

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM GESTÃO DO
CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

LARISSA GABRIELLE DANTAS DE OLIVEIRA

**ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A QUALIDADE DAS VISITAS DOMICILIARES
EM UMA UNIDADE DE SAÚDE**

Maceió

2022

LARISSA GABRIELLE DANTAS DE OLIVEIRA

**ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A QUALIDADE DAS VISITAS DOMICILIARES
EM UMA UNIDADE DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Multiprofissional em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professora Viviane Vanessa Rodrigues da Silva Santana Lima

Maceió

2022

Folha de Aprovação

AUTOR: Larissa Gabrielle Dantas de Oliveira

ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A QUALIDADE DAS VISITAS DOMICILIARES EM UMA UNIDADE DE SAÚDE

Projeto de Intervenção submetido ao corpo docente do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, vinculado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, e aprovado em 04 de Maio de 2022.



Documento assinado digitalmente
VIVIANE VANESSA RODRIGUES DA SILVA SANTAN
Data: 09/05/2022 09:23:16-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

(Titulação, Nome Completo, Instituição) (Orientador/a)

Examinador/a:



Documento assinado digitalmente
MARIA ELISANGELA TORRES DE LIMA SANCHES
Data: 10/05/2022 14:48:17-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

(Titulação, Nome Completo, Instituição) (Examinador/a)

Catálogo na Fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

O48e Oliveira, Larissa Gabrielle Dantas de.
Estratégias para melhorar a qualidade das visitas domiciliares em uma unidade de saúde / Larissa Gabrielle Dantas de Oliveira. – 2022.
31 f. : il.

Orientadora: Viviane Vanessa Rodrigues da Silva Santana Lima.
Monografia (Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família) –
Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2022.

Bibliografia: f. 29-31.

1. Atenção primária à saúde. 2. Visita domiciliar. 3. Estratégia Saúde da Família. I. Título.

CDU: 614

LARISSA GABRIELLE DANTAS DE OLIVEIRA

**ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A QUALIDADE DAS VISITAS DOMICILIARES
EM UMA UNIDADE DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Multiprofissional em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, da Universidade Federal de Alagoas, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professora Viviane Vanessa Rodrigues da Silva Santana Lima

Banca examinadora

Professor (a): Viviane Vanessa Rodrigues da Silva Santana Lima, UFAL

Professor (a): Me. Maria Elisângela Torres de Lima Sanches, UFAL

Aprovado em Maceió, _____ de _____ de 2022.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu amado Deus, por seu infinito amor, por se fazer presente em todos os momentos, por ter dado me sabedoria para chegar onde estou. É dEle de onde tiro todas as minhas forças. Obrigada Paizinho.

Aos meus pais, Lídia e Ronaldo, por terem me educado, eles que sempre me incentivaram, foram meu porto seguro e nunca permitiram que eu desanimasse, por todo amor e dedicação. Em especial a minha mãe, minha fiel companheira, meu ombro amigo, meu maior exemplo de amor.

A minha irmã Rayane. Por seus ensinamentos, por ter sido minha companheira fiel todos esses anos, por ser meu exemplo, minha inspiração, por todo amor e dedicação.

Aos meus sogros Silvana e Deda. Por todo apoio, incentivo e confiança que me foi dado. Por terem me dado meu maior presente. Deus os abençoe.

E por último e não menos especial, meu amor, meu marido **Jonathan**. Meu fiel companheiro, aquele que esteve comigo em cada momento. Era para ele que eu recorria nos momentos mais difíceis.

Agradeço imensamente a presença de cada um na minha vida, a final do que valeria minhas conquistas se eu não tivesse vocês por perto!

RESUMO

O estudo tem por objetivo analisar publicações relacionadas as estratégias para melhorar as visitas domiciliares. Método: Trata-se de um projeto de intervenção para suporte na tomada de decisão e a melhoria da prática clínica. Os critérios de inclusão definidos foram: artigos publicados em português, artigos que abordam sobre as estratégias para melhorar as visitas domiciliares; artigos disponíveis na íntegra, gratuitos; publicados entre o período de 2012 a 2022. Para a busca dos artigos utilizou-se as bases de dados: LILACS, MEDLINE e BDEF. Foram encontrados 87 artigos para esse estudo. Da análise dos artigos emergiram a categoria: Importância do atendimento domiciliar nas unidades saúde da família como principal estratégia de melhoria da qualidade da assistência. Portanto, anseia-se que esta pesquisa suscite a elaboração de novos estudos sobre a temática, de maneira que possam colaborar para novas estratégias de sensibilização e divulgação de boas práticas no atendimento domiciliar.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde; Atendimento domiciliar; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The study aims to analyze publications related to strategies to improve home visits
Method: This is an intervention project to support decision-making and improve clinical practice. The articles were published, articles were published in Portuguese that addressed strategies for home visits; articles available in full, free of charge; published between 2012 and 2022. The following databases were used to search for articles: LILACS, MEDLINE and BDNF. 87 articles were found for this study. From the analysis of the articles, the category emerged: Importance of home care in family health units as the main strategy for improving the quality of care. Therefore, it is hoped that this research will give rise to a project to attend to studies on the subject, so that it can contribute to new strategies for raising awareness and disseminating good practices at home.

Keywords: Primary Health Care; Home care; Family Health Strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF – Estratégia de Saúde da Família

PSESP - Fundação Serviços de Saúde Pública

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN - Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PIB – Produto Interno Bruto

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Redes de Atenção a Saúde

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SAMU – Serviço Móvel de Urgência

SNC - Sistema Nervoso Central

SUS – Sistema Único de Saúde

UCI- Unidade de Cuidados Intermediários

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Aspectos gerais do município	14
1.2 O sistema municipal de saúde	16
1.3 Aspectos da comunidade	16
1.4 A Unidade Básica de Saúde Roberto Correia	17
1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde	17
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Jardins	18
1.7 O dia a dia da equipe Jardins	18
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	19
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção	19
2 JUSTIFICATIVA	21
3 OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo geral	21
3.2 Objetivos específicos	22
4 METODOLOGIA	22
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	23
5.1 A Atenção Básica no Brasil	23
5.2 Estratégia Saúde da Família no SUS	24
5.3 A importância da visita domiciliar	25
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	27
6.1 Descrição do problema selecionado	27
6.2 Explicação do problema	27
6.3 Seleção dos nós críticos	27
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos, viabilidade e gestão	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (2017), a atenção básica é a porta de entrada preferencial e que se conecta com todas as Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo formada por um conjunto de ações individuais, coletivas e familiares desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar.

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, art. 2º).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) se apresenta como uma estratégia adotada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de promoção da qualidade de vida da população a qual assiste, assim como a formação de vínculo com esta, uma vez que o acompanhamento é realizado desde o nascimento até a velhice (BRASIL, 2020a).

O cuidado no ambiente domiciliar é uma prática comum da humanidade desde a antiguidade, com a evolução da sociedade humana e da organização dos serviços de saúde. Esse modelo de assistência à saúde sofreu inúmeras transformações em termos de objetivo e métodos, hoje se configura como uma das ações de acesso à saúde na atenção primária mais importante no Brasil (BRASIL, 2012)

A visita domiciliar (VD) pode ser compreendida como uma ação planejada e sistemática, com metodologia específica, conforme objetivos e orientações técnicas, para atenção e apoio à família no domicílio em diferentes serviços da sociedade. Além disso, pode articular as ações de diversos programas e políticas públicas, principalmente as de saúde, educação e assistência social (BRASIL, 2017).

Do ponto de vista tecnológico, a VD pode se configurar como uma tecnologia, pois está se define como resultado de processos concretizados que foram verificados e controlados sistematicamente, seja a partir de experiências da prática ou da pesquisa, resultando em um conjunto de conhecimentos científicos para construção de produtos materiais ou imateriais (NIETSCHE et al., 2005).

Entre as classificações de tecnologia em saúde abordadas, a visita domiciliar tem o perfil de Tecnologia Assistencial (TA) que inclui a construção de um saber técnico-científico, como resultado de investigações, aplicações de teorias e das

experiências diárias dos profissionais e clientela, constituindo-se, portanto, num conjunto de ações sistematizadas, processuais e instrumentais para o desenvolvimento de uma assistência qualificada ao ser humano em todas as suas dimensões (NIETSCHE et al., 2012).

Sendo assim, o interesse neste tema justifica-se pela necessidade de fortalecer e sistematizar o atendimento domicílio com foco na promoção da saúde e prevenção de agravos na atenção primária a saúde.

Diante disso, este estudo teve como objetivo identificar as contribuições do atendimento domiciliar para a promoção da saúde e prevenção de agravos na Atenção Primária à Saúde.

A Unidade de Saúde da Família (USF) Roberto Correia está situada na cidade de São Miguel dos Campos, interior de Alagoas. A importância de uma assistência integral e multidisciplinar, pretende-se buscar na literatura estratégias para contribuir na elaboração de um plano de intervenção direcionado para a segurança do paciente na atenção primária a saúde. Tais atividades visam um atendimento seguro, contínuo e efetivo para aprimorar a assistência à saúde, contribuir para a melhoria da atenção à saúde.

1.1 Aspectos gerais do município

São Miguel dos Campos – AL é um município brasileiro do estado de Alagoas. Sua população, atualmente, é estimada 61.797 habitantes com distante 41.77 km da capital do Estado (Maceió). Sua economia baseia-se no petróleo, gás natural, agricultura canavieira, pecuária, indústria açucareira e de cimento. A mortalidade infantil é de 33,1 por 1000 nascidos vivos.

A esperança de vida ao nascer é de 68,1 anos. A proporção de pobres é de 62,8%. 40,8% da renda são apropriados pelos 80% mais pobres, enquanto 59,2% ficam com os 20% mais ricos.

14,4% das mães de no mínimo dez anos, com filhos menores, não têm cônjuge. A taxa de fecundidade é de 3,2 filhos por mulher.

A cidade de São Miguel é referência regional e por isso concentra a maior parte do comércio e indústrias da região. Com suas principais vias pavimentadas a cidade tem garantido o escoamento da produção de açúcar e álcool, produzido pelas

usinas de Açúcar e Álcool e destilarias instaladas no município, bem como extrativismo de petróleo e gás natural onde ele é transportado pelos gasodutos para outras regiões fora do município.

A tradicional feira da cidade, que acontece às segundas-feiras, atrai milhares de pessoas, não só da cidade, mas de grande parte dos municípios que compõem a região.

No Terminal Rodoviário de São Miguel é possível comprar bilhetes para diversas cidades da região e para as principais cidades do nordeste, sudeste, sul e centro oeste. Do terminal chegam e partem diariamente ônibus para boa parte das cidades de Alagoas como: Arapiraca, Penedo, União dos Palmares, Palmeira dos Índios e também para a capital do estado, Maceió.

Na educação possui Universidade Estadual de Alagoas, em seu campus IV. IFAL - Instituto Federal de Alagoas (Campus São Miguel).

Na cultura a *taieira*, em Alagoas, é um folguedo típico de São Miguel dos Campos, dança folclórica autenticamente de mulatos, ligados aos reinados dos congos e estruturados na época da escravidão. Foi introduzido em como folclore típico miguelense por Jacinto de Andrade Mendonça e Albertina de Andrade, avós de dona Nair da Rocha Vieira (1913-1992), mais conhecida por Nair da Albertina, que dedicou toda a vida toda em prol desta manifestação folclórica.

A feira da Semana Santa já existia desde o século XIX às margens do Rio São Miguel onde os pescadores ofereciam o pescado que iria ser consumido nos dias religiosos a estes juntavam-se comerciantes que vinham de várias partes do Estado de Alagoas e também de outros estados do nordeste para comercializar as suas mercadorias para o povo da terra.

Ainda nos dias de hoje além do peixe e alimentos típicos da semana santa há também a venda de artesanato e bazar onde os artistas e vendedores expõem seus trabalhos e mercadorias ao grande como panelas e utensílios de barro, bugigangas, alumínio, objetos de plásticos, roupas, calçados, louças, vidros e tantos outros artigos espalhados pelas ruas centrais da cidade.

1.2 O Sistema Municipal de Saúde

De acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o município de São Miguel dos Campos possui 24 estabelecimentos predomínio da Atenção Primária, na qual há 12 equipes de Saúde da Família. Possui um Hospital particular conveniado ao SUS, Santa Casa de Misericórdia de São Miguel dos Campos, onde são realizadas cirurgias e internações, além de dividir espaço com a maternidade de baixo risco, que é a referência do município para partos naturais e cesáreas. A cidade possui ainda um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I, II, III, um Centro de Abastecimento farmacêutico, Farmácia do Povo, Centro Especializado em Assistência Farmacêuticas, Centro de Saúde, Laboratório, Clínica da Mulher e Clínica da Criança, Academia de Saúde, UPA 24H, Centro de Especialidade em Odontologia, Serviço Móvel de Urgência (SAMU) e Bombeiro. São Miguel dos Campos conta ainda com três unidades de saúde da família com horário estendido (16 – 20h) no programa saúde na hora, sendo distribuídas estrategicamente no território para dar suporte às comunidades e diminuir a demanda da UPA e hospital.

1.3 Aspectos da comunidade

De acordo com o relatório consolidado do e-SUS, a USF Jardins é uma comunidade de aproximadamente 2500 indivíduos (produção dezembro 2021), localizada na periferia de São Miguel dos Campos. Há muitas pessoas desempregadas ou em subempregos. Os que estão empregados, geralmente vivem do comércio e prestação de serviços as usinas locais. O saneamento básico é precário, há diversas ruas que não são pavimentadas ou asfaltadas, permitindo o escoamento de esgoto a céu aberto, em contrapartida, a coleta de lixo ocorre semanalmente.

Ainda há famílias vivendo em péssimas condições de vida e que dependem exclusivamente de programas sociais do governo. A comunidade conta com uma escola da rede pública municipal, que funciona nos três horários, abrangendo o ensino fundamental e médio, assim, a maior parte das crianças, adolescentes e adultos estão matriculadas nesta unidade, porém na comunidade há ainda uma escola particular de ensino básico. A UBS Roberto Correia, possui duas equipes de saúde e uma equipe de saúde bucal. Além disso, a UPA do município fica localizada

na comunidade, facilitando o acesso ao serviço, entretanto, não há transporte público disponível.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Roberto Correia

A Unidade Básica de Saúde da Equipe Jardins funciona em uma casa própria, bem arquitetada. A recepção é grande com cadeiras, televisão, bebedouro e não há ar-condicionado. Possui duas recepcionistas, cada uma responsável por uma equipe de família e sala para armazenamento de prontuários.

Ainda na recepção existe a sala de medicamentos, onde os comunitários recebem a receita dos medicamentos do atendimento médico e já retiram na própria unidade.

Existem 3 consultórios do profissional médico com ar-condicionado, um birô, uma maca e um biombo. O consultório de enfermagem possui um banheiro pequeno, uma maca ginecológica, um birô, uma mesa auxiliar de metal e um armário.

Possui uma sala exclusiva para administração de medicamentos e observação, e outra sala para procedimentos de curativos e retiradas de pontos entre outras atividades.

O consultório odontológico comporta duas equipes de saúde bucal para atendimento odontológico, possui todos equipamentos e materiais necessários para atendimento.

A sala de vacina é bem equipada. Possui um armário, computador, um birô, uma geladeira exclusiva para as vacinas, uma pia e um ar-condicionado.

Nos fundos da casa, há dois banheiros e uma pequena sala, onde são guardados os materiais de limpeza e a cozinha.

1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Jardins

A equipe é composta por uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, um profissional médico, um odontólogo, uma auxiliar de consultório dentário, um agente administrativo, uma funcionária para serviços gerais e seis Agentes Comunitários de Saúde.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Jardins

O horário de funcionamento da USF Jardins, desde 20103, é das 07h às 16h, sendo estendido das 16h às 10h com o programa saúde na hora assim como as demais equipes da zona urbana e da zona rural. Os dias de atendimento da enfermagem, médico e odontológico e vacinação são de segunda à sexta.

De segunda a sexta há entrega de medicações, marcação de exames e consultas e realização de procedimentos. Semanalmente é disponibilizado transporte para realização de visitas domiciliares. A reunião com toda equipe para planejamento ocorre uma vez na semana e articulação das ações ocorre uma vez ao mês, bem como realização da produção mensal, onde são coletados os dados dos ACS para envio à secretaria municipal.

1.7 O dia a dia da equipe Jardins

Na USF são desenvolvidos atendimentos de demanda espontânea e agendada como, puericultura, pré-natal, planejamento familiar, urgências e emergências e atendimento a programas como HIPERDIA e saúde bucal.

São realizadas visitas uma vez por semana, devido à dificuldade de disponibilidade de carro. No momento, há apenas um grupo que é feito uma vez ao mês. Diariamente são realizadas salas de espera pela enfermeira e/ou dentista. Na USF Jardins também há a realização de vacinação, pré-consulta e procedimentos como, retirada de pontos, curativos, sondagens vesicais de demora e alívio, além de sondagem nasogástrica e citologias. Há entrega de medicamentos e marcação de consultas e exames.

O planejamento das ações ocorre uma vez ao mês com toda equipe e extraordinariamente mais de uma vez ao mês. Durante essas reuniões são discutidos os processos de trabalho, experiências exitosas e situações-problema diante da realidade a qual a equipe está inserida. Para avaliação, não é utilizado instrumento, mas durante às reuniões há espaço para que todos da equipe possam participar, expondo suas opiniões e ideias, além disso, há a discussão dos indicadores de cada mês.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Após reunião com a equipe, foram elencados os principais problemas abaixo:

- 1 Disponibilidade completa da equipe de saúde;
- 2 Dificuldade de acesso aos serviços de saúde;
- 3 Resistência ao comparecimento para consultas de retorno;
- 4 Alto índice de domiciliados e acamados;
- 5 Alto índice de hipertensos e diabéticos;
- 6 O uso incorreto de medicações diárias;
- 7 Hábitos de vida e alimentação inadequado;
- 8 Ausência de vínculo com a equipe de saúde;
- 9 Educação em saúde insuficiente nas visitas domiciliares.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção

Tabela 1. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde na Unidade Básica no município de São Miguel dos Campos, estado de Alagoas:

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Alto índice de domiciliados e acamados	Alta	9	Parcial	1
Hábitos de vida e alimentação inadequado	Alta	8	Parcial	3
Educação em saúde ineficiente	Alta	5	Parcial	4
Alto índice de	Alta	8	Parcial	2

hipertensos	e				
diabéticos					

Fonte: dados do acervo pessoal do autor

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Trata-se de estratégias para a melhoria nas visitas domiciliares nas unidades saúde da família com o intuito de identificar diagnóstico da realidade do indivíduo, prestar assistência adequada e promover educação em saúde, gerando assim uma qualidade no atendimento em saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Apresentar um projeto de intervenção para a melhoria na qualidade das visitas domiciliares da comunidade atendida pela Equipe Jardins, em São Miguel dos Campos, Alagoas.

3.2 Objetivos específicos

1. Promover uma assistência adequada e promover educação em saúde durante as visitas domiciliares.

4 METODOLOGIA

Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações, de acordo com: CAMPOS; FARIA; SANTOS (2018).

Para revisão bibliográfica, foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde do Nescun, bem como documentos do Ministério da Saúde e outras fontes de busca no período de janeiro de 2012 à março de 2022.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso** (CORRÊA.; VASCONCELOS; SOUZA, 2017).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 A Atenção Básica no Brasil

Antes da criação do artigo 196 da Constituição Federal de 1988 e posteriormente da criação do SUS pela lei 8.080/1990, as ações de promoção à saúde governamentais eram mais gerais e voltadas principalmente para campanhas de vacinação e controle de endemias. Na assistência, havia apenas alguns hospitais especializados em psiquiatria e tuberculose, além da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) que era voltada a assistência médico-hospitalar de forma filantópica e sem garantia ou direitos (SOUZA, 2002).

Para trabalhadores formais (com carteira assinada) e pessoas com boas condições financeiras havia o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), porém não possuía o caráter universal que posteriormente veio a constituir um dos princípios do SUS. Mudança que só foi possível graças à mobilização social da Reforma Sanitária Brasileira – RSB no fim anos 1970 e década de 1980. Porém, a implementação da universalidade dos serviços teve que ser feita por meio de etapas, dentre as quais, uma das primeiras foi a criação do programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS (MENDONÇA, 2017).

Inicialmente com a criação do PACS, a ESF teve sua implantação em 1991, sendo que em 1994 teve suas primeiras equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) formadas. A estratégia tem como objetivo proporcionar mais qualidade de vida à população através de ações de promoção, prevenção e reestabelecimento da saúde de forma integral e horizontal (CRUZ, A. 2008).

Até outubro de 2020, segundo a plataforma e-Gestor Atenção Básica, 76.19% do território brasileiro é coberto pela atenção básica. Através da Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a PNAB organiza as ações da estratégia com base nos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2017).

“Esta Portaria, conforme normatização vigente no SUS, que define a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, destaca a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde.” (BRASIL, 2017, anexo – capítulo I).

O Ministério da Saúde, assim como gestores estaduais e municipais colocam a ESF como uma estratégia que favorece a reorientação do processo de trabalho, visando o aprofundamento de diretrizes, princípios e fundamentos da atenção básica, além de ampliar a resolutividade na situação de saúde da população e propiciar uma importante relação custo-efetividade, assim, a ESF é tida como um método de expansão, qualificação e consolidação da atenção primária (BRASIL, 2020).

Assim, Brasil (2017) orienta que a composição mínima da equipe de atenção básica seja: médico preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, e agentes de combate a endemias.

5.2 Estratégia Saúde da Família no SUS

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da Atenção Básica à Saúde no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselhos Nacionais de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

A ESF pressupõe a visita domiciliar como tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, ao favorecer e estabelecer vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares (TAKAHASHI, 2011).

5.3 A importância da visita domiciliar

A atenção domiciliar é definida pela Resolução COFEN nº 464 de 20/10/2014 como ações desenvolvidas no domicílio da pessoa, que visem à promoção de sua saúde, à prevenção de agravos e tratamento de doenças, bem como à sua reabilitação e nos cuidados paliativos (COFEN, 2014).

Desde que há vida existem cuidados. Cuidar, tomar conta, é um ato de vida que tem como finalidade básica, assegurar a manutenção e continuidade da existência. O ato de cuidar é comum a todas as culturas, embora as suas formas de expressão possam ser as mais variadas (BAPTISTA et al., 2012).

Sabe-se que o cuidado domiciliar diminui o tempo médio de internação hospitalar, reduz o número de reinternações, e aumenta a aderência ao tratamento do paciente sob assistência domiciliar. Além disso, nota-se a melhora da qualidade de vida do paciente e da família. Portanto, tal estratégia proporciona maior conscientização ao paciente e cuidador sobre o quadro patológico atual, proporcionando maior autonomia no tratamento, bem como as prioridades de cuidado ao paciente no domicílio (SANTOS; LEON; FUNGHETTO, 2011).

A assistência domiciliar à saúde é uma categoria da atenção domiciliar à saúde que pode ser também denominada atendimento ou cuidado domiciliar e baseia-se na plena interação do profissional com o paciente, sua família e com o cuidador, quando esse existe. Ela constitui um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio, e pode ser instrumentalizada pela visita ou internação domiciliar (ANVISA, 2006).

A atenção domiciliar e a assistência domiciliar à saúde são atividades com diversos aspectos em comum, mas diferenciam-se na prática. A atenção domiciliar à saúde diferencia-se por constituir uma modalidade ampla que envolve as ações de promoção à saúde em sua totalidade, incluindo a prática de políticas econômicas, sociais e de saúde, que influenciam o processo saúde-doença dos indivíduos, além de envolver ações preventivas e assistenciais das outras categorias que engloba (atendimento, visita e internação domiciliar) (CLELIA, 2006).

O atendimento domiciliar à saúde é uma categoria diretamente relacionada à atuação profissional no domicílio, que pode ser operacionalizada por meio da visita e da internação domiciliar, envolvendo, assim, atividades que vão da educação e prevenção à recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos e seus familiares no contexto de suas residências (CLELIA, 2006).

A internação domiciliar, por sua vez, é uma categoria mais específica, que envolve a utilização de aparato tecnológico em domicílio, de acordo com as necessidades de cada indivíduo, sendo caracterizada pela permanência da equipe de saúde na residência por no mínimo quatro horas diárias, com acompanhamento contínuo. O indivíduo para ser internado em domicílio precisa apresentar quadro clínico estável, assim como a equipe profissional necessita de rede de suporte para as possíveis eventualidades (CLELIA, 2006).

Ao adentrar esse espaço, o profissional insere-se de forma a desenvolver suas ações e interações com a família, evitando considerar somente os problemas apresentados pelo paciente; mas observando também os fatores sociais (econômicos, espirituais e culturais), os recursos disponíveis na casa, as condições de higiene e de segurança, o grau de esclarecimento da família. Assim, cabe ao profissional, em seu trabalho interdisciplinar, atentar para todas estas questões e atuar com vista à integralidade de suas ações (LACERDA, 2003).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Estratégias para melhorar a qualidade das visitas domiciliares”, para o qual se registra uma descrição, explicação e a seleção de seus nós críticos.

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações para cada causa selecionada como “nós crítico”, a (s) operação (ões), projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA: CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado

Um levantamento feito pela equipe de saúde da referida unidade evidenciou um déficit na qualidade das visitas domiciliares. Acredita-se que este déficit esteja diretamente relacionado a pandemia do Covid-19.

6.2 Explicação do problema selecionado

Segundo informações do e-SUS (dezembro, 2021), a USF Jardins possui cerca de 1200 indivíduos cadastrados, sendo que destes, 60 são acamados e/ou domiciliados. Desses, 33 são diabéticos e 27 hipertensos.

A partir disso, observou-se que após a diminuição de casos de pessoas infectados e conscientização da população nos protocolos sanitários, houve um aumento das visitas domiciliares aos pacientes acamados e domiciliados da estratégia saúde família.

6.3 Seleção dos nós críticos

Atribuiu-se como nós críticos:

- Número insuficiente de visitas por paciente;
- Ausência de vínculo com a equipe de saúde;
- Educação em saúde insuficiente nas visitas domiciliares.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos, viabilidade e gestão

Tabela 2. Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Número insuficiente de visitas por paciente”, no território sob responsabilidade da ESF Jardins, no município de São Miguel dos Campos, estado de Alagoas.

Nó Crítico 01	Número insuficiente de visitas por paciente
Operação	Quantidade de visitas insuficiente aos pacientes
Projeto /resultados esperados	Realizar visitas domiciliares quinzenal ou mensal (De acordo com a necessidade de cada paciente)
Produtos esperados	- Agenda de visitas domiciliares mensalmente de acordo com a necessidade de cada paciente; - Reuniões e discussão de caso da equipe multidisciplinar sobre os pacientes;
Recursos necessários	Organizacionais: Organização da agenda da equipe multidisciplinar; Financeiros: disponibilidade de transporte para realizar as visitas
Recursos críticos	Financeiros: transporte
Viabilidade do plano: controle dos recursos críticos (atores /motivação)	Secretaria Municipal de Saúde: Favorável Enfermeira: Favorável ACS: Favorável Médico: Favorável Técnico de enfermagem: Favorável Odontólogo: Favorável
Viabilidade do plano: ações estratégicas	Organização de cronograma mensal prévio.
Responsável (eis) (gerentes) pelo	Médica, enfermeira e ACS

acompanhamento das operações	
Prazo	Início em dois meses. Projeto contínuo
Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações	Monitoramento contínuo e mensal dos agendamentos pela enfermeira; Vigilância contínua e mensal pelos ACS, bem como a busca ativa dos faltosos.

Tabela 3. Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Ausência de vínculo com a equipe de saúde” no território sob responsabilidade da ESF Jardins, no município de São Miguel dos Campos, estado de Alagoas.

Nó Crítico 02	Ausência de vínculo com a equipe de saúde
Operação	Realizar as visitas domiciliares, identificando as dificuldades da população
Projeto /resultados esperados	Melhora dos vínculos entre as famílias
Produtos esperados	Realizar visitas domiciliares com maior frequência a essas famílias
Recursos necessários	Cognitivo: informação sobre estratégias de comunicação entre as famílias; Organizacionais: organização da agenda dos profissionais e transporte;
Recursos críticos	Não há
Viabilidade do plano: controle dos recursos críticos (atores /motivação)	Não há
Viabilidade do plano: ações estratégicas	Reunião com equipe multidisciplinar; Agendamento antecipado de retorno as visitas domiciliares

Responsável (eis) (gerentes) pelo acompanhamento das operações	Enfermeiro e ACS
Prazo	Início imediato
Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações	- Busca ativa mensal dos faltosos pelo ACS; - Monitoramento mensal do agendamento pela enfermeira;

Tabela 4. Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “**Educação em saúde insuficiente nas visitas domiciliares**”, no território sob responsabilidade da ESF Jardins, no município de São Miguel dos Campos, estado de Alagoas.

Nó crítico 03	Educação em saúde insuficiente nas visitas domiciliares
Operação	Orientar os familiares sobre a importância das visitas domiciliares e consultas da equipe multidisciplinar
Projeto /resultados esperados	Educação em saúde nas visitas domiciliares / Conhecimento de saúde adquiridos pela família dos pacientes
Produtos esperados	- Realizar orientações básicas de saúde; - Melhora na qualidade de vida dos pacientes
Recursos necessários	Cognitivos: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas. Organizacionais: organização da educação para saúde;
Recursos críticos	Não há
Viabilidade do plano: controle dos recursos críticos (atores /motivação)	Secretaria Municipal de Saúde: Favorável Enfermeira: Favorável ACS: Favorável

	Médico: Favorável Técnico de enfermagem: Favorável Odontólogo: Favorável
Viabilidade do plano: ações estratégicas	- Reuniões intersetoriais (dirigentes e equipe de saúde) - Solicitação de material de apoio à secretaria de saúde;
Responsável (eis) (gerentes) pelo acompanhamento das operações	Enfermeira
Prazo	Imediata
Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações	- Busca ativa dos pelos ACS; - Monitoramento dos agendamentos mensalmente pela enfermeira - Aplicação de instrumentos para avaliação das atividades realizadas a cada reunião pelo responsável pela atividade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da experiência profissional em uma USF relatada neste estudo, pode-se observar a importância das visitas domiciliares na estratégia da família, uma vez que interfere diretamente no acompanhamento da saúde do indivíduo.

Espera-se que a implantação e manutenção de todas as ações de reorganização do serviço propostas neste projeto de intervenção melhorem substancialmente a qualidade nas visitas domiciliares e produzam impacto positivo na saúde da população e conseqüentemente a isso, melhore os indicadores da USF Jardins do município de São Miguel dos Campos. Após a implantação total das ações deste estudo, será possível avaliar qualitativamente e quantitativamente a contribuição do fortalecimento das ações básicas na área de saúde e o desenvolvimento da atenção primária, na qualidade da assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC Nº 11, de 26 de janeiro de 2006**. Brasil: ANVISA; 2006 [acesso em 2006 Mai 04]. Disponível em: [http:// e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=20642&word=rdc%202006%20domiciliar](http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=20642&word=rdc%202006%20domiciliar)

BAPTISTA, Bruna Olegário et al. **A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura**. Rev. Gaúcha Enfermagem. Porto Alegre, v.33, n. 1, Mar. 2012. Disponível em. Acesso em 11 de Janeiro de 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 17 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família (ESF): Sobre o programa**. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/>. Acesso em 17 out. 2020a.

COFEN. **Conselho Federal de Enfermagem**. Resoluções. Resolução-COFEN Nº 267/2001. Disponível em Acesso em 21 de Dezembro de 2014.

CORRÊA, E.J., VASCONCELOS, M., SOUZA, M.S.L. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso**. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2017. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo_Iniciacao-

CRUZ, A. **A Atenção Primária à Saúde no Brasil: Os desafios para aprimorar a porta de entrada do SUS para os brasileiros.** Jornal do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONSENSUS. Jul e ago de 2018. Nº 35. 04 – 09.

Giacomozzi CM, Lacerda MR. **A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família.** Texto contexto – enferm. 2006;15(4):645-53

Lacerda MR, Oliniski SR. **A família e a enfermeira no contexto domiciliar: dois lados de uma realidade.** Texto Contexto Enferm. 2003 Set-Dez; 12 (3): 307-13

MENDONÇA, H.P.F. de. **A problemática da saúde na sociedade capitalista e suas implicações no processo e adoecimento dos trabalhadores brasileiros.** Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Orientadora: Maria Virgínia Borges Amaral. Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Maceió, 2017.

Ministério da Saúde (Brasil). **Caderno de atenção domiciliar [Internet].** Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 2019 jan 20]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf.

Ministério do Desenvolvimento Social (BR). **Criança Feliz: guia para visita domiciliar [Internet].** 2. versão. Brasília: MDS; 2017 [acesso em 2019 dez 10]. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Guia%20para%20Visita%20Domiciliar%20-%20Programa%20Crian%C3%A7a%20Feliz%20-%202016-2017.pdf.

Nietsche EA, Backes VMS, Colomé CLM, Cerat RN, Ferraz F. **Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem.** Rev. Latno-Am Enferm. 2005; 13(3):344-53.

Nietsche EA, Lima MGR, Rodrigues MGS, Teixeira JA, Oliveira BNB, Mota CA, et al. **Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem**. Rev Enferm UFSM. 2012; 2(1):182-9.

SANTOS, Letícia Rosa; LEON, Casandra Genoveva Rosales Martins Ponce de; FUNGHETTO, Silvana Schwerz. **Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em . Acesso em: 21 jan. 2015.

Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. **Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares**. Rev. Bras. Enferm. 2007;60(6):659-64

SOUZA, R.R. **Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo / Renilson Rehem de Souza**. – 2002. Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/uploaded/2_5_2013__0_Construindo_o_SUS.pdf> Acesso em: 07 jan. 2021.

Takahashi RF, Oliveira MAC. **A visita domiciliária no contexto da saúde da família**. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p. 43-46.