



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

ANTONIVANIA RODRIGUES QUEIROZ MIRANDA

IMPORTÂNCIA DAS VISITAS DOMICILIARES NA PROMOÇÃO À SAÚDE DA
FAMÍLIA DOS MORADORES DA ZONA RURAL

Fortaleza - CE

2019

ANTONIVANIA RODRIGUES QUEIROZ MIRANDA

**IMPORTÂNCIA DAS VISITAS DOMICILIARES NA PROMOÇÃO À SAÚDE DA
FAMÍLIA DOS MORADORES DA ZONA RURAL**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Prof^ª. Consuelo Penha Castro Marques

Fortaleza - CE

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

R1i RODRIGUES QUEIROZ MIRANDA, ANTONIVANIA.
IMPORTÂNCIA DAS VISITAS DOMICILIARES NA PROMOÇÃO À SAÚDE DAS FAMÍLIA DOS
MORADORES DA ZONA RURAL : PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA /
ANTONIVANIA RODRIGUES QUEIROZ MIRANDA. – 2019.
28 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, 2, Fortaleza, 2019.
Orientação: Profa. Esp. CONSUELO PENHA CASTRO.
Coorientação: Profa. Esp. CONSUELO PENHA CASTRO.

1. ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. 2. SUS. 3. COMUNIDADE . 4. PACS. I. Título.

CDD

ANTONIVANIA RODRIGUES QUEIROZ MIRANDA

**IMPORTÂNCIA DAS VISITAS DOMICILIARES NA PROMOÇÃO À SAÚDE DA
FAMÍLIA DOS MORADORES DA ZONA RURAL**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à
Coordenação do Curso de Especialização em
Saúde da Família, modalidade semipresencial,
Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo
do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a
Distância Em Saúde, Universidade Federal do
Ceará, como requisito parcial para obtenção do
Título de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Consuelo Penha

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Consuelo Penha

1º Examinador(a)
Universidade Federal do Ceará

1º Examinador(a)
Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO.....	7
1.1	Título.....	7
1.2	Equipe Executora.....	7
1.3	Parceria Institucional.....	8
2	INTRODUÇÃO.....	8
3	PROBLEMA.....	10
4	JUSTIFICATIVA.....	10
5	OBJETIVOS.....	11
5.1	Objetivo Geral.....	11
5.2	Objetivos Específicos.....	11
6	METAS.....	11
7	REVISÃO DE LITERATURA.....	12
7.1	Promoção de saúde na Atenção Básica: Conceitos, ações da Equipe de Saúde da Família.....	12
7.2	Visita domiciliar na Atenção Básica: Conceito, como organizar, responsabilidades de cada membro da equipe segundo a Legislação do SUS.....	15
8	METODOLOGIA DA PESQUISA.....	19
9	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	20
10	RECURSOS NECESSÁRIOS.....	24
11	COMPETÊNCIA.....	25
12	SISTEMA DE CONTROLE E AVALIAÇÃO.....	25
13	CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....	26
14	CONCLUSÃO.....	26
	REFERÊNCIAS.....	27

IMPORTÂNCIA DAS VISITAS DOMICILIARES NA PROMOÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA DOS MORADORES DA ZONA RURAL

Antonivania Rodrigues Queiroz Miranda¹

RESUMO

O Programa Saúde da Família (PSF) é considerado como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação em novas bases e critérios em substituição ao modelo tradicional, centrado na doença. Busca, portanto, priorizar as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Além da retaguarda assistencial, objetiva-se elaborar um protocolo com vistas à organização da visita domiciliar como ação de promoção à saúde da população. A abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Mocambo dos Marques localizado na zona rural do município de Duque Bacelar consta de uma população de 2.800 pessoas. A área de atuação da ESF é constituída dos seguintes povoados rurais: Mocambo dos Marques, Mocambo da Delinha, Tabuleiro, Boqueirão, Acampamento, Barro Vermelho e Santo Antônio. As principais fontes de renda são a agricultura, agropecuária, alambiques e piscicultura. Pode-se constatar que o plano de ação visa gerar benefícios para a saúde da comunidade assistida melhorando a qualidade de vida da população na medida em que proporciona conhecimento a respeito da patologia. Há uma necessidade de pesquisas regionais, levantando aspectos que possam contribuir para ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, evitando assim as doenças. Esse estudo possibilita também, a construção de indicadores epidemiológicos seguros, que indiquem a real dimensão e a tendência no município, contribuindo para um efetivo controle.

Palavras-chave: Estratégia em Saúde da Família. SUS. Comunidade. PACS.

1. Aluna do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará.

ABSTRACT

The Family Health Program (PSF) is considered as one of the main strategies to reorganize services and reorientation in new bases and criteria, replacing the traditional, disease-centered model. It seeks, therefore, to prioritize the actions of health promotion, disease prevention and rehabilitation. In addition to the care rearguard, it aims to elaborate a protocol for the organization of the home visit as an action to promote the health of the population. The scope of the Mocambo dos Marques Family Health Strategy (ESF) located in the rural area of the municipality of Duque Bacelar consists of a population of 2,800 people. The area of activity of the ESF is made up of the following rural villages: Mocambo dos Marques, Mocambo da Delinha, Tabuleiro, Boqueirão, Campamento, Barro Vermelho and Santo Antônio. The main sources of income are agriculture, agriculture, stills and fish farming. It can be verified that the action plan aims to generate benefits for the health of the assisted community improving the quality of life of the population to the extent that it provides knowledge about the pathology. There is a need for regional research, raising aspects that may contribute to prevention, diagnosis and early treatment, thus avoiding diseases. This study also allows the construction of safe epidemiological indicators that indicate the real size and trend of the municipality, contributing to an effective control.

Palavras-chave: Strategy in Family Health. SUS. Community. PACS.

1 IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

1.1 Título

- Importância das visitas domiciliares na promoção à saúde da família dos moradores da zona rural.

1.2 Equipe Executora

- Antonivania Rodrigues Queiroz Miranda

1.3 Parceria Institucional

- Secretaria Municipal de Saúde de São Luís – MA.

2 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) é considerado como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação em novas bases e critérios em substituição ao modelo tradicional, centrado na doença. Busca, portanto, priorizar as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação (BRASIL, 2011).

Observando a grandeza do Programa Saúde da Família que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo elaborou a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, onde ficava estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica (BRASIL, 2006).

Referida Portaria estabeleceu que o PSF é:

[...] a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização descentralização integralidade e participação da comunidade mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (BRASIL, 2006, p. 14).

Desse modo fica claro, que a Atenção Básica tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (BRASIL, 2003).

Vale descrever que no Brasil, a origem do PSF remonta à criação do Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) em 1991, como parte do processo de reforma do setor da saúde, com a intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde. Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o PSF como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais (BRASIL, 1996).

A implementação da Estratégia Saúde da Família e o atendimento a sua finalidade proposta, leva em consideração a valorização da promoção e prevenção da saúde, tendo a família como foco de cuidado e a coletividade onde está inserida.

É nesse contexto e visão de assistência de saúde que a cidade de Duque Bacelar foi contemplada com quatro Equipes de Saúde da Família. A cidade ainda possui um hospital de pequeno porte de aproximadamente 25 leitos que funciona no período noturno e nos finais de semanas.

A cidade de Duque Bacelar é um município brasileiro do Estado do Maranhão. Localiza-se na microrregião de Coelho Neto, mesorregião do Leste Maranhense. O município tem cerca de 10 mil habitantes e 310 km². Foi criado em 1 de janeiro de 1955, desmembrado do município de Coelho Neto, de acordo com o Decreto Lei nº 1.294, datado de 7 de dezembro de 1954, pelo Governador do Estado do Maranhão, Dr. Eugênio Barros e publicado no Diário Oficial nº 275, de 10 de dezembro de 1954.

A abrangência da ESF do Mocambo dos Marques localizado na zona rural consta de uma população 2.800 pessoas. A área de atuação da ESF é constituída de povoados rurais, dentre eles: Povoado Mocambo dos Marques, Mocambo da Delinha, Tabuleiro, Boqueirão, Acampamento, Barro Vermelho, Santo Antônio. As principais fontes de renda são a agricultura, agropecuária, alambiques e piscicultura.

A Equipe Saúde da Família Mocambo é formada por uma enfermeira, um médico, um dentista, um técnico de higiene bucal, dois auxiliares de enfermagem, agente de serviços gerais e nove agentes comunitários de saúde, cada um com sua respectiva microárea. É também importante, o apoio de outros profissionais, como, nutricionista, psicólogo, psiquiatra, fisioterapeutas e ginecologista.

Em relação ao processo de trabalho, é importante que a equipe realize reuniões com toda equipe com periodicidade mensal, ou de acordo com a demanda. As principais atividades desenvolvidas abrangem: atendimento médico clínico, consulta de enfermagem, consulta de pré-natal, puerpério, e puericultura, além de outros serviços, como curativo, vacinas, dentre outros.

O atendimento pode ser realizado seguindo uma demanda agendada e as demandas espontâneas devem passar pela triagem realizada pelas enfermeiras. A maioria das unidades, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe.

A visita domiciliar é uma ferramenta importante no processo de conhecimento dos principais aspectos demográficos, epidemiológicos, sociais, saneamento, entre outros. A visita é um método de avaliação que contribui na melhoria do nosso atendimento e proporciona o desenvolvimento de ações pautadas

nos anseios e realidade da nossa população atendida. O planejamento das ações, embasado nas demandas e levantamentos pelo ACS e por outros membros da equipe, refletindo em melhorias nos serviços e atendimento, diminuindo assim gastos desnecessários de materiais e recursos, evitando desperdício e otimizando o tempo. Nesse sentido, há reflexos de melhorias no processo de trabalho, na atuação e assistência dos profissionais da saúde, oferecendo à população um atendimento e um serviço de qualidade, organizado e bem estruturado.

Contudo, ao realizar o diagnóstico situacional como uma das atividades do Módulo de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), define-se como problema prioritário da Equipe de Saúde da Família Mocambo a ser trabalhado em um primeiro momento, é a melhoria da qualidade da visita domiciliar às famílias residentes principalmente, na zona rural de Duque Bacelar. Percebeu-se a baixa adesão desta população às ações educativas e aos grupos operativos.

3 PROBLEMA

Existem fatores que dificultam o acesso da população rural às ações coletivas de saúde, no nível básico de atenção, como deficiências no transporte público. Diante dessas considerações relatadas, formulou-se o problema que originou esta pesquisa. É possível com as visitas domiciliares, diminuir de maneira substancial a precariedade do atendimento do serviço público e conseqüentemente reduzir as complicações junto à comunidade?

4 JUSTIFICATIVA

A visita domiciliar torna-se um importante instrumento de levantamentos de dados e observação da vivência cotidiana dessa população rural às ações coletivas de saúde, no nível básico de atenção, como deficiências no transporte público, o que impossibilita, principalmente, que ações educativas, efetivas e eficazes se concretizem apoiadas na vida e nas crenças das pessoas e da própria comunidade que lá reside.

Espera-se, então, que os profissionais de saúde possam implantar ações que visem ampliar aquelas de autocuidado e diminuir as morbimortalidades que mais impactam na vida da população.

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Melhoria da organizacional da visita domiciliar como ação de promoção à saúde da população através de palestras e conscientização sobre sua importância.

5.2 Objetivos Específicos

- Descrever os principais objetivos do Programa de Saúde da Família (PSF);
- Identificar as bases conceituais do PSF;
- Conhecer as vantagens e desvantagens da visita domiciliar.
- Propor melhorias no processo das visitas domiciliares.

6 METAS

- Implementar a equipe de Atenção Básica em 80% dos serviços implantados;
- Melhorar a qualidade de vida da população da zona rural do Município de Duque Bacelar;
- Alimentar os sistemas de informações da Atenção Básica;
- Melhorar a cobertura nacional;
- Ampliar o número de NASF;
- Implantar o CAPS;
- Implantar a Academia de Saúde.

7 REVISÃO DE LITERATURA

Pesquisou-se na literatura científica temas intrinsecamente relacionados ao objeto de estudo, quais seja, a promoção da saúde na atenção básica: conceitos, ações da equipe de saúde da família e visita domiciliar na atenção básica: conceito, como organizar, responsabilidades de cada membro da equipe, segundo a legislação do SUS. Em seguida descrevemos: a metodologia da pesquisa, análise e discussão dos resultados, cronograma de atividades, recursos necessários e uma breve conclusão, entre outros.

7.1 Promoção da saúde na Atenção Básica: conceitos, ações da Equipe de Saúde da Família

A criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), pelo Ministério da Saúde em 1991 e, posteriormente, o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, proporcionou o desenvolvimento e a estruturação de ações voltadas para a promoção da saúde (BRASIL, 2011).

Destaca-se que a princípio o PACS tinha o objetivo de reduzir, por meio de suas ações, a mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente no Norte e Nordeste do país. Depois se estendeu a todo Brasil, modificando seu foco, após ser incorporado ao PSF, sendo que os principais objetivos deste programa são: prestar assistência integral, contínua e de boa qualidade no nível primário da atenção; identificar e intervir nos fatores de risco que atingem à comunidade; humanizar as ações de saúde, criando vínculo dos profissionais com a comunidade; estabelecer parcerias por intermédio das ações intersetoriais; conscientizar a comunidade de que saúde é direito de todos e dever do Estado; incentivar a organização da comunidade; objetivar o controle social; divulgar informações em saúde, organizar e produzir ações sociais de saúde (BRASIL, 2011).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, a atenção à saúde deve ser direcionada para a família, para o seu ambiente físico e social, para suas necessidades básicas, com atendimento primário de saúde integral, contínuo e de qualidade. As ações das equipes de saúde da família devem ser preventivas e de detecção de doenças e/ou agravos em estágios iniciais, com vistas à promoção e

recuperação do paciente, à reabilitação das doenças e agravos de maior ocorrência, com a manutenção saúde dessa pessoa, família ou comunidade (BRASIL, 1996).

Desse modo, busca-se melhoria na qualidade e expectativa de vida, com redução do número de internações hospitalares e diminuição de gastos de maior custo para o Estado. Portanto, os benefícios são diversos. As Equipes de Saúde da Família são responsáveis pelo cadastramento, atendimento e acompanhamento das famílias localizadas em uma determinada área prévia e geograficamente delimitada (BRASIL, 2011).

A visita domiciliar, como função integrante do PACS, elenca uma das ações do Programa Saúde da Família (PSF), hoje mais comumente chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF), que consiste numa estratégia de ações públicas, do âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), voltadas para condutas de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo, da família e da coletividade, permitindo uma atenção interdisciplinar e multiprofissional (BRASIL, 2011).

Para Kawamoto; Santos; Mattos, (2009, p. 35) a visita domiciliar tem como objetivo prestar uma assistência educativa e assistencial no âmbito do domicílio. É através dela que fazemos um levantamento e avaliação das condições socioeconômicas em que vive o indivíduo e seus familiares, elaborando assim uma assistência específica a cada caso.

Nesse contexto, a visita domiciliar é um instrumento que aproxima o profissional da família e da comunidade, criando um vínculo efetivo entre as partes envolvidas, permitindo a troca de saberes, das diversas necessidades, tanto quanto do usuário como do profissional. Com isso, consegue-se maior efetividade de ações que envolvam o cuidado ao indivíduo e família, ao meio ambiente, entre outros, além de se caracterizar pelo baixo custo e alta efetividade.

Portanto, a visita domiciliar tem uma grande importância na área da saúde e, por meio dela, podemos avaliar as condições ambientais e físicas em que vive o indivíduo e sua família, prestar assistência, levantar dados sobre condições de habitação e saneamento e aplicar medidas de controle, nas doenças transmissíveis ou parasitárias, e principalmente educar, arremata esses teóricos.

Assim sendo, conforme já relatado, a visita domiciliar é o principal instrumento de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e o Ministério da Saúde indica que haja no mínimo uma visita mensal a cada residência da área de atuação do agente.

Recomenda, ainda, que o número de visitas deve ser de acordo com o estado de saúde de seus habitantes (BRASIL, 2011).

Já em relação à efetividade e eficiência da visita domiciliar, Lima; Silva e Bouso (2010, p.891) descrevem que:

[...] para que a visita seja bem-sucedida e atinja seu objetivo, é fundamental que ela seja devidamente planejada, para que o agente aproveite melhor seu tempo e o tempo das pessoas que vai visitar. Além disso, é importante que tanto este profissional como o indivíduo ou a família visitada compreendam a finalidade dessa atividade.

De acordo com Santana et al., (2011), as visitas domiciliares planejadas e sistemáticas com vistas à localização de casos e levantamento da saúde e educação para a saúde deveriam, inicialmente, encaminhar-se para uma determinada área. Isso aponta dizer que a visita deve se adequar à realidade de vida de uma determinada população assim como atender às necessidades específicas de um programa de atendimento na área de saúde. Ainda sob a ótica de Santana et al., (2011, p 582),

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.

Segundo essas autoras, a visita domiciliar é importante para identificar as condições sociais e sanitárias do cliente e do serviço bem como da sua família, no sentido de complementar as orientações do processo educativo da consulta de enfermagem, e, também, adaptar os conhecimentos e procedimentos técnicos à realidade social, econômica, cultural e ambiental do cliente-família (SANTANA et al. 2011).

De acordo com Kawamoto, Santos e Mattos (2009), a visita domiciliar é, por conseguinte, um método de trabalho em enfermagem que tem como objetivo principal levar ao indivíduo, no seu domicílio, assistência e orientação sobre saúde.

Este objetivo é atingido através de:

- Supervisão de cuidados prestados pela família, ou por um de seus membros;
- Prestação de cuidados de enfermagem no domicílio, quando necessário;

- Levantar dados sobre as condições de saneamento em que vive a família, por meio de entrevistas e observações; orientação sobre a prestação dos cuidados no domicílio, assuntos de higiene geral, dentre outros.

Kawamoto, Santos e Mattos (2009) afirmam que para se obter êxito com a visita domiciliar é necessário, em primeiro lugar, ter uma sequência de passos: planejamento, execução, registro de dados e avaliação. Com isso, consegue-se alcançar algumas de suas vantagens:

- O profissional de saúde ao levar in loco os conhecimentos dentro do meio ambiente do grupo familiar, na sua casa, ele conhece também as condições peculiares de habitação e higiene. Torna-se, também, mais fácil planejar as ações de enfermagem de acordo com condições observadas no domicílio;
- Um melhor relacionamento do grupo familiar com o profissional de saúde, por ser sigiloso e menos formal;
- Há maior liberdade para se expor os mais variados problemas, tendo um tempo maior, do que nas dependências dos serviços de saúde.

No entanto, não se pode deixar de mencionar que há também desvantagens relativas à visita domiciliar. De acordo com Kawamoto, Santos e Mattos (2009), as três principais desvantagens ou limitações são:

- Problemas relacionados ao horário de trabalho e afazeres domésticos, o que pode impossibilitar ou dificultar a realização da visita;
- Maior gasto de tempo tanto em locomoção como na execução da visita;
- É considerado um método dispendioso, pois demanda custo de pessoal e locomoção.

7.2 Visita domiciliar na Atenção Básica: conceito, como organizar, responsabilidades de cada membro da equipe, segundo a Legislação do SUS

A visita domiciliar é definida como uma forma de atenção em Saúde Coletiva voltada para o atendimento ao indivíduo e à família ou à coletividade que é prestada nos domicílios ou junto aos diversos recursos sociais locais, visando a maior equidade da assistência em saúde (CECCIM e MACHADO, 2005).

Segundo Miotto (2001), a visita domiciliar se caracteriza por ser um dos instrumentos que possibilita conhecer de perto as condições de vida dos sujeitos, no

seu próprio ambiente de vida familiar e comunitária. Sendo assim, podem-se conhecer as condições tanto residenciais quanto do bairro onde vivem esses sujeitos e daí verificar e compreender os aspectos do cotidiano das suas relações, aspectos esses que comumente passam despercebidos em outros espaços de cuidado.

Assim, no contexto do PSF, a visita domiciliar constitui-se de uma atividade utilizada com a finalidade de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos, ou o planejamento de ações almejando à promoção de saúde da coletividade, se constituindo em um instrumento essencial, utilizado pelos integrantes das equipes de saúde para conhecer as condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade (TAKAHASHI e OLIVEIRA, 2001).

As visitas devem ser programadas rotineiramente pela equipe de saúde da família, devendo a seleção do indivíduo e/ou das famílias ser pautada nos critérios definidores de prioridades, por conta de especificidades individuais ou familiares (BORBA, 2007). Assim, devem-se considerar como critérios gerais:

- Situações ou problemas novos na família relacionados à saúde ou que constituem risco à saúde (morte súbita do provedor, abandono de um dos genitores, situação financeira crítica, entre outros).
- Situação ou problema crônico agravado.
- Situação de urgência.
- Problemas de imobilidade e/ou incapacidade que impedem o deslocamento até a Unidade de Saúde.
- Problemas de acesso à unidade (condições da estrada, ausência de meios de transporte, entre outros).

Entre os adultos são priorizadas visitas domiciliares quando da identificação:

- Do problema de saúde agudo que necessite de internação domiciliar.
- Das ausências no atendimento programado.
- Dos portadores de doenças transmissíveis de notificação obrigatória.
- Dos hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose e hanseníase que não estão aderindo ao tratamento.

Retornando à composição da Equipe de Saúde da Família, ela deverá ser composta, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. Outros profissionais de saúde poderão ser incorporados a estas unidades básicas, de acordo com as

demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, devendo estar identificados com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo, podendo ainda contar com cirurgião dentista, nutricionista, psicólogo e educador físico. Os profissionais das equipes de saúde serão responsáveis por sua população a descrita, devendo residir no município onde atuam, trabalhando em regime de dedicação integral. Para garantir a vinculação e identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade, os Agentes Comunitários de Saúde devem, igualmente, residir nas suas respectivas áreas de atuação (BRASIL, 1997).

De acordo com o Ministério da Saúde, cada profissional tem atribuições específicas. Neste estudo, vamos focar nas atribuições do enfermeiro, do técnico ou auxiliar de enfermagem e dos ACS (BRASIL, 1997).

As atribuições do enfermeiro são:

- Executar, no nível de suas competências, ações de assistência básica de vigilância epidemiológica e sanitária nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e ao idoso;
- Desenvolver ações para capacitação dos ACS e auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções junto ao serviço de saúde;
- Oportunizar os contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde e abordar os aspectos de educação sanitária;
- Promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente torne-se mais saudável;
- Discutir de forma permanente, junto à equipe de trabalho e comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
- Participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das unidades de Saúde da Família (BRASIL, 1997, p. 16).

Dentre as atribuições do enfermeiro, destaca-se, junto à equipe de saúde, a capacitação que deve ser permanente o que implica na capacitação dos ACS para realização da visita domiciliar.

No que se refere às atribuições do auxiliar de enfermagem, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997, p.17), são elencadas as seguintes atribuições:

- Desenvolver, com os Agentes Comunitários de Saúde, atividades de identificação das famílias de risco;
- Contribuir, quando solicitado, com o trabalho dos ACS no que se refere às visitas domiciliares; acompanhar as consultas de enfermagem dos indivíduos expostos às situações de risco, visando garantir uma melhor monitoria de suas condições de saúde;
- Executar, segundo sua qualificação profissional, os procedimentos de vigilância sanitária e epidemiológica nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, bem como no controle da tuberculose, hanseníase, doenças crônico-degenerativas e infectocontagiosas;
- Participar da discussão e organização do processo de trabalho da unidade de saúde.

As atribuições do Agente Comunitário de Saúde são as seguintes:

- Realizar mapeamento de sua área de atuação;
- Cadastrar e atualizar as famílias de sua área;
- Identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;
- Realizar, através de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade (grifo do autor);
- Coletar dados para análise da situação das famílias acompanhadas;
- Desenvolver ações básicas de saúde nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças;
- Promover educação em saúde e mobilização comunitária, visando uma melhor qualidade de vida mediante ações de saneamento e melhorias do meio ambiente;
- Incentivar a formação dos conselhos locais de saúde;
- Orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde;
- Informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades;
- Participação no processo de programação e planejamento local das ações relativas ao território de abrangência da unidade de Saúde da Família, com vistas à superação dos problemas identificados.

Portanto, assim sendo, confirma-se a importância dos ACS no que se referem à visita domiciliar e o papel do enfermeiro na capacitação desses ACS para que atuem com efetividade, humanização, diálogo e ética no desempenho da visita domiciliar.

A equipe mínima da ESF deverá pautar sua assistência de acordo com a demanda da população a ser atendida, enumerando os principais nós críticos e criando estratégias e planos de ação com o objetivo de resolução dos problemas identificados com prazo pré-determinado e os atores envolvidos na resolução. As equipes deverão reunir-se de acordo com protocolo da ESF com a participação de toda a equipe, de preferência ao final de cada mês, onde serão estratificados os dados levantados pelo ACS juntamente com o enfermeiro responsável pela equipe. A partir daí programa-se as visitas com o profissional de saúde médico, enfermeiro ou outro, priorizando os problemas e pacientes acamados, debilitados, com transtorno mental ou psicológico, e por outras necessidades. Articulam-se, então, ações.

8 METODOLOGIA DA PESQUISA

A princípio realizou-se um levantamento bibliográfico, então feito com o intuito de levantar um conhecimento disponível sobre teorias, a fim de analisar, produzir ou explicar o objeto investigado (CHIARA, KAIMEN, et al., 2008). Elemento este relacionado aos temas examinados em periódicos científicos, disponíveis na Biblioteca Virtual da Universidade Federal e em outros meios como a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados do *Scientific Eletronic Library Online (SciELO)*, com os seguintes descritores: Estratégia em Saúde da Família. SUS. Comunidade. PACS.

Registra-se, também, que foram pesquisados manuais do Ministério da Saúde que versam sobre visita domiciliar.

A pesquisa e leitura dos artigos e manuais selecionados permitiram reunir informações sobre visita domiciliar e a realização de uma proposta de protocolo.

O plano de ação será desenvolvido em etapas específicas:

- **Capacitação da equipe executora** – esta etapa é necessária para que haja uma calibração das ações a serem executadas. Será desenvolvida pelo enfermeiro da Unidade Básica de Saúde de Duque Bacelar - MA.

- **Abordagem familiar** – nesta etapa, os ACS realizarão uma visitação familiar, visando à construção do vínculo com a equipe profissional.

A criação de vínculo da equipe de saúde da família com a população expressa à humanização da relação, e construí-lo exige a definição das responsabilidades de cada membro da equipe pelas tarefas necessárias ao atendimento nas situações de rotina ou imprevistas.

- **Desenvolvimento de práticas de educação em saúde** – serão agendados os grupos familiares para os encontros com a equipe nas dependências da Unidade Básica de Saúde. O encontro com o grupo ocorrerá uma vez na semana e o desenvolvimento desta etapa ocorrerá no prazo de um mês.

Serão realizadas palestras educativas, discussões, dinâmicas de grupo e trocas de experiências. Também serão fornecidas orientações sobre temas como aleitamento materno e aconselhamento dietético infantil.

9 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O plano de ação visa gerar benefícios para a saúde da comunidade assistida melhorando a qualidade de vida da população na medida em que proporciona conhecimento a respeito da patologia.

O profissional de maior responsabilidade é o enfermeiro, pois ele tem a competência de palestrar repassando todas as informações necessárias aos ouvintes. O TSB na função de auxiliar é o responsável por organizar o local, os materiais necessários e acomodar os participantes.

O plano de ação é desenvolvido em etapas específicas, tais como:

- **Capacitação da equipe executora** – esta etapa é necessária para que haja uma calibração das ações a serem executadas. Será desenvolvida pelo enfermeiro da Unidade Básica de Saúde.

- **Abordagem familiar** – nesta etapa, os ACS realizarão visitas familiares, visando à construção do vínculo com a equipe profissional.

A criação de vínculo da equipe de saúde da família com a população expressa à humanização da relação, e construí-lo exige a definição das responsabilidades de cada membro da equipe pelas tarefas necessárias ao atendimento nas situações de rotina ou imprevistas.

- **Desenvolvimento de práticas de educação em saúde** – nesta etapa são agendados os grupos familiares para os encontros com a equipe nas dependências da Unidade Básica de Saúde. O encontro com o grupo ocorrerá uma vez na semana e o desenvolvimento desta etapa ocorrerá no prazo de um mês.

Foram realizadas palestras educativas, discussões, dinâmicas de grupo e trocas de experiências. Também foram fornecidas orientações sobre temas como aleitamento materno e aconselhamento dietético infantil.

A partir do diagnóstico situacional realizado na disciplina Planejamento e avaliação das ações em saúde e respectiva seleção dos problemas mais relevantes, ficou evidenciado que a visita domiciliar para moradores da zona rural seria o foco a ser priorizado (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010).

Sabe-se que a realização da Visita Domiciliar é um processo dinâmico, pois, a cada visita, são identificadas novas situações, que alteram e/ou complementam as outras existentes e que apontam para novas reavaliações e intervenções.

O planejamento para execução e avaliação das VD(s) deve acontecer em caráter multidisciplinar e o diálogo entre os membros da equipe deve ser constante para que trocas de informações ocorram e que soluções sejam tomadas em tempo hábil. É imprescindível o registro dos dados encontrados, a organização das intervenções provenientes das VD(s), o que resultam em maior qualidade e efetividade, caso esses passos sejam executados em equipe e com respeito às especificidades técnicas multidisciplinares.

De acordo com a Portaria GM nº 648, de 29/3/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica é atribuição comum a todos os profissionais da equipe da saúde da família realizar o cuidado em saúde da população adstrita, prioritariamente, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários, quando necessário (BRASIL, 2006).

Ressalta-se, também, que a proposta aqui apresentada fundamentou nos conhecimentos adquiridos a partir da pesquisa bibliográfica e nos princípios que regem a visita domiciliar. Os principais objetivos da visita domiciliar são os seguintes:

- Realizar busca ativa de indivíduos e famílias, procedendo ao cadastramento e acompanhamento dos mesmos mensalmente, ou conforme necessário;
- Conhecer o domicílio, suas características ambientais, socioeconômicas e culturais;
- Identificar fatores de risco à saúde da família e/ou coletividade;

- Instituir e prestar cuidados de enfermagem, principalmente em pacientes acamados;
- Orientar cuidados a família e/ou cuidadores;
- Investigação epidemiológica, acerca de doenças ou agravos que comprometam a saúde do indivíduo, família ou coletividade;
- Buscar adesão do cliente ao tratamento;
- Orientar encaminhamentos a outros recursos da comunidade;
- Incentivar o envolvimento e participação em programas em favor da comunidade;
- Promover ações de promoção à saúde, incentivando a mudança de estilo de vida.
- Propiciar ao indivíduo e à família, a participação ativa no processo saúde-doença.
- Estimular a independência e a autonomia do indivíduo e de sua família, incentivando práticas para o autocuidado (BRASIL, 2011).

Em relação à finalidade e à prioridade da visita domiciliar, cabe, ao Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica (BRASIL, 2011):

a) Estratificar a necessidade e planejar as ações de acordo com a demanda levantada:

- Atendimento de acamados;
- Hipertensos, diabéticos, alcoólatras;
- Gestantes;
- Crianças menores de 5 anos;
- Desnutrição infantil ou na gestação;
- Indivíduos com transtorno mental;
- Visita no puerpério;
- Investigação epidemiológica;
- Tratamento de feridas e curativos domiciliares;
- Acompanhamento de tuberculose ou hanseníase;
- Acompanhamento familiar de rotina
- Outras demandas.

b) Execução do procedimento:

- Agente comunitário de saúde;
- Auxiliar de enfermagem e/ou técnico de Enfermagem
- Enfermeiro

c) Materiais: Insumos e recursos

- Ficha A, e outras fichas (gestantes, hipertensos, diabéticos, tuberculose, hanseníase) e prontuário do paciente e/ou família;
- Lápis, caneta, borracha, clips de papel, grampeador, e outros.
- Insumos e recursos conforme a necessidade específica da VD, como: glicosímetro, estetoscópio e esfigmomanometro, balança, termômetro, e outros.

d) Descrição da Técnica de Visita Domiciliar:

- Planejamento
- Execução
- Registro de dados
- Avaliação do processo

e) Descrição do procedimento:

- Identificar a necessidade da visita domiciliar e a especificidade do caso;
- Planejar de acordo com a necessidade identificada;
- Escolher um bom horário;
- Definir o tempo de duração da visita;
- Possibilitando a participação do maior número possível, de membros da família, no ato da VDO profissional deve identificar-se e expressar de maneira informal, mas com clareza o objetivo da visita, dizendo o seu nome, qual é o seu trabalho, a importância do seu trabalho, o motivo da sua visita e, principalmente, se pode ser recebido naquele momento.
- Levar as informações sobre a família a ser visitada, de preferência, tratar pelo nome, pois reforça o vínculo e demonstra interesse.
- O relacionamento com a família deve ser cordial evitando os extremos da formalidade e da intimidade no contato com os clientes.
- Realizar a observação sistematizada da dinâmica da família.

- Sempre valorize suas crenças, seu modo de ser, seus problemas e seus sentimentos, esta é uma forma de conquistar confiança.
- A visita deve ser objetiva: Só se pede informação daquilo que foi planejado para aquela visita.
- Aproveitar a oportunidade para ensinar, pois mediante dados coletados, a educação em saúde pode ser realizada.
- Registrar a atividade e os procedimentos executados no prontuário e boletim de produção.

f) Caso a VD demande procedimento de enfermagem:

- Contatar antecipadamente o indivíduo/família;
- Separar e preparar o material necessário;
- Explicar o que será realizado e os cuidados necessários antes, durante e após o procedimento.
- Registrar no prontuário detalhadamente, as intercorrências, se houver.

A revisão bibliográfica reafirma a importância das visitas domiciliares no contexto da Atenção Básica à Saúde como uma ferramenta de aproximação do serviço de saúde à população e também para identificar os problemas que afligem as famílias.

10 RECURSOS NECESSÁRIOS

Os materiais utilizados nas atividades do presente plano serão custeados pela pesquisadora deste estudo.

Item	Qte/Unid	Valor Unit.	Valor Total
Banner	3	65,00	195,00
Folhetos	450	0,30	125,00
DVD	1	85,00	85,00
TV	1	700,00	700,00
Impressora	1	250,00	250,00
Cola	10	0,95	9,50
Papel Office A4	1 Resma	18,00	18,00

Caneta	10	1,00	10,00
Pen Drive	1	35,00	35,00
Total			1.427,00

11 COMPETÊNCIA

A responsabilidade de atuação e implementação compete à equipe multidisciplinar, onde o Agente Comunitário terá a maior responsabilidade sobre todo o território da população administrada pelo mesmo, repassando todas as informações necessárias ao coordenador de cada área para providências cabíveis.

De posse desses dados, informarão ao coordenador geral do projeto da Atenção Básica o número total de participantes das atividades educativas para que o enfermeiro planeje quantas palestras serão necessárias para garantir cobertura total das ações.

12 SISTEMA DE CONTROLE E AVALIAÇÃO

Para o controle e avaliação das ações, serão desenvolvidos relatórios parciais de acompanhamento das atividades e reuniões entre a equipe executora do projeto. Ao final do projeto, será elaborado um relatório final de ações, contendo as atividades executadas, quantitativo de pessoas atingidas e dificuldades encontradas, que serão entregues à Secretaria Municipal de Duque Bacelar – MA, para as devidas intervenções que se fizerem necessárias para o bom andamento do projeto e melhorias no processo.

13 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADES	2019	
	1º SEM.	2º SEM.
Capacitação da equipe executora	X	
Abordagem familiar	X	X
Desenvolvimento de práticas de educação em saúde	X	X
Atendimento Nas Unidades Básicas de Saúde	X	X
Reunião da equipe executora e desenvolvimento de relatórios parciais de acompanhamento das atividades	X	X
Elaboração do relatório final das ações		X

14 CONCLUSÃO

As visitas domiciliares, tal como preconizadas pelo Ministério da Saúde e associada à Estratégia Saúde da Família tem importante papel na Atenção básica, considerando-se tais visitas método de melhoria das práticas assistenciais, que podem promover considerável redução de morbimortalidade, atrelada a cada região atendida. A realização de visitas seguindo critérios de organização e adequação à clientela atendida, podem melhorar a saúde geral desta população, na medida em que podem ser inseridos meios de prevenção e promoção da saúde, que vão desde o início do processo de promoção da saúde na atenção básica, que inicia-se na orientação dos cuidados pessoais, até o correto encaminhamento aos demais níveis de saúde, agilizando os encaminhamentos a serviços de referência e contra referência, que garantem a agilidade no atendimento e proporcionam atendimento precoce de muitas patologias, interferindo de forma precoce no processo atual da doença e promovendo melhores prognósticos. Dessa forma as visitas domiciliares, garantem o sucesso na Atenção Básica, favorecendo melhorias na prevenção, diagnóstico e tratamento, que proporcionam redução de agravos nos processos de morbimortalidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde.** Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção-Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil n. 648, de 28 de março de 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2006a.

_____. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010** - Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em 04 de março de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica.** Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BORBA P. C.; OLIVEIRA, R. S.; SAMPAIO, Y.P.C.C. **O PSF na prática: organizando o serviço.** Juazeiro do Norte: FMJ, 2007.

CAMPOS, F.C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde. NESCON/UFMG- Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.** Belo Horizonte, 2010.110p.

CECCIM, R.; MACHADO, N. **Contato domiciliar em saúde coletiva.** Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.

CHIARA, I. D. et al. **Normas de documentação aplicadas à área de Saúde.** Rio de Janeiro: Editora E-papers, 2008.

KAWAMOTO, E. E.; SANTOS, M.C.H.; MATTOS, T.M. **Enfermagem Comunitária.** 2.ed. São Paulo: EPU, 2009.

LIMA, A. N.de; SILVA, L.; BOUSSO, R. S. **A visita domiciliária realizada pelo agente comunitário de saúde sob a ótica de adultos e idosos.** Saúde soc. [online]. v.19, n.4, p. 889-897, 2010.

MIOTO, R. C.; T. **Perícia social:** proposta de um percurso operativo. Serviço Social & Sociedade, n. 67, mar. Jun. set. dez. 2001.

SANTANA, A. B.; SOUZA, Z. C. S. .N.; CALÓ, F. O.; CALDAS, M. F..**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. ABENFO/MG, 2011. Disponível em:<<http://www.aben-ce.com.br/cben/temas.html>> Acesso em 04/06/2019.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA. M. A. C. A visita domiciliar no contexto da Saúde da família. In: BRASIL, Ministério da Saúde (Org.). Manual de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.