acessibilidade da população com os serviços de saúde esta inserida com a habilidade da ESF em “satisfazer às suas expectativas e necessidades, assegurar o direito à saúde no âmbito das políticas públicas, e deve refletir ainda o respeito às múltiplas singularidades que compõem a complexa demanda da população usuária”.

Segundo o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) o acesso às ações de saúde, imposta as mulheres rurais, esta ligada ao trabalho, às grandes distâncias entre residência e os serviços de saúde. (BRASIL, 2004)

a visita domiciliar aplicada no cuidado à saúde, é um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares e seu meio de vida.(ALBUQUERQUE e BOSI, 2009, p.1104)

O PAISM foi o primeiro programa que inseriu a atenção integral à saúde da mulher, nos serviços públicos visando à incorporação da mulher como sujeito ativo no cuidado de sua saúde, considerando todas as etapas da sua vida. (BRASIL, 2004)

De acordo com os estudos de Saraiva et al. (2011) a assistência extramuros durante as visitas domiciliares, às mulheres na relação mãe-filho, tem objetivo de avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido bem como a adaptação da tríade “mãe-bebê-família”; fornecer orientações quanto ao aleitamento materno e aos cuidados do recém-nascido; realizar a abordagem de temas como: planejamento familiar, higiene, dieta, importância das atividades físicas, prevenção de infecção puerperal; e também agendar consulta de Crescimento e Desenvolvimento, calendário vacinal, teste do pezinho, Registro Civil; e identificar intercorrências ou situações de risco à saúde materno-infantil, sendo feitas orientações à família

Santana et al (2011, p. 4) reforça salientando que:

Nas visitas domiciliares a equipe pode averiguar quais as reais necessidades de cada mulher, promovendo ações de educação em saúde e levando informações necessárias a essa nova etapa da vida familiar. Orientações sobre amamentação, cuidados com o RN, Planejamento Familiar e condutas adequadas em casos de intercorrências são temas que devem ser abordados pelos profissionais.

Assim, destaca-se a importância do trabalho em equipe multiprofissional e as estratégias para a promoção de saúde da mulher e cuidado do binômio mãe-filho durante o período puerperal, contribuindo para o bem-estar da família e com repercussões positivas para a comunidade.

Santos et al (2008, p. 52) complementa esta afirmativa ao referir que “promover constitui-se um processo contínuo e dinâmico que parte do pressuposto

de que sempre haverá possibilidade de melhorar as condições de vida.”

O conceito ampliado de saúde, refletida parcialmente nestas mudanças, faz parte das reivindicações do movimento de mulheres, que vem participando da promoção da saúde da mulher em todos os níveis. Nas Conferências Nacionais de Saúde e Direitos da Mulher, nos temas de saúde mental, sexualidade, aborto, adolescência, velhice, trabalho, saúde e cidadania foram destacados como áreas essenciais que exigem avanços urgentes (BRASIL, 2004.p.16).

Com base nas experiências passadas, foi se aperfeiçoando o modo de refletir e agir com relação à saúde, estando em constantes mudanças em seu conceito e no modo de atuar profissionalmente. (SOUSA, 2007; GIL, 2005)

5. METODOLOGIA

Neste estudo, a metodologia utilizada é a Pesquisa bibliográfica, do tipo exploratório, através da abordagem qualitativa, pois buscará informações através de revisão bibliográfica, sobre o tema, aplicando como meio de investigação a fundamentação bibliográfica, utilizando-se, dessa forma, fontes secundárias de informações.

As pesquisas exploratórias, segundo Gil (2009, p.43) “visa proporcionar uma visão geral de um determinado fato, do tipo aproximado”.

De acordo com Marconi e Lakatos (2009, p.57) pesquisa bibliográfica “Abrange toda bibliografia já tornada pública, em relação ao tema do estudo, publicações, revistas, monografia...”

Para Gil (2009, p.43) a pesquisa bibliográfica tem objetivo de:

Proporcionar um maior conhecimento para o pesquisador acerca do assunto, a fim de que esse possa formular problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam ser pesquisadas por estudos posteriores.

A revisão bibliográfica vem contribuir para conhecimento das informações já existentes sobre Visita domiciliar e a promoção da saúde da mulher enfocando aspectos abordados por outros autores.

5.1. Materiais e Métodos

Este estudo foi realizado por meio do Levantamento bibliográfico de livros, manuais de saúde pública e artigos científicos em português publicados nas bases de dados da BVS (Biblioteca Virtual em saúde) e SciELO, (Scientific Electronic Library Online). A busca de referências foi desenvolvida nos meses de julho a dezembro de 2011, buscando as publicações referentes ao período de 2003 a 2011 através dos descritores: Visita domiciliar, Promoção da Saúde da Mulher na Atenção básica.

Foram utilizados como critérios de inclusão artigos publicados na íntegra, que continham discussões relevantes sobre o tema da promoção da saúde da mulher e a visita domiciliar. Dentre os critérios de exclusão, estão os resumos de artigos e internacionais.

Para o descritor Visita domiciliar foram selecionados na base de dados dez artigos. No descritor Promoção da Saúde da Mulher na Atenção básica, foram encontrados nove artigos, perfazendo um total de 28 artigos encontrados. (Anexo I)

Os artigos e manuais do MS foram analisados conforme o delineamento do estudo, com vista a atender os objetivos previstos, na Visita domiciliar na Promoção da saúde da Mulher.

6. ANALISE E RESULTADOS

Os artigos pesquisados foram analisados conforme o delineamento do estudo, com vista a atender o objetivo previsto, no Conhecimento da produção científica sobre a visita domiciliar como instrumento facilitador na atenção á saúde da mulher.

Nos manuais do ministério da Saúde destinados ao profissional de saúde, são orientadas as formas e direcionamento para cada programa de saúde, sendo nos agravos, ou nas estratégias de promoção. Esses guias práticos expressam uma sistematização no processo de trabalho do profissional da ESF. (BRASIL, 2006, BRASIL, 2004).

Assim Mendes (2011) refere, que os sistemas de atenção a saúde de forma integrada ou fragmentada, exigem ações interativas, ocasionais e sucessivas, para manter a qualidade de saúde população.

Afirmam Albuquerque e Bosi (2009) e Sakata et al. (2007), um planejamento nas ações da atuação profissional na ESF, com a execução desde modelo de atenção a saúde é abordado como ferramenta à visita domiciliar.

No entanto, existem alguns questionamentos sobre os profissionais no processo de execução desta VD, pois isto requer conhecimento, habilidade de comunicação e qualificação para planejamento de ações voltadas para a promoção da saúde (SANTOS e KIRSCHBAUM, 2008, CASARIN e PICCOLI, 2011).

A promoção da saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios que permitam a todas às pessoas realizar completamente seu potencial de saúde. (BRASIL, 2008).

Observa-se assim nas literaturas pesquisadas que as discussões acerca da promoção da saúde definem-a como um instrumento potencializador do autocuidado, que possibilitam a discussão da qualidade de vida das pessoas estimulando a formação de sujeitos participativos capazes de tomar decisões.

A ferramenta visita domiciliar concede que a Equipe da ESF, elabore ações sistematizadas e preconizadas pelo MS, tais como a promoção da saúde por meio da vivência com a comunidade reconhecendo seus limites e modo de vida (SANTOS e KIRSCHBAUM, 2008; MANTOVANI, MOTTIN, RODRIGUES, 2007).

Na promoção da saúde temos uma população feminina exercendo seu cuidado na família e na comunidade, sendo superior em numero, mas vulneráveis com relação à saúde (TRINDADE e FERREIRA, 2009; BRASIL, 2004).

Na ESF esse planejamento de atividades acolhedoras e de fácil acesso como na VD, fortalece o respeito, o vínculo e a confiança promovendo ações educativas na promoção da saúde da mulher em seu espaço domiciliar, superando o medo e auxiliando o dialogo na construção de habilidades e atitudes favoráveis à saúde; (CASARIN e PICCOLI, 2011; ALBUQUERQUE e BOSI, 2009).

O domicílio, como unidade de análise e de desenvolvimento de práticas sociais, incluindo-se as de saúde, tem sido um importante espaço utilizado por profissionais de saúde, em particular pela Equipe da ESF para a produção/reprodução de um saber e de promoções às práticas de saúde. (ALBUQUERQUE e BOSI, 2009; apud SETTI e BÓGUS, 2010; SANTOS e KIRSCHBAUM, 2008).

Atualmente essa divulgação nas praticas de saúde, podem ocorrer em vários locais, como escolas, trabalho, no lar, a mulher busca ampliar o acesso saúde, esse comportamento favorável à promoção da saúde necessita ser valorizado e incentivado através da VD para aumentar seu autocontrole sobre os fatores que interferem em sua saúde e através disto melhorá-la, (TRINDADE e FERREIRA, 2009; CASARIN e PICCOLI, 2011).

Nos programas instituídos pelo MS para a Saúde da mulher enfatizam as atividades qualificadas e humanizadas, no sentido de acolher e facilitar o acesso, para a captação precoce das ações de promoção, assim precede-se a VD, como uma ferramenta do trabalho que reforça o vínculo e a captação precoce dessa população (CESAR, JA et al, 2008; BRASIL, 2007; BRASIL, 2006)

O acesso à saúde da mulher, executado através da VD, quando facilitado e ágil contribui com a participação dos familiares e a superação de preconceitos. (CASARIN e PICCOLI, 2011; COSTA CO, COSTA CF, VAAGHETTIC, 2010).

O desconhecimento sobre determinados assuntos tratados como exclusividade somente feminina, tais como exame ginecológico, cria barreiras intrínsecas nas mulheres. A VD, através do vínculo e o respeito dos profissionais superam as dificuldades e interage no sentido de promoção á saúde da mulher. (SAKATA ET Al. 2007; CASARIN e PICCOLI, 2011; AZEVEDO e BARBOSA. 2007).

Ressalva-se que a garantia da promoção e da criação do elo com a comunidade, ou o usuário, esta ligada, à capacidade da ESF, em corresponder as necessidades encontradas e com isso adequando os serviços para assegurar o direito a saúde da população adscrita. (AZEVEDO e COSTA, 2010; AZEVEDO e BARBOSA, 2007).

As mulheres da área rural encontram dificuldades no acesso ao serviço, devido à distância e ao trabalho, sendo que a VD vem dando suporte para essa dificuldade, pois busca através da realidade de vida da população possíveis formas de auto cuidado e readaptação ao meio ambiente inserido. (BRASIL, 2004; ALBUQUERQUE e BOSI, 2009).

Na inserção da VD, a equipe da ESF, deve estar atenta e qualificada para a necessidade desta população com isso garantindo a promoção da saúde da mulher de seus familiares e comunidade que está inserida, contribuindo para seu bem estar. (SANTANA et al 2011; SARAIVA et al, 2011).

As ações educativas incorporadas a VD influenciam na ampliação da promoção da saúde e readequação das condições de vida da população feminina que se torna atuante no processo de mudanças na promoção de saúde, e nas perspectivas das políticas públicas de saúde (SANTOS et al, 2008).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a implantação do novo modelo de assistência à saúde na ESF indica uma maneira de atuar no trabalho, com ferramentas, como a Visita Domiciliar evidenciando-se a necessidade de transformação dos profissionais, para que sejam comprometidos, qualificados, sensíveis, acessível e humanizados a operacionalizar as ações de promoção.

É preciso refletir sobre as mudanças que exige o modelo de atenção à saúde, como em relação às transformações no cotidiano do trabalho em equipe e na comunidade adscrita. Para a qualificação da atenção primária como base e centro organizador das redes de atenção integral à saúde, organizando de uma forma interligada as ações de saúde nas diferentes esferas de atenção, refletindo respostas sociais reativas e proativas.

Portanto, é necessário um instrumento para a educação de pessoas objetivando a ampliação de sua capacidade de analisar e de intervir sobre sua saúde. Essa educação teria como escola a própria vida, mediante a implantação de modalidades de intervenção, que permitam aos sujeitos participarem do comando de processos de trabalho, de educação, de intervenção comunitária e, do cuidado de sua própria saúde, mediante o aprendizado do conhecimento de situações de risco e vulnerabilidade, sendo um processo educacional voltado na promoção e prevenção em saúde da comunidade em seu meio ambiente.

A potencialidade inovadora da atenção domiciliar se dá pela maior permeabilidade das equipes aos diferentes aspectos vivenciados pelos usuários e suas famílias e pela produção de um cuidado ampliado que não se restringe ao aspectos biológicos da doença.

Assim, são desenvolvidas inovações de cuidado e maiores possibilidades de efetivação do trabalho em equipe, que articula e compartilha diferentes saberes e práticas profissionais com ampliação da autonomia dos usuários ou dos cuidadores criando um novo ambiente de cuidado, atravessado por valores e crenças do cotidiano no domicílio e que, por isso também, configura novas maneiras de medidas de promoção e prevenção, em que convivem os usuários, os familiares, a rede social, os trabalhadores da atenção domiciliar. Nesse novo cenário, a família e o

usuário retomam a centralidade na produção do cuidado, anteriormente restrito às práticas dos profissionais de saúde.

A equipe de Saúde da família, através da visita domiciliar é capaz de criar o elo de confiança e credibilidade para a promoção da saúde em seu meio adscrito, porém deve seguir num processo de trabalho sistematizado para alcançar o resultado satisfatório.

Como a população feminina no território brasileiro continua sendo a maioria, a equipe da Estratégia de Saúde da Família poderá utilizar esta população feminina como instrumento de multiplicação de informações, com isso através da visita domiciliar resgatá-la no seu ambiente “seguro”, onde ela se sente confortável e segura para transmitir o conhecimento sobre a importância do preventivo e adesão ao pré natal do primeiro trimestre ao puerpério com isso gerando confiança e credibilidade com ações de promoção a saúde.

O acolhimento através da Atenção domiciliar pode colaborar com a ampliação do acesso, as unidades de saúde e para a estruturação do método de trabalho, em resposta às necessidades da população. Significa que a porta de entrada da unidade de saúde deve ser alterada, revendo o contexto da população adscrita, principalmente da área rural onde o deslocamento dificulta ao acesso á saúde.

8. REFERENCIAS

- ALBUQUERQUE, Adriana Bezerra Brasil, BOSI, Maria Lucia Magalhães. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(5): 1103-1112, maio, 2009.
- AZEVEDO, Ana Lucia Martins; COSTA, André Monteiro. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na estratégia de saúde da família. Interface – Comunic., Saúde, Educ. 2010; 14:797-81.
- AZEVEDO, Jane Mary Rosa; BARBOSA, Maria Alves. Triage em serviços de saúde: percepções dos usuários. Rev enferm UERJ. 2007; 15: 33-9. Disponível em:<http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a05.pdf> Acesso em:06/11/2011.
- BRASIL. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. (Série B – Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Anais da 8ª. Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde. 1987.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1ª Ed. 4.ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher/Princípios e Diretrizes. . Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão- Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.158 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos-Caderno nº 5). 3ª Ed.2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4)Ministério Da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica, DF, 4ª Ed 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Atenção à Saúde. O trabalho do agente comunitário de saúde- Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde. 2010.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: 2011.
- CASARIN Micheli Renata, PICCOLI Jaqueline Costa Escobar; Educação em Saúde para Prevenção do Câncer de Colo do Útero em Mulheres do Município de Santo Ângelo/RS. Ciência & Saúde Coletiva, 16(9): p. 3925-3932, 2011. Disponível em:< [http:// www.scielosp.org/pdf/csc/v16n9/a29v16n9.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n9/a29v16n9.pdf)> Acesso em: 27/12/2011.
- CAMPOS Gaspar Wagner Souza. Trabalho, Educação e Saúde, v. 4 n. 1, p. 19-31, 2006

- CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. *Cad. Saúde Pública*[online]. 2010, vol.26, n.3, pp. 557-566. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n3/13.pdf>> Acesso em: 07/07/2012.

- CESAR, Juraci A; SASSI Raul A. Mendonça; ULMI Eduardo F; DALL'AGNOL Marinell M; NEUMANN Nelson A. Diferentes estratégias de visita domiciliar e seus efeitos sobre a assistência pré-natal no extremo Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 24(11): 2614-2622,2008 Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n11/16.pdf>> Acesso em: 11/11/2011.

- COSTA Carla de Oliveira da, COSTA Cesar Francisco Silva da, VAAGHETTIC Helena Heidtmann. Acolhimento no processo de trabalho da enfermagem: estratégia para adesão ao controle do câncer do colo uterino. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.34, n.3, p.706-717. Jul./set. 2010.

- COSTA, Edina Silva et al. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. *Rev. Rene*. Fortaleza, p.86-93, 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_pdf/a10v11n2.pdf> Acesso em: 21/10/2011.

- DRULLA, Arlete, ALEXANDRE Ana Maria Cosvoski, RUBEL. Fernanda Izzuni Mazza, AZEVEDO Veronica. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. *Cogitare Enfermagem*, 2009. Out/Dez 667-74 Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16380/10861>>. Acesso em: 21 11. 2011.

- FREITAS, Fernanda Pini; PINTO, Ione Carvalho. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica – SIAB. *Rev. Latino Americana Enfermagem*. 2005; 13(3): 547-54: disponível em: < <http://www.eerp.usp.br/riae>. Acesso: 27 dez.2011.

- GIL, Celia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21 (2): 490-498 mar-abr, 2005. Disponível em: < www.scielo.org/pdf/csp/v21n2/15.pdf > Acesso em:05/10/2011

- GIL, Antônio Carlos, Como elaborar projetos de pesquisa, 4.Ed,São Paulo; Ed. Atlas S.A,2009.

- GOMES Mônica Araújo, PEREIRA Maria Lúcia Duarte. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Rev. Ciência & Saúde*

Coletiva, 10(2)?357-363,2005. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v10n2/a13v10n2.pdf> >. Acesso em: 11/12/2011.

- HEALTH PROMOTION AGENCY FOR NORTHERN IRELAND. Health Promotion, 2004. <http://www.healthpromotionagency.org.uk/> Acesso em: 05 jan. 2012.

- LOPES, Maria do Socorro Vieira; SARAIVA Klívia Regina de Oliveira; FERNANDES, Ana Fatima Carvalho; XIMENES, Lorena Barbosa. Análise do conceito de promoção da saúde. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2010 Jul-Set; 19(3): 461-8: disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a07v19n3.pdf> Acesso: 07 dez.2011.

- MACHADO Maria de Fátima Antero Sousa; VIEIRA Neiva Francenely Cunha. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.17 no. 2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2009. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0104-116920090002&lng=en&nrm=i >. Acesso em: 15/12/2011.

- MANTOVANI MF, MOTTIN JV, RODRIGUES J. Visita domiciliar de enfermagem com atividades no tratamento da pressão arterial. Online Brazilian Journal of Nursing. 2007 [cited 2007 feb 20]; 6(1). Disponível em:< <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/757/171> >. Acesso em: 15/11/2011.

- MARCONI MA, LAKATOS EM. Fundamentos de Metodologia Científica. 6.ed. 4. reimp. São Paulo: Atlas, 2007,

- MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. / 2ª Ed. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília: 2011.549 p.: il.ISBN: 978-85-7967-075-6

- SAKATA, K. N.; ALMEIDA, M. C. P.; ALVARENGA, A. M.; CRAC O, P. F.; PEREIRA, M. J. B. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 60(6), nov-dez 2007, p. 659

- SANTOS, F. R. et al. Promoção em saúde: pressupostos, sentidos, práticas e a compreensão dos técnicos em saúde. In: SAITO, R. X. S (Org.). Integralidade da Atenção – organização do trabalho no Programa Saúde da Família na perspectiva sujeito-sujeito. São Paulo: Martinari, 2008. cap 2, p. 47-80.

- SANTOS Edirlei Machado, KIRSCHBAUM Debora Isane Ratner. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2008; 10(1): 220-227. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a20.htm>> Acesso em:06/11/2011
- SANTANA Aline Brandão, SOUZA Zannety Conceição Silva do Nascimento, CALÓ Fernanda Oliveira, CALDAS Michele Fernandes; Visita domiciliar como estratégia de promoção da saúde no puerpério: relato de experiência na graduação em enfermagem, Congresso Brasileiro de Enfermagem e Obstetrícia e Neonatal, trabalho590ABENFO/MG, 2011. Disponível em:<<http://www.aben-ce.com.br/cben/temas.html>> Acesso em 26/01/2012.
- SARAIVA LLO, SILVA ALB, AQUINO DL, COSTA KV, MAGALHÃES AG, Visita domiciliar multiprofissional: uma proposta de cuidado materno-infantil no puerpério São Paulo. Revista Extensão e Sociedade, vol. 3, n: 3, 2011.
- SETTI, Andreia Faraoni Freitas; BÓGUS, Claudia Maria. Participação Comunitária em um Programa de Intervenção em Área de Proteção Ambiental. Rev. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.4, p.946-960, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/20.pdf> > Acesso em: 05/11/2011.
- SILVA, Dannyelly Dayane Alves da; PINTO, Eduardo Araújo; MONTEIRO Fernanda Silva . Seminário Nacional de diretrizes para Enfermagem na Atenção básica em saúde 2º Seminário Nacional de Diretrizes de Enfermagem na Atenção Básica em Saúde: Anais [Recurso Eletrônico]. Recife: Associação Brasileira de Enfermagem, Seção Pernambuco, 2009. ISSN 2175-6007. Tema Central: (Re) construção de Cenários na Atenção Básica em Saúde. 1. Atenção Primária à saúde. 2. Cuidados de Enfermagem. 3. Congresso Titula. Disponível em:<http://www.abeneventos.com.br/2senabs/cd_anais/pdf/id29r0.pdf> Acesso em: 08/11/2011.
- SILVA, Rafaela de Oliveira Lopes da A visita domiciliar como ação para promoção da saúde da família : um estudo crítico sobre as ações do enfermeiro , S586 , vii, 129f 105 p. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. . Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.unirio.br/propg/posgrad/stricto_paginas/site%20Enfermagem/SiteENFv3/dissertacoes/dissertacoes%202009/a%20visita%20domiciliar%20como%20acao%20para%20promocao%20da%20saude%20da%20familia%20um%20estudo%20critico%20sobre%20as%20acoes%20.pdf> Acesso em: 08/11/2011
- SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela de; SEIXAS,Clarissa Terenzi; MERHY, Emerson Elias. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. Rev. Saúde Pública [online]. 2010, vol.44, n.1, pp. 166-176. ISSN

0034-8910.Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v44n1/18.pdf>. Acesso em:06/07/2012

- SOUZA, Maria de Fatima de. Programa Saúde da Família no Brasil. Análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007.
- TEIXEIRA, Marizete Argolo, NITSCHKE, Rosane Gonçalves. Modelo de cuidar em enfermagem junto às mulheres-avós e sua família no cotidiano do processo de amamentação. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2008, vol.17, n.1, pp. 183-191. ISSN 0104-0707. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000100021>>. Acesso em: 16/11/2011
- TRINDADE, Wânia Ribeiro. FERREIRA, Marcia Assunção. Grupo feminino de cuidado: estratégia de pesquisa-cuidado à mulher. *Rev. bras. enferm.*[online]. 2009, vol.62, n.3, pp. 374-380. ISSN 0034-7167. Disponível em:<redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2670/267019599007.pdf> Acesso em: 16/11/2011.
- WHO (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: Canadian Public Health Association.

ANEXO I

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Descritor	Visita Domiciliar
Base de Dados	Ciências de Saúde Geral 413 Lilacs(211), Ibecs (0), Medline(9)
Seleção: Critérios de Inclusão e exclusão	Português 30 Texto Completo 19
BVS	Artigos: Medline-01/ Lilacs -06 Dissertações: Lilacs-02 Periódicos: 04
SciELO	Artigos: 06 Dissertações: 04 Periódicos: 04
Descritor	Promoção da Saúde da Mulher na Atenção básica
Base de Dados	Ciências de Saúde Geral 33 Lilacs(22), Ibecs (3), Medline(8)
Seleção: Critérios de Inclusão e exclusão	Português 09 Texto Completo 10
BVS	Artigos: Medline-0/ Lilacs -06 Dissertações: Lilacs-02 Periódicos: 01
SciELO	Artigos: 01 Dissertações: 0 Periódicos: 01

Fonte: instrumento elaborado pela pesquisadora