



Rosângela Martins Moreira Pinho

**Reorganização e planejamento de visitas domiciliares em uma
Equipe de Saúde da Família de Belo Horizonte**

Belo Horizonte, 2024

Rosangela Martins Moreira Pinho

**Reorganização e planejamento de visitas domiciliares em uma
Equipe de Saúde da Família de Belo Horizonte**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas
Gerais, como requisito parcial para obtenção do
título de Especialista em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Ms. João André Tavares Álvares da
Silva

Belo Horizonte

2024

P654r

Pinho, Rosângela Martins Moreira.

Reorganização e planejamento de visitas domiciliares em uma equipe de Saúde da Família de Belo Horizonte. / Rosângela Martins Moreira Pinho. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2024.

35 f.

Orientador(a): João André Tavares Álvares da Silva.

Monografia (Especialização) em Saúde Pública.

Inclui bibliografia.

1. Visita Domiciliar. 2. Estratégia de Saúde da Família. 3. Promoção da Saúde. 4. Planejamento. I. Silva, João André Tavares Álvares da. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WA 546

AGRADECIMENTOS

Ao Espírito Santo de Deus que cuida de mim nos mínimos detalhes, e por me ajudar a vencer todas as minhas limitações.

Aos meus colegas de trabalho que se esforçam com afinco e dedicação para fazer um SUS melhor.

A Isabel, Maria Lúcia, Emília que acreditaram e me incentivaram a romper os obstáculos ao longo do caminho.

A querida Cíntia Mara pelo apoio e toda ajuda a gastar tempo sem medir esforços me ouvindo se fazendo presente em dias de sufoco e impossibilidades.

Aos professores que compartilharam seus conhecimentos nos provocando a todo tempo, a termos uma reflexão crítica.

As pedagogas Juliana e Ana Paula pelo carinho e dedicação que nos acolheu de acordo com as especificidades de cada aluno.

Ao João André meu orientador que me acompanhou gentilmente, dando todo auxílio com competência e maestria.

Aos meus pais José Augusto e Neyde que me ensinaram a amar ao próximo como a mim mesma. Aos meus irmãos e sobrinhos que me incentivaram a não desistir.

Ao meu marido Reginaldo por todo amor, cuidado e cumplicidade.

A meus filhos Victor e Erick pela paciência e inspiração para ser forte e segura.

Aos meus colegas de trabalho que se esforçam com afinco e dedicação para fazer um sus melhor.

Destacando a equipe 1 do C S REGINA PELA DEDICAÇÃO E EMPENHO.

A Enfermeira Edna Maria, kathiêscia Carolina ao dr João e dr Harley pelos preciosos dias de VD e inúmeras recordações.

Agradeço ainda aos pacientes que ao longo destes anos me estimula a me dedicar e lutar por uma assistência equânime, integral e universal.

Agradeço a todas as pessoas que contribuíram por esta conquista.

Enfim, agradeço a Deus por esta grande vitória.

RESUMO

O estudo a seguir objetivou compreender e intervir no planejamento e reorganização da ESF para a realização das Visitas domiciliares (VD's) no território de um centro de saúde de Belo Horizonte/MG, tão quanto capacitar a equipe para alinhar as prioridades, conforme criterios estabelecidos e ressignificar a extratificação dos resultados adquiridos para a melhoria dos desempenhos individual e coletivo, com vistas ao cuidado e bem estar dos usuários adscritos. A busca por um prospecto de saúde acessível e próximo do domicílio foi permitido através da introdução do Programa Saúde da Família, que instituiu a priori, a VD como dispositivo assistencial para a saúde de pessoas que se encontram acamadas ou domiciliadas. A partir de buscas de material teórico, leituras, recortes empíricos e experiências do cotidiano do trabalho, pode-se analisar que a VD se efetiva quando há a prevenção e promoção de saúde durante a mesma. Essa questão se aprofunda no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF), por meio de discussões sobre as prioridades e especificidades de cada domiciliado e sua família, em interface à organização do processo de trabalho, pois sistematizar o planejamento e organização para a realização de VD confronta alguns desafios. Buscou-se ainda a compreensão da escala de risco familiar (ERF- CS), no que tange a mensuração dos aspectos de vulnerabilidades das famílias, para iluminar acerca da proposição de prioridades para VD. Neste percurso, identificou se igualmente, o indispensável trabalho em equipe e para a equipe: como as atividades individuais influenciam no processo de trabalho do coletivo, (des)fragmentando as partes para validar o todo. Enfim, os dados reunidos neste trabalho, permitiu uma reflexão das práticas de gestão sobre planejamento e execução da VD e apontar possíveis caminhos para a busca de uma assertividade do produto fim: integração dos membros da ESF com o (s) indivíduo (s) domiciliado (s). Assim, a VD considera preponderantemente, o cuidado, a prevenção e promoção de saúde. O exposto aqui, pondera sobre o tema, considerando a assimilação do proposto para possíveis discussões que contribuam para o progresso do acesso a saúde por maior parte da comunidade.

Palavras chaves: Visita domiciliar, Estratégia de Saúde da Família, Promoção da Saúde, Planejamento

ABSTRACT

The following study aimed to and intervene in the planning and reorganization of the ESF to carry out Home Visits (HVs) in the territory of a health center in Belo Horizonte/MG, as well as training the team to align priorities, according to established criteria and give new meaning to the extraction of results acquired to improve individual and collective performance, with a view to the care and well-being of registered he search for a health prospect that is accessible and close to home was made possible by the introduction of the Family Health Program, which a priori instituted HV as a health care device for people who are bedridden or at home. Based on the search for theoretical material, readings, empirical clippings and daily work experiences, it can be analyzed that HV is effective when there is prevention and health promotion during it. This issue is further explored in the context of the Family Health Strategy (ESF), through discussions about the priorities and specificities of each resident and their family, in interface with the organization of the work process, since systematizing the planning and organization for carrying out HV faces some challenges. We also sought to understand the family risk scale (ERF-CS), in terms of measuring aspects of family vulnerability, in order to shed light on proposing priorities for HV. Along the way, the indispensable teamwork was also identified: how individual activities influence the collective work process, (de)fragmenting the parts to validate the whole. In short, the data gathered in this study allowed us to reflect on management practices regarding the planning and execution of the HV and to point out possible ways of pursuing the assertiveness of the end product: the integration of the members of the ESF with the individual(s) at home. Thus, the HV is primarily concerned with care, prevention and health promotion. What has been said here ponders on the subject, considering it useful to assimilate what has been proposed for possible discussions that will contribute to progress in access to health for a greater part of the population.

Keywords : Home visit, Family Health Strategy, Health Promotion, Planning

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CF	Constituição Federal de
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
Téc. Enf.	Técnica (o) de Enfermagem
TO	Terapeuta Ocupacional
VD	Visita (s) domiciliares (s)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS.....	11
2.1 Objetivo geral	11
2.2 Objetivos específicos	11
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
3.1 Atenção primaria à saúde.....	12
3.2 Prevenção e promoção de saúde	14
3.3 Visita domiciliar	15
3.4 O trabalho da equipe e a VD.....	19
4 PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO DA VD NA ESF	
1/UBS REGINA.....	22
4.2 Reorganização do planejamento da VD	25
4.3 Plano de ação	29
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS.....	32

1 INTRODUÇÃO

A inclinação para elaborar esse trabalho surgiu a partir da compreensão da relevância da visita domiciliar (VD) como dispositivo para a prevenção de doenças e promoção da saúde, com ênfase na educação em saúde. A importância da VD abrange a possibilidade desenvolver o acolhimento, a escuta qualificada, o vínculo e a afetividade, que contribuem para a qualidade de vida do indivíduo e ou famílias.

A problematização sobre a programação e planejamento da VD, é o ponto de partida para esse trabalho: intervir no processo de organização as Vd's é dar vistas à questões de prioridade e equidade na Atenção primária a saúde. Da reorganização do planejamento à execução fim, a lacuna que tipifica o que se torna preferencial para a VD, é a linha tênue entre as concepções estabelecidas (idade, agravos, condições especiais) e a subjetividade das circunstâncias. Nesse sentido, as abstrações que se faz para identificar as prioridades, torna a reorganização das VD's relevante para todo o trabalho da equipe.

Essa compreensão sobre a VD foi construída a partir das vivências profissionais por mais de 30 anos de trabalho, quando ingressei na área da saúde. aconteceu a efetivação da unidade básica de saúde (UBS) no município de Ibirité/MG, permanecendo durante os dois anos seguintes. Concomitantemente período, no ano de 1995, iniciei um trabalho como técnica em enfermagem em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) no município de Contagem/MG, por oito anos. Em 1996, ingressei na Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) e até a presente data atuo como técnica em enfermagem na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Ser um profissional da área da saúde é dispor-se em laborar em prol da qualidade de vida do outro, ser capaz de desempenhar um papel imprescindível na promoção do bem-estar individual e coletivo, auxiliando desde a prevenção até a reabilitação dos sujeitos. Além de acarretar proximidade com as pessoas, o que proporciona interação e conexão, que por sua vez tende a ser satisfatório, especialmente quando se alcança a recuperação da saúde.

Nesse sentido, no trabalho em saúde, pode se observar que:

“O trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que produz: é a própria realização da atividade.” (PIRES, 1998, pag. 85)

Uma das definições de VD, é encontrada em Amaro (2003, p.64) com a afirmativa: “é uma intervenção que inclui pelo menos três ‘tecnologias leves’ a serem

apreendidas e desenvolvidas: a observação, a entrevista, a história de vida ou relato real”. Através destas tecnologias é possível compreender o contexto social do domiciliado, acentuando que o cuidado no lar, é centrado na pessoa em questão e não na doença.

De acordo com Ministério da Saúde (Brasil, 2003), a assistência de saúde prestada em domicílio é relacionada como abordagem integral à família, trabalho em equipe e interdisciplinaridade. A assistência à saúde na comodidade da residência, também resulta em melhor acesso, aos serviços disponíveis nas UBS, por exemplo, imunização e coleta de material biológico, pois os domiciliados são identificados como prioridade para esses serviços, diante da situação ou agravamento que eles se encontram, mediante necessidade da VD.

À vista disso, a VD que os profissionais da ESF realizam, exercem a aproximação entre o domiciliado e família com a equipe, acarretando as corresponsabilidades que ambos dividem no processo de saúde (Brasil, MS, 2001). Entretanto, há desafios que tangem à prática profissional durante as VD, como a alta demanda por essa atividade diante da escassez de funcionários ou equipes incompletas, frustração relacionada às singularidades das famílias e seus domiciliados, duração insuficiente da VD. (Cotta *et al.*, 2006; Oliveira; Marcon, 2007; Oliveira; Spiri, 2006).

Diante disso, há de se ponderar sobre intervenções possíveis na tentativa de amenizar tais desafios a partir da reorganização da VD na ESF. Para esse propósito, antes é preciso identificar as prioridades para a realização das VD's, através de critérios definidos e pactuados tanto para os componentes da equipe como para a comunidade que está sob a responsabilidade da ESF.

Nesse sentido, identifica-se como estratégia importante a utilização do instrumento de risco familiar, conforme Coelho, Savassi (2012), denominado Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (ERF-CS), que permite a reflexão do ponto de corte de prioridade para as intervenções da EFS. Embora a prioridade seja de relevância para a reorganização do trabalho da equipe e em equipe, ressalta-se que ela não deve ser estática e única, uma vez que existe a dinâmica do território, das famílias e dos domiciliados, que são passíveis de mudanças.

Compreende-se a VD como um instrumento indispensável de acesso à saúde, que contribui para melhorar a qualidade da assistência prestada e aumentar a eficácia das atividades: aprimorar o acompanhamento dos domiciliados conforme seu grau de dependência e necessidade: possibilitar a redução de encaminhamentos às unidades de pronto atendimento e, conseqüentemente, das internações e número de óbitos:

fomentar a educação em saúde para o autocuidado e para a família; e promover o desenvolvimento da autonomia e das corresponsabilidades dos indivíduos visitados e de seus familiares.

A AD, como definição: Atenção domiciliar (AD) ; é a modalidade de atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à saúde (RAS), caracterizada por conjunto de ações previne e tratam doenças, reabilitam, promovem a saúde e a palição, com a prestação desses em domicílio, o que garante a continuidade dos cuidados.

As abordagens diferenciadas que a AD propõe, estão disponíveis pelo SUS , são ofertadas conforme as necessidades do paciente, a partir do atendimento de diferentes equipes. Quando o paciente precisa ser visitado com menor frequência, por estar estável, este tipo de cuidado pode ser realizado pela ESF da atenção básica da qual é referenciado. Há casos de maior complexidade que são acompanhados pelas equipes multiprofissional de AD (EMAD) e de apoio (EMAP), do Serviços de Atenção Domiciliar (SAD).

A AD proporciona ao paciente um cuidado ligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência. Desta forma, evita-se hospitalizações desnecessárias e diminui o risco de infecções. Por consequência, melhora a gestão dos leitos hospitalares e o uso de recursos, tão como diminui a superlotação de serviços de urgência e emergência.

As ESF , enfrentam desafios com a VD, como o contexto de incertezas e surpresas em que se realiza, no que tange as relações complexas entre o público e o espaço privado (domicílio). Além das dificuldades inerentes à própria prática da VD: mudança de famílias, endereços errados e recusas, entre outras situações adversas (Romanholi, Cyrino, 20012). Para mais, o excesso de atribuições , associado à inadequação entre o contingente populacional da área de abrangência e as equipes, também aparece como limitador para a participação dos profissionais nas atividades domiciliares, comunitárias e de educação em saúde (Trad. Rocha, 2011: Conill, 2008).

Uma ressalva a se fazer, é a compreensão da lacuna percebida no processo de trabalho, quando não existe um 'protocolo' a ser seguido para a priorização das VD's, dificultando a qualificação de qual VD seria mais urgente, em deferimento a outra. Ao conferir viabilidade da ERF-CS para instrumentar e instruir toda a eSF, o processo de reorganizar o planejamento das VD's, desde a observação das demandas iniciais ao "feedback" posterior à visita, fortalece a segurança de todo o trabalho da equipe, pois afeta o objetivo de prestar assistência de qualidade e mais adequada possível para os pacientes domiciliados.

Com isso, o presente estudo analisa o processo de trabalho das equipes de uma unidade de saúde da família durante as visitas domiciliares, e discute os desafios para que a VD possa vir a contribuir para a reorientação do trabalho em equipe e para a produção do cuidado em saúde de qualidade durante a VD.

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo geral

Intervir no planejamento e organização da Visita Domiciliar realizada pela Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Regina.

1.2 Objetivos específicos

Definir critérios para a priorização das solicitações das VD a serem atendidas.

Capacitar a ESF para planejar e organizar as VD segundo os critérios definidos.

Acompanhar e registrar a realização das VD ou motivo de não realização, a fim de consolidar informações que permitam adaptações e melhorias para realização da VD.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Atenção primária à saúde

A saúde é valorizada em todo o mundo, pois é fundamental ter saúde para o progresso e desenvolvimento individual, acarretando assim, uma melhor realização de atividades básicas como produtividade laboral, acadêmica e social, além de fomentar saúde familiar (Brasil, 2010).

Na ausência da saúde da população (subentendida como a alta prevalência de doenças), há uma relevante consideração das despesas que os governos têm que arcar: o que inflaciona a demanda de serviços em saúde públicos, a queda de arrecadação tributária e os desempenhos funcionais e sociais ruins. São esses os motivos que pesam para reavaliações dos sistemas de saúde, público ou privado. No Brasil o sistema é público e universal. O Sistema Único de Saúde (SUS), baseia seu arcabouço legal nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, além de ser resguardado pela Constituição Federal (CF) que garante a “saúde como direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 1988).

No ano de 2006 foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que definiu a atenção primária ou básica como:

[...] um conjunto de ações de saúde desenvolvidas em âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção de saúde. (Brasil, 2010).

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica de Saúde se fundamenta em princípios para que as práticas de saúde sejam desenvolvidas de forma a assistir à pessoa e sua família por meio da ESF no território (Brasil, 1990). Neste trabalho, escolheu-se usar o termo APS, cuja estratégia envolve aproximar-se dos residentes do território adscrito das equipes, e assim organizar ações para a prestação dos serviços de saúde, contemplando o vínculo da unidade de saúde e das equipes com os usuários e os outros dispositivos promotores de saúde coletiva. Conforme Giovanela *et al.* (2009) a APS é a principal política pública para as ações de saúde no país, com resultados favoráveis para a população.

A relevância da APS, se destaca por ser a base do sistema de saúde, ou porta principal de entrada aos serviços clínicos, e é essa base territorial do SUS, norteada pelo cuidado assistencial centrado nas especificidades da família e/ou indivíduo prezando o vínculo com o usuário, que fomenta o acesso aos serviços em articulação à rede complementar de assistência (Mendes, 2011).

Através desse relacionamento e em conjunto com instrumentos de registros das informações relevantes e outras informações, se percebe a eficácia dos profissionais da APS no atendimento à população daquele território. No mais, o conhecimento assimilado e aprofundado que os profissionais adquirem através do vínculo com o usuário, denominado “vínculo longitudinal” (Starfield, 2012), resulta em melhor abordagem, precisão de diagnóstico, concordância com os planos terapêuticos e de prevenção, tão como o contentamento do usuário e da equipe.

Embora a APS tenha facilitado e ampliado o acesso aos serviços de saúde, há de se fazer a ressalva sobre a qualidade dos serviços ofertados neste nível de atenção à saúde. De acordo com Facchini *et al.* (2006), diferenças de disponibilidade, equipamentos básicos, de recursos humanos, qualificação profissional, escassez de recursos de todos os aspectos em variação de padrões dos diversos municípios, além de gestão e coordenação duvidosos, reverberam a necessidade da melhoria da qualidade na prestação dos serviços de saúde.

Contudo, o fortalecimento da APS através da expansão da ESF beneficia a resolução de muitos problemas crônicos da população, como a redução da mortalidade infantil, conseqüentemente, reduz as hospitalizações desnecessárias (mais onerosas que o atendimento primário), além de ampliar a cobertura da ESF com o acesso e a boa qualidade na atenção primária (Mendonça, 2018).

Enfim, a APS, através da ESF, objetiva a melhoria da saúde da população adscrita no território, conforme Rocha e Soares (2010), contribuindo de forma significativa para a redução de agravos, morbidade e mortalidade no país, visto que a expansão das ESF's, apontada por vários estudos, impactou e impacta sobre o acesso ao pré-natal, cobertura vacinal, condições nutricionais, entre outras, como a redução da mortalidade de menores de 5 anos.

A APS tem sua proposta de atuação como uma das melhores políticas públicas, todavia, não é perfeita, e mesmo assim desempenha resultados significativos na saúde e na equidade da população, pois cumpre os requisitos para que o sistema

público de saúde não retroceda, e sim cresça, conquistando o reconhecimento da sociedade, para ser validada e legitimada em seus potenciais resultados.

2.2 Prevenção e promoção de saúde

Conforme a legislação do SUS “a assistência à saúde pelo SUS deve abranger tanto as ações assistenciais ou curativas quanto, e prioritariamente, as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças” (Brasil, 1990).

O verbo prevenir, conforme o dicionário (Ferreira, 1986) é relativo a: 1. Dispor com antecipação (algo) de modo que se evite mal ou dano; 2. Impedir que aconteça; proibir, 3. tomar medidas que evitem (algo), com antecipação; evitar. Sua utilidade em saúde se faz imprescindível para planejamento e antecipação de condutas clínicas e/ou outras no combate ao avanço de enfermidades. Conforme Leavell e Clark (1976), para que haja a prevenção em saúde, é exigido uma ação antecipada, embasado sobre o conhecimento da história natural, cuja finalidade é tornar dubitável a evolução da doença.

A prevenção migrou do conceito estático de que se faz eficiente porque reduz a medicalização (referência ao dito popular: “melhor prevenir, do que remediar...”), para uma abstração ampliada que considera a identificação de fatores de risco como equivalentes a doenças, partindo assim para aproximar os termos prevenção e cura (Starfield, 2008).

O tema prevenção ganha força de política pública, com as inúmeras ações do ministério da saúde que fomenta a prática preventiva para todos os níveis da atenção à saúde. As políticas públicas têm buscado incentivar e estimular ações e programas que impulsionam a prevenção na saúde por meio de sua atuação e implementação nos seguimentos da ESF interfaces com outros programas como, Academia da Cidade, Programa Saúde na Escola (PSE) entre outros propostos pelo Ministério da Saúde. Assim, favorecem avanços no aspecto de saúde integral com o estímulo das ações interdisciplinares, multiprofissionais e intersetoriais (Brasil; 2006).

À vista disso, conforme a Política Nacional de Promoção na Saúde (Brasil, 2006), a saúde integral perpassa pelo discurso preventivo, que induz ao conhecimento de relevantes informações e práticas (físicas e educativas) para o autocuidado e o cuidado familiar/coletivo, que, culmina na reflexão de mudanças habituais necessárias para prover vida saudável.

Refletir sobre esse processo de mudança de hábitos, infere em uma abordagem centrada na pessoa, para a qual se faz necessária a escuta qualificada das queixas, pois é durante esse 'desabafo' que os métodos clínico/científico e as subjetividades (acolhida profissional), se alinham e revelam as verdades subentendidas e subestimadas que por vezes são minimizadas ou até ignoradas. Assim, o discurso preventivo torna-se mais eficaz quando compreende que a pessoa é mais do que sua morfologia ou o que permite ser visto (personalização), é um ser social, cultural, espiritual, ideológico entre as inúmeras configurações que a mesma apresenta ser/estar (Brasil, 2014).

É oportuno lembrar que a reflexão para promover a prevenção em saúde, evidencia o respeito mútuo às condições ambientais, educacionais, individuais, filosóficas e afins, da pessoa a receber a instrução e de quem o está fornecendo, interfere exponencialmente os efeitos.

Nesse sentido, em 2014 foi consolidada a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS), na qual fez reverberar a importância de reconhecer os condicionantes e determinantes sociais da saúde, como intentos para o processo de saúde na população, seja individual e coletiva, o que implica em cooperação e corresponsabilidades para a melhoria da qualidade de vida (Brasil, 2014).

Entender o conceito de promoção da saúde apenas como ações preventivas, é limitar o potencial dessa postura; conforme a PNPS, (Brasil, 2014) a promoção da saúde engloba um conjunto de estratégias que produz saúde a partir da articulação intersetorial (economia, cultura, ambiente) e a participação e controle social, com vistas na redução de vulnerabilidades e riscos à saúde dentro do território.

Assim, o movimento de prevenção e promoção da saúde se faz compreender a partir do que o outro assimila; acontece de formas variadas a todo e qualquer tipo de ensino, seja como subterfúgio prático ou educacional. Para isso, clareza e objetividade na narrativa desses termos fortalece os pares: entre a equipe, e da equipe para o indivíduo/família, da família para a comunidade e assim por diante, na busca e realização de hábitos saudáveis.

2.3 Visita domiciliar

A visita domiciliar, em consonância com Faria *et al.* (2008) pode ser considerada como um instrumento primordial de conhecimento do território adscrito

às ESF's. Ela permite identificar e conhecer os problemas e potencialidades da população na área das equipes. Uma vez discernido o quadro sanitário, ou melhor, as condições e demandas das pessoas, a visita domiciliar consiste em desenvolver plano de ação coerente as situações econômicas, sociais e culturais que determinam o processo de saúde doença.

As visitas domiciliares realizadas pela ESF são justificadas por situações como (Brasil, 2003):

- Situação de emergência em que o domiciliado não possui condições de ser levado ao serviço de emergência;
- VD aos egressos hospitalares;
- Intercorrências de pacientes crônicos, terminais;
- Confirmação de óbitos;
- VD para impossibilitados de mobilidade e deslocamento a Unidade de Saúde, acamados, idosos e indivíduos em situação de vulnerabilidade;
- Acamados ou restritos ao domicílio, de forma temporária ou permanente, incluindo condições clínicas como desestabilizações (por exemplo, crise hipertensiva), pós operatórios, agravos de saúde mental e outros;
- Situações específicas ligadas ao ciclo de vida: como adaptações ao puerpério, redução de mobilidades transitoria ou permanente;
- Pacientes com comprometimentos, cujas origem podem ser esclarecidas, a partir da abordagem do conhecimento do contexto doméstico/ familiar;
- Circunstâncias novas na família, relacionados a saúde ou que constituam risco á saúde (morte do provedor, abandono do genitor (a), etc.)

Antes do SUS, como a saúde não era considerada pelo governo como dever do Estado e um direito do cidadão, o que se via era a precariedade dos serviços de saúde para no âmbito coletivo. A restrição aos serviços de saúde acontecia mediante o usuário ser um trabalhador 'formal, ou seja, consistia em ser um trabalhador com carteira de trabalho assinada, efetivado, que era assegurado pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), uma autarquia federal criado em 1974 e extinto em 1993, (Souza, 2002).

No Brasil, a mudança política para o controle epidemiológico, surge a partir da década de 20, quando um conjunto de ações para a saúde coletiva é aventado como solução sanitária embasado na assistência e educação em saúde.

Influenciados pela enfermagem norte americana, que já executava o atendimento domiciliar em saúde, docentes universitários de São Paulo, trouxeram a ideia de formação e conscientização sobre a relevância da higiene como método para melhorar o processo de saúde, para tal, desta forma houve no país a inserção do curso de educadoras sanitárias (Merhy, 1992).

Conforme Candeias (1988) o objetivo do curso de visitadoras sanitárias era levar a uma consciência sanitária, uma vez assimilada por meio da propagação de conhecimentos sobre higiene e a cooperação em campanhas de precaução e asseio.

O intento em formar enfermeiras para a prestação da assistência em domicílio, objetivava a orientação e estimulação dos aspectos higiênicos além de enfatizar os cuidados para a saúde dos recém-nascidos. Este tipo de assistência domiciliar se caracterizava pela imposição do Estado por meio de ações preventivas para o cuidado e manejo da saúde para a população.

Contudo, as crises políticas, econômicas e ideológicas da nação, favoreceram uma reorganização dos conceitos de saúde assistencial a domicílio, e a criação do Ministério da Saúde em 1953 (Lei nº 1920 de 25/7/1953), elencando a construção de políticas públicas com visão ampliada para o que concerne conceitos básicos em saúde, vislumbrando a totalidade dos sujeitos e seus pares, não mais com o foco de o assistir na enfermidade, mas enxergar todas as vertentes que configuram a saúde para o ser humano em sua complexidade (Brasil, 2002).

Assim, na década de 90, após anos de discussões sobre o modelo assistencial da saúde no Brasil, foi implantado o SUS e em seguida a APS como estratégia de porta de entrada principal para o acesso aos serviços de saúde na rede pública (Marsiglia, 2012). A partir da APS houve a implementação de assistência domiciliar, ou melhor, o atendimento em domicílio como parte estratégica do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, após o bem-sucedido projeto Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) anteriormente idealizado e executado no Norte e Nordeste do país em 1991 (Vianna; Dal, 1998).

Atualmente, a ESF busca reestruturar as ações de assistência em saúde na direção contrária do modelo praticado que centrava em procedimentos meramente medicamentosos, curativos e hospitalocêntricos, que endossava apenas a prática de clínica médica. A assistência em saúde praticada hoje se protagoniza pelo pressuposto amplo de saúde: corresponsabilização. A orientação é para que a atuação profissional obtenha maior vínculo e voltada para a família, seus contextos, realidades sociais e econômicas, vivências pessoais e sociais, além de fomentar a VDe como um

dos recursos para estabelecimento das corresponsabilidades, vínculos e o desenvolvimento da autonomia entre os pares (profissionais, indivíduos/ famílias e comunidades) na obtenção da promoção e proteção de saúde (Abrahão; Lagrange, 2007).

Assim, torna se imprescindível para a efetividade da VD, a conscientização da prestação da assistência no proposto “prática humanizada”. A Política Nacional de Humanização (PNH) existe desde 2003, preconiza e propõe a atenção integral do individuo em todas as suas necessidades, inclusive no domicilio, devendo ser considerado como uma das referencias para a realização da VD’, pois a abertura do domicilio para os profissionais de saúde envolve questões éticas e subjetivas.

Adentrar ao ‘lar’ do outro, mesmo que para a prestação de assistência de saúde, extrapola as dimensões de conhecimentos teóricos /científicos e empíricos. Há de se considerar o respeito, de todos para com todos, como princípio fundamental para a produção de saúde que constitui o processamento de ‘trocas’, e assim a implicação da assertividade na assistência. Conforme Abrahão e Lagrange (2007), a VD constitui um conjunto de interesses educativos que forçam o autocuidado, a corresponsabilização e a promoção e prevenção de saúde, além de monitorar os agravos e as mudanças no contexto familiar.

Assim, a VD tece uma rede de cuidados holísticos, pois em sua efetividade, os diversos olhares - dos profissionais e os indivíduos- que compõem o ambiente em si da VD, favorece a avaliação ampliada e singular, consequentemente permite a construção horizontal da produção de saúde no meio e para os envolvidos. Por tanto, se faz perceptível que a VD é mais que uma prática profissional de assistência de saúde mecanizada, ela abrange também educação, prevenção e promoção da saúde, além de tornar os profissionais mais sensibilizados e próximos dos indivíduos/famílias, tornando assim eficaz essa estratégia.

Para a realização das Visitas domiciliares, planejadas pela ESF, um conjunto de saberes e instrumentação favorecem a integralidade do cuidado nos domicílios ou em instituições, a exemplo das instituições de longa permanência para idosos, (ILPI). Embora, a realização da VD se configure como instrumento assertivo de criação de vínculos, subsidiado sobre a confiança e respeito dos envolvidos, há de se ponderar sobre os desafios que as visitas domiciliares apresentam à ESF e ao domiciliado (Sakata *et.al.*, 2007).

Um dos desafios mais comuns aos demais processos de trabalho na ESF e na realização da VD é o tempo. Esse fator é influenciado pelas características do território e população adscrita. Conforme Saipé R., Massarolli (2008) são desafios, tanto a duração da VD, por vezes haver tempo insuficiente para abordar todas as demandas

de cada paciente visitado, quanto pela falta de tempo para absorver a alta demanda de visitas necessárias para cobrir todas as demandas que chegam à ESF.

A alta demanda para assistir aos domiciliados através da ESF, superlota as agendas clínicas e de enfermagem, que para se adequar ao cumprimento das metas, suscita uma maior quantidade de oferta de VD, resultando em uma prestação de serviço de saúde com o potencial diminuído, levando a reflexão sobre quantidade ideal e a real das famílias assistidas pela ESF. Segundo o ministério da Saúde a ESF tem suporte para amparar a 4.000 pessoas, sendo recomendado a quantidade de 3.000 pessoas para a obtenção de melhores resultados (Brasil, 2011).

Há também uma ambiguidade na assimilação de conceituação de VD, por parte dos domiciliados que detém uma compreensão de VD diferente do propósito real. Uma das concepções, por parte do domiciliado e seus familiares/cuidadores, se baseia na perspectiva de “controle, fiscalização”, quando essa VD acontece para obtenção de dados ou por necessidade investigativa para constatação ou descarte de denúncias.

Outra inquietude relativa à VD, emerge à medida que essas ocasionam a aproximação dos profissionais com a realidade e modos de viver dos domiciliados e seus familiares. O envolvimento do profissional ao mesmo tempo que o vínculo é fortalecido, se depara com as impotências e sentimentos de frustração ante às situações singulares proporcionadas pelas experiências nos lares. Além disso, corroborando com Cotta *et al.* (2006), Oliveira e Marcon (2007) e Oliveira e Spiri, (2006) existe a falta de capacitação profissional de forma permanente para atualização sobre o escopo da saúde para os profissionais, além de dificuldades estruturais como a escassez de transporte para o acesso dos profissionais às áreas da ESF.

Contudo, faz-se imprescindível a organização pela ESF do processo de trabalho para avançar no propósito do exercício da visita domiciliar em equipe a fim de assegurar aos dependentes e familiares, o acesso integral do cuidado e a qualidade de vida que é preposição para o bem-estar dos domiciliados. Assim, a ESF entende o comprometimento e validação que cada membro possui individualmente para a construção organizacional da VD, evidenciando que são essas partes que formam o valor do todo: a unidade da equipe.

3.4 O trabalho da equipe e a VD

Em relação as práticas nos serviços de saúde, o trabalho em equipe fomenta interação e boa comunicação para que todos os integrantes da ESF compartilhem saberes e conhecimentos de cada um. Além de instigar as práticas dos profissionais um ressignificado: a execução do além dos aspectos técnicos e clínicos, que somado a empatia pelo outro, reforça o sentimento de pertencimento à equipe, resultando em uma VD de qualidade que proporciona a partilha dos diversos saberes (Clementino; Miranda, 2015). Identificar se com esse sentimento, uma vez que os seres humanos são gregários, produz comprometimento com a saúde do outro a assim resulta o alcance do objetivo das VD.

Para tal, é preciso compreender a composição de uma ESF: uma equipe constituída por multiprofissionais com formações diversas, em busca de desempenhar um cuidado á saúde em domicilio que contribuem de forma intrínseca, articulando diálogo e os conhecimentos para a oferta de uma melhor qualidade de vida aos domiciliados e comunidade (Chimbida & Medeiros, 2016).

Há uma composição básica de recursos humanos para que a ESF realize os trabalhos, conforme Ministério da Saúde, por meio da Portaria n°2.488, de 21 de outubro de 2011 (Brasil, 2011), a equipe multiprofissional é constituída por no mínimo:

- Um médico generalista ou especialista em Saúde da Família, médico de Família e Comunidade;
- Enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família;
- Técnico ou auxiliar de enfermagem;
- Agentes comunitários de saúde;
- Equipe de profissionais de Saúde Bucal: um cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e um auxiliar ou técnico em saúde bucal.

A reunião das habilidades e atribuições de cada profissional, supracitado, induzem o desenvolvimento da ESF para ocorrência das VD de forma que haja a prestação de assistência integral e contínua de saúde para os domiciliados.

O profissional médico comumente chamado “o meu médico da equipe”, ocupa papel de interveniente na ESF, o seu trabalho consiste em avaliar, estudar, pesquisar, compreender e se fazer compreendido, recomendar e elaborar pareceres e planos terapêuticos ante as demandas dos pacientes domiciliados durante as visitas da ESF (Capozzolo, 2003). Além disso, este profissional essencial desempenha muito da clínica médica, compreendendo a doença e o indivíduo e sua família, contextualizados

em cuidados modelados a partir das singularidades que lhe é apresentado (Brasil, 2012).

).

O profissional enfermeiro realiza a assistência integral por meio de atividades como consulta de enfermagem aos domiciliados, e se necessário em outros espaços de vivências, conforme os protocolos da gestão municipal, acolhimento e escuta qualificada aos domiciliados e familiares/cuidadores, em questão, para, juntamente com a equipe, traçar possíveis abordagens (Brasil, 2006).

O profissional auxiliar ou técnico de enfermagem realiza assistência aos domiciliados, compreendendo familiares e cuidadores, por meio de ações de preventivas e curativas (Araujo, 2003), coleta de material biológico, auxílio no entendimento orientação de receitas e acolhimento proativo (Brasil, 2006).

O profissional Agente Comunitário de Saúde contribui com seu papel de viabilizar o acesso aos serviços de saúde através da vinculação com os usuários da unidade de saúde de referência por meio de cadastramentos, consolidados, articulação da ESF com os domiciliados e os seus, busca ativa, conferir cartão de vacina e visitas regulares aos crônicos, gestantes e vulneráveis (Silva *et al.*, 2014).

Os profissionais da odontologia atuam de forma a fomentar o progresso da saúde bucal preventiva, complementam a o trabalho da clínica médica e enfermagem ao apoiar e promover a integralidade da atenção ao domiciliado. Conforme Emmi e Barroso (2008) a equipe de saúde bucal contribuem de forma eficiente, mesmo com a prática limitada no ambiente domiciliar, porém, asseguram e encaminham as atenções secundárias e terciárias.

Conforme Silveira, Sena, Oliveira (2011), essa configuração de ESF, permite que os perfis, qualificações e responsabilidades destes trabalhadores, tenham como foco a família e seu contexto, e por isso, identificam e qualificam os problemas para em conjunto estabelecer as intervenções necessárias, visando o atendimento integrativo afim de desenvolver as propostas mais adequadas para as demandas de saúde.

3 PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO DA VD NA ESF 1/UBS REGINA

3.1 Estratégia Saúde da Família 1 – UBS Regina

A intervenção proposta será desenvolvida na ESF 1, pertencente à UBS – Regina, situada na cidade de Belo Horizonte/MG. É uma das 4 ESF’S que compõe a APS na unidade e está localizada em uma região periférica, estruturada sobre sede própria com as seguintes características:

- Construção predial de 2 andares;
- 12 Consultórios; (clínica médica, ginecologia, pediatria)
- Cozinha, salão para reuniões;
- Salas de imunização, coletas de exames e observação;
- Farmácia;
- Consultórios odontológicos;
- Ambientes para atendimentos coletivos e integrativos;

A ESF busca atender às necessidades mediante as peculiaridades dos domiciliados, utiliza se de estratificação quantitativa e qualitativa para desenvolver e organizar o processo de trabalho da VD. A seguir são apresentadas a estrutura da ESF 1 (Quadro 2) e o perfil da população adscrita (Quadro 3).

Quadro 2 – Estrutura da ESF 1

Profissionais	1 médico 1 enfermeiro 1 téc, enfermagem 4 ACS 1 cirurgião dentista 1 TSB
Microáreas	4
Total famílias	852
Total indivíduos	3.133

Fonte: ESF 1 - UBS REGINA, Barreiro, Belo Horizonte, 2024

Quadro 3 – Perfil da população adscrita

ESF 1	Quantidade (n)	%
População	3133	100
Gestantes	10	0,31
Puérperas*	04	0,12
RN'S**	02	0,06
Menores de 1 ano de idade	08	0,24
Crianças de 1 a 5 anos de idade	46	1,46
Idosos (60+)	781	25
Domiciliados (acamados e restritos)	29	0,92
Egressos hospitalares***	01	0,031
Curativos/ sondas	03	0,09
Vulneráveis/ suscetíveis	40	1,32

Fonte: ESF 1 - UBS REGINA, Barreiro, BH, setembro de 2024

*puérperas até 45 dias após o parto

**RN's: até 30 dias após o nascimento

A partir desses dados e outros possíveis agravos ou situações ímpares que podem ocorrer, para a assistência à saúde através da ESF 1 à população em situação domiciliada, a equipe se organiza para assegurar a atenção do cuidado de forma que as ações em equipe contribuam para o manejo das necessidades de saúde da população adscrita, observando os critérios de risco, de prioridade e singularidades apresentadas.

A ESF 1 reúne-se semanalmente para, inclusive, discutir sobre as demandas de visitas domiciliares. Realiza 4 visitas domiciliares a cada 15 dias, conforme a disposição do carro exclusivo para a equipe, pois este mesmo veículo é compartilhado quinzenalmente com outra ESF, contudo, quando há uma emergência, e se não for o dia da ESF 1 a beneficiar do meio de transporte, acontece acordo entre as equipes para viabilização para a equipe no dia.

Por mês chegam, aproximadamente, de 4 a 6 solicitações de VD, e atualmente a organização para execução da VD sucede:

- Reunião semanal: discute os casos;
- Priorização conforme demanda: Há emergência? Há alguma solicitação externa da rede complementar?

- Verificação da planilha de cronograma (Figura 1): data da última VD, se há solicitações e ou exames pendentes dos acamados fora do cronograma;
- Organização da ESF: parte da equipe acompanha a odontologia, outra parte segue com clínico e enfermagem.

Figura 1 – Cronograma de Visitas Domiciliares – ESF 1

Data da VD	Nome do paciente	Endereço	Motivo	DN:	PE**	ACS
___/___/___ 4ª feira						
Data da VD	Nome do paciente	Endereço	Motivo	DN:	PE**	ACS
___/___/___ 4ª feira						
Data da VD	Nome do paciente	Endereço	Motivo	DN:	PE**	ACS
___/___/___ 4ª feira						
Data da VD	Nome do paciente	Endereço	Motivo	DN:	PE**	ACS
___/___/___ 4ª feira						
Data da VD	Nome do paciente	Endereço	Motivo	DN:	PE**	ACS

Fonte: Planilha de cronograma elaborada pela ESF 1

* PE: Prontuário Eletrônico

1.1 Reorganização do planejamento da VD

Para o planejamento da proposta de intervenção, à vista do que fora encontrado nos desafios da VD, há de se ponderar sobre flexibilidade: as prioridades definidas são, por obvio, aspectos relevantes para a execução da VD, porém, as mesmas prioridades abrem espaços considerados para que essas não estejam engessadas, e de forma reflexiva pela equipe fazer reconsiderações. Assim, a proposta deste trabalho pretende:

- Definir critérios durante as reuniões da ESF, discutir sobre as demandas da semana e realinhar sobre as prioridades, através dos casos apontados pelos ACS's, pelo técnico de enfermagem, enfermeiro, equipe de odontologia ou demanda pelo familiar/cuidador do domiciliado;
- Verificar se há egresso hospitalar informado por outros meios: comunicação exterior via instituições e demais redes de apoio;
- Capacitar a ESF e acordar entre os membros da equipe sobre as disposições de critérios de prioridades, organização, postura profissional e ética e logística para locomoção para a VD;
- Reconhecer as especificidades de cada domiciliado e compreender as realidades que, tanto o processo de trabalho, como a vivência do domiciliado demandam;
- Antecipar – se quando permitido e para otimizar a duração e frequência da VD, o levantamento de propostas terapêuticas e adaptações nas intervenções que serão designadas durante a VD;
- Registrar a realização da VD ou o não motivo de realizá-la, de forma que seja possível avaliar, mensurar o feedback e propor as melhorias e ajustes doravante ao seguimento da continuidade do cuidado.

Esta proposta de intervenção para reorganização e planejamento da VD, se ampara pelas definições do SUS conforme a Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, que Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando a autonomia da equipe de observar as peculiaridades e caracteres da comunidade que está sob responsabilização da ESF para o planejamento dessas ações externas com apreço às prioridades.

Para assegurar que as prioridades sejam respeitadas, é relevante identificar quais são e a quem elas são cabíveis; quando e qual profissional executará. À face do exposto, um instrumento útil para o planejamento das VD's e outras ações da equipe sobre o território da ESF é a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (ERF-CS),

(...) a escala Savassi-Coelho é uma estratégia desenvolvida em Minas Gerais para a ESF, por meio da qual podemos realizar uma leitura prévia sobre as famílias do território de abrangência (...) a aplicação da escala em todas as famílias, a equipe passa a ter maior compreensão sobre a relação entre os determinantes de saúde e as situações vividas por elas. Além disso, a escala oferece subsídios para a equipe destinar tempo e metodologias de intervenções diferenciadas, conforme os riscos apresentados pelas famílias do território de abrangência, buscando ter uma agenda de prioridades(...). (SCHLITTLERB; CERON, GONÇALVES, 2010, p.57)

Conforme os autores Savassi e Coelho (2004), a ERF-CS tem por finalidade mensurar o risco social e de saúde das famílias que estão sob responsabilidade da ESF. Sua contribuição, ao ser aplicada se faz perceptiva por comensurar os dados coletados na rotina dos ACS's e a partir desses, classificar o risco familiar e selecionar as famílias e/ou domiciliados que serão favorecidos pelo atendimento de assistência à saúde em domicílio. A escala foi apresentada com desempenho promissor na reorganização das demandas da população adscrita da ESF (Costa *et al.*, 2009; Savassi; Lage; Coelho, 2012).

Quadro 1 – Dados da ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Escore de Risco Familiar

Dados da Ficha A SIAB (sentinelas de Risco)	Escore de risco
Acamado	3
Deficiência Física	3
Deficiência Mental	3
Baixas condições de saneamento	3
Desnutrição grave	3
Drogadição	2
Desemprego	2
Analfabetismo	1
Indivíduo menor de 6 meses de idade	1
Indivíduo maior de 70 anos de idade	1
HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica)	1
DM (Diabetes Mellitus)	1

Dados da Ficha A SIAB (sentinelas de Risco)	Escore de risco
Relação morador/ cômodo maior que 1	3
Relação morador/ cômodo igual a 1	2
Relação morador/ cômodo menor que 1	0
Cálculo de Risco Familiar	
Escore total	Risco Familiar
5 e 6	R1 – risco menor
7 e 8	R2 – risco médio
Acima de 9	R3 – risco máximo

Fonte: Savassi e Coelho (2012); SIAB, 2011

A ERF- CS avalia a situação nos aspectos sociais, econômicos e clínico das famílias, constituindo uma pontuação de escore de risco, e sobre essa pontuação são definidos a prioridade para os cuidados de atenção à saúde, inclusive sobre os domiciliados, (objeto de estudo desse trabalho). Segundo os autores Coelho e Savassi (2004), é através dessa priorização que é executável organizar o planejamento do trabalho da ESF, de forma que sejam contempladas as famílias em situação de maior risco, resultando em um acompanhamento diferenciado e equânime, propiciando redução de agravos e o favorecimento da integralidade e qualidade da assistência.

A exposição da proposta de intervenção, será feita durante uma reunião da equipe de ESF 1, nesta será explanado:

1- Definição de critérios: elucidar as prioridades

- Egressos hospitalares
- Agravos (urgências dos crônicos)
- Visitas ao RN e puérperas

2- Capacitação da equipe: acordos

- Organizar horários: atentar se ao máximo a pontualidade
- Organizar a logística para o transito de deslocamento entre as residências a serem visitadas
- Fazer compreensível as realidades sociais, econômicas, espirituais dos domiciliados, (para evitar equívocos e ou pré-conceitos dessas ordens),

3- Cronograma da VD: organização do fluxo

- Estimar a frequência da visita: conforme indicação terapêutica ou necessidade
- Agendar a VD da próxima semana, sendo avaliado:
 - 2 VD's para dois domiciliados mais vulneráveis, alto risco familiar,
 - 1 VD para o domiciliado de média complexidade, e 1 VD para o domiciliado de baixo risco,
 - VD de urgência para os casos de urgência, sendo substituída pela VD de baixo risco familiar.

4- Otimizar as propostas terapêuticas

- Diante de possibilidade, antecipar possíveis pedidos de exames, e ou renovação de receitas
- Identificar a rede de apoio: disponibilizar os convites dos grupos operativos e outras terapias ofertadas (profissionais do NASF) pela rede,
- Verificar a possibilidades de adaptações da proposta terapêutica: avaliar as especificidades do domiciliado para flexibilizar as indicações propostas

5- Registro

- Mensurar em instrumento físico, (protocolo de atendimento da VD), a realização ou não da ação exterior
- Reunir posteriormente para avaliação das visitas: discutir entre a equipe os pontos positivos e os ajustes a serem feitos, e averbar em protocolo

1.2 Plano de ação

Ação a ser desenvolvida	Participantes	Local	Objetivo	Quando
Levantar as demandas de VD	Equipe completa – ESF1	UBS Regina	- Identificar os casos prioritários	Reunião semanal
Definir os critérios de prioridade para VD	ESF 1	UBS Regina	Discutir sobre a prioridade das prioridades	Reunião de equipe semanal
Capacitar a equipe	Enfermagem e ACS's	UBS Regina	-Nivelar as falas dos profissionais, -acordar/alinhar em conjunto sobre a relevância da VD - pactuar sobre prioridades e emergências para a VD.	Mensal, atualizar quando necessário ou mudança repentina de estratégia
Designar a rota	Acs e enfermeiro	UBS- Regina	- Otimizar o percurso, agilidade	Reunião semanal
Visita Domiciliar	Médico, enfermeiro, tec. de enfermagem, ACS (referência da área) e/ou equipe de Odontologia	Residências ou instituição da área de abrangência	- Realizar a VD com melhor aproveitamento e assertividade	Durante a VD
Avaliação	Equipe completa – ESF1	UBS- Regina	- Mensurar o resultado da visita, ou o motivo da não realização	Mensal

A proposta de reorganização também sugere que seja feita avaliações da VD. Para tal, o dispositivo para mensuração da avaliação, considera a participação do domiciliado – se possível fazê-lo) e ou dos familiares e cuidadores, para análise e reflexão das informações coletadas, a fim de identificar os pontos positivos e negativos e assim buscar melhorar o processo de trabalho.

Para preenchimento desse dispositivo, a ESF em sua reunião mensal fará as discussões e avaliação das VD's, para o item "observação do domiciliado ou familiar", a inserção deste dado no instrumento, será realizado a busca ativa pelo ACS responsável do domiciliado, dias após a VD da ESF, e posteriormente inserido a informação no instrumento.

Planilha de avaliação da ESF 1

Data da discussão em equipe: __/__/__

Domiciliado	CPF	VD realizada	Motivo da não realização da VD	Profissionais	Percepção ESF	Percepção do Domiciliado ou familiar

A utilização deste dispositivo não é para cercear o trabalho da equipe em busca de avaliações positivas, porém, para ponderar sobre o processo de trabalho em equipe, vislumbrando o aprimoramento da equipe e da VD para o domiciliado, de forma a compreender os dados e melhorar o planejamento.

2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho surgiu pelo incômodo de um assunto tão importante, a visita domiciliar na Atenção Primária à Saúde. Essa atividade é de suma importância, porém em muitos momentos não é priorizada. Isso se dá por diversos motivos e impeditivos que me levaram a pensar em uma reorganização e um planejamento para um melhor resultado na realização da VD.

Com a elaboração deste trabalho consegui deslumbrar ainda mais a sua relevância e a partir de reuniões e discussão com os trabalhadores, construímos intervenções para legitimar a realização da VD por meio de prioridades de acordo com as características da nossa população adscrita. E assim, avaliamos os avanços os pontos positivos e negativos, a fim de adequá-los, para o alcance do nosso principal

objetivo que é a qualidade de vida, a promoção e a prevenção e o bem-estar dos nossos domiciliados.

Outrossim, foi perceptível a assimilação dos diversos saberes que foram disponibilizados pelos colegas: a resiliência que tratam os desafios individuais para aprimorar o trabalho coletivo, ampliou o espectro de trabalho em equipe. É de relevância ainda, o acesso ao material teórico, do qual foi basilar para compreender os aspectos da VD e responder as questões à luz do tema.

Por fim, acredito que a tentativa de compilar os dados aqui mencionados, é um fragmento apenas, pois o tema é e será um construto que deverá ser observado indireta e diretamente, e a partir dessa fazer as inferências conforme o progresso de suas manifestações. É na continuidade e perseverança de estudos, que se clarifica a compreensão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1990; 20 set. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8080. Acesso em: 29/09/2024.

ABRAHÃO, A. L.; LAGRANGE, V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 151-171. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39173> acesso em: 29/09/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 692, de 25 de março de 1994. **Programa de Saúde da família: saúde dentro de casa**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_atencao_basica_vigilancia.pdf. Acesso em: 29/09/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência – Brasília : Ministério da Saúde, 2020. 98

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União** - DOU, v. 183, n. Seção 1, p.67–76, 2017. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 29/09/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF. 2 volumes; 2013. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf; http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf . Acesso em 29/09/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. (Série E. Legislação de Saúde; Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4). Disponível: <http://livroaberto.ibict.br/handle/1/879>. Acesso em: 29/09/2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 29/09/2024.

CANDEIAS, N. M. F. Evolução histórica da educação em saúde como disciplina de ensino na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – 1925 a 1967. **Revista de Saúde Pública**, v.22, n. 4, p. 347-365, ago.1988. Disponível: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/wV7JnZSQ9M3X7tqR3CV3QdB/#ModalHowcite>. Acesso em: 29/09/2024.

CAPOZZOLO, A. A. **No olho do furacão**: trabalho médico e o Programa de Saúde da Família. 2003. 299 p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível: <https://hdl.handle.net/20.500.12733/1596434>. Acesso em: 29/09/2024.

CORBO, A. D.; MOROSINI, M. V. G. C. Saúde da família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 157-181. Disponível: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-422105>. Acesso em: 29/09/2024.

DE ARAÚJO, M. de F. S. Prática profissional e construção da identidade do enfermeiro no Programa de Saúde da Família. **Política e Trabalho: revista de ciências sociais**, [S. l.], v. 19, p. 115–127, 2003. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/politicaetrabalho/article/view/6507>. Acesso em 29/09/2024.

EMMI, D. T.; BARROSO, R. F. F. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 35–41, 2008. Disponível: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3yxzwx5q7p5kPrvsqPnfHZP/#ModalHowcite>. Acesso em: 29/09/2024.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p. 669-681, jul.2006. Disponível: <http://www.scielo.br/j/csc/a/f4669qdpq>. Acesso em: 29/09/2024.

LA CRISIS DE LA SALUD PUBLICA: reflexiones para el debate. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 35, n. 1, p. 44–44, jan. 1993. Disponível: <https://www.scielo.br/j/rimtsp/a/96sjJdz4MJDfrTb6KWMRYmH/?lang=es>. Acesso em: 29/09/2024.

LOPES, W. O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa / Home visit: technology for care, teaching and research. **Ciência, cuidado e saúde**; v.7, n.2, p. 241-247, abr-jun. 2008. Disponível: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-527010>. Acesso em: 29/09/2024.

MACHADO, G. A. B. et al.. Avaliação de atributos da Atenção Primária à Saúde: a perspectiva dos profissionais. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. eAPE00973, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/zH64QjdJHyKjYRGMYky7h9j/> acesso em: 29/09/2024.

MASCARENHAS, R. S.; FREITAS, A. V. Contribuição ao estudo da história do ensino de educação sanitária na faculdade de higiene e saúde pública da universidade de são paulo. **Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo**, vol. 13, nº 1, junho de 1959, p. 243-62. Disponível: <https://doi.org/10.11606/issn.2358-792X.v13i1p243-262>. Acesso em: 29/09/2024.

PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 45, p. 327–340, abr. 2013. Disponível: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Ft6bq9kVPDcKvcPtR9THjYD/abstract/?lang=pt#ModalHowcite>. Acesso em: 29/09/2024.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde: implicações para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n.2, p. 251–263, abr. 2000. Disponível: www.scielo.br/j/reben/a/dgtGrrvZbR3vnrsm7. Acesso em: 29/09/2024.

SAKATA, K. N. et al.. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 6, p. 659–664, nov. 2007. Disponível: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5DSFdzfDZ7ZnYXfvHmwWbkx/#>. Acesso em: 29/09/2024.

SCHRAIBER, L. B.. A saúde pública como política: o estudo de formuladores de políticas. **Saúde e Sociedade**, v. 1, n. 2, p. 143–144, 1992. Disponível: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/dxRp4J7nQgkWH7PHQwBxXHN/?lang=pt#ModalHowcite>. Acesso em: 29/09/2024.

SILVA, C. S.; MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L.; Atenção Primária à Saúde: conceitos, práticas e pesquisa. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 452–456, set. 2018. Disponível: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YrGTVjjgJChHTcm8wzMsRLG/#>. Acesso em: 29/09/2024.

SILVA, C. R. C. E. et al.. Participação social e a potência do agente comunitário de saúde. **Psicologia e Sociedade**, v. 26, n. spe2, p. 113–123, 2014. Disponível: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/rF5hSw5ccR36T5sRS9LrGzG/?lang=pt#ModalHowcite>. Acesso em: 29/09/2024

SOUZA, R. R. O sistema público de saúde brasileiro. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL – TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NAS AMÉRICAS, ago. 2002, São Paulo. Anais eletrônicos... Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf. Acesso em: 29/09/2024

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. Disponível: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 29/09/2024.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R.. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 11–48, jul.2008. Disponível: <https://www.scielo.br/j/physis/a/8mXrz/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 29/09/2024