

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

FRANCIS JONES COSTA LIMA

**IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE PARA MELHORIAS NAS VISITAS
DOMICILIARES NO MUNICÍPIO DE CACIMBINHAS - ALAGOAS**

**MACEIÓ - ALAGOAS
2021**

FRANCIS JONES COSTA LIMA

**IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE PARA MELHORIAS NAS VISITAS
DOMICILIARES NO MUNICÍPIO DE CACIMBINHAS - ALAGOAS**

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

Orientador: Professor (a): Juliana Enders Lisboa.

MACEIÓ - ALAGOAS

2021

FRANCIS JONES COSTA LIMA

**IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE PARA MELHORIAS NAS VISITAS
DOMICILIARES NO MUNICÍPIO DE CACIMBINHAS - ALAGOAS**

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

Orientador: Professor (a): Juliana Enders Lisboa

Banca examinadora:

Professor (a). Nome, Titulação, Instituição:

Professor (a). Nome, Titulação, Instituição:

Aprovado em Maceió/AL, em: _____/_____/_____

Aos meus pais com amor

AGRADECIMENTOS

Ao bom Deus pelo dom da vida e a tudo que a mim tem proporcionado.

Aos meus pais pelo apoio e educação pelo qual me tornou uma pessoa sensata e justa.

A minha esposa pelo carinho, dedicação, cumplicidade, presente, amor incondicional.

A UFMG e seus colaboradores pela oportunidade e o conhecimento obtido.

Aos amigos (as) pelo incentivo.

A todos os meus familiares por acreditarem em meu potencial.

O que perdeu a riqueza, nada perdeu;
o que perdeu a saúde, perdeu algo;
o que perdeu a coragem, perdeu tudo.

Francois Mauriac

RESUMO

Implementação de ações de saúde para melhorias nas visitas domiciliares no município de Cacimbinhas – Alagoas é a temática que será desenvolvida neste estudo de teor bibliográfico e de campo, onde será utilizado o aporte teórico importante para refletir sobre o ponto de vista de cada um dos autores numa análise crítica reflexiva. Foram usadas informações da Unidade Básica de Saúde (UBS) do referido ambiente, situada no município de Cacimbinhas – Alagoas, tomando por base dados inerentes à população inserida na área de abrangência. A partir disso, a metodologia foi baseada em leitura e consulta em livros, artigos online da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scielo, Lilacs, bem como em documentos da própria UBS referenciada que serviram de base para esse estudo. No tocante ao objetivo geral se propõe a discutir no âmbito da visita domiciliar a importância e a eficácia na saúde dos usuários do município de Cacimbinhas – Alagoas. Quanto aos objetivos específicos busca-se considerar a visita domiciliar como instrumento importante nas estratégias de saúde da família, conhecer o ambiente familiar visitado como um viés para resolver assuntos relacionados à saúde da família, entender a importância da equipe de saúde da família como um composto integrante da saúde básica, analisar os problemas existentes detectados na área de atuação da equipe de saúde da família. Apresentar esse tema é importante pela sua complexidade, dimensão e discussão, pois, diante do problema que é a necessidade de melhorias nas visitas domiciliares e seu impacto nas famílias, sociedade e na equipe de saúde constata-se que esse fator deve ser levado a sério e ao mesmo tempo visualizado pela ótica social, por isso, é preciso que haja melhorias no sentido de melhorar os recursos humanos, proporcionar condições de trabalho, requer uma série de tomadas de decisões. Espera-se que outros profissionais venham se interessar pelo assunto e que este trabalho seja indutor de discussões ampliadas e que os objetivos, aqui esboçados, sejam alcançados.

PALAVRAS-CHAVE: Família. Prevenção. Unidade Básica de Saúde. Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

Implementation of health actions to improve home visits in the municipality of Cacimbinhas - Alagoas is the theme that will be developed in this study with bibliographic content and field, where the important theoretical contribution will be used to reflect on the point of view of each of the authors reflective critical analysis. Information from the Basic Health Unit (UBS) of that environment was used, located in the municipality of Cacimbinhas - Alagoas, based on data inherent to the population in the coverage area. From this, the methodology was based on reading and consulting books, online articles from the Virtual Health Library (VHL), Scielo, Lilacs, as well as documents from the referenced BHU itself that served as the basis for this study. Regarding the general objective, it is proposed to discuss in the scope of home visits the importance and effectiveness in health of users in the municipality of Cacimbinhas - Alagoas. As for the specific objectives, it is sought to consider home visits as an important tool in family health strategies, to know the family environment visited as a bias to resolve issues related to family health, to understand the importance of the family health team as a compound member of basic health, analyze the existing problems detected in the area of operation of the family health team. Presenting this theme is important due to its complexity, dimension and discussion, because, given the problem that is the need for improvements in home visits and its impact on families, society and the health team, it appears that this factor must be taken seriously and at the same time viewed from the social point of view, therefore, there needs to be improvements in the sense of improving human resources, providing working conditions, requires a series of decision making. It is expected that other professionals will be interested in the subject and that this work will induce broader discussions and that the objectives, outlined here, will be achieved.

KEY-WORDS: Family. Prevention. Basic health Unit.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AT – Atenção Primária

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

APS – Atenção Primária à Saúde

BC – Banco Mundial

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

ESF – Equipe de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica

SMS – Sistema Municipal de Saúde

PACS – programa de Agentes Comunitários de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Aspectos gerais do município.....	11
1.2 O sistema municipal de saúde.....	12
1.3 Aspectos da comunidade.....	13
1.4 A Unidade Básica de Saúde “O FERREIRA”.....	14
1.5 A Equipe de Saúde da Família “O FERREIRA” da UBS de Cacimbinhas –Al.....	14
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe de “O FERREIRA”.....	15
1.7 O dia a dia da equipe de saúde “O FERREIRA”.....	15
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....	15
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para o plano de intervenção	16
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	
3.1 Objetivo geral.....	18
3.2 Objetivos específicos.....	20
4 METODOLOGIA	21
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	
5.1 Visita domiciliar.....	22
5.2 Organização da visita domiciliar.....	24
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo).....	30
6.2 Explicação do problema (quarto passo).....	31
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	32
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, (recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo).....	33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	38

1-INTRODUÇÃO

A visita domiciliar vem sendo demonstrado em inúmeros estudos como um fator importante no cuidado da saúde da família, gerando atividades profissionais realizadas diretamente no domicílio de pessoas, principalmente quando estão e se sentem incapazes de locomoção, com isso a aproximação do médico, como também da equipe de saúde, promove um atendimento humanizado de forma que as ações atendam as necessidades do paciente.

Este tipo de atendimento envolve a família e evita considerar somente os problemas apresentados, mas se observa fatores sociais, culturais e econômicos. De acordo o Ministério da Saúde (2005), uma das atividades intrínsecas da saúde da família é a visita domiciliar que proporciona ao profissional adentrar o espaço da família e, assim, identificar suas demandas e potencialidades.

Neste sentido, observa-se que os profissionais devem possuir um amplo conhecimento quanto à saúde da família, tendo como fator principal a responsabilidade de buscar e conhecer os dados pontuados da comunidade assistida, que venha identificar riscos reais e que possam fundamentar no planejamento de ações para intervir nos problemas de saúde (ROESE; LOPES 2004). As visitas domiciliares propõem organizar as práticas de saúde voltadas a atenção da saúde da família, elegendo o espaço social ocupado como foco das ações desenvolvidas pela equipe de saúde, inclusive o médico (ABRAHÃO, 2011).

No entanto, verifica-se que muitas dificuldades são encontradas, pelo fato de contar com um pequeno número de profissionais que possam desenvolver com maior visão da realidade, como também do processo de crescimento de famílias afetadas na área. Sendo um dos fatores que inviabiliza dados voltados a saúde da família, como também na capacitação de profissionais é que problemas surgem, necessitando de melhorias em pequeno prazo.

Focando na prevenção, promoção e reabilitação de saúde da população assistida, devem buscar garantias e cuidados integrais e contínuos na perspectiva de identificar os principais riscos à saúde da comunidade, evitando assim, internamentos hospitalares, diminuindo os custos socioeconômicos. Assim como o médico a equipe de saúde da família deve iniciar suas ações de prevenção e promoção a saúde refletindo sobre sua prática com, melhoria do cuidado (SOSSAI; PINTO, 2004). Acredita-se que o profissional possui um grande potencial no processo educativo em

saúde, na busca de dados que identifiquem riscos e que possam embasar o planejamento de ações para intervir nos problemas de saúde (LOPES, 2004). Neste contexto, percebe-se que a visita domiciliar como método, técnica e instrumento apresentado em momentos importantes, no qual se estabelece o movimento de relações como a escuta qualificada e o acolhimento de informações, para que as ações permitam que tanto os familiares quanto a equipe se sintam realizados tanto profissionalmente quanto socialmente no atendimento de qualidade.

Partindo desse pressuposto, este projeto de ação / intervenção foi elaborado a partir de dados apresentados pela equipe de saúde da família, onde se verifica que as visitas domiciliares necessitam de maior assiduidade, buscando evitar internamentos e principalmente óbitos. Para tanto, será apresentado sugestões que possam ser analisadas podendo viabilizar a minimização de riscos, como também a realização de um trabalho juntamente com a equipe de saúde de qualidade, humanizado e principalmente de assistência permanente e contínua.

Neste contexto, o estudo ressalta que o médico como também a equipe de saúde da família pode ser considerado como profissionais com capacidade e requisitos para desenvolver atividades para a saúde individual e coletiva, almejando reais mudanças quanto aos problemas de saúde da comunidade assistida e tornando as ações cada vez mais reflexivas. no processo de cuidar, prestar além do cuidado científico, um cuidado humanizado.

1.1 Aspectos Gerais do Município de Cacimbinhas – Alagoas

O município de Cacimbinhas teve origem no Sítio Choan, aonde caçadores vindos de Pernambuco acampavam. Próximo ao sítio havia uma cacimba junto a um pé de limoeiro. Com o movimento das pessoas que paravam para descansar no local, outras cacimbas foram abertas, daí o nome de Cacimbinhas. Segundo os historiadores, os primeiros habitantes chegaram por volta de 1830. O alferes sergipano João da Rocha Pires comprou vinte léguas de terras e construiu uma casa e uma capela, que é a mais antiga da região. Um de seus três filhos, Félix da Rocha. Casou e foi morar, onde atualmente, é o centro da cidade. Ele e o sogro Amaro da Silva são considerados os verdadeiros fundadores de Cacimbinhas. Em 1893 chegou

a Cacimbinhas José Gonzaga, que contribuiu decisivamente para o progresso da região. Construiu sua casa e criou a primeira feira, com um grande movimento. Associou-se a Clarindo Amorim para a construção da linha de telégrafo, ligando Palmeira dos Índios a Santana do Ipanema. O negócio não deu certo e José Gonzaga foi á falência.

A emancipação política aconteceu em 1958. Cacimbinhas têm dois pontos de interesse turístico: a Serra do Cruzeiro, onde existe a capela de São Francisco, datada de 1830 e o castelo medieval da Fazenda Alfredo Maya. A animação da população está sempre presente nas suas festas: dos Santos reis no dia 6 de janeiro, Baile de Sábado de Aleluia, Forró Fest em junho, festa da Padroeira Nossa Senhora da Penha no dia 8 de setembro, festa da Emancipação Política comemorada no dia 19 de novembro e o conhecido Baile Macabro comemorado também em novembro.

1.2 O Sistema Municipal de Saúde

O Sistema Municipal de Saúde do município de Cacimbinhas – Alagoas está associado ao atendimento da rede SUS (Sistema Único de Saúde). Ao mesmo tempo é abrangente a todas as comunidades, onde há médicos de várias especialidades para todas as faixas etárias, ou seja, crianças, jovens, adultos e idosos. Por se tratar de atendimento vinculado ao SUS, a demanda é volumosa, até porque o município atende a população urbana e rural.

O Sistema de saúde do referido município possui ambulatórios, 10 (dez) unidades de saúde que atende as necessidades da população, com equipamentos de exames laboratoriais de menor grau de complexidade, como o Papa Nicolau, exames de doenças contagiosas, dentre outros com referência as primeiras necessidades das famílias, grupos, indivíduos, crianças e adolescentes.

Já para os exames laboratoriais de média e alta complexidade, como por exemplo, exames cardiológicos, radiografias de pulmão e oftalmológicos dentre outros, os usuários são encaminhados para cidades vizinhas e circunvizinhas para atendimento mais aprofundado, sendo estes realizados por intermédio do médio da UBS (Unidade Básica de Saúde). Entende-se que os problemas da área de saúde, seja uma realidade em todo território nacional, porém, o município de Cacimbinhas – Alagoas está sempre em constantes mudanças em termos de ambiente e qualidade

no atendimento, para que os usuários sintam-se confortáveis e tenham suas necessidades de saúde atendidas, visto que a UBS são compostas de profissionais competentes que assumem com responsabilidade, assiduidade, imparcialidade e ao mesmo tempo tem compromisso com as ações que lhes são cabíveis.

1.3 Aspecto da Comunidade

O município de Cacimbinhas – alagoas, está localizado no Agreste alagoano, conta atualmente com uma população estimada em 12.197 habitantes conforme o último censo realizado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012). O município possui uma população diversificada e, sendo que uma das principais fontes de renda é a pecuária. Possui vários povoados onde a população rural sobrevive da agricultura, formada por pequenos e médios produtores proprietários de lotes de terra, onde plantam milho, feijão, mandioca dentre outros produtos.

O município também conta com uma população assalariada, que são funcionários públicos municipais, estadual e federal e muitas famílias são asseguradas pelo Programa Bolsa Família como também há desempregados. A situação do município mencionado, como todas as demais cidades passa por problemas sociais, visto que o mesmo não possui indústrias nem investimentos que promova a geração de renda e emprego. Isso dificulta a comunidade demonstrando que a população rural como urbana enfrentam situações adversas quanto ao aspecto econômico.

Assim, o aspecto da comunidade do referido município, apesar das dificuldades conta com o setor de saúde bastante estruturado para atender a demanda. A coleta de lixo é realizada periodicamente três vezes por semana, inclusive na zona rural. Conta com rede de esgoto e saneamento básico, água potável encanada em todo município e as moradias já não apresentam estrutura rústicas, são de alvenaria, reformadas com sanitário, considerando o programa de endemias que realiza um trabalho de prevenção no citado município, ou seja, na zona urbana e rural.

1.4 A Unidade Básica de Saúde “o Ferreira”

A Unidade Básica de Saúde “O FERREIRA” localizada na zona rural do município de Cacimbinhas – Alagoas realiza em torno de 30 (trinta) atendimentos diários na unidade de saúde. Já os atendimentos a domicílio em média 5 (cinco) por semana, haja vista que se trata de pacientes acamados que não podem se locomover a unidade básica de saúde. Por outro lado, salienta-se também que os atendimentos domiciliares são realizados em pacientes com problemas de saúde onde é detectada a impossibilidade de ir até ao posto de saúde de atendimento.

Por isso, a equipe faz as visitas em data marcada, ou seja, agendada, salvo quando há problemas de transportes, ou outros imprevistos, no que as famílias são avisadas via telefone e/ou mensagem de texto para que fiquem cientes do não atendimento naquela data marcada.

Por isso, a unidade de saúde do povoado “O Ferreira”, presta serviços as comunidades com assiduidade, responsabilidade e imparcialidade para os usuários de forma geral e igualitária. Assim, a prestação de serviços é de qualidade, mesmo a equipe enfrentando dificuldades principalmente no que diz respeito de disponibilidade de transportes.

1.5 A Equipe de Saúde da Família “O Ferreira” da Unidade Básica de Saúde

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são as portas de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de atenderem até 80% dos problemas de saúde da população, sem que haja a necessidade de encaminhamento para outros serviços, salvo em casos de alta complexidade, tais como urgências e emergências hospitalares (BRASIL, 2016).

Os profissionais do Programa Mais Médicos atuam nas UBs e compõem as equipes de saúde da família, já que em sua maioria, já são especialistas em medicina da família, possuindo formação ampla e integrada, que os prepara para fazer atendimento, sendo capaz de resolver cerca de 80% dos motivos que levam as pessoas a procurar um médico (BRASIL, 2016). A unidade de saúde “O FERREIRA” situa-se na zona rural do município de Cacimbinhas – Alagoas, tendo como ponto de referência a fazenda “Santa Fé”, nessa área, o acesso é fácil. Atua nessa unidade de saúde médico do Programa Mais Médico, na especialidade clínica geral, psicóloga, obstetra dentre outras categorias necessárias para a formação da equipe

interdisciplinar que atente aos requisitos básicos para atuarem, na qual cada dia está buscando inovar suas práticas profissionais, principalmente na qualidade de atendimento nas visitas domiciliares.

Os profissionais que compõem a equipe de saúde da família estão descritos por categorias e quantidade, a saber, no quadro1:

Categoria Profissional	Nº
Médico	1
Enfermeira	1
Técnico em enfermagem	1
Agente comunitário de saúde	4
Recepcionista	1
Vigia	1
Serviços gerais	2

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cacimbinhas - Alagoas (2018/2019).

Por outro lado, afirma-se que o município de Cacimbinhas – Alagoas realizou nos últimos meses reforma na unidade de saúde da família “O Ferreira”, colocando a disposição dos médicos e da equipe, estrutura e acomodação adequada para os usuários de todas as idades e sexos, com ambiente climatizado, onde os pacientes se sentem a vontade enquanto aguardam atendimento. Assim, os profissionais do citado ambiente de trabalho realiza atendimento humanizado, baseado na ética, respeito as diferenças e as formas básicas de vivência e convivência comunitária.

1.6 O Funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe de Saúde da Família “O Ferreira”

O Funcionamento da Unidade de Saúde da Família denominada “O Ferreira” funciona em tempo integral de 07:00 horas da manhã até às 17:00 horas diariamente de segunda a sexta-feira. Contando com a presença de médicos, enfermeira, técnica de enfermagem, pessoal de apoio, psicólogo dentre outros que compõem a equipe de profissionais para atendimentos as regiões

1.7 O Dia a Dia da Equipe de Saúde da Família “O Ferreira”

A rotina dos profissionais de saúde “O Ferreira” é bastante corrida devido o número de usuários que necessitam de atendimento diariamente. Além do mais, se

realiza-se os devidos procedimentos, inclusive nas visitas domiciliares, quando o paciente não pode se dirigir a unidade, em face ao estado de saúde, neste caso, o agendamento é realizado com prioridades aos casos mais urgentes.

Antes do início das atividades a equipe se reúne e realiza reunião com base na agenda diária. Vale ressaltar que, os usuários em situação crítica são atendidos em domicílio com a presença de familiares, como também com diálogo referente aos cuidados com a saúde e de prevenção. Tal assistência se expande principalmente na zona rural, na qual também são realizadas palestras com cartazes e encontros.

Partindo desse enfoque, é possível afirmar que a rotina é planejada, organizada, a partir de agendamento prévio, dando prioridade aos casos de maior complexidade, realiza atendimento a demanda espontânea, de demanda programada, visitas domiciliares, bem como, a toda população de abrangência. Desta maneira, a rotina, da equipe de saúde da família “O Ferreira”, é bastante empenhada na saúde da família, dos grupos e indivíduos em suas necessidades.

1.8 Estimativa Rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).

Os problemas de saúde detectada no município de Cacimbinhas – Alagoas, principalmente na unidade de saúde da família “O Ferreira” são Pressão alta (PA) elevada, diabetes, doenças reumáticas, doenças ósseas. Quando os usuários necessitam de atendimento em virtude de alteração de saúde, imediatamente o médico faz o atendimento, principalmente quando o paciente é acamado ou impossibilitado de se dirigir a unidade de saúde a equipe presta o atendimento domiciliar.

Sistematizando os principais problemas identificados na unidade de saúde descritos a alta adesão de hipertensos, diabéticos, doenças reumáticas, doenças ósseas dentre outras, percebe-se que a prevenção é o melhor caminho para minimizar os problemas existentes, por isso, a implantação de políticas públicas, como também o aumento de pessoal qualificado para fazer parte da equipe é uma realidade que necessita ser resolvido com urgência, visando ampliar o atendimento domiciliar, como também aumentar os números de visitas na área de abrangência.

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

A priorização dos problemas demonstrados no quadro 2 para fins de elaboração da proposta de intervenção.

Quadro 2: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de saúde “O Ferreira”, Unidade Básica de Saúde do Município de Cacimbinhas – Alagoas.

Problema	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção/priorização
Pressão Alta (PA)	Alta	Alta	Alta	1
Diabéticos	Alta	Alta	Média	3
Doenças Reumáticas	Alta	Alta	Media	4
Ausência de um plano de prevenção para acamados	Alta	Alta	Alta	2
Número de consulta preventiva periódica domiciliar é insuficiente	Alta	Alta	Média	5
Doenças ósseas	Alta	Alta	Média	4

Fonte: UBS do município de Cacimbinhas – Alagoas 2018/2019

2 JUSTIFICATIVA

As visitas domiciliares podem ser consideradas como um instrumento do processo de trabalho em saúde, principalmente na Atenção Primária à Saúde, no que se constitui em um elemento facilitador para o acesso por parte dos usuários aos serviços públicos de saúde e se apresenta como uma forma integral de assistir, em que as reais necessidades de pessoa devem ser atendidas.

A visita domiciliar é uma atuação terapêutica em domicílio a pacientes acamados, mas, também a maneira pela qual a equipe realiza a busca ativa de faltosos, identificação da demanda reprimida, ações de promoção, prevenção e de educação em saúde de maneira mais singularizada (ABRANHÃO; LAGRANGE, 2015).

Por outro lado, a atenção à saúde no domicílio pode construir novas formas de cuidado que considere do olhar da equipe, a uma prática médica hegemônica, já que de um lado aponta a medicalização, e do outro a sua substituição, pois há sempre um processo de disputa pelo cuidado. No dia a dia do serviço de saúde, o profissional, sob várias formas, costumam prescrever estilos de vida, hábitos, alimentação, exercícios, medicamentos que provocam reações diversas (MERHY, 2012).

A construção compartilhada e a possibilidade de renovar coletivamente a prática dos profissionais que atuam, neste processo, transformando suas ações de acordo com a realidade que se apresenta e envolvendo sujeitos em relação, constitui a potencialidade da visita domiciliar. Possibilita a ampliação da autonomia na produção de sua própria saúde e do autocuidado, caminha no sentido da integralidade e da continuidade da atenção numa perspectiva mais intercessora do cuidado (CAMPOS, 2012).

Esse tipo de ação de saúde não se esgota, mas envolve outros campos de conhecimentos que precisam ser mobilizados, implica processo relacional com o usuário, escutas qualificadas e, mesmo, a responsabilidade e compromisso só possíveis mediante os vínculos sociais que operam (CAMPOS, 2012). Vale refletir sobre os possíveis condicionantes das práticas da equipe atuando sobre uma demanda para além da saúde, e o que essa equipe pode provocar nos profissionais que a experimenta (BONDIA, 2012). Ainda de acordo Bondia (2012), experiência não é aquilo que se adquire com o tempo, com a informação, algo que acontece fora do

contexto de trabalho, pelo contrário, experiência é o que passa em cada profissional, pois ao passar se transforma.

Muitas coisas acontecem, mas experiência requer uma ruptura que faz acelerar, refletir e escutar, dando sentido ao que atravessa. Nessa perspectiva, a experiência e o saber deriva aprimorar e agir sobre a vida de cada um. No caso da saúde, acrescentar que a experiência instrumentaliza e opera na relação com os outros.

A visita domiciliar implica certas exposições dos hábitos e rotinas privadas do usuário no espaço domiciliar (SAKATA, *et al*, 2010). Assuntos particulares se tornam visíveis, alvo de avaliação dos profissionais de saúde e do seu saber, poder sanitário, legitimado pela ciência. O vínculo e a confiança se colocam em linha tênue nessa relação de compartilhamento e de encontro com o outro e devem ser protegidos como parte do ato de cuidar (CUNHA, 2010).

Neste contexto a equipe de saúde “O Ferreira” se coloca em um patamar de responsabilidade, busca conhecer de perto a realidade existentes de famílias, grupos, indivíduos, sendo capaz de desenvolver suas ações laborais com bastante praticidade, imparcialidade e ética. O trabalho domiciliar desenvolvido pela equipe é de qualidade, onde os agendamentos são cumpridos, salvo imprevistos, no entanto, há uma comunicação direta, visto que os vínculos são cuidadosamente profissionais.

Os problemas encontrados na área de abrangência são cuidados com grande atenção, procurando mediar à teoria com a prática, envolvendo os usuários em diálogos baseados na prevenção e nas orientações necessários para o bem-estar do paciente. Assim, este estudo foi feito diante do surgimento do problema, na qual o ensejo maior é conhecer as teorias descritas por autores que possibilita a reflexão e o conhecimento.

Diante dos nós críticos se faz necessário resolver o problema, para que as visitas domiciliares sejam efetivadas com mais frequência, visto que, a demanda é acentuada e os problemas existem, por isso, é fato assumir que as intervenções sejam realizadas para se possa desenvolver um campo de trabalho mais eficaz.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Discutir no âmbito da visita domiciliar a importância e eficácia na saúde dos usuários do município de Cacimbinhas – Alagoas.

3.2 Objetivos específicos

- ✓ Considerar a visita domiciliar como um instrumento importante nas estratégias de saúde da família;
- ✓ Conhecer o ambiente familiar visitado como um viés para resolver assuntos relacionados à saúde da família;
- ✓ Entender a importância da equipe de saúde da família como um composto integrante da saúde básica;
- ✓ Analisar os problemas existentes na área de atuação da equipe de saúde da família.

4 METODOLOGIA

Para este estudo foi utilizado o planejamento estratégico situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição dos problemas considerados prioritários de acordo com Cunha (2010), planejamento, avaliação e programação das ações em saúde do município de Cacimbinhas – Alagoas, levando em consideração relatórios dos período de 2018/2019. Foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde da Nescon e documentos de órgão públicos como Ministério da Saúde e de outras fontes de busca para revisão bibliográfica.

Para aplicação do texto foram relevantes as Normas da Associação Brasileira de normas Técnicas (ABNT) e as orientações do Módulo de Iniciação à Metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso disponível na instituição de ensino.

No tocante aos apontamentos de campo, foram usadas informações inerentes ao tema, a partir dos dados contidos na Unidade Básica de Saúde “O FERREIRA” do município de Cacimbinhas – Alagoas, por meio de relatórios dos prontuários de atendimentos dos usuários. A partir da pesquisa em textos publicados em canais de informações, da própria instituição de ensino, assim como do acesso a biblioteca virtual do Ministério da Saúde.

A pesquisa se caracteriza como exploratória e descritiva. Exploratória porque se trata de um estudo bibliográfico, que segundo Lakatos (2017) é um método de atividades sistemáticas e racionais que busca garantir a segurança e objetivos, como também estratégias quanto à proposta apresentada. Desta maneira se faz uso de pesquisa, leitura e compreensão das definições e conceitos apresentados pelos autores envolvidos na pesquisa.

Os dados obtidos para compor este estudo foram com base em registros na Secretaria Municipal de Saúde, dos registros nos protocolos dos Agentes de Saúde, da agenda de visitas domiciliares visando cumprir todas as ações agendadas visando cumprir todos os compromissos as comunidades rurais do município de Cacimbinhas – Alagoas. Para revisão da literatura, foi realizada uma pesquisa online com acesso ao centro de informações da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scielo, Lilacs. Os métodos atendem os princípios da pesquisa científica. Foram utilizados os seguintes Descritores: Família. Prevenção e Unidade Básica de Saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Visita Domiciliar

A visita domiciliar tornou-se destaque no Brasil quando surgiu o compromisso da eliminação das epidemias e das doenças infectocontagiosas, podendo ser um fator importante onde a família era orientada quanto aos hábitos de higiene. As primeiras descrições ganharam destaque em nosso país a partir de sua incorporação aos serviços sanitários da década de 20 do século passado (SANTOS *et al.*, 2008).

No entanto, somente a partir da década de 1990 começou a ser descrita como fator importante para a implementação de programas voltados ao atendimento no domicílio. Alguns autores datam o surgimento da visita domiciliar desde a Grécia antiga (433 a.c), por terem sido encontrados relatos médicos que percorriam as cidades prestando assistência as famílias, de casa em casa, orientando quanto ao controle e a melhoria do ambiente físico, alimentar e alívio do desamparo (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

Segundo Giacomozzi *et. al* (2006) a visita domiciliar é, um conjunto de ações que busca a prevenção de um agravo à saúde e a sua manutenção por meio de elementos que fortaleçam os benefícios ao indivíduo e a recuperação da população já acometido por uma doença. Dessa forma, se faz necessário que o profissional atue de maneira a deixar que o morador sinta-se a vontade com a sua presença, para que a visita atinja seu objetivo.

Inicialmente, destaca-se que o termo correto para designar esse procedimento é visita domiciliária, porque a palavra domiciliar é um verbo transitivo direto. Significa dar domicílio a; recolher em domicílio; fixar residência ou fixar domicílio, enquanto o termo domiciliário é um adjetivo relativo a domicílio, feito no domicílio, e seu feminino são domiciliários.

Portanto, a expressão visita domiciliária deve ser utilizada para referir ao instrumento de trabalho utilizado pelo médico e profissionais da equipe de saúde (SOSSAI; PINTO 2010). A visita domiciliar pode ser definida ainda como um conjunto de ações interligadas, articuladas e sistematizadas, desenvolvidas pela equipe de saúde no domicílio, com o objetivo de promover, estabelecer a saúde de pessoas em seu contexto socioeconômico, cultural e familiar, tendo como base o planejamento,

buscando a adoção de uma postura de escuta e um saber / fazer que demonstrem atenção, respeito, compromisso e ética (REHEM *et al.*, 2005). Nisso considera-se o instrumento de trabalho supracitado como processo de intervenção fundamental na saúde da família e na continuidade, sendo programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções ou o planejamento de ações.

Assim sendo, utiliza-se de diversos recursos sociais locais, visando a maior equidade da assistência em saúde (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006). A visita domiciliar é uma atividade importante na promoção da saúde, ao entrar na casa de uma família, não entra somente no seu espaço físico, mas em tudo o que o espaço representa. Nesse domicílio vive uma família, com suas crenças, sua cultura e uma história própria com seus códigos de sobrevivência.

Nesta perspectiva a visita domiciliária constitui-se como recurso fundamental para a prestação de assistência ao usuário e família, principalmente as ações educativas (SANTOS, 2008). Trata-se, de um instrumento que visa à assistência domiciliar à saúde, que aponta subsídios para a execução dos demais conceitos desse modelo assistencial. É, por intermédio da visita, que os profissionais captam a realidade dos indivíduos assistidos, reconhecendo os problemas e necessidades de saúde destes (LACERDA, *et. al.*, 2006).

É considerável o desafio de implementar e consolidar um novo olhar e redirecionamento para a prática da visita domiciliar estruturada sob uma visão mais crítica e reflexiva de trabalho. Não obstante, este movimento de ensino e aprendizagem, instrumentalização, modos de trabalhar, investigação se coloca como necessário aos profissionais de saúde para que estes vislumbrem a visita domiciliar como uma tecnologia de trabalho na qual se desvelam diferentes modos de se organizar os processos do agir em saúde da família.

Neste contexto, e considerando a visita domiciliar como um eixo importante no atendimento às pessoas o plano está pautado em metas principais a serem alcançadas sendo elas, como por exemplo, criar uma agenda de atendimento para ampliar o número de visitas a domicílio. Partindo desse enfoque, compreende-se que as visitas domiciliares principalmente nas áreas rurais são de suma importância, é uma maneira de conhecer a realidade da família, promover ações de saúde e minimizar os problemas existentes. A equipe dessa modalidade de atendimento deve estar preparada para assegurar a qualidade dos serviços, buscando atender a todos

com bastante atenção para que os resultados sejam significativos, de maneira ampla e cuidados. É importante destacar que as visitas domiciliares atende aos critérios técnicos, na qual é considerado o estado de saúde do usuário, planejado e organizado, sempre com agendamento de retorno para o acompanhamento necessário.

Esse retorno é monitorado pelo agente de saúde que notifica o médico e a equipe que faz parte deste contexto, caso haja necessidade de retornar sempre que o usuário apresentar necessidade antes do retorno agendado, isso é uma prática que se adota para que o acompanhamento seja prioritário dependendo dos sintomas apresentados, pois caso o problema se agrave medidas são tomadas, ou seja, o usuário será encaminhado para um atendimento especializado onde haja maiores recursos de prevenção a vida.

5.2 Organização da visita domiciliar

A Atenção Primária é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, sendo orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012).

Esse nível de atenção está organizado basicamente através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia de Saúde da Família. Desde 1998, o Ministério da Saúde adotou o Programa Saúde da Família (PSF) como uma estratégia prioritária para a organização da atenção básica. Porém, inicialmente, foi criado como um programa vertical que oferecia especialmente serviços de saúde as populações mais carentes ou de alto risco (PAIM, 2011).

A avaliação de resultados positivos, esse programa, posteriormente tornou-se Estratégia de Saúde da Família, quando passou de um programa especial para uma estratégia de abrangência nacional, configurando-se em uma possibilidade de mudança do modelo assistencial, reorientação dos serviços de saúde a partir da Atenção Básica, e aumentando as possibilidades de expansão do conceito de saúde da família nesses serviços (CAVALCANTI, 2009, p. 81).

Em 2011, o Brasil possuía quase 32 mil Equipes de Saúde da Família (ESF) responsáveis pela cobertura de 52,6% da população em 5.290 municípios do país, ou 95% de cobertura no país, com um ritmo de crescimento global de 3% ao ano

(BRASIL, 2011). O aumento na cobertura da ESF pode ser observado no maior conhecimento e utilização por parte de população desse serviço. Mais da metade dos brasileiros, ou 57%, referiram a atenção básica como seu serviço de saúde de uso habitual no ano de 2008, enquanto dez anos antes, em 1998, esse percentual era de 42%, em detrimento da diminuição no uso de serviços ambulatoriais de 21% para 12% no mesmo período (PAIM, 2011).

Para reorganizar o sistema de saúde e atender as demandas da atenção primária, a Estratégia de Saúde da Família baseia-se na atuação da ESF. Essa equipe é composta basicamente por um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, um técnico ou auxiliar de enfermagem, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal, e pelos agentes comunitários de saúde (ACS) (BRASIL, 2011).

Essa equipe deve atuar em um território delimitado, com a população adscrita cadastrada na Unidade de Saúde, e reconhecimento das necessidades de saúde local, para o desenvolvimento de um planejamento estratégico (BRASIL, 2006). A ESF deve utilizar a interdisciplinaridade e a abordagem integral e humanizada, com base na realidade local e identificação das necessidades da população, além das ações coletivas na comunidade, atividades de grupo e a participação das redes sociais dos usuários (BRASIL, 2006).

Esta transformação da Atenção Primária à Saúde, com ampliação da área de cobertura e o estabelecimento de uma abordagem mais específica e integral ganha ainda mais importância com a transição demográfica que ocorre no país. As transformações no padrão etário da população, a partir da década de 1980, são resultantes da combinação entre a redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade no Brasil e aumento da expectativa de vida, o que leva a uma inversão do formato triangular da pirâmide populacional, de uma base alargada para uma base mais estreita e topo alargado, caracterizando o acelerado processo de envelhecimento (BRASIL, 2010).

A população idosa no Brasil chegou, no ano de 2011, a quase 22 milhões de pessoas, ou, 11,3% da população total (IBGE, 2011a), e projeções populacionais indicam que esse número chegará a 22,71% da população em 2050 (IBGE, 2008).

Assim, o tamanho e a participação da população acima de 60 anos aumentarão nas próximas décadas, e o país terá que atender uma sociedade

mais envelhecida, com necessidades de geração de recursos e de construção de infraestrutura que permitam um envelhecimento ativo (WONG; CARVALHO, 2006, p. 66).

Isso implica na necessidade de adequações das políticas sociais, com destaque para aquelas voltadas às demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social (TELLES; GROISMANN, 2011). Aliada à transição demográfica, com destaque para o aumento do número de idosos longevos, verificava-se também uma transição epidemiológica com maior acometimento da população por doenças crônicas não transmissíveis, as quais estão presentes em 9,3% dos indivíduos entre 0 a 14 anos, e entre idosos, este valor atingia 75,5% (IBGE, 2009).

A transição epidemiológica significa mudança no perfil de doenças que acometem a população. Em um país jovem, as doenças infectocontagiosas são as mais frequentes, com possibilidade de cura ou morte, enquanto um país envelhecido apresenta um padrão de doenças crônicas, com a possibilidade de compensação ou não compensação (NASRI, 2008). Deste modo:

As doenças crônicas não transmissíveis, como a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus, quando não controladas/compensadas levam a repercussões significativas na vida do idoso e de seus familiares, com destaque para a dependência funcional (OLIVEIRA, 2013, p. 108).

De acordo com as observações, idosos constituem atualmente o grupo etário que mais utiliza os serviços de saúde, com taxas de hospitalização elevadas e necessidade periódica de avaliação e assistência médica (DUCA, 2010). Segundo relatório do Banco Mundial (2011), o aumento da proporção de idosos na população e do uso dos serviços de saúde por esses idosos eleva os gastos com os cuidados à saúde, sendo um dos maiores desafios fiscais nas próximas décadas para o Brasil.

Essas informações ratificam a urgente necessidade de criação de políticas públicas voltadas para atender às novas demandas de uma população em envelhecimento, e aperfeiçoamento das políticas já existentes, pois a rapidez com que ocorre esse fenômeno não permite mais protelar o desenvolvimento de intervenções específicas.

Essas intervenções, principalmente no campo da saúde, devem assegurar o acesso aos serviços, sendo o cuidado ao idoso fundamentado nas modificações que ocorrem ao longo da vida, o que inclui os aspectos biológico, psicológico, social, cultural e espiritual, e necessitam de ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e recuperação de patologias características do processo de envelhecimento (POLARO, 2011, p. 74).

Os profissionais de saúde têm, na perspectiva da transição epidemiológica-demográfica, refletida nas demandas dos serviços em que atuam, onde os idosos estão cada vez mais presentes, seja por doenças crônicas não transmissíveis, ou por alterações comuns no processo de envelhecimento, e resultantes do estilo de vida. A visita domiciliar, considerada no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) como consulta médica domiciliar, configura na atividade que mais espelham mudanças na prática médica trazida pela Estratégia de Saúde da Família. O médico, tradicionalmente, atuando nos consultórios das unidades de saúde ou nas enfermarias dos hospitais, visita pacientes nas suas casas. A imagem do programa de saúde da família foi e ainda é, muitas vezes, explorada como o Programa (e agora Estratégia) no qual o médico vai à casa dos pacientes.

Representa a possibilidade de manter o cuidado das pessoas, de qualquer idade, que apresentem problemas de saúde que determinem incapacidade funcional e dependência, necessitando de assistência para as atividades de vida diária, de forma a promover uma melhor qualidade de vida para elas e suas famílias. (BORGES, 2010, p. 29).

A Atenção Primária, sendo o primeiro nível de atenção desse cuidado, torna-se vital para que uma proposta de atenção domiciliar seja desenvolvida, atendendo não apenas ao critério de racionalização de recursos, sejam eles humanos ou financeiros, mas também às necessidades de saúde das pessoas que dela precisam, observando o contexto social e cultural das famílias envolvidas e favorecendo, dessa forma, uma melhor compreensão do problema de saúde do paciente.

Busca-se também nesse mesmo sentido um olhar e cuidar mais humanizado, não restrito a procedimentos técnicos e equipamentos e, finalmente, contribuir para a reformulação das bases da prática cotidiana dos profissionais de saúde. (BORGES, 2010) A visita domiciliar é um instrumento utilizado para aproximar a equipe de saúde dos familiares, fazendo com que compreendamos melhor o universo familiar e como estes podem contribuir para o processo de cuidado, cura e recuperação.

Eles têm importante papel nas decisões terapêuticas, realizando uma intervenção compartilhada com a equipe sobre o processo saúde-doença da família (BRASIL, 2010). Dessa forma, embora os critérios para visita domiciliar para o profissional médico incluam, preferencialmente, pacientes acamados ou com dificuldades para locomoção, no âmbito da atenção primária, as ações de saúde envolvem aspectos que extrapolam as necessidades exclusivamente clínicas,

englobando cuidados mais abrangentes e permitindo ao médico integrar-se a essas atividades mesmo quando não as realizando pessoalmente.

As visitas domiciliares ainda são realizadas com a finalidade de realizar busca ativa aos faltosos de vacinas, consulta de pré-natal, investigação epidemiológica de agravos de notificação compulsória, educação em saúde, pacientes com dificuldades de adesão ao tratamento (MS 2004). A definição de critérios, portanto, é fundamental para garantir a equidade no acesso das pessoas que necessitam de cuidados de saúde domiciliares. Além disso, os critérios de elegibilidade dariam segurança à equipe de saúde para decidir aqueles que estarão incluídos no programa, evitando conflitos éticos sobre quem vai ou não ser incluído, correndo o risco de ampliar demais o número de admissões, comprometendo os recursos disponíveis e deixando de incluir aqueles indivíduos com maior necessidade (BORGES, 2010).

Dentre os critérios, na visita domiciliar se encaixariam os usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária (BRASIL, 2012) Diante da importância da visita domiciliar para o cuidado integrado de uma família, esse estudo compreenderá o impacto do uso de uma ferramenta de classificação de risco familiar na organização da atenção domiciliária. Priorizando aquelas famílias com mais risco, oferecendo a elas um cuidado de forma mais adequada e igualitária.

A organização das visitas domiciliares é uma estratégia que busca inovar na melhoria e na qualidade do atendimento familiar, priorizando os critérios técnicos como determina o SUS, por isso, o agente de saúde em seu contato com a família observa todas as necessidades de atendimento domiciliar, já que se necessita priorizar os casos mais complexos, como por exemplo, usuário portador de diabetes que sofreu amputação, ou perdeu parte da visão, são obesos dentre outros, esses usuários geralmente são impossibilitados de se locomover.

No caso da comunidade específica que está localizado na zona rural, o distanciamento e as dificuldades de acesso são inúmeras, pois nem todas as famílias podem custear transporte para atendimento, assim, o agente de saúde faz um trabalho de coleta de informações e ao informar o médico e equipe o agendamento é realizado para atendimento nos casos mais complexos ou de alta complexidade.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado

1º passo: Identificação dos problemas de saúde

Um dos maiores problemas de saúde na comunidade do Município de Cacimbinhas – Alagoas é na maioria nas pessoas idosas que se sentem incapazes de se locomover para receber assistência médica na unidade de saúde. As doenças mais comuns são: Doenças reumáticas, diabetes, pessoas com membros amputados, hipertensos e acamados por doenças diversas, consideradas de alta complexidade.

Ao identificar os principais problemas de saúde da área em estudo, serão produzidas as informações que possa permitir conhecer as causas e consequências do problema, para compreender o processo que causa o problema. Ao identificar o problema, deve-se considerar se o mesmo é objetivo de intervenção, na qual se buscar pontuá-lo com o intuito de melhorar o atendimento de saúde no município mencionado, considerando prioritário e necessário.

2º passo: classificação e priorização do problema

Uma vez realizado o diagnóstico situacional e identificados os principais problemas da comunidade, verifica-se a necessidade de intervenção, que deve ser elaborado, discutido, apresentado a equipe, levando em consideração a urgência, capacidade de enfrentamento, como também definir critérios que se julga relevante.

Partindo desse enfoque, pontuarão as prioridades, necessidades de interação, participação ativa da equipe, capacidade de mudar a realidade existente, como também capacitar os profissionais envolvidos na promoção a saúde. O município de Cacimbinhas – Alagoas aponta como priorização dos problemas.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Doenças reumáticas	Alta	9	Total	4
Pessoas amputadas	Alta	9	Total	4
Hipertensos	Alta	8	Total	3
Diabéticos	Alta	8	Parcial	3

Fonte: Elaborado pelo autor/2019

3º passo: descrição do problema

Descrição	Valores	Fontes
Hipertensos esperados	280	Estudos epidemiológicos
Hipertensos cadastrados	597	Registro da equipe
Hipertensos controlados	290	Registro da equipe
Diabéticos acompanhados perante protocolo	150	Registro da equipe
Diabéticos controlados	100	Registro da equipe
Pessoas amputadas conforme protocolo	55	Registro da equipe
Pessoas amputadas acompanhadas	45	Registro da equipe
Pessoas reumáticas de acordo o protocolo	80	Registro da equipe
Pessoas reumáticas acompanhadas	60	Registro da equipe
Internações de acordo protocolo	30	Registro da equipe
Óbitos por causas diversas segundo o protocolo	10	Registro da equipe

Fonte: Elaborado pelo autor/2019

Diante do quadro, apresentado, verifica-se a necessidade de intervenção quanto às visitas domiciliares e maior registro com dados reais da comunidade.

6.2 4º passo: explicação do problema

As doenças tais como as mencionadas neste plano são consideradas como doenças que necessitam de maior atenção por parte da equipe de saúde, na qual um problema ocasiona outro, no que se deve levar em consideração o alto grau de complexidade. As doenças tais como reumáticas impedem a pessoa em muitos casos a se sentirem incomodadas para locomoção no atendimento a saúde, neste caso, a visita domiciliar é prioridade e deve ser contínua e de qualidade, buscando melhores condições de saúde do paciente. Neste caso, é viável mudanças e melhorias para que o bem-estar da pessoa seja qualificado como de relevância e de urgência, assim como as demais doenças pontuadas neste plano.

A partir do atendimento domiciliar ao (s) usuário (s), o médico da equipe sempre acompanhado agente de saúde, já que este profissional realiza o monitoramento na área e notificando os casos de doenças, agendando a visita do médico que são realizadas no dia e hora marcada, sempre respeitando os critérios básicos de necessidades do (s) paciente(s). A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) é tida pelas esferas federal assim como as esferas estaduais e municipais

como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do agravos na saúde das famílias.

A estratégia tem uma área de abrangência, cujo número de famílias contido dentro da mesma é limitado de forma que seja possível atender a demanda, respeitando os princípios do SUS. O agente comunitário de saúde, dentro da ESF, a atuação é fundamental para o funcionamento da estratégia por servirem de vínculo entre família e unidade de saúde.

Neste âmbito, o agente de saúde realiza a cobertura e notifica todos os casos de necessidades de visita domiciliar do médico que o acompanha e tem as informações necessárias para o atendimento médico. Destaca-se que a área de cobertura é visitada pelo agente de saúde que através de diálogo e perguntas quanto o quadro de saúde da família, é possível realizar a visita domiciliar aos usuários que apresentam saúde debilitada, acamados e estão impossibilitados de se dirigir até a unidade de saúde, sempre observando que neste caso há de se verificar os critérios adotados pelo SUS.

6.3 5º passo: seleção dos nós críticos

Nó Crítico 1	Hábitos e estilos de vida da população
Operação	Modificar hábitos alimentares e de prevenção
Projeto / resultados esperados	Prevenir a saúde. Diminuir em 80% o número de pessoas com sintomas de doenças complexas
Produtos esperados	Palestras educativas nas famílias atendidas
Recursos necessários	Cognitivo: informação Político: espaço adequado para as palestras Financeiro: aquisição de recursos para viabilizar transporte para a equipe nas visitas domiciliares
Recursos críticos	Político: recursos para campanhas educativas Financeiros: recursos para aquisição de material informativo
Viabilidade do plano: Controle de recursos (atores / motivação)	Direção da equipe para informação. Secretaria Municipal de Saúde.
Viabilidade do plano: Ações estratégicas	Reuniões, intersetoriais como equipe de saúde, sociedade civil em geral, ou seja, população
Responsável pelo acompanhamento das operações	Médico e enfermeiro (a)
Prazo	Três meses para o início das atividades
Gestão do plano: Processo de monitoramento e avaliação das operações	Campanha educativa; Palestras nas comunidades assistidas Divulgação de material quanto a prevenção

Fonte: Elaborado pelo autor /2019.

6.4 6º passo: desenho das operações dos nós críticos (operações, projeto, resultados esperados, produtos esperados)

Nó crítico 2	Nível de informação da equipe e da comunidade insuficiente
Operação	Aumentar o nível de informação a população e o conhecimento da equipe sobre os riscos de doenças apontadas na comunidade
Projeto / resultados esperados	População informação sobre riscos de doenças diversas, pautada no nível de conhecimento da equipe
Produtos esperados	Reuniões periódicas
Recursos necessários	Cognitivos: conhecimento sobre estratégia de comunicação Organizacional: organização da agenda Políticos: articulação e mobilização social
Recursos críticos	Político: articulação intersetorial
Viabilidade do plano: Controle dos recursos críticos (atores/motivação)	Secretaria Municipal de Saúde Secretario Municipal de Saúde
Viabilidade do plano: Ações estratégicas	Reuniões intersetorial e equipe de saúde
Responsável pelo acompanhamento das ações	Médico e enfermeiro (a)
Prazo	Início em três meses e término em 10 meses
Gestão do plano: Processo de monitoramento e avaliação das operações	Nível de informação para a população Campanha educativa Palestra com a equipe Capacitação da equipe de saúde

Fonte: Elaborado pelo autor / 2019

7º passo: Viabilidade do plano: recursos críticos

Nó crítico 3	Estrutura dos serviços de saúde a melhorar
Operação	Melhorar a estrutura do serviço de atendimento das visitas domiciliares
Projeto / resultados esperados	Cuidar melhor, aumentar a oferta de visitas domiciliares
Produtos esperados	Capacitação de pessoal
Recursos necessários	Cognitivos: elaboração do projeto de adequação Político: decisão de aumentar os recursos para estrutura os serviços Financeiros: aumentar a oferta de profissionais da equipe de saúde
Recurso críticos	Políticos: decisão no sentido de viabilizar recursos para transporte da equipe
Viabilidade do plano: Controle dos recursos críticos (atores / motivação)	Prefeito Municipal e Secretario de Saúde
Viabilidade do plano: Ações estratégicas	Apresentar o projeto de ações e intervenção
Responsável pelo acompanhamento das ações	Médico e enfermeiro (a)
Prazos	Quatro meses para apresentação do projeto e oito meses para aprovação e liberação de recursos início em quatro meses e finalização em oito meses
Gestão do plano: Processo de monitoramento e avaliação das operações	Acompanhamento do processo de liberação de recursos Fluxo e avaliação mensal

Fonte: Elaborado pelo autor /2019.

8º passo: controle de recursos críticos

Nó crítico 4	Estrutura dos serviços de saúde a melhorar
Operação	Implantar linha de cuidados para evitar riscos de saúde
Projeto / resultados esperados	Cuidado: cobertura de 80% da população com risco de saúde
Produtos esperados	Implantação de protocolo, recursos humanos capacitados, regulação
Recursos necessários	Cognitivos: elaboração de uma agenda de cuidados Organizacional: adequar fluxos
Recurso críticos	Políticos: articulação entre os setores de saúde e adesão dos profissionais
Viabilidade do plano: Controle dos recursos críticos (atores / motivação)	Setor de comunicação, secretário de saúde
Viabilidade do plano: Ações estratégicas	Não
Responsável pelo acompanhamento das ações	Médico e enfermeiro (a)
Prazos	Início três meses e finalização oito meses
Gestão do plano: Processo de monitoramento e avaliação das operações	Linha de cuidado para evitar riscos Implantação de protocolo Recursos humanos capacitados Implantação de linha de cuidados em três meses.

Fonte: Elaborado pelo autor /2019.

9º passo: acompanhamento da execução do plano operativo, responsável, prazos controle dos recursos críticos: motivação, ações estratégicas.

O acompanhamento dos pontos considerados importante deverá contemplar os prazos estipulados, como também acompanhar a execução do plano de maneira prática e eficiente, principalmente no campo operativo, como também cumprir prazos e apresentar resultados alcançados no tramite do plano de intervenção.

Neste caso, o acompanhamento da execução do plano operativo, respeita os prazos e passa a ter controle dos recursos críticos, uma vez que, as ações estratégicas são de responsabilidades de todos da equipe, na qual são comprometidos com o atendimento de qualidade e cumprimento das metas, para que os resultados sejam significativos. É importante destacar que esse acompanhamento se dá por meio de diálogo, e principalmente motivação, levando em consideração que todos os envolvidos neste contexto realizam suas atividades coletivamente, para que

o usuário seja atendido sempre com melhorias, buscando inovar nas práticas diárias da rotina de trabalho.

Os usuários em suas necessidades específicas necessitam de atenção que por sua vez a intervenção da equipe de saúde releva a assistência domiciliar onde são respeitados todos os critérios básicos, a partir de um plano de trabalho desenvolvido dentro dos parâmetros legais, priorizando os casos considerados complexos.

10º passo: gestão do plano

A avaliação é o momento em que se discutem os resultados alcançados de forma coletiva, tendo em vista que o plano será monitorado e avaliado nos momentos que se fizerem necessários, ou que não apresente resultados suficientes nas ações desenvolvidas. Isto significa afirmar que, após todo um trabalho interventivo, a partir do monitoramento há de se verificar os resultados que não apresentarem suficientes, levando em consideração as discussões para encontrar soluções para o que não gerou resultados satisfatórios.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após o desenvolvimento deste projeto de intervenção, chega o momento de considerar relevante à temática, partindo de um estudo bibliográfico como também de dados obtidos no próprio campo de trabalho. Salienta-se que, é um assunto bastante crítico em virtude da dimensão cultural de famílias situadas em região onde predomina a falta de informação precisa, mas com muito esforço a equipe de saúde está minimizando esse problema, através de ações que visam educar, orientar e fortalecer a comunicação quando no ato das visitas domiciliares.

Neste caso, os desafios são grandes, considerando as condições de trabalhos, a falta de investimentos, instrumentos de trabalho, capacitação de profissionais constantemente, para que possa realizar um trabalho humanizado e de qualidade. Torna-se de um problema social a partir do momento em que o Estado deve cumprir seu papel na oferta e ampliação da rede de saúde para que a população dos territórios seja atendida de forma que evite tais problemas como o mencionado, buscando fortalecer a qualidade da prestação de serviços de saúde.

Assim, o município de cacimbinhas – AL, não mede esforço, já que conta com o apoio da gestão municipal que investe em educação e saúde assim como na assistência as famílias, principalmente as mais vulneráveis, que estão localizadas na região rural do mesmo município.

Diante disso, afirma-se que este estudo não é finalizado, cabendo a outros pesquisadores discutirem o tema de forma que venha contribuir com mudanças, melhoramentos no atendimento e acima de tudo no debate crítico reflexivo para que a cada dia inovações sejam vivenciadas. Salientando que o estudo é relevante a partir do momento em que o conhecimento teórico foi satisfatório e significativo, após seu desenvolvimento, deve ser contínuo já que as fontes de pesquisas são inesgotáveis.

É importante destacar também a participação dos profissionais do NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família) que prestam apoio familiar com ações de reabilitação, e incorpora novos saberes e práticas ao processo de trabalho incorporar as equipes porque ao articular esse trabalho com os demais serviços de saúde contribui de forma significativa para a ampliação da integralidade da atenção básica de saúde. Por outro lado, pontua-se que tratar desta temática abriu um leque importante em termos de reflexão sobre a prática profissional em consonância com a

busca de mais ações para que o exercício da profissão seja pautado e refletido quanto se deve ampliar a prestação de serviços para que a população envolvida em situação de vulnerabilidade seja conscientizada já que sua estrutura está em pleno desenvolvimento, por isso, é preciso que atitudes sejam tomadas por parte dos agentes públicos de saúde.

Em síntese, é importante que os envolvidos nesta questão tratem com cuidado, respeitando as diferenças e a diversidade, usando o plano ético e desenvolvendo cada vez mais um trabalho voltado para a prevenção e o bem-estar de todos que necessitam de atendimento, esclarecimentos, orientações, pois, esta rotina faz parte do trabalho do médico e da equipe de saúde que deve a cada dia dignificar suas ações laborais.

REFERENCIAS

ABRAHÃO, Lúcia Ana. **Atenção e cuidado em saúde no ambiente familiar**: aspecto da visita domiciliar. Rev. APS., v. 14, n. 4, out./dez, 2011.

ABRAHÃO, A. L.; LAGRANGE, V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D.A. (Orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2015.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Rev. Bras. Educ.**, v.26, n.19, 2012.

BANCO MUNDIAL. **Envelhecendo em um Brasil mais velho**: implicações do envelhecimento populacional sobre o crescimento econômico, redução da pobreza, finanças públicas, prestação de Serviços. Washington DC: World Bank; 2011.

BORGES, R. **Visita médica domiciliar**: espaço para interação, comunicação e prática: estudo de caso no Programa Saúde da Família, município de Florianópolis – Santa Catarina. 2010. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Básica; n. 19). Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 15 de dezembro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Ministério da Saúde; Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Aprimorando a Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde; Brasília, 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2d_060511.pdf. Acesso em: 15 de dezembro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**, v.1. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CAVALCANTI, M. L. T. Comentários sobre a estratégia de saúde da família e o SUS, suscitados pelo texto de Sousa e Hamann. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.14, supl.1, set./out. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000800004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 de dezembro de 2019.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2012.

CUNHA, M. S. **O processo de trabalho em equipe e a produção do cuidado em saúde**: desafios para a estratégia de saúde da família em Nova Iguaçu/RJ. 2010. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2010.

DUCA, G. F. D. **Hospitalização e fatores associados entre residentes de instituições de longa permanência para idosos**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, jul. 2010. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010000700019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 de dezembro de 2019.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. **A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 15, n. 4, out./dez., 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. 2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1708. Acesso em: 15 de dezembro de 2019.

LACERDA, M. R. *et al.* **Atenção á saúde no domicílio**: modalidades que fundamenta sua prática. Saúde e Sociedade, v.15, n. 2, maio/ago., 2006.

LOPES, W. O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. **Visita domiciliar**: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. Cienc cuid saúde, v. 7, n. 2, abr./jun., 2008.

MERHY, E. E. **Atenção domiciliar**: medicalização e substitutividade. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007 (Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde). Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos.php>. Acesso em: 12 de dezembro de 2019.

OLIVEIRA, A. M. S. **A enfermeira no cuidado domiciliar a idoso**: desvelando os sentidos do vivido. 2013. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

PAIM, J. **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. The Lancet, v. 1, maio 2011. Disponível em: <http://www2.saude.ba.gov.br/divsep/arquivos/COAGRAVOS/GT%20%C3%93bito%20Infanti%20I/Revista%20Lancet%20-%20S%C3%A9rie%20Brasil/brazilpor1.pdf>. Acesso em: 14 de dezembro de 2019.

POLARO, S. H. I. **Gerenciando o cuidado de enfermagem ao usuário idoso na Estratégia Saúde da Família**. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

ROESE, A.; LOPES, M. J. M. **A visita domiciliar com instrumento de coleta de dados de pesquisa e vigilância em saúde: relato de experiência.** Cia. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre: v. 25, n. 1, 2004.

SANTOS, E. M; KIRSCHBAUM, D. I. R. **A trajetória histórica da visita domiciliar no Brasil: uma revisão bibliográfica.** Revista eletrônica de Enfermagem, v. 10, n.1, 2008.

SOSSAI, L. C. F; PINTO, I. C. **A visita domiciliar do Enfermeiro: fragilidades x potencialidades.** CiencCuidSaude, v. 9, n. 3, Jul./Set., 2010.

SAKATA, K.N. *et al.* **Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares.** Rev. Bras. Enferm. v.60, n.6, 2010.

TELLES, J. L.; GROISMANN D. **Envelhecimento populacional e os desafios para a atenção psicossocial.** 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/envelhecimentotellesdaniel.pdf>. Acesso em: 14 de dezembro de 2019.

WONG, L. R.; CARVALHO, J. A. **O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas.** Rev. bras. estud. popul., São Paulo, v. 23, n. 1, jun. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010230982006000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 de dezembro de 2019.