



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Lucelio Gomes Santana

Planejamento e intervenção no atendimento domiciliar
aos usuários da área de abrangência do Centro de
Saúde de Kaloré – PR

Florianópolis, Março de 2018

Lucelio Gomes Santana

Planejamento e intervenção no atendimento domiciliar aos usuários
da área de abrangência do Centro de Saúde de Kaloré – PR

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Melisse Eich
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Lucelio Gomes Santana

Planejamento e intervenção no atendimento domiciliar aos usuários
da área de abrangência do Centro de Saúde de Kaloré – PR

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Melisse Eich
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

Introdução: O Centro de Saúde de Kaloré está organizado para o atendimento aos usuários a partir de demanda espontânea em que os pacientes procuram a equipe de saúde devido a processos patológicos ou necessidade de fazer um check-up para acompanhamento da saúde. É importante considerar que o gerenciamento e planejamento da assistência e cuidado aos usuários da área de abrangência do centro de saúde estão sendo desenvolvidos dessa forma devido ao período prolongado de ausência de profissionais médicos neste espaço, servindo como uma estratégia para a adaptação da população ao retorno dos serviços a serem proporcionados a todos. Nessa perspectiva, atualmente, está sendo estruturada a implantação de consulta agendada para atendimento geral, horário e dia específico para realização da puericultura e do atendimento pré-natal das gestantes que era realizado exclusivamente no hospital municipal da cidade. **Objetivo:** Melhorar o atendimento domiciliar aos pacientes, estabelecendo um cronograma de visitas semanais. **Metodologia:** Realizar visitas mensais de acompanhamento e rastreio pelos agentes comunitários de saúde (ACS) responsáveis pela microárea, identificando pacientes vulneráveis em que há uma necessidade de visitas médicas para acompanhamento e/ou tratamento das comorbidades, exames periódicos, tratamentos, encaminhamentos e manutenção dos tratamentos contínuos no domicílio, avaliando os resultados dos tratamentos terapêuticos. **Resultados Esperados:** Com esse projeto de intervenção se espera oferecer um atendimento de qualidade aos pacientes com limitação da mobilidade, desenvolvendo um vínculo dos pacientes e familiares com a equipe de saúde, bem como um compartilhamento de responsabilidades que envolvem o contexto em saúde, melhorando a expectativa e qualidade de vida das pessoas que dependem de um tratamento terapêutico.

Palavras-chave: Atenção à Saúde, Atenção Primária à Saúde, Limitação da Mobilidade, Qualidade de Vida, Tratamento Domiciliar

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	17
2.1	Objetivo geral	17
2.2	Objetivos específicos	17
3	REVISÃO DA LITERATURA	19
4	METODOLOGIA	21
5	RESULTADOS ESPERADOS	23
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

Antecedentes Históricos

Em 1924, o então Presidente da República, Arthur Bernardes, apoiou a vinda para o Brasil da Missão Montagu, objetivando interesses de ordem econômica e social. Lord Lovat, que fazia parte dessa missão, ficou admirado com a grandeza das matas no norte do Paraná e vislumbrou uma grande oportunidade de negócios. Retornou à Inglaterra, mas deixou ordens para que se realizassem estudos com o objetivo de implantação de uma companhia colonizadora para explorar as riquezas da região Norte do Estado do Paraná e assim foi fundada a Brasil Plantations Syndicate Ltda (com capital de 200 mil libras esterlinas). Mr. Arthur Thomas foi enviado para o Brasil com o objetivo de ampliar a empresa que nascia e em 24 de setembro de 1925 foi registrada a Companhia de Terras Norte do Paraná. Esta empresa deveria adquirir terras do governo paranaense, representado na época pelo senhor Caetano Munhoz da Rocha.

Essas terras localizadas no norte paranaense encontravam-se em permanente conflito por causa dos interesses de posseiros e portadores de concessões, por este motivo a Companhia delimitou uma grande área de atuação entre os rios Paranapanema, Tibagi e Ivaí e em seguida, em 1929, fez uma proposta ao governo do Paraná no sentido de adquirir tal área alegando que os conflitos estavam prejudicando o desenvolvimento da região. Assim conseguiu comprar 515.000 alqueires e a partir desse momento estava selado o destino do Norte do Paraná.

Em 1930 surgiu o patrimônio Três Bocas, antigo nome de Londrina, o qual era considerado o polo irradiador do desenvolvimento e através desta primeira vila foi surgindo às próximas. A estratégia da Companhia de Terras Norte do Paraná era de fundar centros de maior importância com distâncias de no máximo 100 quilômetros e as cidades menores teriam distâncias entre elas de 10 a 15 quilômetros.

Com a Segunda Guerra Mundial, a Inglaterra precisou adotar uma política de repatriamento de investimentos ingleses no mundo para custear a guerra, dessa maneira, em 1944 a Companhia foi vendida por um grupo de empresários brasileiros, liderados por Gastão Vidigal, passando a se denominar Companhia Melhoramentos Norte do Paraná. Dessa forma, o Norte do Paraná tornou-se uma das maiores fontes de riqueza pelo produto da terra.

A gleba Kaloré foi colonizada pelas Companhias Comercial São Vicente e a Companhia Melhoramentos Norte do Paraná com a influência das emigrações dos povos vindos de outros estados. As terras do Norte paranaense começaram a ser abertas por aventureiros que adquiriram seus lotes através das Companhias de Loteamento. A fertilidade da terra e as florestas verdejantes enchiam de entusiasmos os novos proprietários, que procuravam devastar as matas e formar suas lavouras de café. Os lavradores fixaram, então, suas

residências nas glebas loteadas, constituindo assim família sólida, assim o vazão das selvas foi sendo substituído pelo progresso.

Heleno Justino da Silva, popular Gato Preto, vindo de Minas Gerais, em 1948, foi o primeiro que desbravou as matas, como funcionário das Companhias mencionadas. Há 32 quilômetros de Jandaia do Sul, foi aberta uma pequena vila denominada Kaloré e com o decorrer do tempo chegaram novos pioneiros, que adquiriram seus lotes em Kaloré. Assim no ano de 1949 já se encontravam os pioneiros que começariam a transformar aquela pequena vila em uma cidade, montando serrarias, abrindo comércio e assim dando início ao desenvolvimento do nosso município.

A princípio não havia estradas, apenas picadas pelas quais seguiram dificultosamente animais e carroças. As famílias residiam em casebres cobertos com folhas de coqueiro. Em 1950, o popular “Gato Preto” montou uma venda para fornecer cachaça, fumo e comida para os trabalhadores. Nessa época Kaloré pertencia ao município e comarca de Apucarana.

Origem e Significado

O nome “Kaloré” foi dado pelo Diretor do Departamento de Topografia da Companhia de Terras Norte do Paraná, o russo naturalizado brasileiro Wladimir Babkov. É um nome indígena de origem kaingang e significa “terra fofa ou fértil”.

As primeiras explorações nesta região datam de meados do século XIX e a colonização da região noroeste foi bastante tumultuada devido aos conflitos entre colonos, posseiros e os grandes proprietários de terra. O mesmo não aconteceu na região do Vale do Ivaí, onde prevaleceu à paz, não havendo conflito armado, devido à capacidade de planejamento da Companhia de Terras Norte do Paraná. A colonização em Kaloré foi feita por famílias com o único interesse de trabalhar a terra e principalmente sem a interferência de mediadores entre a Companhia e os colonos.

Formação Populacional

A composição étnica fundamenta-se nos povos de origem portuguesa e italiana, também se verifica a presença de ocidentais. Compõe ainda o quadro étnico uma minoria de descendentes de imigrantes europeus de outras origens.

A população kaloreense se formou basicamente através da imigração de grande número de pessoas dos estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e dos estados do Nordeste Brasileiro.

Muitas famílias vendiam o que tinham em suas cidades de origem para começar vida nova no norte do Paraná, mas muitas delas também vinham para cá apenas com a roupa do corpo e a esperança de conseguirem cuidar de suas vidas de maneira digna.

A população total do município no ano de 1970 era de 13.978 habitantes, sendo que destes, 1.793 eram urbanos e 12.185 rurais. Por causa da geada ocorrida em julho de 1975, que dizimou mais de 80% das lavouras de café do município e a abertura para a diversificação de outras culturas, com utilização de técnicas mecanizáveis, deu-se início ao

êxodo rural em larga escala.

Os produtores, desestimulados em refazer suas lavouras cafeeiras, devido à falta de incentivos para o setor e com medo de gear novamente, dispensavam numerosas famílias que partiam rumo aos centros urbanos em busca de alternativas de trabalho, contribuindo assim para uma diminuição drástica na população kaloreense.

Atualmente a cidade encontra-se em um momento histórico inverso, pois com o sucesso da cultura da soja e a conseqüente valorização de terras e imóveis na cidade, as pessoas começam a retornar para “casa”. Logicamente que dificilmente a cidade voltará a contar com 12.000 habitantes, mas o fato das pessoas, mesmo que em número pequeno, estarem voltando, já é motivo para comemoração, pois se percebe assim que a nossa cidade está se desenvolvendo cada vez mais e tornando-se melhor a cada dia.

Segundo dados do IBGE, 30 de agosto de 2016, a cidade de Kaloré conta com 4402 habitantes, sendo 3218 localizados em área urbana e 1288 localizados em área rural; 2288 homens e 2218 mulheres.

Histórico Municipal

Kaloré começou a ser colonizada em 1948 e a primeira pessoa que aqui chegou foi um funcionário da referida companhia, seu nome é Heleno Justino da Silva, mais conhecido como “gato preto”. Em entrevista concedida por Mario Serafim Vieira, ele conta que em 1950 quando chegou ao município havia uns dez ranchos dos primeiros moradores e que um desses ranchos era do “gato preto” e, como funcionário da Companhia, era responsável por abrir as primeiras picadas no meio da mata, tinha sob sua responsabilidade alguns homens, que ficavam junto com ele neste rancho.

No ano de 1949 já haviam chegado à cidade as famílias Impossetto, Fernandes, Darienso, Labegalini e Junqueira. Nesse tempo a vida era muito difícil, pois não havia conforto nenhum. Esses primeiros moradores enfrentaram com muita coragem as dificuldades encontradas aqui. As estradas eram precárias, prejudicando assim o transporte não só de produção como também das pessoas. Não havia luz elétrica, nem água encanada, mesmo assim estes bravos permaneceram.

Histórico Político

Em 24/05/1961, pela Lei Estadual n°. 4.368, o patrimônio de Kaloré foi elevado à condição de Distrito Administrativo e Judiciário, com território pertencente Município de Jandaia do Sul.

Pela Lei Estadual n°. 89 de 07/08/1961 foi criado o Município de Kaloré, com território desmembrado do Município de Marumbi. A instalação oficial ocorreu no dia 08/12/1962.

O Distrito de Jussara foi criado com a Lei n°. 230 de 29/12/1961. Com a Lei municipal n°. 327 de 23/12/1974, o Distrito de Jussara passa a ser reconhecido como zona urbana.

Entidades Representativas

Atualmente, o Município de Kaloré não conta com Associação de Moradores e nem com Conselhos Comunitários. As pessoas reconhecidas como liderança dentro da comunidade

são o Prefeito em exercício Washington Luiz da Silva e o Secretário Municipal de Saúde Ronaldo Romeiro.

Entidades Públicas e Privadas

- 03 Creches Municipais;
- 03 Pré-escolas Municipais;
- 02 Escolas Estaduais de Ensino Fundamental e 2 Escolas Municipais de Ensino Fundamental;
- 02 Escolas Estaduais de Ensino Médio
- 01 Escola Municipal de Ensino Especial e 01 Escola Particular de Ensino Especial
- 01 Escola Municipal de Educação de Jovens e Adultos (EJA)
- 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
- 01 Unidade Básica de Saúde (UBS)
- 01 Clínica/Ambulatório de atendimento especializado
- 01 Hospital Geral
- 02 Postos de Saúde
- 01 Biblioteca Pública Municipal
- 01 Centro Cultural/ Casa de Cultura
- 02 Agências Bancárias – Banco Bradesco e Cooperativa de Crédito Sicred
- 01 Agência dos Correios
- 01 Igreja Católica e Salão Paroquial
- 01 Igreja Evangélica
- 01 Centro de Acolhimento da Terceira Idade
- 01 Ginásio de Esporte e 01 quadra coberta
- 01 Salão Social de Eventos
- 02 Praças
- 01 Parque de Lazer

Áreas de Vulnerabilidade Social

A cidade consta com a presença de um lixão, localizado na estrada da cidade sentido Marumbi – Borrazópolis (cidades vizinhas), no qual todo o lixo recolhido é incinerado. Existe uma única família morando próximo ao local, sendo considerado risco social devido alto grau de risco de contaminação com os resíduos ali depositados e também com o processo de eliminação (incineração) de todo o lixo coletado.

O município também enfrenta o problema do tráfico de drogas localizado em diversos pontos distintos e variáveis da cidade. Alguns pontos acabam sendo localizados próximo de residências cuja vizinhança consta com diversas crianças e adolescente colocando em risco diversas famílias.

Perfil Social e Econômico

A atividade econômica do município é concentrada basicamente no setor agroindustrial e têxtil. As principais culturas temporárias cultivadas são alho, amendoim, arroz, cana-

de-açúcar, feijão, girassol, mandioca, milho, soja, tomate e trigo. Já as principais culturas perenes estão baseadas no cultivo de banana, café, laranja, maracujá e uva.

Segundo o Censo Demográfico de 2010 o município conta com um total de 1951 domicílios no quais 1097 são particulares, 211 são alugados, 186 são cedidos e 22 em outras condições. O número de domicílio localizado em área urbana é de 1176 e 775 localizados em área rural. Dos 1951 domicílios, 1514 possui abastecimento de água (água canalizada), 1517 possui esgoto sanitário (banheiro ou sanitário), 1256 possui coleta de lixo e 1516 possui energia elétrica. O número de habitantes dentro de uma mesma moradia varia de 2 até 6 ou mais indivíduos.

Do total de 1516 domicílios, 1514 conta com serviço de abastecimento de água (água canalizada), 1516 possui esgotamento sanitário, 1256 possui coleta de lixo e 1516 possui energia elétrica.

No ano de 2015, segundo dados do MEC/INEP 183 crianças estiveram matriculadas no ensino de Educação Infantil, sendo que desse total 103 crianças matriculadas na creche e 80 na pré-escola; 448 crianças na faixa etária de 8 e 9 anos estiveram matriculadas no Ensino Fundamental; 138 pessoas estiveram matriculadas no Ensino Médio (inclui ensino médio propedêutico, ensino integrado à educação profissional e do ensino normal e/ou magistério). Em relação à Educação especial, 4 crianças estiveram matriculadas na Educação Infantil (creche particular); 11 crianças matriculadas no Ensino Fundamental (3 em estabelecimento municipal e 8 em estabelecimento particular); 28 matriculados na Educação de Jovens e Adultos (1 em estabelecimento municipal e 27 em estabelecimento particular). Em relação à Educação de Jovens e Adultos (EJA), 3 pessoas estiveram matriculadas no Ensino Fundamental em estabelecimento municipal.

Em relação ao desenvolvimento educacional, a taxa de analfabetismo varia de acordo com a idade: 11,45% com idade igual ou superior a 15 anos; 1,04% de 15 a 19 anos; 2,22% de 20 a 24 anos; 1,44% de 25 a 29 anos; 3,31% de 30 a 39 anos; 6,26% de 40 a 49 anos e 24,35% com idade acima de 50 anos.

O produto interno bruto (PIB) segundo dados do IBGE e IAPRDES é de R\$ 22.649 *per capita*. A renda domiciliar *per capita*, segundo Censo Demográfico de 2010, é de 0,3967 referentes a uma renda média domiciliar *per capita* de R\$ 527,37. A densidade demográfica segundo o IPARDES (2016) é 22,70 hab/km². O grau de urbanização é de 71,42%.

Atualmente, a cidade consta com um total de 248 famílias cadastradas e recebendo o auxílio Bolsa Família, porém existe cadastro de 233 pessoas que fizeram o cadastro, porém ainda sem a contemplação do benefício. Ainda existem 869 pessoas que recebem outros benefícios como auxílio gás, tarifa social de energia elétrica, auxílio leite, entre outros.

Diagnóstico Epidemiológico da Cidade de Kaloré

Dados Populacionais

A cidade de Kaloré possui um total de 1288 pessoas acompanhadas pela Equipe Rural de Saúde de Família, sendo que 659 são do sexo masculino e 629 são do sexo feminino,

581 estão situados na faixa etária de 15 ou mais anos, 375 são mulheres entre 10 e 59 anos, 13 são mulheres gestantes, 24 são crianças menores de 2 anos em acompanhamento e 18 são crianças menos de 1 ano também em acompanhamento, segundo levantamentos dos atendimentos realizados na UBS e visitas domiciliares realizadas pelas ACS referente ao mês de outubro/2016.

Frequência de Determinadas Doenças

Hipertensão Arterial

Dentre as 1288 pessoas assistidas pela Estratégia da Família, 237 são hipertensos e 95 são diabéticos, o que gera uma prevalência de 18,40 hipertensos e 7,38 diabéticos a cada 100 habitante pertencente à área rural do Município de Kaloré.

Essa população de diabéticos e hipertensos ainda não se encontrada acompanhada de forma regular; porém, atualmente, estão sendo montados protocolos de estratificação de risco para essa população, além de estarmos organizando, juntamente com a equipe do NASF (psicólogo e nutricionista), reuniões multidisciplinares para melhor atendimento, informação, conscientização das pessoas pertencentes a esse grupo da importância do tratamento e cuidado pessoas para que possam apresentar uma boa qualidade de vida mesmo diante da patologia e, dessa forma, evitar outras doenças consequentes caso a doença de base não seja bem cuidada.

Outras Patologias

Dentre a população assistida pela equipe Rural da ESF, existem 3 casos de hanseníase pertencente ao mesmo grupo familiar, no qual a família é acompanhada quinzenalmente para curativo, avaliação das feridas abertas e evolução do curso da doença.

No meio da população, classificada como rural, não existe nenhum caso de tuberculose registrado.

Na UBS de Kaloré ainda não é feito o levantamento do Índice de Dentes Perdidos, Obturados ou Cariados (CPO-D) devido à política empregada na forma de atendimento até o momento, porém novos protocolos veem sendo estabelecidos para melhor atendimento da população e para maior efetividade do serviço.

Procura pelo Serviço de Saúde

Dentro dos atendimentos realizados no mês de outubro/2016, as cinco queixas mais comuns que levaram a população a procurar a Unidade de Saúde, em um número total de 117 consultas, foram:

1. Sem queixa, desejo de exames laboratoriais de rotina (28,20%)
2. Dores articulares de forma geral (12,82%)
3. Tosse seca (7,69%)
4. Dor de garganta (6,83%)
5. Urticária (4,27%)

A maioria das consultas realizada dentro da Unidade Básica de Saúde é realizada de acordo com a demanda. São atendidos o número total de paciente que faz procura ativa

de atendimento médico devido algum processo patológico ou desejo de fazer um check-up para acompanhamento da saúde. Essa forma de trabalho estava sendo realizada devida ao período prolongado de ausência de médicos para atendimento na UBS e como uma forma de adaptação da população ao retorno de oferecimento do serviço médico. No atual momento está sendo estudada a implantação de consulta agendada para atendimento geral, horário e dia específico para realização da puericultura e do atendimento pré-natal das gestantes que era realizado exclusivamente no Hospital Municipal da cidade.

As visitas domiciliares também estavam sendo realizadas de acordo com a necessidade do paciente, sendo que muitas vezes, quando o serviço médico era solicitado, o paciente já se encontrava em regular/ruim estado geral. Diante dessa realidade, a estratégia de cadastro dos pacientes acamados e com necessidade de atendimento domiciliar juntamente com a organização de visitas domiciliares semanais e rotativas vem sendo empregada para o paciente estar mais bem atendido e, dessa forma, apresentar melhor qualidade de vida e saúde.

Saúde Materno-Infantil

De acordo com fontes do MS/Datasus de 2016, o número absoluto de óbitos em menores de 1 ano de idade foi de 2, sendo que as causas do óbito foram: doença do aparelho respiratório e afecções originadas no período perinatal, isso geram um coeficiente de mortalidade de 35,09 a cada mil nascidos vivos

Dentro da Equipe Rural da ESF existem 13 crianças menos de 1ano de idade, na qual 13 apresentam esquema vacinal em dia, o que gera uma prevalência de 100% em relação ao mês de outubro de 20016.

No ano de 2015 e até o mês de outubro de 2016 não conseguimos fazer a proporção de gestantes que tiveram sete ou mais consultas durante o pré-natal, pois devido a alta rotatividade de médicos na UBS, esse serviço é prestado pelos médicos atuante no Hospital Municipal que nem sempre fazem as anotações necessárias e os registros de rotina.

No momento estamos organizando os atendimentos materno-infantis, reservando semanalmente horários para realização das consultas de pré-natal e puericultura. Em consultas de pré-natal são realizadas as medições de altura uterina, orientações, solicitação dos exames preconizados em cada fase da gestação e ausculta do BCF a partir das 12 semanas. Já as nas consultas de puericultura, fazemos a pesagem, medição da altura e perímetro cefálico, colocamos no gráfico para acompanhamento do desenvolvimento e orientamos sobre questões de dieta e estimulação. As consultas de puericultura são realizadas mensalmente do 0 aos 6 meses, trimestralmente do 6 ao 12 mês e dos 12 aos 36 meses, semestralmente.

Causas de Morbi-mortalidade hospitalar

A taxa de mortalidade da população em geram é de 11,72 a cada mil habitantes, sendo que as principais causas de óbitos são doenças infecciosas e parasitárias, neoplasias (tumores), doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, doenças do aparelho respiratório e do aparelho digestivo.

As principais causas de internações dos idosos no Município de Kaloré, em geral, foram: 1. Desidratação por doença gastro-intestinal; 2. Pneumonia; 3. Infecção de ferida de decúbito. Outras patologias de maior complexidade como, por exemplo, acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio, são enviados para centro de maior complexidade devido falta de estrutura no local, já que o município não possui nem aparelho de Raios-X disponível.

Visitas Domiciliares

Diante dessa realidade, percebemos que, em relação às visitas domiciliares, existe a falta de um cronograma de visitas domiciliares, bem como o escalonamento destas visitas, sendo priorizado o atendimento por demanda na unidade.

Esse problema tem como causa, a falta de organização da equipe da Estratégia da Família e o trabalho conjunto com as ACS na captação e priorização da demanda espontânea na unidade. Isto leva a consequências tais como: consultas extremamente extensas devido ao acúmulo de problemas de saúde do paciente, bem como pacientes que esquecem, às vezes de tirar dúvidas e ajustar medicações.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Melhorar o atendimento domiciliar aos pacientes, estabelecendo um cronograma de visitas semanais.

2.2 Objetivos específicos

- Agendar dias fixos de visitas domiciliares semanais em conjunto com a equipe ESF;
- Discutir com a equipe da EAF e com as autoridades de saúde do município a importância das visitas domiciliares e traçar metas semanais e mensais de atendimento domiciliar;
- Diminuir a auto medicação e aumentar controle no uso de medicamentos contínuos.

3 Revisão da Literatura

A visita domiciliar teve destaque no Brasil a partir de sua incorporação aos serviços sanitários da década de 20, voltada quase que exclusivamente para a eliminação das grandes epidemias de doenças infectocontagiosas, recebeu destaque no cenário atual, com reflexo da reorganização do modelo assistencial em saúde proposta a partir da década de 90, com a implementação de programas voltados ao atendimento no domicílio, especialmente, a Estratégia Saúde da Família (FALLANTE; BARREIRA, 1998).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) teve início, no Brasil, em junho de 1991, sendo precursor do Programa Saúde da Família (PSF). Em janeiro de 1994, formaram-se as primeiras equipes do PSF compostas por médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Em decorrência disso, torna-se estratégico avaliar, neste estágio, a importância da visita domiciliar, cujo significado se amplia passando a ser concebida como parte de um processo de atenção continuada e multidisciplinar, no qual se realizam práticas sanitárias, assistenciais e sociais, perpassadas pelo olhar da integralidade (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) incorpora e reafirma as diretrizes e os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade, integralidade, regionalização, participação social e descentralização) e se alicerça sobre três grandes pilares: a família, o território e a responsabilização, além de ser respaldado pelo trabalho em equipe. Para a ESF, a família deve ser entendida de forma integral e em seu espaço social, abordando seu contexto socioeconômico e cultural, considerando que é nela que ocorrem interações e conflitos que influenciam diretamente a saúde das pessoas. Para dar corpo a esse modelo, entre as várias ações projetadas e em execução encontra-se a prática sistemática das visitas domiciliárias (VDs), realizadas pelas equipes de Estratégia Saúde da família (ESF) (CRUZ; BOURGET, 2010).

Na tentativa de reorganizar a atenção básica em saúde em substituição à prática assistencial vigente, voltada para a cura de doenças, e também buscando redução de custos e minimização de conflitos sociais, o Ministério da Saúde (MS) assumiu, o desafio de incorporar em seus planos de ações e metas prioritárias o Programa Saúde da Família (PSF). Embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos pelo MS, pois não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde (BRASIL, 1994). Pelo contrário, caracteriza-se como estratégia (ESF) que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados (CRUZ; BOURGET, 2010).

A portaria que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da

Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 2011, apresenta como característica do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica em seu capítulo XII - realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos. Reafirmando após mais uma década a importância da visita domiciliar ([MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011](#)).

A atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central da visita domiciliar, sendo entendidas, família e comunidade, como entidades influenciadoras no processo de adoecer dos indivíduos, os quais são regidos pelas relações que estabelecem nos contextos em que estão inseridos. Compreender o contexto de vida dos usuários dos serviços de saúde e suas relações familiares deve visar ao impacto nas formas de atuação dos profissionais, permitindo novas demarcações conceituais e, conseqüentemente, o planejamento das ações considerando o modo de vida e os recursos de que as famílias dispõem ([ALBUQUERQUE; BOSI, 2009](#)).

A visita domiciliar (VD) enquanto ferramenta de assistência à saúde objetiva também orientar, educar, reabilitar e fornecer subsídios para que as famílias atendidas tenham condições de se tornarem autônomas e corresponsáveis no cuidado à saúde. Para que isso efetivamente ocorra, é relevante que exista um processo de interação e comunicação horizontal entre os profissionais de saúde e as famílias, em que os sujeitos interajam da mesma maneira e intensidade, e que as representações das mesmas acerca do processo saúde e doença sejam consideradas no planejamento, organização, execução e avaliação das ações promotoras de saúde ([CRUZ; BOURGET, 2010](#)).

Desse modo, esse processo nos causa certa inquietação, pois ao utilizar a visita como instrumento, o processo de adentrar o domicílio dos usuários requer preparo, habilidades de comunicação, ética profissional, conhecimento dos mecanismos para prover à família uma assistência de cunho educativo, pautados em ações de prevenção e principalmente de promoção à saúde da população, assim como, maiores esclarecimentos acerca das relações entre espaço público e privado concebidos por usuários e profissionais de saúde de modo não necessariamente coincidente, trazendo conseqüências importantes para a implementação das práticas de saúde coletiva no país ([SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008](#)).

Por sua vez, a portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) destaca em seu artigo 6º que todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a rede de atenção à saúde ([MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2017](#)).

4 Metodologia

O plano de intervenção está sendo construído para os usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade básica de saúde, necessitando de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde.

Por sua vez, serão realizadas visitas mensais de acompanhamento e rastreamento pelos agentes comunitários de saúde (ACS) responsáveis pela microárea, identificando pacientes vulneráveis em que há uma necessidade de visitas médicas para acompanhamento das comorbidades, exames periódicos, tratamentos, encaminhamentos e manutenção dos tratamentos contínuos no domicílio.

Em seguida, será elaborada uma agenda de visitas em reunião periódica mensal com a ESF, onde diálogo sobre quantos dias da semana serão disponibilizados para as visitas, qual turno se darão e quantas visitas deverão ser disponibilizadas a cada turno; colocando em discussão os resultados obtidos nas visitas e a necessidade da manutenção do calendário pactuado inicialmente, bem como a efetivação da adequação das visitas conforme a demanda.

O desenvolvimento das ações será na cidade de Kaloré no estado do Paraná, em todas as microáreas, de acordo com a identificação das necessidades de visita das pessoas da área de abrangência da unidade básica de saúde.

É importante destacar que a proposta será iniciada com visitas médicas semanais, a partir de pacientes previamente selecionados pelos ACS, identificados em consultas médicas ou através da solicitação dos cuidadores e familiares ou qualquer cidadão que identifique algum paciente com dificuldades físicas ou psicológicas para atendimento na unidade básica de saúde (UBS). Ainda, esse plano de ação será desenvolvido pelos ACS, o médico com a equipe de enfermagem, sob a coordenação da enfermeira responsável.

5 Resultados Esperados

A atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central da visita domiciliar, sendo entendidas, família e comunidade, como entidades influenciadoras no processo de adoecer dos indivíduos, os quais são regidos pelas relações que estabelecem nos contextos em que estão inseridos; levar o atendimento de saúde as pessoas em suas casas, significa dar importância na valorização do sujeito como parte da comunidade, tentando entender e resolver seus problemas de saúde como parte integrante dessa comunidade em que ele deve se sentir incluso.

No processo de reconhecimento dos moradores na área de abrangência da unidade básica de saúde, que necessitam de assistência no domicílio, a visita domiciliar se apresenta como ferramenta fundamental para entender o ambiente em que este cidadão vive, a que situações de risco está exposto e quais os cuidados especiais que necessita para que sejam contemplados com os direitos constitucionais do Sistema Único de Saúde.

O avanço na qualidade da saúde é alterado por ações diretas, que visam alguns pontos importantes, listados a seguir.

- 1- Melhoria no atendimento a pacientes acamados ou com dificuldades de locomoção;
- 2- Acompanhamento da evolução dos casos em tratamento;
- 3- Ajuste de medicações de uso contínuo;
- 4- Fomentar a relação entre equipe de saúde e paciente;
- 5- Promoção da saúde;
- 6- Integração do paciente com a ESF;
- 7- Observação das condições de vida do paciente no seu ambiente e elaboração de propostas para melhor qualidade de vida;
- 8- Exercitar o princípio da integralidade.

Além disso, a seguir é elencado o cronograma para o desenvolvimento das ações:

- 1- Reunião inicial com todos os membros da ESF, para discussão sobre a Visita Domiciliar e propor ações.
- 2- Levantamento dos pacientes domiciliados pela equipe de ACS, 30 dias para levantamento.
- 3- Reunião com a ESF para a apresentação e discussão dos dados clínicos e sociais relacionados aos pacientes com necessidades de assistência domiciliar e elaboração de um cronograma de visitas.
- 4- Início das visitas por tempo indeterminado.
- 5- Reuniões mensais da ESF para apresentação dos resultados e discussão sobre novos casos.
- 6- Reunião trimestral com a equipe ESF para discussão sobre a forma adotada das visitas, buscando desenvolver ações compartilhadas com todos os envolvidos no projeto e

propor mudanças, caso seja necessário.

É importante destacar que as reuniões serão realizadas nas dependências da unidade básica de saúde e o reconhecimento dos moradores da área de abrangência para a participação será feito no horário de trabalho de cada membro da equipe ESF envolvido no projeto.

Referências

ALBUQUERQUE, A. B. B. de; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da estratégia saúde da família:: percepções de usuários no município de fortaleza, ceará, brasil. *Cad. Saúde Pública*, p. 1103–1112, 2009. Citado 2 vezes nas páginas 19 e 20.

BRASIL, M. da Saúde do. *Programa de Saúde da Família*. Brasília: Cosac, 1994. Citado na página 19.

CRUZ, M. M.; BOURGET, M. M. M. A visita domiciliária na estratégia de saúde da família:: conhecendo as percepções das famílias. *Saúde e sociedade*, p. 605–613, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 19 e 20.

FALLANTE, B.; BARREIRA, I. Significados da visita domiciliar realizada pelas enfermeiras de saúde pública nas décadas de 20 e 30. *Rev Enferm*, p. 72–86, 1998. Citado na página 19.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Portaria n° 2488, de 21/10/2011. Diário Oficial da União, Brasília, n. 1, 2011. Citado na página 20.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, Brasília, n. 1, 2017. Citado na página 20.

SANTOS, E.; KIRSCHBAUM, D. A trajetória histórica da visita domiciliária no brasil:: uma revisão bibliográfica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, p. 220–227, 2008. Citado na página 20.