

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

ALISSA ELEN FORMIGA MOURA

**VISITA DOMICILIAR: INSTITUIÇÃO DE AÇÕES EFETIVAS DE ATUAÇÃO DA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E CUIDADORES PARA REGISTRO,
ACOMPANHAMENTO E MELHORIA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA.**

FORTALEZA

2016

ALISSA ELEN FORMIGA MOURA

VISITA DOMICILIAR: INSTITUIÇÃO DE AÇÕES EFETIVAS DE ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E CUIDADORES PARA REGISTRO, ACOMPANHAMENTO E MELHORIA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA.

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

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Maria Nobre Othon Sidou

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- M884v moura, Alissa elen formiga.
 VISITA DOMICILIAR: INSTITUIÇÃO DE AÇÕES EFETIVAS DE ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE
 DA FAMÍLIA E CUIDADORES PARA REGISTRO, ACOMPANHAMENTO E MELHORIA DA
 QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA. / Alissa elen formiga moura. – 2017.
 27 f. : il. color.
- Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de
 Medicina, Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2017.
 Orientação: Prof. Esp. ricardo maria nobre othon sidou.
1. visita domiciliar. 2. prontuário. 3. longitudinalidade. I. Título.

CDD 362.1

ALISSA ELEN FORMIGA MOURA

VISITA DOMICILIAR: INSTITUIÇÃO DE AÇÕES EFETIVAS DE ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E CUIDADORES PARA REGISTRO, ACOMPANHAMENTO E MELHORIA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA.

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

Aprovado em: 23/01/2017

BANCA EXAMINADORA

Prof^o., Ricardo Maia Nobre Othon Sidou

UFC

Prof^o., Camila Nunes Guerra

UFC

Prof^o., Carolina Arcanjo Lino

UFC

RESUMO

A visita domiciliar (VD) apresenta-se como uma oportunidade diferenciada de cuidado visando à promoção da saúde da comunidade com suporte técnico-científico, de maneira que a ação se desenvolve em um espaço externo a unidade de saúde. Para a realização adequada dessa atividade, é necessário planejamento, execução, registro de dados e avaliação. A VD, assim como as demais ações de saúde, além de ser registrada nos prontuários, deve alimentar os sistemas de informações em saúde fundamentais para o planejamento e avaliação dessas ações. No entanto, o registro por vezes é realizado de forma insuficiente e inadequada.

O objetivo deste estudo é implementar melhorias na estratégia de saúde da família aos pacientes domiciliados, otimizando o atendimento e garantindo o cuidado longitudinal dos mesmos. Pretende-se, com isso, favorecer o emponderamento da equipe de saúde e da população envolvida nos cuidados dos pacientes domiciliares. A intervenção foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS), Sede III, pertencente ao município de Itapúna, Ceará.

A intervenção demonstra resultados satisfatórios, como maior engajamento da equipe e familiares no cuidado com o paciente, sistematização e planejamento antes e durante cada visita realizada. Trata-se de um processo em persistente construção, que passa por reavaliações mensais com a participação de toda a equipe envolvida, aprimorando a estratégia para atender às necessidades de saúde da população e levar à mudança das práticas vigentes.

Palavras-chave: visita domiciliar, prontuário, longitudinalidade

ABSTRACT

The home visit (HV) presents itself as a differentiated care opportunity aimed at the promotion of community health with technical and scientific support, so that the action develops in a space outside the health unit. For the adequate accomplishment of this activity, it is necessary to plan, execute, record data and evaluate. The HV, as well as other health actions, besides being recorded in the medical records, should feed the health information systems fundamental for the planning and evaluation of these actions. However, registration is sometimes inadequate and inadequate.

The objective of this study is to implement improvements in the family health strategy to the domiciled patients, optimizing the care and ensuring the longitudinal care of the same. It is intended, therefore, to favor the strengthening of the health team and the population involved in the care of the domiciled patients. The intervention was performed at the Basic Health Unit (UBS), Headquarters III, belonging to the municipality of Itapíuna, Ceará.

The intervention demonstrates satisfactory results, such as greater team and family engagement in patient care, systematization and planning before and during each visit. It is a process that is constantly under construction, undergoing monthly reassessments with the participation of all the staff involved, improving the strategy to meet the health needs of the population and lead to a change in current practices

Keywords : home visit, medical records, longitudinality.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	5
2	PROBLEMA.....	8
3	JUSTIFICATIVA.....	9
4	OBJETIVOS.....	10
4.1	OBJETIVO GERAL.....	10
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	10
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	11
6	MÉTODO.....	14
7	CRONOGRAMA.....	15
8	RECURSOS NECESSÁRIOS.....	16
9	RESULTADOS	17
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21
	APÊNDICE I	22
	APÊNDICE II	23

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família é um processo de ações e serviços em saúde ao qual uma equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal, auxiliar de saúde bucal e agente comunitário de saúde, faz cumprir as normas e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Objetiva-se a promoção, prevenção e recuperação por meio de mudanças na forma de atendimento das equipes de saúde, qualificando e garantindo atenção integral à saúde e padronizar os sistemas de saúde. (BRASIL, 2007.)

Compondo a estratégia de Saúde da família, temos a vista domiciliar(VD). O atendimento domiciliar, por sua vez, apresenta-se como uma oportunidade diferenciada de cuidado visando a promoção da saúde da comunidade com suporte técnico-científico não na UBS, mas, ao contrário, no domicílio dos usuários, proporcionando uma compreensão maior das realidades e a instituição de medidas preventivas e terapêuticas mais realísticas e, portanto, operacionais. Na prática, entretanto, o que se tem observado com maior frequência é a realização da VD para intervir ou minimizar o processo saúde-doença, sem atentar para os fatores sociais e culturais que cercam o paciente. (MATIAS e PEREIRA 2010);(BRASIL, 2007).

O Programa Saúde da Família, desde sua origem, em 1994, incorporou o Agente de Saúde Comunitário (ACS) à Equipe Básica, agregando a VD às suas ações como tecnologia de abordagem ao indivíduo, à família, e à comunidade, que deve ser explorada por todos os membros da equipe (ALBUQUERQUE e BOSI, 2009). Ela se caracteriza por utilizar uma abordagem mais íntima com o paciente, permitindo o cuidado à saúde de forma mais humana, acolhedora. Estabelece laços de confiança entre os profissionais e os usuários, a família e a comunidade, ampliando o acesso da população às ações da Saúde em um dos pontos de sua rede de atenção: o domicílio, a unidade residencial de determinada família (NASCIMENTO e CORREA, 2008). A VD possibilita ao médico, ao enfermeiro e aos outros profissionais assistentes que, em geral, advém de centros urbanos bem diferentes da localidade de atuação, ter acesso ao

mundo do usuário. Esse acesso pode ser um potente indutor da transposição do modelo biomédico para um modelo biopsicossocial. Segundo Drulla et all. (2009) a relação profissional/usuário em domicílio tende a ser tornar mais horizontal, pois evidencia o papel do paciente em um espaço que é do seu domínio, seu lar. No entanto, não podem ser apontadas apenas vantagens nesse processo, pois muitas vezes, há condições físicas inadequadas para atendimento, falta de luz para exame físico, exposição em locais perigosos de periferias, falta de adesão dos cuidadores ao tratamento dos pacientes e maus-tratos.

Para a realização adequada dessa atividade, são necessários planejamento, execução, registro de dados e avaliação. O registro é considerado um critério de avaliação da assistência prestada nos serviços de saúde, aspecto relevante da informação sobre o processo de trabalho desenvolvido pelos profissionais. A falta de sistematização das visitas, portanto, contribui para o desperdício das oportunidades de intervenção e cuidado que tal atividade proporciona. A visita domiciliar, em parte das vezes, é executada como um cumprimento de metas de atendimento, mero espelho da consulta médica e de enfermagem realizada em consultório. (MAGALHÃES et al; 2007.)

Constituindo-se em um dos instrumentos mais indicados na prestação de cuidados à saúde do indivíduo, sua família e comunidade pela inserção no contexto de vida do usuário, pela vivência em campo de suas principais dificuldades é, também, e principalmente um desafio na quebra de paradigma da Atenção Básica centrada na equipe. A VD partilha o protagonismo da assistência. Ela deve ser conduzida no bojo de um processo racional, orientada por objetivos definidos e pautados nos princípios da eficiência que versa sobre realizar suas atribuições com presteza, perfeição e rendimento funcional. Dentre as finalidades estão a de favorecer o restabelecimento da independência e a preservação da autonomia do usuário. Assim como as demais ações de saúde, além de ser registrada nos prontuários, deve alimentar os sistemas de informações em saúde, fundamentais para o planejamento e avaliação dessas ações.(MENDES e OLIVEIRA,2007).

Na prática vivenciada em Itapiúna, foi possível observar a quantificação numérica de VD realizadas e um registro ineficiente no sistema de informações da Secretaria de Saúde, além da ausência de registro durante a consulta domiciliar. Em

dados de realidade, isso pode revelar uma lacuna com relação ao levantamento de informações sobre os usuários que as recebem. A hipótese é de que essa fragilidade decorra da inexistência de uma ficha de registro padronizada para as visitas realizadas e ausência de planejamento. Gera-se então, um prejuízo no seguimento dos usuários, uma vez que a padronização dos registros poderiam auxiliar aos profissionais da saúde ampliar o conhecimento do caso, traçar intervenções mais efetivas e individualizadas.

2 PROBLEMA

Ao dar início as atividades no município de Itapiúna, a 114km de Fortaleza na Unidade de Saúde Sede III, a equipe era composta por médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de enfermagem e de odontologia, recepcionista, 06 agentes de saúde e 01 auxiliar de limpeza. A população adstrita foi de 3.595 usuários. O local não possuía cronograma de atendimento definido, não utilizavam prontuários e não havia planejamento prévio para realização de VD.

Após superar os problemas iniciais de adaptação à nova equipe, como organização de uma nova agenda de atendimentos, implementação imediata de prontuário durante atendimento na unidade, foi observado que um problema não necessitava apenas de organização, pois era causado pela falta de treinamento da equipe sede III e falta de padronização e organização das atividades da UBS. A falta de organização e sistematização interferiam diretamente na realização da visita domiciliar (VD), pois era realizada sem nenhum registro, sem um critério de prioridade dos pacientes, logo sem roteiro ou possibilidade de alterá-lo. Não eram ofertados atendimentos diferenciados, uma vez que os realizavam de forma aleatória, sem horário definido, podendo ser manhã ou tarde, visando principalmente o cumprimento de uma planilha que priorizava o número de atendimentos.

Após a análise do contexto situacional, observei que o cerne do problema consistia na falta de critérios de organização, planejamento e registro das atividades através de prontuário. Dessa maneira, o ponto chave da intervenção deveria ser a equipe de saúde, conscientizando-a, engajando-a e orientando-a sobre a importância das novas medidas referentes à VD. Foi apresentada à equipe (1) a situação atual das VD na UBS Sede III, (2) as consequências obtidas na execução atual das estratégias de saúde vigentes, (3) o impacto na assistência aos pacientes e seus cuidadores, (4) as perspectivas de melhoria impostas pelas medidas propostas e o (5) papel que cada membro da equipe de saúde tem na implementação e melhoria das medidas ora propostas.

3 JUSTIFICATIVA

O interesse em realizar essa pesquisa, visando uma proposta mudança de concepção de assistência a saúde na UBS, Sede III, ocorreu após a realização de 70 (sessenta) visitas domiciliares. No decorrer destes dois meses, foram identificados os principais problemas e elencadas prioridades para intervenção. Foi constatada a importância e necessidade da realização da VD planejada, com os registros feitos de forma correta, garantindo o cuidado longitudinal de cada paciente.

Cerca de 3.595 usuários estão agregados à unidade. Desses, 216 (duzentos e dezesseis), 6%, são acompanhados por meio de visitas domiciliares. Caso sejam organizados os registros das visitas domiciliares, otimiza-se o tempo de trabalho da equipe, definem-se parâmetros para o acompanhamento da evolução dos casos, metas terapêuticas instituídas, o resultado delas, e ampla compreensão dos aspectos que envolvem o paciente. Entende-se que sistematizar os instrumentos de atuação da UBS, Sede III, urge enquanto necessidade política e técnica para o sucesso da intervenção.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Implementar a utilização de um prontuário que contemple aspectos de saúde-doença, questões sócio-culturais aos pacientes domiciliados da UBS, Sede III, cuja finalidade de otimizar o atendimento e cuidado longitudinal dos mesmos, promovendo mudança da assistência de saúde vigente.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conscientizar, engajar e empoderar a equipe de saúde e a comunidade sobre sua atuação na VD.
- Treinar a equipe da UBS, Sede III, para instrução conjunta do novo método de registro.
- Realizar reuniões mensais para avaliação do novo instrumento.
- Buscar engajamento das famílias e cuidadores no cuidado do paciente, esclarecendo dúvidas e melhorando o cuidado da saúde.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A visita domiciliar, é um instrumento que permite conhecer a família, suas formas de trabalho e vida, os padrões de solidariedade que se desenvolvem no interior do universo familiar e como eles podem contribuir para o cuidado, cura ou recuperação de um de seus entes. Além de possibilitar reconhecer essa situação familiar, sua prática implica entender as funções sociais, econômicas, ideológicas e de reprodução da força de trabalho da família na sociedade. (MENDES e OLIVEIRA, 2007). É uma potente ferramenta para a vigilância em saúde, pois possibilita que os profissionais conheçam não apenas o quadro clínico e os problemas de saúde do paciente domiciliado, mas também, as condições de vida da comunidade. Para que isso aconteça deve-se compreender ações sistematizadas que considerem o antes e o depois da visita por meio de um plano de ação consistente.

Considerando, ainda, que a atenção básica, quando bem estruturada, pode contribuir significativamente para a promoção da saúde e prevenção de doenças. A VD se insere nesta situação como uma tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, de grande relevância. (SILVA et al, 2010). A atenção básica tem potencial para promover a saúde partindo da criação de um vínculo mais efetivo e de troca de saberes que permitam a consciência da possibilidade de uma vida plena e comprometida com a proteção ao meio ambiente, por parte dos profissionais e dos usuários.

Além do papel tecnológico, a VD possibilita conhecer a realidade do território e daqueles que ali vivem e sobrevivem e de atuar de forma mais efetiva na promoção da saúde e prevenção de doenças, é necessário registrar, também, o seu potencial para mudanças na relação profissional de saúde – usuário. (ANDRADE et al., 2014).-Organizar a VD permitiria otimizar o tempo das equipes, já tão escasso no atual contexto, e definir parâmetros para o acompanhamento da evolução dos casos e consideração sistemática dos aspectos culturais e comunitários envolvidos.

A partir do reconhecimento das VD pelos profissionais das equipes como atividades potenciais para o acompanhamento da saúde das famílias no domicílio, a implantação do prontuário possibilita o fortalecimento e estruturação do registro,

planejamento, avaliação e monitoramento das visitas realizadas no território sob responsabilidade dessa equipe.

As variáveis selecionadas para ficha de prontuário revelam de forma sucinta uma visão global do paciente. Avalia, ainda, de forma contínua o motivo e a necessidade de consultas domiciliares, priorizando dessa maneira os pacientes com maiores necessidades.

Incluindo variáveis referentes:

- Ao Paciente alvo: dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, telefone para contato em busca ativa), situação de saúde (patologias); tratamentos; história pregressa; queixas atuais; exame físico; tratamento atual; impressões do paciente sobre a sua situação de saúde, expectativas;
- Ao Cuidador: presença ou ausência do mesmo, nome, vínculo com o paciente-alvo e conhecimento sobre a doença do paciente e suas expectativas.
- Sobre a Estrutura familiar: genograma com quem reside no domicílio; sexo; idade; escolaridade e situação de saúde e de vida.
- Necessidades de cuidado e tratamento: medicamentos comprados; medicamentos recebidos da unidade; outras possíveis necessidades (material de curativo, fralda, etc)
- Medicamentos: condições de estoque, quem administra, dificuldade de leitura, organização de horários.
- Financeiro: ausência ou presença de ganhos financeiros ou dependência de terceiro(s).
- Fontes de lazer do paciente: atividades diárias do paciente; rotina; atividades de interesse e restrições decorrentes da doença.
- Metas de tratamento: lista das necessidades do paciente em ordem de prioridade e prazos, esboçando um plano de cuidados.

- Orientações em caso de urgência: o que deve ser feito e como procurar ajuda.

Essa mudança na abordagem, visa garantir a possibilidade de seguimento do cuidado, não acarretando prejuízos ao paciente, envolvendo o profissional médico, enfermeiro, mesmo que recém chegado no contexto em que o paciente se insere.

6 MÉTODO

Participantes

A população estudada será a totalidade dos indivíduos adstritos pelos ACS na UBS Sede III em acompanhamento domiciliar, seja esse contínuo ou intermitente devido aos agravos agudos e crônicos, contribuindo para a impossibilidade de deslocamento. Foi excluído da pesquisa o restante da população do município cadastrada em outros territórios.

Procedimentos

Foi utilizada uma abordagem prática da VD por meio da implementação da nova forma de registro, efetuando preenchimento de roteiros pré-estabelecido, e, por fim, realizando a abertura de prontuário para todos os pacientes atendidos. O prontuário foi preenchido durante atendimento pelo médico, enfermeiro ou outros profissionais que necessitem realizar atendimento domiciliar. Foi respondido pelo paciente ou seu cuidador e/ou familiares, quando o mesmo não apresentou lucidez.

Instrumento

As variáveis selecionadas revelam de forma sucinta uma visão global do paciente, seu papel socio-econômico, relação com os membros da família, suas atividades de lazer, aspectos de sua doença e metas a serem alcançadas durante o tratamento. Determina um responsável pelo doente e seus cuidados. Avalia ainda de forma contínua o motivo e a necessidade de consultas domiciliares, priorizando dessa maneira os pacientes com maiores necessidades.

O instrumento proposto encontra-se completo: vide anexo I (p. 22)

8 RECURSOS NECESSÁRIOS

Foram necessários para realização desse estudo; recursos humanos, tais como:

Equipes multiprofissionais de atenção domiciliar:

Médico

Enfermeiro

Técnico de enfermagem

Agentes comunitários de Saúde

Equipe de apoio (motorista, recepção, entre outros).

Os recursos físicos e materiais, como motorista, carro, pastas de arquivo, foram acessados em decorrência do que é oferecido na rede de saúde de Itapiúna, como:

Despesas com insumos e equipamentos: tensiômetro, glicosímetro, termômetro, otoscópio.

Despesas com serviços de diagnóstico e terapia como exames laboratoriais realizado em domicílio de acordo com a disponibilidade do município.

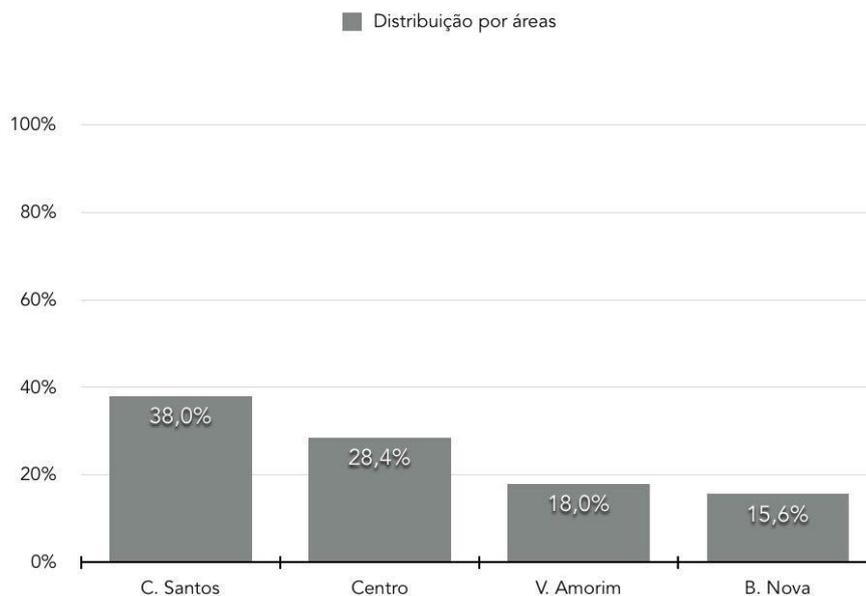
Despesas com transporte da equipe para realização da VD.

Despesas com papelaria e gráfica, para confecção dos prontuários, cartazes utilizados durante o treinamento da equipe.

9 RESULTADOS

Na Unidade Básica de Saúde Sede III, do município de Itapiúna, no interior do Ceará com população adstrita de 3.595, não existia nenhuma forma de registro de atendimento domiciliar. Dessa forma, o cuidado e seguimento dos pacientes eram prejudicados a cada mudança de profissional (médico, enfermeiro ou agente de saúde) vinculado à equipe.

Até a presente data foram abertos 145 (cento e quarenta e cinco), novos prontuários durante VD, entre as 4 (quatro) subáreas adscritas ao posto. A subárea de maior número de visitas corresponde ao Cosmo Santos, bairro da periferia de itapiúna, com 38% dos atendimentos, seguido pelo Centro com 28,4% e Vila amorim com 18% por fim a subárea com menor número é o distrito da Barra Nova com 15,6%. Em relação ao total avaliado, 59% são de pacientes do sexo feminino e 41% do sexo masculino 89% possui ganho financeiro proveniente de aposentadoria, sendo esse muitas vezes a única renda da família e 30,6% consideram ter alguma atividade de lazer, como: costurar, bordar, pintar ou escutar música. O número de mulheres foi maior nessas atividades, chegando 38,2% . O principal motivo de visita acontece em decorrência de déficit cognitivo, agravos osteoarticulares e suas complicações como a imobilidade, uma vez que a maior parte dos pacientes são dependentes para realização de suas atividades básicas e instrumentais de vida diária. Quanto à medicação contínua, cerca 92,4% dos pacientes fazem uso. Observa-se que 85,1% dos cuidadores são mulheres da família (esposa, filhas, netas ou sobrinhas) e 10,9% são homens e 4% cuidadores contratados.



O prontuário foi instituído apenas na Unidade de Saúde Sede III, em todas as subáreas, sendo armazenado em pastas, subdividas por cada áreas e nome do ACS responsável. Diante da experiência positiva foi enviada uma proposta formal à secretaria de saúde do Município de Itapiúna para instituição e padronização do registro de atendimento domiciliar, a fim de garantir que outros pacientes se beneficiem desse instrumento.

Os benéficos puderam ser vistos por todos envolvidos no processo, como:

- (1) Sistematização da consulta domiciliar: a consulta passou a acontecer de maneira otimizada, haja vista que os objetivos e metas terapêuticas estavam organizadas, e claras, no protuário. Com isso, o atendimento aconteceu de maneira mais precisa, contemplando às questões principais mencionadas, alé de permitir um atendimento humanizado e integral do paciente.

- (2) Maior envolvimento e engajamento dos familiares e cuidadores no processo de cuidado: com as perguntas direcionadas, os cuidadores se envolveram objetivamente no processo, atentando-se para os aspectos relevantes mencionados.

- (3) Divisão de responsabilidades com os familiares e cuidadores.

- (4) Acompanhamento integral do paciente: por meio do registro do prontuário, foi possível acompanhar os tratamentos ofertados por outros profissionais (e.g., fisioterapeutas, nutricionistas) e, assim, ter uma visão global do tratamento ofertado ao paciente.

- (5) Maior motivação de toda a equipe em realizar as visitas e manter a atualização dos registros.

- (6) Democratização dos dados: divide-se os desafios e resultados alcançados com o paciente, a família e a equipe.

A partir do reconhecimento das VD pelos profissionais da equipe como atividades potenciais para o acompanhamento da saúde das famílias no domicílio, esse estudo possibilitou a criação coletiva de um instrumento adequado e pertinente ao fortalecimento e estruturação do registro, planejamento, avaliação e monitoramento das visitas realizadas no território sob responsabilidade dessa equipe.

Este projeto foi reavaliado em encontros mensais por médico, enfermeiro e os seis agentes de saúde pertencentes à área promovendo as adequações necessárias, dúvidas e posicionamento da população a cerca do novo projeto, aferindo, por isso, maior consistência e representividade ao produto.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUER, A.B.B; BOSI, M.L.M. Visita Domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde de Família: percepções de usuários do município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Carderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, 2009.

ALVES, V S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 16, 2005.

ANDRADE, A.M; et al. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v.23, n.1, mar. 2014.

DRULLA, A. G; et al. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. *Cogitare Enfermagem*, v. 14, n.4, 2009.

LOPES; et al., importância da integralidade das ações no serviço de atenção domiciliar- artigo de revisão. *Períodico científico do núcleo de biociências do Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix*, Belo Horizonte, v. 3, n. 5, agos. 2013.

MAGALHÃES, et al; *Manual do prontuário da saúde de Família*. Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, editora, 2007.

MATIAS, S. S; PEREIRA, A. K. A. M. Visita domiciliar: (re) significando a prática dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Carpe Diem: Revista Cultura e Científica do UNIFACEX, rio Grande do Norte*, v. 11, n. 11, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Melhor em Casa: A segurança do hospital no conforto do seu lar. *Caderno de atenção domiciliar*. Brasília, 2012.

MENDES, O.A; OLIVEIRA, F.A. Visitas domiciliares pela equipe de saúde da família: reflexões para um olhar ampliado do profissional. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 8; mar 2007.

NASCIMENTO, E.P.L; CORREA, C.R.S. O agente comunitário de saúde: inserção e prática. *Caderno de saúde pública*. Rio de Janeiro, v. 24, p. 1304–1306, jun 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, v. 4, 2007.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. de; SEIXAS, C. T.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Rev. Saúde Pública* [online], v. 44., n.1, p. 166-176, 2010.



PRONTUÁRIO–VISITA DOMICILIAR

1. NOME:
2. DATA DE NASCIMENTO:
3. ENDEREÇO:
4. TELEFONE PARA CONTATO:
5. ACS:
6. UBS RESPONSÁVEL:
7. CUIDADOR:
8. MOTIVO DE TRATAMENTO DOMICILIAR:
9. MEDICAÇÕES EM USO CONTÍNUO:
10. RESPONSÁVEL PELAS MEDICAÇÕES:
11. PACIENTE APRESENTA ALGUM GANHO FINANCEIRO:
12. ATIVIDADES DE LAZER DO PACIENTE:
13. ESTRUTURA FAMILIAR E CONVIVÊNCIA
14. ORIENTAÇÕES DE CUIDADOS EMERGENCIAIS:
15. METAS DE TRATAMENTO

APÊNDICE II

REGISTRO DAS OFICINAS PARA CONSTRUÇÃO E AVALIAÇÃO DO NOVO MÉTODO.

