

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA
EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

DIEGO TINOCO RODRIGUES

**PLANO DE AÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE VISITAS
DOMICILIARES ASSISTIDAS PELO MÉDICO EM RIO MANSO-MG**

**LAGOA SANTA – MINAS GERAIS
2014**

DIEGO TINOCO RODRIGUES

**PLANO DE AÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE VISITAS
DOMICILIARES ASSISTIDAS PELO MÉDICO EM RIO MANSO-MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof. Dr^a Mara Vasconcelos

**LAGOA SANTA – MINAS GERAIS
2014**

DIEGO TINOCO RODRIGUES

**PLANO DE AÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE VISITAS
DOMICILIARES ASSISTIDAS PELO MÉDICO EM RIO MANSO-MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof. Dr^a Mara Vasconcelos

Banca Examinadora:

Prof^a Dr^a Mara Vasconcelos - Orientadora

Prof^a Maria Teresa Marques do Amaral - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte, em 15/03/2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço a tutora Lizziane D Avila Pereira pelas sugestões, compreensão e incentivo durante o início do trabalho.

A orientadora professora Dr^a Mara Vasconcelos pela atenção, pelos ensinamentos e brilhantes sugestões durante todo o processo do Trabalho de Conclusão de Curso

Aos profissionais da secretaria de saúde de Rio Manso e do distrito do Souza, em especial a secretária de saúde Vanilda Dornas, que apoiou o projeto e a iniciativa, e a técnica de enfermagem Eliene, uma contagiante da ideia.

A minha querida Ana Angélica, sempre carinhosa e atenciosa.

A todos os participantes do trabalho, pois sem eles não teríamos alcançado o resultado final desse estudo.

RESUMO

Introdução: O município de Rio Manso apresenta pelo IBGE de 2010 uma população estimada de 5276. A cidade consta com diversos distritos afastados da cidade, muitas casas em zonas rurais. Existem duas equipes para o Programa de Saúde da Família no local, e as mesmas estão começando a formação de grupos operativos e iniciando as visitas domiciliares. Em março de 2013, a partir do diagnóstico situacional, foi observado a falta de visitas domiciliares programadas e assistida pelo médico. Foi constatado também que existiam vários pacientes idosos sem condições de irem ao posto de saúde devido a imobilidade ou a capacidade cognitiva. **Objetivo:** Elaborar um plano de ação para realização de visitas domiciliares assistidas pelo médico em Rio Manso-MG com frequência determinada. **Metodologia:** Para realização dessa intervenção foi necessário a utilização do Planejamento Estratégico Situacional, inicialmente fazendo a identificação dos problemas, selecionando o prioritário, descrevendo e discutindo sobre esse problema. Foi necessário uma revisão bibliográfica narrativa de artigos científicos baseados em acervos do sistema informatizado, BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), SCIELO (Livraria Eletrônica Científica online), no banco de dados LILACS. **Resultados:** Elaborado um plano de ação com a observação de nós críticos, as operações que deveriam ser realizados e as respectivas estratégias para obtenção de êxito na execução do plano de ação. **Conclusão:** A realização de visitas domiciliares assistida pelo médico na unidade básica de saúde do Souza de Rio Manso é uma medida fundamental para a população do distrito. Percebemos o quanto os pacientes são beneficiados por uma assistência baseada na equidade e na integralidade de cada ser humano.

Palavras chave: visita domiciliar, saúde da família

ABSTRACT

Introduction: The municipality of Rio Manso presented by IBGE , 2010 an estimated 5276 population. The city appears to many outlying districts of the city , many homes in rural areas . There are two teams for the Family Health Program in place, and the same are beginning the formation of groups operating and starting home visits. In March 2013, a situational diagnosis, noted the lack of scheduled and assisted home visits by the doctor . It was also found that there were several elderly patients unable to go to the clinic due to immobility or cognitive ability . Objective: Develop a plan of action for home visits by the doctor assisted in Rio Manso - MG with certain frequency. Methodology : To perform this action using the Situational Strategic Planning was necessary initially making the identification of problems , selecting the priority , describing and discussing this issue . It was necessary an narrative literature review of scientific papers based on the collections of the computerized system, BIREME (Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Health) SciELO (Scientific Online Bookstore Electronics) in LILACS database . Results: Developed a plan of action with the observation of critical nodes , the operations that should be performed and their strategies for achieving success in implementing the action plan. Conclusion : The performance of assisted home visits by the doctor in basic health unit Souza from Rio Manso is a key measure for the population of the district . Realized how patients are benefiting from assistance based on fairness and integrity of every human being

Key words: family visit, home health

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF - Estratégia de saúde da família

PSF - Programa de Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro I - Identificação dos nós críticos relacionados ao problema.....	21
Quadro II - Desenho de operações para os nós críticos relacionados ao problema...	22
Quadro III - Propostas de ações para a motivação dos atores.....	23
Quadro IV - Ações estratégicas e responsável.....	24

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	JUSTIFICATIVA.....	11
3	OBJETIVO GERAL.....	12
3.1	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	12
4	REVISÃO DA LITERATURA.....	13
5	METODO.....	18
6	PLANO DE AÇÃO.....	19
7	CONCLUSÃO.....	24
	REFERÊNCIAS.....	26
	ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

O município de Rio Manso apresenta uma população estimada de 5276 habitantes, de acordo com o último censo (IBGE, 2010). Entretanto, observa-se que o município apresenta uma população em número mais elevado. A cidade possui diversos distritos rurais mais afastados, o que talvez explique a diferença nos dados do IBGE. Para se chegar aos distritos passa-se por estrada tortuosa e perigosa. Deve-se ficar atento. Apesar do pequeno tamanho, a cidade possui uma comunidade acolhedora e um comércio diversificado.

O município conta com duas equipes do Programa de Saúde da Família/PSF. Na organização da atenção básica, o PSF está começando a formação de grupos operativos e iniciando as visitas domiciliares. Estamos tentando focar no objetivo principal da Estratégia de saúde da família (ESF), que é a prevenção, promoção e reabilitação dos usuários do sistema. As unidades básicas de saúde possuem uma estrutura simples, com consultórios médicos, odontológicos, enfermagem e sala de curativo. A parte administrativa possui secretária, cozinha, farmácia, almoxarifado, sala de reuniões e sala de observação. A Policlínica central é melhor estruturada, com sala de observação para sexo masculino e feminino, sala de emergência, maior número de consultórios médicos. Também atendimentos de atenção secundária são oferecidos. Apesar da estrutura física das unidades de saúde serem relativamente condizentes para realizar uma consulta médica digna com anamnese e exame físico, há carência de exames laboratoriais, raio-x e outros métodos propedêuticos, o que prejudica o trabalho dos profissionais, atrasando o diagnóstico precoce, que muitas vezes é preciso em caso de urgência.

Dentro da policlínica também está instalada a secretaria municipal de saúde. O que em minha opinião prejudica o rendimento efetivo da secretária por um ponto, mas agiliza atendimentos focais em outro. A secretária municipal de saúde e a responsável pela atenção básica são enfermeiras, e funcionárias antigas da policlínica. Esse histórico prévio de trabalho na cidade auxilia as gestoras a administrar de uma forma focada nas necessidades da população.

O município já possui algumas especialidades médicas, como por exemplo: cardiologia, ginecologia e obstetrícia, psiquiatria, neurologia, pediatria. Estes profissionais semanalmente atendem no local.

No município de Rio Manso, em março de 2013, a partir do diagnóstico situacional foi observado a falta de visitas domiciliares programadas e assistida pelo médico na Unidade de Saúde da Família Souza e raras visitas domiciliares na Unidade de Saúde da Família do centro de Rio Manso. Foi observado também que existiam vários pacientes idosos sem condições de irem a unidade do Souza devido a impossibilidade de locomoção ou do comprometimento da sua capacidade cognitiva.

A partir da visualização desse problema encontrado no PSF do município, abordei a situação com a secretária de saúde e com a coordenadora da atenção básica do município. Ambas concordaram com a ideia de melhorar o planejamento das visitas domiciliares no município, principalmente para as pessoas com dificuldade de locomoção.

Foram discutidas as prováveis dificuldades para a organização das visitas domiciliares no município. A principal talvez seja o fato da inexistência de um transporte para realização dessas visitas com frequência programada. Outras dificuldades encontradas foram a ausência de lista de pacientes, a falta de dia para colocar na agenda, a inexperiência da equipe, a falta de um profissional com interesse em organizar a agenda para visita e a falta de um médico com esse interesse.

A partir da perspectiva de incentivo à assistência domiciliar e a necessidade de uma organização no ESF no município de Rio Manso, observou-se uma necessidade de um plano de ação para realização de visitas domiciliares nessa localidade.

2 JUSTIFICATIVA

O município de Rio Manso possui um grande número de famílias situadas em zonas rurais da região, o que dificulta a procura dos usuários por profissionais de saúde em unidades básicas. A dificuldade de acesso, a necessidade de um carro para a realização dessas visitas são fatores que prejudicam a ida de um profissional até essas regiões.

A partir dessa perspectiva do município e ao realizar um diagnóstico situacional da população da zona rural, principalmente a população idosa, observei uma parcela significativa da população que não apresentava condições de saúde adequadas, e vários viviam em situação precária de saúde.

Recentemente o Ministério da Saúde instituiu a Portaria Nº 2.527, de 27 de outubro de 2011 possibilitando que cidades com número de habitantes menor que 20.000 habitantes pudesse se inscrever no Programa de atenção domiciliar, desde que junto com outro município e as duas cidades juntas tivesse no mínimo 20.000 pessoas. Devido ao grande número de pacientes acamados e em zona rural, o Ministério da Saúde divulgou uma portaria liberando um município de 5000 habitantes inscrever nesse programa sem a necessidade de se associar a outro município, devido a grande quantidade de pacientes que precisam de assistência (BRASIL, 2014).

Levando em consideração todo esse planejamento por parte da esfera estadual e federal, do incentivo nacional para a realização de visitas domiciliares a pacientes acamados, acredito que seja necessário a implantação no município em que estou inserido de um programa responsável por realizar visitas domiciliares a estes pacientes com dificuldade de chegar até a unidade básica de saúde com uma frequência desejável.

3 OBJETIVO GERAL

- Elaborar um plano de ação para iniciar as visitas domiciliares assistidas pelo médico com frequência previamente estipulada na população adscrita pela Estratégia de Saúde da Família do município de Rio Manso-MG.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Organizar uma agenda nas unidades de saúde da família de Rio Manso para que os médicos possam realizar visita domiciliar aos acamados com frequência regular e periódica.
- Fazer uma lista com todos os pacientes acamados do ESF de Rio Manso e ESF Souza para que possam ser acompanhados.
- Melhorar a promoção, prevenção e reabilitação dos pacientes adscritos com dificuldade de locomoção ou acamados.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Visita Domicilair

A visita domiciliar realizada por profissionais de saúde destacou-se no início do século XX, a partir de políticas sanitárias que visavam a redução de doenças infecto-contagiosas (SANTOS *et al.*, 2008). Desde então, as visitas domiciliares começaram a ganhar importância na rede assistencial em saúde. No início da década de 90, com a implantação do programa de estratégia de saúde da família (ESF) as visitas domiciliares tornaram-se mais frequentes e estratégicas no âmbito do programa em questão, acreditando que esse instrumento poderia melhorar a prevenção e promoção em saúde (SAVASSI *et al.*, 2006).

A atenção domiciliar é um espaço potente na criação de novas formas de cuidar (SILVA *et al.*, 2010), no entanto para que isso seja possível é fundamental que o profissional de saúde compreenda a família que está orientando, e que está cuidando, sua estrutura e sua funcionalidade (BRASIL, 2011; WAGNER, 2001).

A abordagem familiar quando se trata de atenção domiciliar é um elemento de gestão do cuidado, de prática diagnóstica e terapêutica. Não é fácil a abordagem familiar, existem diversos tipos de famílias, além daquelas ditas convencionais, existem pelo menos mais nove (KASLOW, 2001): Família nuclear de duas gerações, unidas pelo matrimônio e com seus filhos biológicos; Famílias extensas, incluindo três ou quatro gerações; Famílias adotivas temporárias; Famílias adotivas bi-raciais ou multiculturais; Casais que podem morar separadamente; Famílias monoparentais, chefiadas por pai ou mãe; Casais homossexuais com ou sem crianças; Famílias resultantes de divórcios anteriores com ou sem filhos do casamento anterior. Observa-se o quão necessária é a família na atenção domiciliar.

Nos últimos anos no Brasil tem-se observado um crescente aumento do número de visitas domiciliares realizadas à população adscrita na ESF ou até mesmo a população não coberta pelo ESF, seja por um aumento do incentivo financeiro do governo à esse instrumento, ou por profissionais do setor privado que recebem demanda em atendimentos desse tipo.

Sabe-se que a atenção domiciliar faz parte do processo de trabalho das equipes de atenção básica. A criatividade e o senso crítico no atendimento domiciliar são itens indispensáveis para realização de uma prática humanizada, que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

Schraiber (2008), entende que a visita domiciliar é um espaço de comunicação entre o paciente e o médico, no qual a habilidade de comunicação é imprescindível para a construção de relação favorável entre ambos e evitar que a perda da confiança outrora existente seja motivo de criação de construção de outros dilemas.

4.2 Visitas domiciliares: um olhar ampliado do profissional

A assistência às famílias e à comunidade é um dos elementos chaves da visita domiciliar no âmbito da atenção básica. É por meio desse instrumento que se observa o ambiente familiar, a condição social, a condição de saúde do paciente a ser visitado e dos familiares que cuidam deste paciente. É nesse momento que se percebe o quanto difícil pode ser o processo do indivíduo conscientizar-se sobre a importância de ir ao médico, o entendimento da conduta do médico diante do próprio paciente, o deslocamento até ao posto de saúde, a consulta com o profissional, a compra ou resgate do medicamento prescrito, a marcação para realização de exames laboratoriais, o retorno para casa e por fim atitude de aderir ou não a conduta prescrita pelo profissional. Observa-se que esse é um processo, onde o médico é apenas mais um diante de tantos passos a serem realizados para obter o êxito na promoção de saúde. Diante desse processo aparentemente simples para muitos, mas dispendioso e talvez impossível para outros, dá-se a necessidade da realização de visitas domiciliares constantes as famílias da comunidade. É nesse momento que se percebe a importância dos agentes comunitários de saúde, da enfermagem e do médico, atuando como elementos essenciais para a composição da equipe multidisciplinar.

Mioto (2001), foi enfático ao ressaltar que o objetivo da visita domiciliar é conhecer as condições sociais em que moram os sujeitos assistidos e aprender as relações interfamiliares, o que é impossível em um atendimento simples de consultório.

Albuquerque (2001), observou que para muitos usuários da unidade básica referenciada, a visita domiciliar contribuiu significativamente para a melhoria da assistência naquela comunidade, visto que sem a visita domiciliar o processo era difícil e penoso para muitas famílias. Diferentemente desses usuários, outros usuários ainda consideraram que as visitas domiciliares não contribuíram positivamente para a melhoria do processo, em virtude de considerarem a organização e a assistência profissional ainda deficientes.

Amaro (2003), salientou que para o processo de visita domiciliar tornar-se uma ação efetiva e com êxito diante de seus objetivos, seria fundamental o profissional entender a realidade social em que está inserido, capacitar diante das diferentes abordagens da visita e realizar a assistência de modo condizente com as necessidades que uma assistência domiciliar necessita.

Na medida em que ocorrem as visitas o médico pode aprimorar o vínculo entre o próprio profissional, o paciente e a família, podendo compartilhar responsabilidades nesse momento e muitas das vezes percebendo qual o “projeto de felicidade” interessa ao usuário do sistema. De Carvalho Mesquita (2008), pressupõe que felicidade não se traduz como uma condição material ou espiritual definida, mas como uma ideia reguladora e concreta, que vive o momento de infelicidades, com interesses negados e frustrantes. Seriam nas negações desses obstáculos que a felicidade vislumbra caminhos para a sua ação.

4.3 Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares

Pereira(2001), verificou que as visitas domiciliares não alteram apenas a maneira como os profissionais trabalham; elas proporcionam algumas virtudes que transcendem o atendimento básico em um consultório. Elas são capazes de transformar a maneira como os profissionais lidam com algumas situações, proporcionando, aos mesmos, variados tipos de reflexões que são capazes de promover um crescimento pessoal através da sensibilização diante da comunidade assistida, aprimorando a sua maneira de cuidar e assistir aquele ser humano.

Percebe-se que as visitas domiciliares apresentam um potencial enorme em proporcionar uma crescente humanização dos profissionais que assistem a comunidade, melhorando o acolhimento e a afetividade na relação entre pacientes e familiares (SAKATA *et al.*, 2007).

O tempo para as visitas domiciliares é considerado pequeno por muitos, no entanto o pouco que se faz, é o suficiente para observar o momento único entre profissional e paciente. É nesse momento que o paciente fala e o profissional escuta, dá tempo ao tempo. E muitas vezes o profissional percebe a singularidade desse momento e a sua importância durante a programação da agenda semanal (SAKATA *et al.*, 2007). Também o profissional percebe que poderia ter mais tempo para a realização de visitas, visto a importância para a comunidade e para a promoção de saúde.

No entanto, ao realizar as visitas os profissionais percebem alguns pontos que devem ser melhorados e aperfeiçoados. Além do pouco tempo para a realização das visitas, muitos se sentem frustrados e com sentimento de impotência frente a algumas peculiaridades vivenciadas no ambiente familiar e a difícil tarefa de separar a vida profissional da vida pessoal (SAKATA *et al.*, 2007).

Levicotz e Garrido (1996), acreditam que as visitas domiciliares não devem ser exclusivas do PSF. Devido ao potencial enorme de promoção de saúde as visitas domiciliares devem ser uma estratégia utilizada pelos municípios e instituições de saúde para melhorar o nível de saúde no país.

4.4 Cuidados paliativos e a atenção domiciliar

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) acredita que os cuidados paliativos devem ser iniciados e prestados a partir do diagnóstico da doença com risco de morte, no momento em que se observa que o paciente necessita de abordagens para a redução do sofrimento, alívio de dor e prevenção de outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, melhorando assim a qualidade de vida dos pacientes e familiares.

Os cuidados paliativos apresentam alguns princípios que devem ser seguidos e entendidos pelos profissionais: deve-se respeitar a vida, considerando a morte como um processo natural, sem necessidade de apressá-la ou adiá-la. É fundamental que proponha um sistema de apoio para que os pacientes possam viver sem sofrimento psíquico e físico (BRASIL, 2012).

Há uma demanda pelos profissionais de saúde de encaminhar pacientes no final da vida para a atenção domiciliar, observando-se o quão importante é a Atenção Domiciliar no processo de implantação dos cuidados paliativos de forma abrangente na realidade do país, que vive uma limitação de recursos na saúde e poucas possibilidades de cuidados institucionais.

Para muitos pacientes em final de vida o desejo de morrer em casa não é raro, no entanto, ainda existe uma dificuldade por parte dos familiares, cuidadores e alguns poucos pacientes em virtude de alguns motivos: medo do sofrimento insuportável pelo paciente e ausência de assistência nesse momento, medo das lembranças tristes ficarem na consciência do familiar por muitos anos subsequentes, medo de não conseguir a declaração de óbito com tempo hábil e o corpo permanecer por muito tempo no local. Devido a esses temores e vários outros que atinge a família, torna-se imprescindível que a equipe de profissionais que atendem o paciente em domicílio esteja preparada para abordar a situação, e a família comece a vislumbrar a morte em casa como algo possível e com certo significado de valor (BRASIL, 2012).

São vários os benefícios observados dos cuidados paliativos no ambiente domiciliar. Observa-se que muitos pacientes encontram no domicílio um ambiente conhecido, que mantêm sua intimidade e a capacidade para manter alguns hábitos e costumes. Além disso, apresenta a possibilidade de uma alimentação variável e com horários flexíveis, promovendo a autonomia do usuário. Em relação aos familiares, geralmente alguns apresentam um grau maior de satisfação pelo fato de estarem participando ativamente do cuidado e sentem que respeitam a vontade do paciente em permanecer no domicílio. Já para o sistema de saúde observa-se uma redução nas internações longas e de alto custo para o serviço de saúde (BRASIL, 2012).

5 METODO

Foi necessária uma revisão bibliográfica integrativa de artigos científicos publicados no período de JANEIRO DE 1994 a DEZEMBRO de 2013, assim como cartilhas e recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde do Brasil. As fontes do levantamento bibliográfico foram realizadas em acervos do sistema informatizado, BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), SCIELO (Livraria Eletrônica Científica online), no banco de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

Este trabalho é uma proposta de intervenção a ser realizada no município de Rio Manso/MG utilizando os conceitos do planejamento estratégico situacional, identificando, selecionando, descrevendo e explicando os problemas, e uma revisão da literatura integrativa sobre a assistência domiciliar pela atenção básica. Para realização dessa intervenção foi necessário a discussão e apoio de toda a equipe da secretária de saúde do município, assim como todos os membros da estratégia de saúde da família. Os agentes comunitários de saúde foram de fundamental importância pela identificação de pacientes que necessitam de visitas domiciliares pelo médico assistente. O enfermeiro foi o responsável pela interatividade entre todos da equipe, pela motivação e pelo agendamento dos pacientes. A secretária de saúde foi fundamental devido ao seu interesse e apoio para alcançar o objetivo proposto no projeto: o uso do transporte público para realizar as visitas e não prejudicar o andamento do serviço de saúde.

6 PLANO DE AÇÃO

O plano de ação é uma abordagem que possibilita planejar de acordo com as características da unidade de saúde um plano estratégico que possa iniciado e implementado na unidade, evitando erros durante a execução que inviabilize o projeto.

Abaixo segue o plano de ações em diferentes etapas que servirá de modelo prático para atuação no problema escolhido por meio do Diagnóstico Situacional: ausência de visitas domiciliares realizadas por médico na Equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde Souza.

6.1 Primeiro passo: Identificação dos nós críticos

A Unidade Básica de Saúde Souza em Rio Manso apresenta vários problemas relacionados ao processo de trabalho que foram identificados a partir do diagnóstico situacional, elaborado no Módulo de Planejamento do curso. Entretanto, em função do curto espaço de tempo para implantação de novas ferramentas de organização da prática junto à equipe do PSF, priorizou-se a visita domiciliar como um dos problemas a serem enfrentados a médio prazo.

Principalmente, em razão da necessidade do município, dos meus conhecimentos e da minha experiência, optei por colocar como prioridade a realização de visitas domiciliares programadas para pacientes da área adscrita à Unidade de Saúde Souza, seja por problemas de dificuldades de locomoção até à Unidade Básica de Saúde, ou por cognição. Desse modo, o problema a ser enfrentado seria a ausência de visitas domiciliares realizadas pelos médicos. Assim, abaixo seguem alguns nós críticos, que seriam os motivos pelos quais as visitas domiciliares não estão sendo realizadas.

Ao iniciar os trabalhos no município, observei que não existia agendamento e planos de visitas domiciliares por parte de médicos aos pacientes acamados que por algum outro motivo não apresentavam condições de ir à unidade de saúde. Também não encontrei uma lista de pacientes acamados e, suas respectivas enfermidades, que poderiam ser visitados com frequência de acordo com a necessidade de cada um.

Acredito que essa ausência de planejamento para as visitas domiciliares é um grande problema. O governo federal e estadual estão promovendo a atenção domiciliar em todo o Brasil nos últimos anos, e isso mostra o quanto é importante a realização de visitas, tanto atuando como prevenção primária, tanto como prevenção secundária e/ou reabilitação, assim como substituição de leitos hospitalares. O governo federal acredita que os recursos gastos em internações domiciliares são muito inferiores ao se comparar com internações hospitalares.

Existem diversos motivos pelos quais ocorre a falta de visitas domiciliares no município. Primeiro é a falta de um cronograma para a visita domiciliar, seja por desinteresse da equipe de saúde, seja por desinteresse do gestor anterior. Outro fator dificultador é a falta de recursos materiais, como por exemplo a falta de um carro que possibilite a locomoção do profissional encarregado da visita, além da falta de um incentivo por parte do gestor.

Quadro I – Identificação dos nós críticos relacionados ao problema

Problema	Nós críticos
Ausência de visitas domiciliares realizados por médicos	Ausência de um transporte para realização de visitas domiciliares
	Ausência de lista de pacientes cadastradas com necessidade de visita domiciliar
	Inexperiência da equipe
	Falta de motivação da equipe

6.2 Segundo passo: Desenho de operações para os nós críticos do problema

Em seguida, pensamos em como solucionar os nós críticos, pois entendíamos que sem a solução dos mesmos infelizmente não poderíamos obter sucesso no nossos desafios. Nesse desenho de operações que segue abaixo observamos um recurso indispensável: o financeiro. Colocamos a necessidade de um transporte para a realização das visitas, pois o município encontra-se em zona rural, apesar de não ser classificado como tal. Existem muitas propriedades distantes da Unidade de

Saúde, e muitos usuários deixam de realizar a promoção devido a distância da unidade.

Quadro II – Desenho de operações para os nós críticos relacionados ao problema

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Ausência de transporte para realização de visitas domiciliares	Transporte é Mais Vida	Transporte para todas as visitas domiciliares, promovendo melhor efetividade das visitas	Transporte para realização de visitas domiciliares e outros programas que requerem agendamento da secretária de saúde	Financeiro: Aquisição de carro Motivação: da gestão para comprar o carro
Ausência de lista de pacientes cadastradas com necessidade de visita domiciliar	Organização é Mais Vida	Melhor organização, monitoramento e avaliação	Organização do ESF, conhecendo os pacientes sem condições de irem à Unidade de Saúde Organização da lista dos pacientes acamados ou impossibilitados de frequentar a unidade de saúde	Organizacional: Comunicação com enfermagem e ACS para listagem de pacientes Motivacional: Motivar equipe para mostrar importância desta ação
Inexperiência da equipe	Conhecimento é Mais Vida	Aumento do conhecimento da equipe sobre visitas domiciliares	Promoção e propagação do conhecimento interdisciplinar	Cognitivo: Informações, discussões e reflexão sobre situações vivenciadas
Falta de	Motivação é	Aumento da	Motivação da	Motivação:

motivação da equipe	Mais Vida	motivação, o que conseqüentemente aumenta a efetividade das visitas.	equipe para realização de outras atividades no ESF	Discussão, refletir sobre a situação do dia a dia.
---------------------	-----------	--	--	--

6.3 Terceiro passo: Análise de viabilidade do plano

Nesta etapa, é essencial que pensamos no planejamento como um todo. Deve-se elaborar as estratégias pensando em como obter argumentos favoráveis para que outros pessoas ou instituições possam observar a importância do planejamento que está sendo utilizado e com isso alavancar recursos pessoais e/ou financeiro. Nesse plano de ação, os recursos pessoais e financeiros são essenciais para o sucesso do mesmo.

Quadro III – Propostas de ações para a motivação dos atores

Operação/Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Transporte é Mais Vida	Financeiro: Aquisição de automóvel	Secretária de Saúde/Prefeito	Favorável	Mostrar em números a importância da visita domiciliar
Organização é Mais Vida	Organizacional: Comunicação com enfermagem e ACS para listagem de pacientes	Equipe de profissionais do ESF	Favorável	Apresentar a organização em reunião de ESF para todos
Conhecimento é Mais Vida	Cognitivo: Informações, discussões e reflexão sobre situações vivenciadas	Equipe de profissionais do ESF	Favorável	Mostrar a lista dos acamados e suas doenças para os profissionais
Motivação é Mais Vida	Motivação: Discussão, refletir	Equipe de profissionais do	Favorável	Mostrar a lista dos acamados e

	sobre a situação do dia a dia.	ESF		suas doenças para todos os profissionais
--	--------------------------------	-----	--	--

6.4 Quarto passo: Elaboração do plano operativo

Nessa parte objetiva-se designar os responsáveis por cada operação, assim como definir os prazos para a realização das operações, definindo metas e prioridades no decorrer da operação.

Quadro IV – Ações estratégicas e responsável

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Transporte é Mais Vida	Transporte para todas as visitas domiciliares, promovendo melhor efetividade das visitas	Transporte para realização de visitas domiciliares e outros programas que requer agendamento da secretária de saúde	Mostrar em números a importância da visita domiciliar	Prefeita e secretária de saúde	4 meses
Organização é Mais Vida	Melhor organização, monitoramento e avaliação	Organização do ESF, conhecendo os pacientes sem condições de irem ao posto	Apresentar a organização em reunião de ESF para todos	Médico e enfermeiro	2 meses
Conhecimento é Mais Vida	Aumento do conhecimento da equipe sobre visitas domiciliares	Promoção e propagação do conhecimento	Não é necessário	Médico, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS	2 meses

		interdisciplin ar			
Motivação é Mais Vida	Aumento da motivação, o que consequente mente aumenta a efetividade das visitas.	Motivação da equipe para realização de outras atividades no ESF	Não é necessário	Médico, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS	2 meses

7 CONCLUSÃO

A realização de visitas domiciliares assistida pelo médico na unidade básica de saúde do Souza é uma medida fundamental para a população do distrito. Percebemos o quanto os pacientes são beneficiados por uma assistência baseada na equidade e na integralidade de cada ser humano. Além disso, as visitas domiciliares agendadas e periódicas realizadas por um médico do PSF é capaz de promover constantes reflexões no âmbito social e da saúde pelo médico, e, por conseguinte toda a equipe de saúde, pois acredito que nesse momento a interdisciplinaridade torna-se fundamental para o êxito das ações programadas diante da população.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Adriana Bezerra Brasil; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. **Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil.** *Cad. Saúde Pública.* 2009, vol.25, n.5, pp. 1103-1112. Acessado em 20/10/2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/17.pdf>

AMARO, S. **Visita Domiciliar: Guia para uma abordagem complexa.** Porto Alegre. AGE. 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Disponível em

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

Acesso em 09 01 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.527, DE 27 DE OUTUBRO DE 2011. **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Disponível em

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html

Acesso em 09 01 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. A segurança do hospital no conforto de seu lar. **Caderno de Atenção Domiciliar.** Volume 2. Brasília, DF, Abril, 2012.

DE CARVALHO MESQUITA AYRES, José Ricardo. **Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la Hermenéutica Filosófica.** *Salud colectiva* [online]. 2008, vol.4, n.2, pp. 159-172. ISSN 1851-8265.

Acessado em 20/10/2013. Disponível em

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652008000200007&lng=es&nrm=iso

. ISSN 1851-8265

KASLOW, F. W. Families and Family Psychology at the Millenium. **American Psychologist**, v. 56, n. 1, pp. 37-46, 2001.

LEVCOVITZ, E; GARRIDO, N. G. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos Saúde da Família**, Brasília, v.1, n.1, p.3, jan-jun. 1996.

MIOTO, R.C.T. **Perícia social: proposta de um percurso operativo**. In: Serviço Social e Sociedade, n.º 67. 2001

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da saúde. Washington, D.C.: OPAS, 2007. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf . Acesso em: Dez 2013.

PEREIRA, M.J.B. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar**: potência para (re) construção da prática de saúde e de enfermagem [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2001.

SAKATA, K.N; ALMEIDA, M.C.P; ALVARENGA, A.M; CRACO, P.F; PEREIRA, M.J.B. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 60, núm. 6, novembro-diciembre, 2007, pp. 659-664, Associação Brasileira de Enfermagem. Brasil

SANTOS, E.M; KIRSCHBAUM, D.I.RA Trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2008;10(1):220-227. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a20.htm>

SAVASSI, L.C.M; DIAS, M.F. **Grupos de estudo em saúde da família. Módulo Visita domiciliar**, 2006. Acessado em 07/06/13. Disponível em: <http://www.smmfc.org.br/gesf/gesfvd.htm>.

SCHRAIBER, L.B. **O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança**. São Paulo: Hucitec, 2008

SILVA, Kênia Lara *et al.* Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2010, vol.44, n.1, pp. 166-176. ISSN 0034-8910. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000100018

WAGNER, H. L. Trabalhando com famílias em saúde da família. Revista de APS, Juiz de Fora, n.8, p. 10-14, jun a nov/ 2001. **Revista APS**, v.6, n.2, p.77-86, jul.

ANEXO 1

PORTARIA Nº 963, DE 27 DE MAIO DE 2013

Art. 6º São requisitos para que os Municípios tenham SAD:

I - apresentar, isoladamente ou por meio de agrupamento de Municípios, conforme pactuação prévia na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e, se houver, na Comissão Intergestores Regional (CIR), população igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes, com base na população estimada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);

II - estar coberto por Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); e

III - possuir hospital de referência no Município ou região a qual integra.

Art. 10. Para composição de um SAD:

I - em Municípios com população igual ou superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes, o SAD será composto por EMAD Tipo 1 e poderá, ainda, contar com EMAP; e

II - para Municípios com população inferior a 40.000 (quarenta mil) habitantes:

a) em Municípios com população entre 20.000 (vinte mil) e 40.000 (quarenta mil) habitantes, o SAD será composto por EMAD Tipo 2 e poderá contar com EMAP; e

b) em Municípios que, agrupados, somem população igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes, o SAD será composto por EMAD Tipo 2 e poderá contar com EMAP e/ou apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Art. 11. As EMAD serão organizadas a partir de uma base territorial, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida, e se relacionarão com os demais serviços de saúde que compõem a rede de atenção à saúde, em especial com a atenção básica.