

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE DA FAMÍLIA

LENNON DA COSTA SANTOS

**SISTEMATIZAÇÃO DAS VISITAS DOMICILIARES DOS AGENTES DE
SAÚDE, DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA 01 DA POLICLÍNICA
PADRE JOSÉ DE ARIMATÉIA**

MARIANA - MINAS GERAIS

2014

LENNON DA COSTA SANTOS

**SISTEMATIZAÇÃO DAS VISITAS DOMICILIARES DOS AGENTES DE
SAÚDE, DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA 01 DA POLICLÍNICA
PADRE JOSÉ DE ARIMATÉIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof^a. Kátia Ferreira Costa Campos

MARIANA - MINAS GERAIS

2014

LENNON DA COSTA SANTOS

**SISTEMATIZAÇÃO DAS VISITAS DOMICILIARES DOS AGENTES DE
SAÚDE, DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA 01 DA POLICLÍNICA
PADRE JOSÉ DE ARIMATÉIA**

Banca examinadora

Examinador: Prof. Eulita Maria Barcelos

Orientadora: Kátia Ferreira Costa Campos

Aprovado em Belo Horizonte, em 04 de fevereiro de 2015

RESUMO

A estratégia de saúde da família é um modelo de assistência, cujo cerne é o cuidado integral ao indivíduo e sua família, nas comunidades, levando em consideração determinantes e condicionantes de saúde. Esse modelo de reorganização da assistência tem se reorientado ao longo do tempo e assimilado tecnologias que garantem a prática dos princípios do SUS. Nesse contexto, destaca-se a importância da visita domiciliar como prática de uma assistência integral e humanizada capaz de romper com os limites físicos da unidade de saúde e tornar material o conceito de saúde como prática cotidiana. Esse trabalho teve como objetivo elaborar um plano de intervenção para sistematização das visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde. Para tanto foi utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional, quando foi realizado o diagnóstico situacional da equipe de ESF 01 do posto de saúde do bairro Cabanas, e a partir desse percebeu-se a importância de sistematizar a visita dos agentes comunitários de saúde em uma ferramenta portátil e de fácil uso. O resultado foi um plano de intervenção que buscou construir uma cartilha para sistematizar a visita dos agentes comunitários de saúde composta de 16 blocos de temas relacionados à assistência da família. Para o alcance dos resultados, são esperadas mudanças de condutas no sentido de melhorar a qualidade da assistência prestada por esses profissionais no primeiro nível de assistência a saúde. E como resultado preliminar do trabalho da equipe durante a elaboração do Trabalho de Conclusão Curso, foi construído uma cartilha para nortear as visitas dos agentes de saúde. A partir da qual será realizada a capacitação dos mesmos.

Palavras-chave: Visita domiciliar. Saúde da família. Estratégia saúde da família.

ABSTRACT

The family health strategy is a health care model developed for primary care, whose core is the care for the individual and the family, in an integrated manner and taking into account social and environmental aspects. This reorganization model of health care has been reoriented over time and assimilated new technologies for the apply the SUS's principles. In this context, we highlight the importance of home visits as practice for comprehensive and humanized care, able to overcome the physical edges of the health unit and make reality the concept of health as a daily practice. This study aimed to develop an action plan for improvements the home visits made by community health workers. For this, was used the method of Situational Strategic Planning during the situational diagnosis of ESF 01 team, when the group realized the importance of systematizing the community health workers' visits in a portable and easy to use tool. The checklist for the community health workers' visits was build based on 16 themes related to family assistance. To achieve results, changes in behavior in order to better the quality of care provided by these professionals in the first level of health care are expected. And as a preliminary result of team work during the development of Course Conclusion Project, was built a booklet to guide the visits. From which the training of the team it will be held.

Key-words: Home visit. Family health. Family health strategy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Identificação dos nós críticos relacionados ao problema	22
Quadro 2. Identificação de recursos críticos	24
Quadro 3. Propostas de ações para a motivação dos atores	24
Quadro 4. Plano operativo	25

LISTA DE SIGLAS

ACS. Agente Comunitário de Saúde

BVS. Biblioteca Virtual de Saúde

CAPS. Centro de Atenção Psicossocial

ESF. Estratégia de Saúde da Família

MS. Ministério da Saúde

NASF. Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PACS. Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF. Programa Saúde da Família

SciELO. Scientific Electronic Library Online

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS. Sistema Único de Saúde

TCC. Trabalho de Conclusão de Curso

UFOP. Universidade Federal de Ouro Preto

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. JUSTIFICATIVA.....	13
3. OBJETIVOS.....	14
4. METODOLOGIA	15
5. CONTEXTUALIZAÇÃO	17
6. DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	21
7. RESULTADOS PRELIMINARES.....	28
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
9. REFERÊNCIAS.....	30
ANEXOS I e II	32

1. INTRODUÇÃO

Mariana é um município localizado na área central do estado de Minas Gerais e fica a 110 km da capital Belo Horizonte. Foi primeira vila, primeira capital, sede do primeiro bispado e primeira cidade a ser projetada em Minas Gerais. A história de Mariana, tem como cenário um período de descobertas, religiosidade, projeção artística e busca pelo ouro, é marcada também pelo pioneirismo de uma região que há três séculos guarda riquezas que a remete ao tempo do Brasil Colônia.

Hoje, contudo, a cidade tem sofrido profundas transformações em sua estrutura física e logística. O crescimento desordenado das áreas periféricas na forma de invasões tem sido impulsionado devido ao grande fluxo de trabalhadores braçais de áreas do norte do país.

A principal forma de arrecadação da cidade é decorrente da mineração da região que ocorre por grandes empresas. Isso tem gerado grande fluxo de dinheiro para o município, que fatura por volta de 10 milhões mensalmente. (MARIANA, 2014). Contudo, o crescimento tem trazido problemas de cidade grande para uma cidade acostumada com a tranquilidade: trânsito, tráfico de drogas, aumento da violência e prostituição.

No município de Mariana-MG, o bairro Cabanas, uma área de risco social, é dividido em três áreas de abrangência de equipes de ESF, enumeradas respectivamente como Cabanas 1, Cabanas 2 e Cabanas 3. Diferentemente de outros bairros, a estratégia de saúde da família (ESF) nesse bairro conta com equipes completas e apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na própria unidade básica de saúde (odontólogos, fisioterapeutas, psiquiatras, psicólogos). As equipes trabalham com um excedente populacional uma vez que, em cada área, a média de habitantes é de 5.300 pessoas, sendo que o recomendado é de 1500 a 4000 pessoas adscritas por equipe, conforme estabelece a Portaria nº 2488/2011, do Ministério da Saúde, em seu anexo.

A organização do grupo populacional adscrito a área de Cabanas 1 é realizada por uma enfermeira contratada, capacitada para o trabalho e que já atua na área há 10 meses. Antes desse período, a tarefa era realizada por enfermeira

concurada, que está afastada de suas atividades devido a um acidente automobilístico. A atual enfermeira já se encontra inserida a rotina do serviço e desempenha bem suas tarefas, além de contar com boa relação interpessoal com a população. Toda a população é regularmente cadastrada e registrada por risco sócio-sanitário, trabalho este complementado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

É realizado pela equipe o atendimento da atenção primária, sendo que, a partir dos diagnósticos, é possível estratificar riscos e alocar os usuários em determinados grupos de apoio: HIPERDIA, saúde mental, saúde da mulher e planejamento familiar. Através desses grupos, os pacientes adquirem informações e tiram dúvidas a respeito de determinados assuntos, além de receberem atendimento médico contínuo. Os grupos operativos ocorrem em sala de reunião com a presença de pacientes e profissionais de saúde, na maioria dos casos, sob comando da enfermeira. Nesse quesito, o espaço físico da unidade é bom, embora haja problemas quanto à ventilação do local.

Aumentando-se o nível de complexidade, é possível referenciar os pacientes para a saúde bucal, CAPS, acolhimento de gestantes de alto risco, pequenas cirurgias, e diversas outras especialidades médicas. A unidade básica de saúde (UBS) atua como porta de entrada para acolhimento, avaliação e quando necessário, para a referência mediante o encaminhamento como referência e contra-referência. O Centro de Saúde ainda conta com o apoio de nutricionista, fisioterapeuta, psiquiatra, ginecologista e pediatra, que atuam em dias diferentes da semana e que recebem o fluxo mediante encaminhamento médico.

A referência costuma ocorrer de forma tranquila, embora haja um tempo mínimo para receber a contra referência. Esse tempo pode ser maior conforme a disponibilidade de especialistas na região. Um exemplo é a longa fila de espera para consultar com um cardiologista. Parte disso se deve também ao fato de que há a dificuldade dos especialistas em enviar a contra referência para o clínico, de modo que o acompanhamento possa ser continuado na unidade básica de saúde. Outro grande problema permanece na não conscientização da população e, até mesmo de membros da equipe de saúde, a respeito da atenção básica. Desse modo, a população utiliza o serviço como pronto atendimento, à procura de consultas rápidas

e específicas para determinado agravo. Como a unidade conta com médico de apoio, quatro vezes por semana, inúmeros pacientes o procuram para renovar receitas, inclusive de medicações controladas. Não há o registro do atendimento no prontuário uma vez que trata-se de fichas de “demanda”. Perde-se a essência do cuidado da prevenção, do cuidado contínuo e da promoção da saúde.

A unidade carece também de uma triagem básica dos atendimentos de demanda, uma vez que não há espaço para elas na agenda do profissional médico. Sendo assim, quando há vários atendimentos de demanda, o período das consultas agendadas fica muito encurtado, comprometendo o processo de trabalho e sacrificando princípios básicos da prática médica, como a anamnese e o exame físico bem feito.

Um ponto interessante da UBS de Cabanas é o fato de a mesma ser usada como posto escola para os acadêmicos de medicina e nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). Isso permite novamente a interação do médico com o ambiente acadêmico e com a possibilidade de discussão de casos com os professores, que invariavelmente são bem abertos em ajudar.

Até o momento, não foi apresentado recurso de pesquisa em internet na UBS para uso das ferramentas de telessaúde e outros recursos pertinentes à boa prática da saúde. A ausência de reuniões organizacionais entre os membros da equipe dificulta a sintonia fina para identificação de problemas e a busca por soluções.

A equipe de Estratégia de Saúde de Família 01 (ESF1) da Policlínica Municipal Padre José de Arimatéia, foi implantada em 2007, com a inauguração da unidade. O centro de saúde, erroneamente batizado como policlínica, está localizado na área urbana de Mariana – Minas Gerais, distando três quilômetros do centro da cidade. Conjuntamente com mais duas equipes de ESF, a policlínica atende aos bairros Santa Rita de Cássia, Cabanas, São José, Cartuxa, Vale Verde e uma área de invasão atualmente denominada como bairro Santa Clara. Muitos moradores do bairro são provenientes dos distritos de Mariana, contudo, o bairro recebeu fluxos de migração de todas as áreas do país devido à disponibilidade de empregos oferecidos pelo setor de mineração, que é bem forte na região.

Apesar do porte de cidade, os bairros atendidos pelo centro de saúde podem ser considerados como ainda em formação, uma vez que se observam ruas sem calçamento, casas sem saneamento básico e água encanada, além da inexistência de fronteiras fixas, que se alargam com a construção de novas casas.

Esses bairros são compostos por população heterogênea, com representantes de classe média/baixa, mas com predomínio de pessoas de baixo padrão sócio econômico. Algumas ruas são consideradas “áreas de risco”, por existir um alto índice de violência, devido, principalmente, à elevada prevalência de alcoolismo, desemprego e tráfico de drogas, segundo dados levantados pela Equipe de Saúde em 2009 (SIAB – 2009). Dados desse mesmo ano mostram que 13% dos chefes de família não sabem ler e escrever e 14% das famílias têm renda per capita inferior a R\$ 90,00 mensais.

A policlínica Padre José de Arimatéia foi projetada para atender a população da região, na época com cerca de 11.000 habitantes. Atualmente, cada uma das três equipes de ESF tem uma população adscrita de mais de 4.000 pessoas. A equipe de ESF1 é composta por 6 agentes comunitários de saúde (ACS), 1 técnico de enfermagem, 1 enfermeiro, 1 médico e apresenta 1.132 famílias cadastradas, perfazendo, até o momento, o número de 4018 moradores (SIAB - 2013).

Os bairros atendidos pela policlínica, devido à grande extensão territorial e heterogeneidade populacional, possuem inúmeros problemas sociais, ocupacionais e de interesse da área de saúde. Dentre aqueles identificados no diagnóstico situacional, podemos citar: tráfico de drogas, ausência de pavimentação e saneamento básico, esgoto a céu aberto, ligações de energia clandestinas, baixa aderência a prática de atividades físicas, carência de áreas de lazer e baixa escolaridade. Diante desse fato, é importante identificar esses problemas e ao mesmo tempo propor um fluxo para que eles possam ser corrigidos, quando possível, ou de alguma forma amenizados.

Durante a realização do diagnóstico situacional pela equipe do ESF1, utilizando entrevistas estruturadas com informantes-chave e observação direta, ficou claro que o início da cadeia de acolhimento dos usuários da unidade básica era fragmentado e não uniforme. Esse papel é realizado pelos agentes de saúde em seu

trabalho de campo. Dessa maneira, torna-se necessário criar meios que possibilitem a organização e a sistematização do trabalho de campo dos agentes de saúde.

2. JUSTIFICATIVA

Os agentes comunitários de saúde (ACS) têm cumprido um importante papel no processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde e na integração dos serviços de saúde da atenção básica com a comunidade. Por tal motivo, o processo de qualificação desses profissionais deve ser constante e atualizado, de modo a auxiliá-los em seu processo de trabalho e conseqüentemente no cuidado das famílias brasileiras.

Ainda, o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde deve ser otimizado de forma a maximizar sua eficiência, permitindo a avaliação completa de todos os aspectos e riscos que envolvem o adoecer e a manutenção da saúde das famílias sob sua responsabilidade.

Considerando que os agentes comunitários de saúde estão no primeiro nível da assistência à população, a qualidade do trabalho por eles realizado impacta diretamente na resolutividade da atenção primária, reduzindo custos e encaminhamentos para níveis de maior complexidade.

Logo, a implantação do plano de ação para sistematizar a visita domiciliar e tornar o trabalho do agente comunitário de saúde mais efetivo, justifica o presente trabalho.

3. OBJETIVOS

Elaborar um plano de intervenção para melhorias na realização de visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde.

4. METODOLOGIA

Para a elaboração desse trabalho foi utilizado o diagnóstico situacional, realizado por meio da estimativa rápida, com a observação ativa do cotidiano da UBS, consulta com os informantes-chave: agentes comunitários de saúde, recepcionistas, enfermeiros, usuários da UBS, gerência do posto e revisão da literatura sobre o tema.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica com a utilização das bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico, publicações do Governo Federal, especialmente do Ministério da Saúde e o Banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Foram priorizadas as publicações dos últimos 10 anos, com a utilização das seguintes palavras-chave: visita domiciliar, saúde da família e estratégia saúde da família.

Para a elaboração do Plano de Intervenção foram utilizados os dez passos para elaboração de um plano de ação descritos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, mencionados a seguir:

- Primeiro passo: definição dos problemas (o que causou os problemas e suas consequências);
- Segundo passo: priorização dos problemas (avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios);
- Terceiro passo: descrição do problema selecionado (caracterização quanto a dimensão do problema e sua quantificação);
- Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);
- Quinto passo: seleção dos “nós críticos” (causas mais importantes a serem enfrentadas);

- Sexto passo: desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações);
- Sétimo passo: identificação dos nós críticos (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);
- Oitavo passo: análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição);
- Nono passo: elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações);
- Décimo passo: desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

5. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Segundo a Portaria nº 2488 do Ministério da Saúde, publicada em 21 de outubro de 2011, aprovando a atual Política Nacional de Atenção Básica através da revisão das diretrizes e das normas organizacionais, a Atenção Básica caracteriza-se 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 (BRASIL, 2011).

O objetivo da Atenção Básica, tal como proposto pela norma que a orienta, é o desenvolvimento de uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, contribuindo de forma efetiva para a melhora das condições de vida da população em geral (BRASIL, 2011).

De acordo com a Portaria citada, a Atenção Básica é desenvolvida a partir de uma série de medidas, destacando-se o exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas. A assistência à saúde é prestada por equipes destinadas a atender populações de territórios definidos, assumindo a responsabilidade sanitária considerando as peculiaridades existentes no território em que vivem essas populações.

A designação de equipes específicas para cada localidade, trazendo à Atenção Básica o mais alto grau de descentralização e capilaridade, possibilita a utilização de tecnologias de cuidado complexas e variadas a fim de auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em sua área de abrangência, estratificando riscos, vulnerabilidades, resiliências considerando os princípios éticos e operacionais do SUS (BRASIL, 2011).

Para cumprir seu objetivo, a Atenção Básica precisa estar realmente próxima às pessoas. Nesse contexto, a visita domiciliar é uma das ferramentas mais adequadas no sentido de integrar os profissionais da saúde ao território e a população adscrita. A estratégia permite que a equipe de atendimento conheça o espaço físico e toda a dinâmica social de uma comunidade em seu constante

processo de mudança, observando vários dos processos de saúde e adoecimento, nos locais onde eles se desenvolvem, identificando os fatores sociais envolvidos nesse processo (CARDOSO, 2010).

Digno de nota que o modelo de Atenção Básica estabelecido pela Portaria nº 2488 acompanha o paradigma que orienta as políticas assistenciais de saúde no país desde 1991, quando foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), cujo foco era redução da mortalidade infantil e materna (VIANA, 2005), a partir do atendimento centrado no indivíduo, abandonando o modelo médico-centrado e hospitalocêntrico.

A partir da criação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, cuja finalidade é reorganizar a atenção básica com equipes de saúde de família, essas passaram a ser compostas também por agentes comunitários de saúde (ACS), como estratégia para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual do Programa de Saúde da Família e posterior consolidação como estratégia prioritária de abrangência nacional, o que efetivamente se deu em 2006, com a publicação da Portaria nº 648, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

A Portaria nº 2488 avança quando reconhece os agentes comunitários de saúde como trabalhadores fundamentais para a Atenção Básica, funcionando como ponte de contato entre a população e o atendimento médico efetivo. Os ACS são pessoas selecionadas dentro do próprio contexto comunitário para atuar junto à população. Cada um deles é responsável por de 400 a 750 pessoas, desenvolvendo ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de atividades educativas no domicílio e na comunidade, sob supervisão competente (BRASIL, 2011).

Assumem importantes e variadas funções, dentre as quais citam-se orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS; cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; e desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde (BRASIL, 2002).

Em especial destaque, a atribuição do agente comunitário de saúde de estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, o que se faz por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade. Neste particular, pode-se dizer que a visita domiciliária constitui o principal instrumento de trabalho dos ACS.

De acordo com Takahashi e Oliveira (2001, p43), “a visita domiciliar pode ser definida como uma ferramenta de intervenção na saúde da família, utilizada pelos integrantes da equipe para conhecer as condições de vida e de saúde das famílias sob sua responsabilidade”.

A visita domiciliar é uma tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade: ao levar a assistência à saúde para o local de acontecimento dos agravos, a visita domiciliar integra ações no sentido de tornar o conhecimento da realidade de vida da população o foco para entendimento e combate de todos os componentes que ameaçam o equilíbrio do bem-estar biopsicossocial dos indivíduos. A sua execução ocorre nos locais de moradia dos usuários dos serviços de saúde e seguem uma sistematização elaborada pela equipe seguindo diretrizes do Ministério da Saúde (MS). Dessa forma, a visita domiciliar subsidia a intervenção da equipe de saúde nos processos de saúde e doenças ao promover o cuidado da coletividade (TAKAHASHI, 2001).

O Ministério da Saúde recomenda que haja, ao menos, uma visita mensal a cada domicílio da área de atuação do agente, com variações de frequência em função do estado de saúde de seus habitantes (BRASIL, 2001).

Na visita domiciliar, a família deve ser informada do motivo e da importância do atendimento pelos agentes comunitários de saúde. Para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe, é fundamental que tanto o ACS quanto os demais profissionais aprendam a interagir com a comunidade, sem fazer julgamentos quanto à cultura, crenças religiosas, situação socioeconômica, etnia, orientação sexual, deficiência física etc. Todos os membros da equipe devem respeitar as diferenças entre as pessoas, adotando uma postura de imparcialidade, escuta e tolerância aos princípios e às distintas crenças e valores. Tal comportamento é importante para que

haja, de fato, interação entre os membros da equipe e da comunidade, permitindo que o atendimento seja feito de forma adequada (BRASIL, 2009).

A abordagem *in situ* busca reinventar a assistência à saúde em suas práticas, já que considera o modo de vida nos processos de saúde e adoecer. Abandona-se o manejo de doenças para instituir o cuidado aos pacientes por meio do entendimento da influência da produção social dos processos de saúde e de doença.

Busca-se o cuidado integral com o fomento a práticas de prevenção, cuidado e reabilitação, além da valorização do indivíduo como protagonista da construção da própria história, já que o conceito de saúde corresponde não apenas à ausência de doenças, mas como é ideia ampla que extravasa a atmosfera do encontro com os profissionais de saúde apenas quando acometido de alguma doença. Vínculos entre os profissionais de saúde e os pacientes são reforçados já que a assistência rompe os muros dos centros de saúde e reforça a ideia do cuidado integral. Assume-se a responsabilização pelo paciente para além do consultório médico (TAKAHASHI, 2001).

A consideração de aspectos sociais nos processos de saúde e adoecimento alcança a realidade durante as visitas domiciliares. Por meio delas, é mais fácil a identificação de fatores de risco e até mesmo de fatores causais de doenças. Rompe-se com a barreira da linguagem que muitas vezes é interposta entre o profissional com grande conhecimento técnico e o usuário, muitas vezes carente até mesmo da alfabetização. Vale lembrar ainda que essa estratégia reforça princípios fundamentais do SUS como o da universalidade, integralidade e equidade.

6. DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Frente à necessidade de sistematizar a coleta de dados, as orientações prestadas à população e a investigação de agravos à saúde durante as visitas domiciliares, a proposta da elaboração de uma lista de checagem surgiu de maneira natural durante a realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe do ESF1. Durante as reuniões, percebeu-se uma heterogeneidade da assistência e da qualidade e quantidade das informações coletadas pela observação direta dos agentes. Dentre os possíveis fatores causais levantados para o problema, foi citada a carência de cursos de atualização e de uma ferramenta portátil para a checagem durante as visitas. A equipe entendeu que essa deficiência era prioritária dentre os problemas enfrentados, já que uma proposta relativamente simples resultaria em mudança de conduta e ao mesmo tempo maximização do trabalho dos ACS.

Seguindo-se a linha de raciocínio proposta por Cardoso de Campos (2010), descreveu-se os passos para a elaboração de um plano de ação com a finalidade de elaborar uma lista de checagem para as visitas domiciliares dos agentes de saúde.

O plano de ação é uma ferramenta que nos permite gerenciar estratégias para a redução ou solução de determinado problema. No presente trabalho, o problema priorizado e identificado por meio do Diagnóstico Situacional foi: necessidade da criação de uma lista de checagem para as visitas domiciliares dos ACS.

Para seu enfrentamento, torna-se necessário conhecer suas causas, ou seja, os “nós críticos”.

6.1. Primeiro passo: identificação dos nós críticos

Os “nós críticos” seriam as causas de um problema. Conhecê-los é fundamental para identificar a origem do problema e, assim, encontrar formas acessíveis de solucioná-lo.

Quadro 1 – Identificação dos nós críticos relacionados ao problema

Problema	Nós críticos
Ausência de sistematização das visitas domiciliares dos agentes de saúde	<p>Falta de cursos de atualização das práticas dos agentes de saúde.</p> <p>Falta de uma ferramenta portátil de checagem para as visitas domiciliares.</p> <p>Ausência de reflexão sobre os processos de trabalho da equipe ao longo do tempo.</p>

6.2. Segundo passo: desenho de operações para os nós críticos do problema

Depois de selecionados os “nós críticos”, torna-se necessário desenhar as operações para enfrentamento das causas, identificar produtos, resultados e recursos necessários para efetivação das operações.

Primeiro nó crítico: Falta de cursos de atualização das práticas dos agentes de saúde.

Operação/projeto: atualização dos conhecimentos para melhor atuar

Resultados esperados: atualização dos conhecimentos técnicos inerentes ao processo de trabalho dos ACS

Produtos esperados: ACS capacitados para realizar visitas domiciliares

Recursos necessários:

Organizacional: reunião da equipe de ESF;

Cognitivo: informação sobre o tema;

Político: disponibilização de tempo, espaço físico e tutores;

Financeiro: recurso para aquisição de materiais e cursos para atualização.

Segundo nó crítico: Falta de uma ferramenta de checagem para as visitas domiciliares.

Operação/projeto: Elaboração de uma lista de checagem

Resultados esperados: ferramenta portátil de apoio e conferência durante as visitas.

Produtos esperados: reduzir o retrabalho de visitas que posteriormente identificaram aspectos não abordados; melhora da assistência global aos moradores; menor tempo entre identificação de um problema e acionamento da equipe; aumento da resolutividade das ações iniciadas e identificadas pelos ACS; melhor coordenação do trabalho em equipe.

Recursos necessários:

Organizacional: elaboração da lista de checagem

Cognitivo: informação sobre o tema e sobre estratégias de comunicação;

Político: interesse da equipe em confeccionar o material;

Financeiro: verba para a impressão da lista de checagem.

Terceiro nó crítico: Ausência de reflexão sobre os processos de trabalho da equipe ao longo do tempo.

Operação/projeto: Processos de trabalho em discussão com gestão colegiada

Resultados esperados: melhora dos processos de trabalho, com ganho de realização pessoal, efetividade e resolubilidade de problemas

Produtos esperados: reuniões de equipe quinzenais.

Recursos necessários:

Organizacional: organização das reuniões de equipe quinzenais;

Cognitivo: conhecimento sobre processos de trabalho, mudanças de paradigmas e planejamento;

Financeiro: próprios da unidade.

6.3. Terceiro passo: identificação de recursos críticos

Essa é uma atividade fundamental para analisar a viabilidade do plano. Os recursos críticos são aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis. Então, é preciso criar estratégias para viabilizá-los.

Quadro 2 - Identificação de recursos críticos

Operação/Projeto	Recursos críticos
Atualização dos conhecimentos para melhor atuar	Político: disponibilização de tempo, espaço físico e tutores; Financeiro: recurso para aquisição de materiais e cursos para atualização
Lista de checagem	<i>Organizacional:</i> elaboração da lista de checagem
Processos de trabalho em discussão com gestão colegiada	<i>Organizacional:</i> organização das reuniões de equipe quinzenais <i>Financeiro:</i> verba para a impressão da lista de checagem.

6.4. Quarto passo: análise de viabilidade do plano

Muitas vezes e, como é o caso do plano em questão, o ator não controla os recursos necessários para alcançar seus objetivos. Então, é preciso identificar os atores que controlam os recursos críticos, avaliando seu posicionamento em relação ao problema para poder criar ações estratégicas que possam gerar viabilidade ao

projeto. Pode haver uma motivação favorável, indiferente ou contrária dos atores detentores dos recursos críticos. Assim, o criador do plano deve definir operações viáveis para que os atores tornem-se favoráveis à realização do projeto.

Quadro 3 - Propostas de ações para a motivação dos atores

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Atualização dos conhecimentos para melhor atuar	Político: disponibilização de tempo, espaço físico e tutores; Financeiro: recurso para aquisição de materiais e cursos para atualização	Secretaria de Saúde	Indiferente	Apresentar o projeto
		Prefeito Municipal	Indiferente	
Lista de checagem	<i>Organizacional:</i> elaboração da lista de checagem	Ator que planeja	Favorável	Não é necessário
		Secretaria de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto
Processos de trabalho em discussão com gestão colegiada	<i>Organizacional:</i> organização das reuniões de equipe quinzenais <i>Financeiro:</i> verba para a impressão da lista de checagem.	Ator que planeja	Favorável	Não é necessário
		Secretaria de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto

6.5. Quinto passo: elaboração do plano operativo

O principal objetivo desse passo é designar responsáveis por cada operação (gerente de operação) e definir os prazos para o cumprimento das ações. O gerente

se responsabilizará pelo acompanhamento das ações definidas no projeto, mas não necessariamente deve executá-las. Pode contar com o apoio de outras pessoas.

Quadro 4 - Plano operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Atualização dos conhecimentos para melhor atuar	Atualização dos conhecimentos técnicos inerentes ao processo de trabalho dos ACS	Reuniões com a ESF para explicação do projeto e importância do apoio de toda a equipe;	Apresentar o projeto; Apoio multiprofissional; Programar aulas de capacitação;	Médicos Enfermeiros Técnicos de enfermagem Agentes de Saúde Coordenador da atenção básica	180 dias
Lista de checagem	Sistematização das visitas domiciliares dos agentes de saúde	Melhora da assistência aos usuários Redução do retrabalho em visitas sucessivas	Apresentar o projeto a equipe Agendar reuniões; Elaborar a lista de checagem para as visitas domiciliares Formatar a lista de checagem em forma de cartilha Captação de recurso para impressão da lista	Médicos Enfermeiros Agentes Comunitários de Saúde Técnicos de enfermagem Coordenador da atenção primária	60 dias
Atualização dos conhecimentos para melhor atuar	Tornar a equipe mais consciente sobre seu próprio processo de trabalho	Mudanças de paradigmas e melhora da assistência	Agendar reuniões quinzenais com a equipe de ESF	Médicos Enfermeiros Agentes Comunitários de Saúde Técnicos de enfermagem	30 dias

	através da análise e proposta de intervenções.				
--	--	--	--	--	--

Com a elaboração do plano operativo completa-se o plano de ação. Após, é preciso desenhar e estruturar um modelo de gestão para ser possível coordenar e acompanhar a execução das operações. Esse passo também é importante para garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores.

No presente estudo, não será apresentado um plano de gestão, uma vez que sua finalidade foi a elaboração de um plano de ação e não sua implementação em curto prazo.

7. RESULTADOS PRELIMINARES

A proposta apresentada foi aplicada seguindo os dez passos descritos no tópico anterior. Como resultado preliminar, a equipe construiu a cartilha portátil para nortear as visitas dos agentes de saúde.

Composta por 16 blocos com separação por grupos etários, doenças mais prevalentes e avaliação do domicílio e peridomicílio, a cartilha apresenta-se como solução de baixo custo e fácil transporte para a sistematização das visitas domiciliares pelos agentes de saúde (Anexo I e Anexo II).

A partir das cartilhas serão realizadas as capacitações dos ACS tendo em vista o conhecimento prévio e suas experiências como ponto de partida.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Rever os processos de trabalho e mudar paradigmas é um desafio em qualquer setor produtivo. Em relação ao setor de saúde, em especial a atenção básica, isso é crucial na medida em que toda a cadeia de atendimento tem seu início nesse nível. Como peças fundamentais desse trabalho, destacam-se os agentes comunitários de saúde e seu trabalho de campo na identificação de agravos e desequilíbrios, sociais, ambientais e de saúde. A partir dessa análise dos processos de trabalho, identificou-se a necessidade da criação de uma lista de checagem para as visitas dos ACS.

Diante disso, é fácil perceber, através do plano de ação apresentado, que é possível e viável sistematizar em uma ferramenta portátil aspectos cruciais da visita domiciliar do agente de saúde. Propor operações, resultados, produtos, ações estratégicas e designar responsáveis por cada operação facilita a visualização do plano e sua possível aprovação.

Assim, para efetivar o projeto e, conseqüentemente, ampliar o acesso da população ao serviço de saúde com maior qualidade e equidade, torna-se necessária a implementação das medidas propostas. Além disso, é indispensável o apoio dos governantes para ser possível iniciar a capacitação dos profissionais de saúde.

9. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Adriana Bezerra Brasil de; BOSI, Maria Lúcia 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, v. 25, n. 5, May 2009.

BRASIL. Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002. **Cria a profissão de Agente Comunitário de saúde e dá outras providências**. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2002/10507.htm>>. Acesso em: 11 nov.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. p. 9-55.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde. PACS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. p 40.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde/Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 260: il (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

CARDOSO DE CAMPOS, Francisco Carlos; DE FARIA, Horácio Pereira de; DOS SANTOS, Max André. **Planejamento e avaliação das ações em saúde** - 2ª ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010, p. 114.

DUARTE, Simone Viana. **Manual para Elaboração de Monografias e projetos de Pesquisa**. 3. ed. Montes Claros: Unimontes, 2002.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIANA. Disponível em: <<http://prefeitura2014.pmmariana.com.br/historico>>. Acesso em 15 de novembro de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. **Relatório de gestão – Período de janeiro a novembro de 2011.** Mariana-MG. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus>>. Acesso em 15 de novembro de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. SIAB – **Sistema de Informação de Atenção Básica – 2013.** Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus>>. Acesso em 15 de novembro de 2014.

TAKAHASHI, Renata Ferreira; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 135). p. 43-46.

ANEXOS I e II

HIPERTENSO (HIPERDIA)

- Falta não justificada no HIPERDIA
- Não participação nos grupos de HIPERDIA
- Uso irregular de medicamentos
- Tabagismo, obesidade ou diabetes
- Não aferição da PA há mais de 01 mês
- Última consulta médica há mais de 06 meses
- Não aderência à dieta (NASF)
- Sedentarismo
- Falta de ar
- Dor no peito

DIABÉTICO (HIPERDIA)

- Falta não justificada no HIPERDIA
- Tabagismo
- Uso irregular da medicação oral
- Sinais de descontrole: perda de peso, diurese frequente, excesso de fome e excesso de sede
- Não inspeção diária dos pés
- Uso irregular da insulina
- Erro no acondicionamento da insulina
- Descarte inadequado de agulhas e seringas
- Última consulta médica há mais de 06 meses
- Registro inadequado das glicemias
- Feridas com atraso da cicatrização
- Sedentarismo
- Má aderência à dieta
- Sinais de hipoglicemia: mal estar/sudorese fria

ASMÁTICOS

- Casa pouco ventilada
- Presença de mofo, animais domésticos e poeira
- Presença de cortinas ou tapetes
- Fogão à lenha no domicílio
- Contato com fumantes
- Uso inadequado/limpeza inadequada do espaçador
- Uso inadequado dos medicamentos
- Crises freqüentes (2 ou mais por semana)
- Internações freqüentes
- Abandono do tratamento

SAÚDE BUCAL

- Escovação inadequada
- Prótese com má higienização
- Sangramento gengival
- Prótese mal adaptada
- Dor de dente
- Acamado sem avaliação odontológica há mais de 01 ano

SAÚDE MENTAL

- Evidências de maus tratos/negligência
- Má aderência ao tratamento
- Suspeita de alcoolismo ou abuso de substâncias
- Abandono do acompanhamento psiquiátrico
- Ideação suicida ou desejo de morte

PACIENTES ACAMADOS/DEFICIENTES FÍSICOS

- Cuidados precários de higiene
- Evidências de maus tratos
- Dieta precária
- Presença de escaras
- Última visita domiciliar há mais de 04 meses
- Ausência de materiais para cuidado ou reabilitação

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

- Contato com agrotóxicos
- Abuso de álcool e outras drogas
- Tabagismo
- Obesidade
- Acidente de trabalho/doença do trabalho (avaliar se CAT foi emitida)

Legenda:

Verde: Orientar

Amarelo: Orientar e comunicar a enfermeira

Vermelho: Comunicar a equipe imediatamente

Preto: Orientar e comunicar (NASF/Saúde Bucal)

Azul: Orientar e comunicar a vigilância

Visita Domiciliar – ACS Lista de Checagem



PERIDOMICÍLIO

- Acúmulo de lixo
- Esgoto a céu aberto
- Animais venenosos/peçonhetos
- Presença de roedores
- Animais domésticos soltos ou doentes
- Focos de proliferação do mosquito *Aedes*
- Construções em áreas de risco de desabamento/deslizamento de terra

DOMICÍLIO

- Armazenamento incorreto de água potável
- Caixa d'água aberta/tampa quebrada
- Verificação da visita da equipe de endemias
- Esgoto a céu aberto
- Destino inadequado do lixo
- Focos de proliferação do mosquito *Aedes*
- Animais não vacinados
- Animais doentes

DOENÇAS INFECCIOSAS

- Contato com águas suspeitas de contaminação, sem tratamento ou fonte natural
- Higiene pessoal e de alimentos inadequada
- Tosse há mais de 2 semanas
- Emagrecimento, febre ou sudorese noturna
- Presença de manchas de pele com alteração de sensibilidade
- Interesse em realizar teste para HIV e outras DST's
- Doença diagnosticada anteriormente e não tratada

CRIANÇAS (0 A 5 ANOS)

- Erro alimentar
- Má higiene (coto umbilical e corporal)
- Cartão vacinal incompleto
- Cartão da criança incompleto (dados de peso e altura, crescimento e desenvolvimento)
- Ausência de acompanhamento em puericultura
- Falta não justificada no último retorno
- Peso abaixo da meta
- Altura abaixo da meta
- Criança desmamada antes dos 06 meses de idade
- Criança com atraso de desenvolvimento em relação as outras crianças com a mesma faixa etária
- Risco de verminoses
- Criança com diarreia
- Não suplementação com sulfato ferroso (até 2 anos)
- Evidência de maus tratos
- Criança fora da escola
- Criança não registrada
- Não realizou teste do olhinho
- Não realizou teste da orelhinha
- Criança maior de dois anos que não fixa olhar durante interação, não interage com outras crianças e que apresenta comportamentos repetitivos
- Higiene bucal inadequada (comunicar a saúde bucal)
- Não realizou teste do pezinho

ADOLESCENTE

- Situação vacinal irregular
- Adolescente trabalhando de maneira irregular
- Adolescente fora da escola ou com atraso em relação a faixa etária e ano em curso na escola
- Uso de álcool, cigarro ou drogas
- Vida sexual ativa
- Corrimento vaginal
- Dentes em mau estado estado de conservação (comunicar a equipe de saúde bucal)
- Sintomas de entristecimento, ansiedade exagerada ou choro fácil
- Comportamento agressivo

MULHERES

- Possui interesse em conhecer métodos contraceptivos
- Sedentarismo
- Não faz o auto-exame das mamas
- Não realizou pesquisa de sangue oculto nas fezes anualmente (mulheres acima de 50 anos)
- Situação vacinal irregular
- Não realizou coleta de "Papanicolau" para prevenção de câncer de colo uterino nos últimos 12 meses
- Não realizou mamografia nos últimos 12 meses (após 50 anos)
- Apresenta alguma sintoma de entristecimento, choro fácil ou insônia
- Ausência de rastreio contra osteoporose acima dos 65 anos de idade
- Evidência de violência sexual e/ou doméstica

GESTANTE/PUÉRPERA

- Cuidados para evitar a toxoplasmose congênita (para gestantes)
- Cuidados básicos com o recém nascido
- Gestantes que ainda não iniciaram o pré-natal
- Cartão de vacinas desatualizado ou inexistente
- Ausência de suplementação com sulfato ferroso ou ácido fólico
- Dificuldades com a amamentação
- Desmame precoce do recém nascido
- Falta a consulta de pré natal (gestantes)
- Falta a consulta de puerpério
- Última consulta de pré natal há mais de 30 dias
- Rejeição/depressão com a gestação ou com o recém nascido
- Sintomas urinários
- Sangramento vaginal
- Corrimentos vaginal
- Perda de líquidos pela vagina
- Contrações uterinas frequentes e mantidas

Homens

- Possui interesse em conhecer métodos contraceptivos
- Não aferição da pressão arterial há mais de 06 meses
- Ausência de consulta médica há mais de 12 meses
- Interesse em realizar exames de DST's
- Tabagismo, etilismo ou consumo de outras drogas
- Não realizou pesquisa de sangue oculto nas fezes anualmente (mulheres acima de 50 anos)
- Não realizou rastreamento para o câncer de próstata nos últimos 12 meses (acima de 45 anos)
- Apresenta alguma sintoma de entristecimento, choro fácil ou insônia

IDOSOS

- Verificação do uso correto da medicação
- Prática de atividades físicas
- Avaliação do risco de quedas (móveis em excesso, tapetes soltos pelo chão, ausência de corrimão)
- Não imunização contra a gripe nos últimos 12 meses
- Cuidados precários de higiene
- Consumo baixo de líquidos, frutas e verduras
- Última consulta médica há mais de 06 meses
- Alimentação inadequada ou sinais de desnutrição
- Idoso acamado, dependente ou deficiente sem acompanhamento médico
- Presença de escaras ou feridas crônicas
- Queixa de incontinência ou retenção urinária
- Baixa acuidade visual
- Baixa acuidade auditiva
- Queixas relacionadas à memória
- Sinais de depressão ou tristeza
- Falta de amparo familiar
- Evidências de maus tratos
- Uso de várias medicações ao mesmo tempo (comunicar a enfermeira para avaliação de possíveis interações)
- Condições precárias de higiene com os dentes ou as próteses dentárias (comunicar a saúde bucal)