



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

MARIANA INFANTE

AS POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÕES SOBRE O BAIXO NÚMERO DE VISITAS  
DOMICILIÁRIAS REALIZADAS PELA EQUIPE DE SAÚDE EM UMA UNIDADE DE  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE PRUDENTE  
- SP.

SÃO PAULO  
2017

MARIANA INFANTE

AS POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÕES SOBRE O BAIXO NÚMERO DE VISITAS  
DOMICILIÁRIAS REALIZADAS PELA EQUIPE DE SAÚDE EM UMA UNIDADE DE  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE PRUDENTE  
- SP.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família da Universidade Federal de São Paulo  
para obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família

Orientação: KARINA MARTNS MOLINARI MORANDIN

SÃO PAULO  
2017

## **Resumo**

O numero de visitas domiciliares realizadas pelos profissionais da equipe da ESF Dr. Yugo Morita, esta abaixo do que é preconizado pela secretaria de saude do municipio de Presidente Prudente - SP.

Na tentativa de aproximar ou ate mesmo chegar ao que é preconizado, foi proposto intervenções que auxiliem os profissionais a atingir suas metas. Entre elas, o oferecimento de transporte publico para o deslocamento ate a casa dos usuarios; ações em educação em saude, como reuniões em grupo com mais de uma familia, com a coordenação da auxiliar de serviços gerais e com frequencia quinzenal; e além disto, confecção de um quite de visita domiciliar para facilitar o acesso do profissional ate o usuário.

## **Palavra-chave**

Sistema Unico de Saúde. Visita Domiciliar.

## **Introdução**

Na Constituição Federal de outubro de 1988, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual determina que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (art. 196). A Constituição prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 2006).

O Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. É formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 2000).

O sistema deve atender a todos, de acordo com as suas necessidades; atuar de maneira integral, com as ações de saúde voltadas para o indivíduo e a comunidade com ações de promoção, prevenção e tratamento; ser descentralizado, com o poder de decisão pertencendo aos responsáveis pela execução das ações; ser racional, devendo se organizar de maneira que sejam oferecidas ações e serviços de acordo com as necessidades da população; ser eficiente e eficaz produzindo resultados com qualidade; ser democrático, assegurando o direito de participação de todos os seguimentos envolvidos com o sistema. Ser equânime, considerando que todas as pessoas têm direito ao atendimento de suas necessidades, porém deve-se estar atento às desigualdades (BRASIL, 2000).

O SUS segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo federal, estadual e municipal. Assim, o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um Sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum.

Em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), cujo propósito é de substituir o modelo tradicional de saúde e reorientar a assistência na atenção básica, para proporcionar uma melhor qualidade de vida da população e obter maior resolubilidade na atenção básica. Este programa é pautado nos princípios normativos do Sistema Único de Saúde (SUS): a integralidade, a equidade e a universalidade; e princípios organizativos do SUS, como a descentralização, a hierarquização do serviço, a regionalização e a participação social (BRASIL, 2004).

A Estratégia Saúde da Família é entendida como uma forma de reorganização do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades de Saúde da Família. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de, no mínimo, 2.400 e no máximo 4.500 pessoas, localizado em uma área geográfica delimitada, podendo solucionar 80% dos casos em saúde das pessoas sob sua responsabilidade (BRASIL, 2004).

A perspectiva do PSF é a melhoria do acesso das populações à assistência a saúde, como uma porta de entrada ao usuário do SUS. Deve priorizar as ações de promoção, prevenção,

reabilitação e recuperação, a fim de melhorar a qualidade de saúde das famílias de sua área de abrangência. Essas ações são viabilizadas pela equipe multiprofissional, que é formada por no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de cinco a seis agentes comunitários de saúde. Cada equipe acompanha em média mil famílias, com as quais criam um vínculo de co-responsabilidade (BRASIL, 2004).

Dentre as ações propostas, destaca-se a visita domiciliar, prática inserida na ESF e que se torna essencial para estabelecer prevenção, promoção, reabilitação e cura do indivíduo e de sua família (GARCIA e Teixeira 2009).

Nesta perspectiva, a visita domiciliar é definida como instrumento de assistência efetuada por profissionais junto ao indivíduo em seu próprio ambiente, destacando técnicas de observação, entrevista e relato oral. (GARCIA e Teixeira, 2009).

Através da visita, os profissionais das equipes dos Programas de Saúde da Família, realizada diariamente pelos agentes comunitários de saúde, ou ainda sistematicamente pelo enfermeiro, médico e dentista, consegue identificar condições sociais e sanitárias das famílias, assim como, situações de risco que não seriam observadas dentro da unidade de saúde. (GARCIA e Teixeira, 2009).

Dada a sua extrema importância para atenção básica e ainda constatando que os números de visitas domiciliares estão abaixo do que é preconizado pela Secretaria de Saúde do município, busca-se propostas de intervenções afim de resolver este problema.

### **Objetivos (Geral e Específicos)**

Objetivo geral:

Aumentar o número de visitas domiciliares por todos os profissionais da equipe de saúde aos usuários do SUS da área de abrangência da ESF Dr. Yugo Morita, como preconizado pela secretaria de saúde do município de Presidente Prudente - SP.

Objetivos específicos:

Readequar a agenda dos funcionários, afim de otimizar o tempo.

Aprimorar o processo de trabalho da equipe.

## **Método**

Para identificar o que os usuários percebem como problema na ESF Dr. Yugo Morita, uma vez que as intervenções propostas serão destinadas a este grupo de pessoas, utilizaremos a ferramenta chamada de Estimativa Rápida, que segundo Tancredi; Barrios e Ferreira (1998) é o método que apoia o planejamento estratégico, pois contribui para a identificação das necessidades de saúde de diferentes grupos, inclusive aqueles menos favorecidos. Esse método apoia-se em três princípios: coletar dados pertinentes e necessários; coletar informações que reflitam as condições locais e envolver a comunidade na definição de seus próprios problemas e na busca de soluções. Dessa forma, ele permite conciliar o conhecimento teórico com o saber prático, de modo a facilitar o planejamento local.

Para realização da estimativa rápida, as entrevistas serão dirigidas aos usuários, escolhidos de forma aleatória, que se encontrarão na sala de espera da ESF no período de 10 a 14 de Abril de 2017.

As duas questões elaboradas para a estimativa rápida serão:

- 1) O que você acha do atendimento da unidade de saúde Dr. Yugo Morita?
- 2) O que você acha que deve melhorar na unidade de saúde ESF Dr. Yugo Morita?

Após a coleta de dados será realizado a análise dos mesmos para verificação dos problemas apontados pelos entrevistados.

Também consultaremos a opinião de cada membro da equipe durante a reunião de equipe, para que dentro deste contexto, problema-solução, seja escolhido de maneira conjunta, o principal problema a ser resolvido.

Após reunião de equipe, esperamos encontrar como problema, o baixo numero de visitas domiciliares o que corrobora com o discurso dos entrevistados que veem falhas em relação à demora de consultas na unidade de saúde e, além disto, com o que é preconizado pela secretaria de saúde do município quanto aos números de visitas que cada funcionário da unidade deve cumprir mensalmente.

Na reunião de equipe seguinte discutiremos as possíveis causas e consequências da diminuição das visitas domiciliárias, como no quadro exposto abaixo:

Para selecionarmos a causa principal, lembraremos as definições sobre a governabilidade, capacidade e vontade que possuímos para resolver cada uma delas. Diante disto, será eleita como causa principal, a falta de organização da equipe de saúde para realizar as visitas domiciliárias.

## **Resultados Esperados**

### **Plano de intervenção**

No dia 21 de Abril de 2017, foi realizada uma reunião de equipe, onde foi colocado a importância da visita domiciliária, e a partir desta, começamos a traçar as metas que

queremos alcançar e o plano para chegarmos até ela.

Segundo Giacomozzi e Lacerda (2006), a visita domiciliar é uma continuidade dos cuidados à saúde, pois os serviços de saúde são oferecidos aos indivíduos e a sua família em suas residências com objetivo de promover, manter ou restaurar a saúde, maximizar o nível de independência, minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças, incluindo aquelas sem perspectiva de cura.

Analisamos a cobertura de visitas domiciliárias realizadas por todos os membros da equipe e constatamos que todos os números estavam abaixo do que é preconizado pela secretaria de saúde, sendo que o médico realizou 12 visitas, a enfermeira 13 visitas, as auxiliares de enfermagem 22 visitas no total, as agentes comunitárias de saúde 58 no total e a dentista 12 visitas, em um período de um mês.

O número de visitas preconizadas pela secretária municipal de saúde é que o médico realize 16 visitas, a enfermeira 16 visitas, as auxiliares 48, as agentes comunitárias de saúde 100 visitas e a dentista 16 visitas.

O objetivo das intervenções traçadas neste planejamento é que o número de visitas realizadas pela equipe alcance ou se aproxime do número de visitas preconizadas pela secretaria, portanto pensamos em uma estratégia com toda equipe para facilitar esta ação.

## **INTERVENÇÕES**

Intervenção 1:

Para a realização de visitas será utilizado o meio de transporte oferecido pela secretaria de saúde.

	ACS	Auxiliares	Enfermeira	Médico	Dentista
Segunda	4 manhã	1 manhã/1 tarde	1 tarde		
Terça		1 manhã		1 tarde	1 Manhã
Quarta					
Quinta					
Sexta					

Intervenção 2:

Será realizado ações de educação em saúde nos domicílios reunindo duas ou mais famílias, com a coordenação da auxiliar de serviços gerais, e com a participação de mais dois profissionais da equipe que estiverem disponíveis no dia da realização do grupo. A frequência do grupo será quinzenal, todas as sextas-feiras de manhã.

Intervenção 3

Montaremos um quite de visita domiciliar, que será composto por um tapete

confeccionado pelas agentes comunitárias de saúde e a auxiliar de serviços gerais, afim de estimular a população a receber os profissionais de saúde em suas casas.

#### Intervenção 4

Para o estímulo da realização das visitas domiciliares, confeccionamos cartazes abordando o tema.

#### RESULTADOS ESPERADOS

No dia 22 de maio, após ter completado um mês e quatro dias desde que planejamos as intervenções para o problema elencado, realizamos uma nova reunião de equipe para avaliarmos os resultados obtidos desde então. Comparamos o número de visitas que é preconizado pela secretaria de saúde, o número que os profissionais realizaram antes do Projeto de intervenção (P.I.) e após o Projeto de intervenção (P.I.).

	Enfermeira	Dentista	Médico	Aux. Enfermagem	ACS
Nº preconizado pela Secretaria de saúde	16	16	16	48	100
Nº antes do P.I.	13	12	12	22	58
Nº após o P.I.	16	17	17	54	313

Os profissionais de forma geral alcançaram o número preconizado pela secretaria de saúde, aumentaram o número de visitas que foram realizadas antes do P.I., atingindo o objetivo traçado pelo grupo, que era tentar chegar o mais perto possível do que é preconizado pela secretaria.

Vimos que a enfermeira conseguiu alcançar o número preconizado pela secretaria, e os profissionais restantes até ultrapassaram esse número após o P.I..

#### Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção básica e saúde**



**da família.** Brasília, 2004. Disponível em:  
<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>. Acesso em: 11 fevereiro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS (Planeja SUS):** instrumentos básicos. Brasília, 2006. 46 p. (Série B: textos básicos de saúde; Cadernos de planejamento, v. 2).

GARCIA, I. F. S.; TEIXEIRA, C. P. Visita domiciliar: um instrumento de intervenção. Sociedade em debate, Pelotas - R.S. v.1, n.15, p.166-178, 2009.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis - S.C. v.4, n.15, p.645-653, 2006.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H.G. Fazendo um diagnóstico da situação de saúde da população e dos serviços de saúde. In: \_\_\_\_\_ **Planejamento em saúde.** São Paulo, 1998. Cap 4, p. 19-26.