

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

MAIGUALIDA JOSÉ RODRÍGUEZ HERRERA

**IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIAR EM UM GRUPO DE ACAMADOS DO
BAIRRO TUPI-LAJEDO**

**BELO HORIZONTE/MG
2015**

MAIGUALIDA JOSÉ RODRÍGUEZ HERRERA

**IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIAR EM UM GRUPO DE ACAMADOS DO
BAIRRO TUPI-LAJEDO**

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

Orientadora: Prof^a Sônia Maria Nunes Viana

BELO HORIZONTE/MG

2015

MAIGUALIDA JOSÉ RODRÍGUEZ HERRERA

**IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIAR EM UM GRUPO DE ACAMADOS DO
BAIRRO TUPI-LAJEDO**

Banca Examinadora:

Examinador 1: Profª Sônia Maria Nunes Viana (orientadora)

Examinador 2: Profa. Dra. Maria Lígia Mohallem Carneiro - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte: ____ / ____ / ____

DEDICATÓRIA

A Deus,

A meus pais,

a meus filhos,

a meus tutores

*e a todos os que têm me dado um aporte,
com sua solidariedade e amizade sinceras.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado vontade, tolerância e suporte espiritual;

A meus filhos, por ter esperanças no futuro;

A meus tutores, que tanto me orientaram pelo caminho do conhecimento;

À minha orientadora, Prof.^a Sônia Maria Nunes Viana, por sua contribuição nesta etapa tão relevante para qualquer profissional;

Aos colaboradores da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, por disponibilizar os recursos e a disposição de ensinar.

*“A alegria do mundo surge a partir do momento que podemos
gozar de nossa saúde”.*

(Trindade, s/d)

RESUMO

A visita domiciliar é uma tecnologia disponibilizada como recurso para a Estratégia de Saúde de Família (ESF) dentro das Unidades Básicas de Saúde, como metodologia para alcançar e conhecer bem os usuários em seu entorno ambiental, familiar, e pessoal, e com isso fornecer e garantir a saúde como um direito universal consolidado. A população do bairro Tupi - Lajedo permaneceu sem atendimento médico por quase um ano, associam-se a este quadro as dificuldades geográficas e limitações físicas dos usuários e acamados, que apresentam severas dificuldades para atingir o acesso aos serviços básicos de saúde. Com a ampliação do acesso através do Programa Mais Médicos, iniciou-se com um reforço significativo o número de visitas domiciliares, com atendimentos e o seguimento evolutivo intradomiciliar dos usuários e suas doenças, fornecendo o devido acompanhamento à aqueles que tiveram ou foram considerados ter, uma condição de saúde mais vulnerável. Previamente realizou-se uma análise situacional, a criação da estratégia da otimização das visitas domiciliares e o plano de ação do trabalho, além do planejamento para a abordagem e posterior avaliação dos casos clínicos, incluindo o processo educativo tanto para usuários, quanto para familiares cuidadores e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) pertencentes a ESF.

Palavras-chave: Visita Familiar, Usuários Acamados. Estratégia Saúde da Família.

Abstract

The home visit is a technology available like resource, for the family health strategy (ESF) within the basic health units, as methodology to reach out and meet, users in your own environment personnel and familiar context and provide and ensure health as a universal and consolidated right. The population of the neighborhood Tupi-Lajedo, remained without medical care, for approximately one year, also were associated hard situations, like geographical and physical limitations for users and bedridden, which confronted severe difficulties to achieve access to basic health services. With the expansion of the access through the Mais Medicos program, it was started a significant strengthening in quantity of home visits, with attendances and evolutionary home care tracking of users and their diseases, providing an appropriate follow-up, to those who have had, or were considered to have, more vulnerable condition. Previously, was realized a situational analysis, the strategical creation and optimization of home visits and the action work plan, as well to planning the approach and subsequent evaluation of clinical cases, including the educational process either users and family caregivers or community health Agents (ACS) belonging to ESF.

Keywords: Family Visit, Bedridden patients. Health strategy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema "melhora a saúde em um grupo de acamados mediante a visita domiciliar", na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3, no bairro Tupi- Lajedo em Belo Horizonte, Minas Gerais.....	30
--	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CS	Centro de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
SciELO	Scientific Electronic Library OnLine
SB	Saúde Bucal
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
3.1. Objetivo Geral.....	16
3.2. Objetivos Específicos	16
4. METODOLOGIA	17
5.1. Estratégia Saúde da Família e Visita Domiciliar: relevância	19
5.2. Atendimento Domiciliar	20
6. PROJETO DE INTERVENÇÃO	25
6.1. Seleção dos “nós críticos”	25
6. 2 Desenho das operações/processo de implantação/ gestão do processo...26	
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho foi desenvolvido em Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais – Brasil, que está localizado a 716 km de Brasília, capital do país. O município conta com uma organização político-administrativa que inclui, Prefeitura, Sub-Prefeituras e Secretarias as quais fornecem apoio às estruturas organizacionais.

A capital mineira, Belo Horizonte, tem atualmente uma população em torno de 1,5 milhão de habitantes. A cidade foi projetada pelo engenheiro Aarão Reis entre 1894 e 1897, sendo fundada em 12 de dezembro de 1897. Inicialmente pensada para os limites da Avenida do Contorno, extrapolou o planejamento, expandiu e hoje conta com aproximadamente 331 km² de extensão.

Em relação aos aspectos socioeconômicos, Belo Horizonte conta com indicadores de Índice de Desenvolvimento Humano - IDH, Renda Média Familiar, planejamento urbano, saneamento, e registro das principais atividades econômicas, além de sensos demográficos e taxas de crescimento anual da população, escolaridade, número de indivíduos em área rural e urbana, entre outros.

A Secretaria Municipal de Belo Horizonte é organizada em subsetores de administração e prestação de serviços. O setor saúde está constituído pelo Conselho Municipal de Saúde, e o Fundo Municipal de Saúde, que tem o orçamento destinado às ações de saúde, através das Unidades Básicas de Saúde (Atenção Básica), Pronto Atendimento, Hospitais, Centro de Apoios Psicossociais, dentre outros equipamentos para a oferta da atenção a saúde ao usuário. Este estudo focou-se na Atenção Básica, no Programa de Saúde da Família e este, para seu desenvolvimento tem um organograma, distribuído para distribuição do trabalho e conta com equipes SF, SB, NASF, CEO etc.

Neste sistema trabalha-se o Sistema de Referência e Contra Referência, com redes de apoio de média e alta complexidade. Na Atenção Básica, a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte/MG, através das Equipes Saúde da Família vem buscando implementar ações de tratamento e prevenção, buscando

identificar os nós críticos e a partir de tal elaborar políticas públicas que visem minimizar o impacto do ambiente sobre a saúde da população.

As equipes de Estratégias Saúde da Família mudaram a lógica do atendimento, com a promoção das visitas domiciliares e comunitárias que, mais do que diagnosticar doenças, previnem as suas causas, ratificando assim a sua importância, com foco no atendimento e na humanização da saúde como direito universal, já que os resultados obtidos estão fazendo uma diferença significativa e marcante no modo de perceber o Sistema Único de Saúde.

Em média, são realizadas, por ano, mais de quatro milhões de visitas domiciliares, com pesquisas, tratamento e remoção de focos de doenças. O controle da dengue, da leishmaniose e da raiva animal, coletas de sangue, vacinação de cães e gatos e captura de animais errantes, o atendimento dos acamados e curativos, além de seguimento, acompanhamento e registro da evolução das doenças deste setor da população, também são feitos no contexto da visita domiciliar.

O Município de Belo Horizonte/MG conta com 147 Centros de Saúde, distribuídos nos nove Distritos Sanitários: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. Este estudo foi realizado na UBS localizada no bairro Tupi, Setor Lajedo, do Distrito Sanitário Norte, em que se insere a Estratégia Saúde da Família – ESF 3. Está localizada à Rua Pintor Rugendas, nº 30, com horário de atendimento de 07 as 18 h de segunda à sexta-feira. O Centro conta com pessoal de gerência administrativo, enfermeiros, médicos, psicólogos, nutricionistas, educadores físicos, odontólogos, laboratoristas e outros, que determinam uma ampla cobertura da população.

Na área de abrangência da UBS a estrutura de saúde é composta por hospitais, clínicas, laboratórios, escolas, creches e igrejas. A comunidade conta ainda com um Hospital Sofia Feldman (obstétrico), e dois postos de saúde de atenção básica, um Centro de Educação Infantil Municipal, uma escola de ensino básico (ensino fundamental e médio), e igrejas de diferentes tendências religiosas. A região conta com acesso a serviços básicos de água, luz, telefonia, internet, padarias, farmácias, mercados, e bancos.

A região do Bairro Tupi, historicamente foi ocupada de forma desordenada, o que determinou um crescimento sem que houvesse a infraestrutura necessária, principalmente por ter sua base geológica maciça. Assim, a partir de 2007 houve a implantação para desenvolvimento da rede de esgoto, e hoje, 86,5% dos domicílios tem acesso a rede de esgoto e água. Destaca-se como um dos principais problemas o fato da região ser uma bacia hidrográfica, reunindo 73 córregos, muitos responsáveis por receber esgoto e grande quantidade de lixo, contribuindo para ser o desenvolvimento de inúmeras doenças. A renda *per capita* é baixa, sendo 47% vivendo com menos de um salário mínimo, 42% entre 01 e 02 salários mínimos (PBH, 2015).

2. JUSTIFICATIVA

A região do estudo Bairro Tupi, setor Lajedo, é caracterizada por uma série de problemas de saúde que assolam a população, entretanto, a criticidade maior está relacionada a usuários acamados que, devido a geografia local, associada a falta de médicos para atendimento domiciliar na área de cobertura por aproximadamente um ano, trouxe consigo inúmeros prejuízos àqueles s.

Giacomozzi; Lacerda (2006, p.3) em relação ao conceito e à importância das visitas domiciliares no âmbito das ESF ressalta:

A atenção domiciliar à saúde constitui a modalidade geral da atenção à saúde prestada no domicílio, sendo uma categoria genérica que engloba e representa o atendimento, a visita e a internação domiciliares, cada qual com seus objetivos e características. Ela é considerada um componente contínuo dos cuidados à saúde, pois os serviços de saúde são oferecidos ao indivíduo e sua família em suas residências com o objetivo de promover, manter ou restaurar a saúde, maximizar o nível de independência, minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças, incluindo aquelas sem perspectiva de cura. (GIACOMOZZI, LACERDA; p.3; 2006).

Assim, priorizou-se o atendimento domiciliar a acamados para os fins deste estudo, já que a população do bairro Tupi - Lajedo permaneceu sem atendimento médico por quase um ano. A análise situacional e a identificação dos nos críticos estabeleceu o plano de ação; que baseou-se em um reforço do número de visitas domiciliares, atendimentos e seguimento evolutivo intradomiciliar dos usuários e suas patologias, consolidando o devido acompanhamento àqueles que, tiveram ou foram considerados ter, uma condição de saúde mais vulnerável.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

- Elaborar um plano de intervenção relacionado à realização das visitas domiciliares para otimizá-las, promovendo ações de saúde e educação em saúde aos usuários acamados da área de cobertura da ESF 3 – Tupi-Lajedo – Belo Horizonte/MG e suas famílias.

3.2. Objetivos Específicos

- Rever e atualizar o processo de trabalho de atenção à pessoa acamada pela equipe de Saúde da Família, estabelecendo um plano de ação e atendimento efetivo e longitudinal.
- Aumentar a qualidade no nível de atendimento da população acamada e treinar a família nos cuidados domiciliares de acordo com a situação do usuário e da dinâmica familiar.
- Estabelecer o processo de seguimento longitudinal e permanente na evolução do usuário acamado do bairro Tupi Lajedo e educar a ESF, com foco em usuários portadores de patologias limitantes e seu atendimento domiciliar.

4. METODOLOGIA

Inicialmente, foi realizada através das visitas aos domicílios, a atualização dos usuários e prontuários que demandavam acompanhamento domiciliar, analisando a situação de saúde destes, proporcionando a construção de um planejamento para atendimento e implantação das estratégias necessárias à melhora dos quadros de saúde identificados.

A partir do levantamento e análise do quadro de saúde dos usuários acamados da área de cobertura, foi elaborado um planejamento que constava de atendimentos periódicos e quando necessários fossem, seguimentos aos serviços de saúde de atendimento de maior complexidade; entre eles o NASF, o PES.

Dentro do projeto, ainda se focou na educação em saúde, onde os ACS, familiares e cuidadores familiares foram capacitados a lidar com os usuários acamados, buscando assim, uma melhoria significativa na qualidade de vida destes. As questões relacionadas à higiene e medicação, são fundamentais para que o usuário tenha a oportunidade de se reestabelecer o melhor possível dentro do quadro específico da doença.

O planejamento estratégico foi construído a partir da análise da situação vivenciada, buscando ações que tivessem viabilidade econômica e organizacional, propiciando a consolidação destas. Todas as ações formuladas dentro do presente projeto de intervenção foi realizado de forma conjunta com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/MG, observando-se os recursos financeiros, pessoais e organizacionais que não limitassem a consolidação da proposta.

Mendonça (2008) reconhece que um dos fatores limitantes dentro do processo de implantação de ações em saúde são os custos financeiros, de pessoal e organizacionais, portanto, dentro da elaboração deve-se ater a estes fatores afim de elaborar propostas que vão de encontro a capacidade de implantação.

Para dar suporte a parte prática, realizou-se uma revisão narrativa da literatura, em estudos relacionados ao tema na base de dados SCIELO – Brasil, Biblioteca Virtual

do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (NESCON/UFMG), Biblioteca Virtual da Universidade de São Paulo e Biblioteca Digital da Universidade de Campinas, como também em sítios específicos.

No total foram selecionados 09 estudos (artigos, documentos e dissertações), tendo como base os descritores: Assistência Domiciliar; ESF (Estratégia Saúde da Família) e Atenção Básica. Foram utilizados estudos a partir de 2006, em idioma Português.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1. Estratégia Saúde da Família e Visita Domiciliar: relevância

A Saúde é um direito universal, promulgado pela Constituição Federal do Brasil de 1988, e alicerçada através do Sistema Único de Saúde, dentro da atenção básica, média e de alta complexidade, nas esferas federal, estadual e municipal, entretanto, apesar de uma legislação cidadã e contemporânea, a saúde ainda possui inúmeras limitações em relação a estrutura, formação profissional e valorização.

Mendonça (2008, p. 09) retrata a saúde como um direito universal:

A promulgação da Constituição Federal, de 1988, e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foram marcos históricos de um processo amplo da luta política e posicionamento do movimento sanitário frente às desigualdades e à injustiça social. O SUS é resultado desse movimento, chamado Reforma Sanitária, que pressupunha a articulação da saúde em outras políticas públicas, incluindo formas de assegurar uma atuação intersetorial entre as diversas áreas, de modo a alcançar uma repercussão sobre as condições de saúde e qualidade de vida. (MENDONÇA, 2008).

Assim, após anos de um sistema fragmentado, o SUS, ao ser promulgado, vem desenvolvendo-se ao longo das duas últimas décadas, de forma articulada, dentro de uma setorização, promovendo ações públicas de saúde que consigam atender a demanda crescente pelos serviços no país.

Um dos grandes avanços na Atenção básica em Saúde proposta foi a criação do Programa Saúde da Família, no ano de 1994, que vem ganhando corpo e atualmente, é um dos pilares da saúde pública no Brasil. Uma passagem importante do estudo de Oliveira e Pereira (2013, p. 02) coloca:

A Atenção Primária em Saúde (APS) é reconhecidamente um componente-chave dos sistemas de saúde. Esse reconhecimento fundamenta-se nas evidências de seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde: melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde. (OLIVEIRA, PEREIRA; 2013).

No âmbito da Atenção Básica, as ESF têm um papel relevante, pois a equipe multiprofissional, dentre os quais destaca-se médicos, odontólogos, enfermeiros,

psicólogos, pediatras, educadores físicos, nutricionistas, técnicos e auxiliares em enfermagem e ACS, devem, de forma coordenada desenvolver ações de prevenção e controle, com foco nas doenças crônicas degenerativas, que são as principais causas de morbimortalidade.

As ESF têm como objetivos, de acordo com Mendonça (2008, p. 12):

O objetivo é melhorar o estado da saúde da população através de um modelo de assistência voltado à família e a comunidade, com ações de promoção, prevenção e tratamento de doenças, além de proporcionar atenção integral e contínua à população, no domicílio e em ambulatórios e hospitais. Sobre a maneira de agir das equipes, recomenda a avaliação da saúde, procedendo-se o cadastramento das famílias e levantamento das condições de saúde e visitas aos domicílios programadas ou solicitadas para acompanhar a situação de saúde das famílias. Afirma que, as visitas são essenciais para integrar as equipes com as famílias e garantir a permanente proteção a saúde. (MENDONÇA, 2008).

Destarte, as ESF dentro do plano de atenção básica têm relevante papel na saúde, pois, a proximidade com a zona de cobertura, o acompanhamento contínuo, a busca pela promoção e prevenção de saúde, buscando não apenas atender, mas levar tratamento onde necessário for.

5.2. Atendimento Domiciliar

Uma das formas de atendimento das ESF é o domiciliar, onde a equipe vai a comunidade, não apenas para visita domiciliar, mas para analisar todos os aspectos externos desta que podem vir a comprometer as pessoas daquela determinada região e a partir de tal, construir estratégias para implementação de políticas públicas.

Em relação a estratégia de visita domiciliar, Albuquerque (2006), *apud* (Cruz; Bougert, 2010, p. 607) ressaltam:

Como estratégia de assistência dentro da ESF, as visitas domiciliares são atividades preconizadas pelo MS e, quando realizadas, passam a constar mensalmente do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), permitindo-nos perceber por meio de indicadores quantitativos que esta é uma intervenção produzida periodicamente pelos profissionais. Porém, tais indicadores não permitem o monitoramento e acompanhamento da

operacionalização das VDs. A busca por informação qualitativa permite maior aprofundamento na subjetividade dos atores envolvidos, por meio da relação entre serviço, profissional e família. Para tanto, fazem-se necessárias análises qualitativas das práticas de saúde e dos processos de trabalho cotidianos na ESF, estando entre eles as VDs. (ALBUQUERQUE, 2006 apud CRUZ, BOUGERT; p. 607; 2010).

A equipe dentro do processo de visita domiciliar tem a possibilidade de aproximar das famílias e da comunidade, identificar hábitos e costumes, compreender a demanda da região, compreender as influências para determinados comportamentos que podem comprometer a saúde, e todos estes aspectos quando identificados podem ser trabalhados para a construção de ações em saúde coletiva que contribuam para a mudança de quadros instalados.

Corroborando com tal, cita-se uma passagem do estudo de Giacomozzi e Lacerda, (2006, p.646):

A ESF prevê a utilização da assistência domiciliar à saúde, em especial, a visita domiciliar, como forma de instrumentalizar os profissionais para sua inserção e o conhecimento da realidade de vida da população, bem como o estabelecimento de vínculos com a mesma; visando atender as diferentes necessidades de saúde das pessoas, preocupando-se com a infra-estrutura existente nas comunidades e o atendimento à saúde das famílias. (GIACOMOZZI, LACERDA; p.646; 2006).

A visita domiciliar é uma importante ferramenta dentro da Atenção Básica, pois no universo de cobertura há inúmeros usuários em vulnerabilidade em relação ao estado de saúde, que por uma série de motivos e obstáculos não conseguem deslocar-se ao Centro de Saúde e também. A visita domiciliar possibilita ainda que o profissional tenha uma aproximação com a família e os cuidadores, levando conhecimento e capacitação para que estes consigam desempenhar suas funções frente ao usuário de melhor forma, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida deste.

No mesmo sentido, Takahashi e Oliveira (2001) *apud* Mendonça, (2008, p. 37) relatam acerca da visita domiciliar:

A visita domiciliar é um instrumento de intervenção fundamental para se conhecerem as condições de vida e saúde das famílias. É realizada para o cadastramento e para a identificação das características sociais e epidemiológicas, dos problemas de saúde e da vulnerabilidade dos agravos de saúde. Ela permitiria também conhecer o contexto de vida do usuário, as condições de habitação e as relações familiares. A visita domiciliar poderia contribuir para a melhoria do vínculo entre profissional e usuário, pois é

interpretada frequentemente como uma atenção diferenciada. Esta, porém, só se configura como parte do arsenal de intervenções quando planejada e sistematizada, caso contrário é uma mera atividade social. (TAKAHASHI, OLIVEIRA; 2001 *apud* MENDONÇA; p.37; 2008)

É fato a importância da visita domiciliar, não apenas a usuários acamados, mas também para possibilitar uma leitura da realidade da comunidade, já que a saúde é uma interação entre os fatores internos e ambientais, sendo, portanto, influenciada pelos hábitos de vida, costumes e meio social.

Outro fator que influencia significativamente o acesso aos serviços de saúde é o espaço geográfico. Em várias comunidades o acesso é difícil, e os usuários com problemas de saúde mais severos e/ou acamados, devido a sua capacidade física acabam por não terem acesso aos serviços de saúde. Assim, a visita domiciliar é a principal estratégia que proporcionará ao usuário ter acesso a tratamento.

Oliveira e Pereira, (2013, p. 05) relataram em seus estudos uma passagem acerca de acessibilidade aos serviços de saúde:

A acessibilidade geográfica reflete a distância entre a população e os recursos, podendo ser medida por distância, tempo de deslocamento, custo do transporte, entre outros condicionantes. A acessibilidade organizacional abrange as características ligadas ao modo de organização dos serviços de saúde que obstaculizam ou facilitam a capacidade das pessoas na utilização dos mesmos. Inclui aspectos tais como: tempo para obter uma consulta, tipo de agendamento, turnos de funcionamento, tempo para fazer exames laboratoriais, continuidade do tratamento. Os aspectos socioculturais e econômicos da acessibilidade incluem o conhecimento de sinais e sintomas, a percepção do risco de gravidade, o conhecimento sobre o próprio corpo e sobre oferta dos serviços de saúde, medo do diagnóstico, crenças, hábitos, dificuldades de comunicação com a equipe de saúde, crédito dado ao sistema de saúde, graus de instrução, emprego, renda e seguridade social. (OLIVEIRA, PEREIRA; p.5; 2013).

A visita domiciliar, planejada, é uma importante ação a ser desenvolvida dentro das ESF, pois possibilita que o usuário vulnerável seja assistido de forma integral, possibilitando assim o tratamento e melhores cuidados, sendo que nesta etapa, a orientação aos cuidadores e familiares é relevante.

Uma das colocações propostas por Mendonça (2008) é o fato de que as visitas domiciliares devem ser planejadas e articuladas de forma a possibilitar um atendimento integral, em que a rede de apoio deve estar conectada para dar

seguimento aos cuidados necessários. O autor relata que a visita domiciliar não pode ser de maneira alguma uma ação caritativa e sim, técnica, que promova ações de curto, médio e longo tempo, não se restringindo a visitas nominais.

Dentro deste contexto, Giacomozzi e Lacerda (2006, p. 646) reconhecem o papel da assistência domiciliar:

A atenção domiciliar e a assistência domiciliar à saúde são atividades com diversos aspectos em comum, mas diferenciam-se na prática. A atenção domiciliar à saúde diferencia-se por constituir uma modalidade ampla que envolve as ações de promoção à saúde em sua totalidade, incluindo a prática de políticas econômicas, sociais e de saúde, que influenciam o processo saúde-doença dos indivíduos, além de envolver ações preventivas e assistenciais das outras categorias que engloba (atendimento, visita e internação domiciliar). O atendimento domiciliar à saúde é uma categoria diretamente relacionada à atuação profissional no domicílio, que pode ser operacionalizada por meio da visita e da internação domiciliar, envolvendo, assim, atividades que vão da educação e prevenção à recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos e seus familiares no contexto de suas residências. (GIACOMOZZI, LACERDA; p.646; 2006).

Tal entendimento acerca da atenção domiciliar e/ou visita domiciliar pelos profissionais da ESF determinam o tão quanto profundo é esta estratégia, não se limitando apenas ao campo biológico, mas social de forma articulada com os demais níveis do setor público de saúde. O profissional ao deparar com um determinado quadro tem a possibilidade de acionar a rede de apoio e com isso, levar o tratamento necessário àqueles que necessitam.

Mendonça (2008) relata que há uma limitação estrutural em relação a visita domiciliar, onde, evidencia-se que a dificuldade de acesso de transporte, a burocratização das Secretarias de Saúde e Planejamento, como outros fatores interferem para que muitos profissionais acabem por não conseguirem efetivar satisfatoriamente a estratégia de visita domiciliar. Tal situação é na atualidade um dos principais problemas relacionados à efetivação das visitas domiciliares, como bem coloca Cruz e Bourget (2010). Evidencia-se que, é preciso planejamento de curto, médio e longo prazo, possibilitando assim que a visita domiciliar se consolide enquanto estratégia revigorada dentro dos documentos que orientam a saúde pública no Brasil.

Evidencia-se que a atenção básica vem avançando e desenvolvendo-se ao longo destas duas décadas de implantação das ESF dentro das Unidades Básicas de Saúde, entretanto, a demanda por saúde é crescente, e assim, determina a busca por planejamento, estratégias e políticas públicas que possibilitem que este direito se efetive.

Reconhece-se que, é fator preponderante o reconhecimento da demanda por ações de saúde, e é preciso se aproximar da comunidade, compreender o que eles precisam, o que eles esperam do sistema de saúde, afirma Giacomozzi e Lacerda (2006).

Assim, a visita domiciliar não atenderá apenas aos usuários que dela necessitam, irá promover a capacitação dos cuidadores e familiares, promoverá a interação entre os profissionais e a comunidade, permitirá que haja um levantamento de dados relacionados a saúde coletiva e a partir destes dados e de sua análise, ponderar-se-á construir um planejamento estratégico que vá de encontro aos fatores limitantes.

6. PROJETO DE INTERVENÇÃO

6.1. Seleção dos “nós críticos”

O desenvolvimento deste projeto iniciou-se pela contextualização do território e da área de abrangência do bairro Tupi-Lajedo. Primeiramente foi feito um reconhecimento da área, das condições médias ambientais que favorecem a presença das patologias. Assim, identificaram-se os principais problemas que atingem a região, determinando assim uma análise detalhada dos dados obtidos, e elaboração e implementação das diferentes estratégias e tecnologias abordadas em saúde de família, com foco na visita domiciliar. Dentre os problemas de saúde encontrados, destacam-se:

- Deficiências na área nutricional:
 - Desordem de tipo alimentar e suas consequências: como obesidade, sobrepeso, bulimia, anorexia entre outros.

- Saúde mental:
 - Patologias da esfera psicológica, neurológica e psiquiátrica: oligofrênia, esquizofrenia, paranoias, transtornos bipolares, depressão, fobias, obsessividade, compulsões, ansiedade, doenças tipo Alzheimer, Parkinson, epilepsia, paralisias, paresias, AVC, síndrome de Down, transtornos de aprendizagem, desordem de atenção.

- Crianças de 0 a 2 anos:
 - Estado vacinal, nutricional, doenças respiratórias, gastroenterite, além de nível de escolaridade e atenção as necessidades básicas e acesso aos serviços de saúde, entre outras.

- Doenças endócrino metabólicas:
 - Alta incidência em Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus e suas consequências sistêmicas e comorbidades que derivam em doenças coronárias, vasculares, oculares, renais, entre outras.

- Acamados: os achados foram assustadores por ter registrado o estado de abandono em relação à qualidade da assistência recebida e às diversas patologias que lhes impede a autonomia e que diminuem a expectativa de vida e interferem em sua vida produtiva, sua renda, e seu desenvolvimento humano.

- Doenças Transmissíveis:
 - De transmissão sexual, hepatite, HIV, sífilis, gonorreia, herpes genital, clamídia, HPV, trichomoníase,
 - Doenças infectocontagiosas e epidemias causadas por vetores, vírus e parasitos, raiva, hanseníase, tuberculose, chagas, leishmaniose, dengue, malária, febre amarela, erlichiose, febre maculosa, toxoplasmose, toxocaríose, ancilostomoses, schistosomiose, leptospirose, giardíase, amebíase, blastocystose, histoplasmose, entre outras, estão sendo abordadas no percurso das visitas domiciliares.

Inúmeras são as demandas em saúde desta região, entretanto, o estudo focou no atendimento de acamados e suas patologias, além da educação em saúde para os usuários, cuidadores e agentes comunitários, baseando-se em uma ordem técnica, que tem como pilares o processo de priorização dos problemas explicitados e consolidados dentro da proposta em relação aos nós críticos, em que evidenciou-se a imperativa necessidade de levar tratamento a população acamada, que devido a não capacidade de locomoção, estava sem acesso adequado a assistência médica a quase um ano.

6. 2 Desenho das operações/processo de implantação/ gestão do processo

A Região Norte de Belo Horizonte/MG é caracterizada pelas diferenças sociais, com problemas estruturais devido a geografia local, assim, a área de abrangência do Centro de Saúde Tupi Setor Lajedo, possui diferentes problemas, tornando-se fundamental a eleição dos nós críticos. Devido à geografia local, evidenciou-se a situação precária de saúde dos usuários acamados, já que prioritariamente o

atendimento destes é realizado através da visita domiciliar, onde são realizados os diagnósticos e seguimento de tratamento.

Assim, elegeu-se o problema dos acamados como uma das prioridades, já que as dificuldades que tem este tipo de usuários, em quanto a suas limitações físicas, de saúde, e geográfica para poder obter assistência medica, faz deles um setor da população muito vulnerável. Para atender suas necessidades, precisa-se de recursos econômicos (também denominados financeiros); recursos organizacionais (referentes à estrutura física, recursos humanos, equipamentos, etc.) recursos cognitivos (conhecimentos disponíveis e acumulados) e enfim recursos de poder (também denominados recursos políticos).

No caso do alvo de atuação, os usuários acamados; estabeleceram-se como recursos críticos aqueles que limitam a possibilidade de fazer a intervenção tão ampla e efetiva quanto se deseja, já que requerer-se maior numero de unidades veiculares das que já foram disponibilizados para atingir aqueles usuários na área de abrangência. Outro recurso crítico seria o pessoal, ou seja, o motorista disponível para dirigir ditas unidades, então, fica tudo reduzido aos recursos econômicos e investimentos que tem a ser feitos para alcançar as metas propostas e enfim se requer a intervenção da estrutura de poder.

Em relação à análise de viabilidade do plano, discutiu-se fazendo previamente o Planejamento Estratégico Situacional (PES), e concluiu-se que o raio de ação fica reduzido e deve ser entendido, como um instrumento a ser utilizado em situação de baixa governabilidade já que não se controla os recursos necessários para alcançar os objetivos a grande escala. Os atores que controlam os recursos críticos das operações que compõem o plano, são a prefeitura e seus dirigentes, gerentes das estruturas governamentais e o próprio Ministério de Saúde. Outra das variáveis são aqueles recursos que cada um desses atores controla.

Como coloca Albuquerque (2006) a elaboração do PES deve ser alicerçado a partir da avaliação dos recursos críticos, determinando assim uma maximização dos resultados dentro da implantação. Consoante com tal pensamento, Mendonça (2008) ressalta que o PES é fundamental para a superação dos nós críticos que

acabam por determinar uma não eficiência da prestação dos serviços em saúde. A partir do PES é possível reconhecer os problemas, analisar possíveis soluções, construir ações e implementá-las de forma a tornar os processos mais eficientes, atendendo assim as demandas.

Outra variável relevante é a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano e todos concordaram na necessidade de cobrir esta deficiência. Em relação à designação dos responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações, a gerente de operação/projeto é quem se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, contando com o apoio de outras pessoas que na rede ocupam cargos superiores e a sua vez disponibilizariam as vias para que sejam garantidas as execuções das etapas do projeto de forma coerente e sincronizada dentro dos espaços definidos.

Termos desenhado um modelo de gestão do plano de ação que inclui o aumento da frequência dos atendimentos, disponibilizados e que estão orientados para fazer das visitas domiciliares um encontro humanizado, um ato de presença e atendimento para lhes subministrar os recursos que precisarem ou que foram demandados, ainda tem-se a intervenção considerando o aspecto da visita domiciliar como uma tecnologia que visa agir no reconhecimento humano, no encontro ESF-usuário e na correção permanente e ativa em quanto à identificação dos focos que geram doença e por enquanto, dos fatores a serem modificados sendo isto um dos focos para a abordagem global do problema, agindo sobre e desde o ponto de vista da educação em saúde.

Quadro 01 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema "melhora a saúde em um grupo de acamados mediante a visita domiciliar”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3, no bairro Tupi- Lajedo em Belo Horizonte, Minas Gerais

Nó crítico 1	Melhorar a atenção à saúde em um grupo dos acamados, do Bairro Tupi-Lajedo em Belo Horizonte, Minas Gerais.
Operação	Conhecer o diagnóstico qualitativo e quantitativo dos problemas de saúde, para identificar o público alvo e a realidade do território e estabelecer um plano de ação longitudinal de seguimento, acompanhamento e educação em saúde mediante a visita domiciliar.
Projeto	IMPORTANCIA DA VISITA DOMICILIAR EM UM GRUPO DE ACAMADOS DO BAIIRO TUPI-LAJEDO
Resultados esperados	Rever e atualizar o processo de trabalho de atenção à pessoa acamada pela equipe de Saúde da Família. Estabelecer um plano de ação e atendimento efetivo capaz de aumentar a qualidade e o nível de atendimento da população acamada, educar em quanto os cuidados domiciliares das patologias aos familiares e usuários e além as ACS.
Produtos esperados	Aumento do prognóstico e qualidade de vida nos acamados atendidos pela equipe 3 do Lajedo, melhora na percepção global que tem o usuário do SUS, melhora da qualidade do atendimento ao público alvo.
Atores sociais/ responsabilidades	Membros do Ministério da Saúde, PBH, Equipe 3 de Saúde da Família que ficaram com a responsabilidade de melhorar e aprimorar a situação de saúde e educacional dos acamados atendidos, seus familiares e das ACS.
Recursos necessários	Estrutural: matéria prima para curativos, transporte, disponibilização do tempo para aumentar a frequência dos atendimentos e motoristas. Cognitivo: equipe da saúde e atores administrativos que fornecem o conhecimento do SUS. Financeiro: orçamentos e investimentos para atingir os alvos. Político: apoio do ministério da saúde e prefeitura BH.
Recursos críticos	Financeiros, organizacionais, recursos de poder (políticos).
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Ministério da Saúde, prefeitura BH. Motivação: imagem do SUS e projeção a futuro, saúde como direito universal, a equipe fica em situação de baixa governabilidade já que não controlamos os recursos necessários.
Ação estratégica de motivação	Disponibilizar os recursos a serem necessários motivados por a melhora na percepção do usuário na efetividade do SUS, educação em saúde e importância da visita domiciliar como ferramenta.
Responsáveis:	Prefeitura BH, equipe de saúde 3 do posto de saúde Lajedo
Cronograma / Prazo	1 ano a partir de março de 2014 até março de 2015
Gestão, acompanhamento e avaliação	Ministério da Saúde, PBH, Posto de Saúde Lajedo, Equipe 3 de Saúde da Família, UFMG.

Ao elaborar o presente projeto, baseado em uma série de operações, espera-se uma melhoria do atendimento aos usuários da região do Bairro Tupi, Setor Lajedo, buscando assim, reduzir o impacto causado pela falta de profissional durante o período exposto anteriormente.

O projeto integra inúmeros departamentos e sujeitos, que favorecerá significativamente a melhoria do acesso à saúde naquela região. As ações aqui construídas irão a curto, médio e longo prazos trazerem um maior conforto aos usuários acamados.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise de território do Bairro Tupi-Lajedo determinou uma série de problemas e nós críticos, evidenciados entre outros fatores, pelo fato da região ter ficado aproximadamente 12 meses sem um profissional médico, estabelecendo uma dificuldade de acesso da população a serviços de saúde. A situação dos usuários acamados é precária, já que a geografia local é de difícil acesso, o que compromete mais ainda o acesso dos serviços de saúde.

Assim, ao realizar o levantamento dos nós críticos, consolidou-se o entendimento que, apesar de uma série de problemas, dentre eles um número significativo de hipertensos e diabéticos com fatores de risco associados, o que mais gritava por atenção eram os usuários acamados, devido a não capacidade de locomoção, e sem as visitas domiciliares, ficaram um tempo significativo sem acompanhamento profissional.

Assim, evidenciou-se a importância do desenvolvimento de uma estratégia já consolidada dentro da atenção básica pelas Estratégias Saúde da Família – ESF, que é a visita domiciliar. O estudo demonstrou que, a visita domiciliar é uma importante estratégia dentro da atenção básica, já que propicia a interação ESF/usuário, proporcionando um maior entendimento acerca de todos os fatores ambientais que compõem o universo deste, além de promover um espaço para orientação dos cuidadores acerca da forma de agir, possibilitando assim um melhor tratamento e qualidade de vida ao usuário.

Por ser uma proposta de grande relevância para população, e de gerar a necessidade de diversos parceiros dentro do sistema, elaborou-se um planejamento em conjunto com os gestores do sistema (representantes da SMS da PBH), que subsidiaram as ações através da disponibilização dos insumos necessários.

Assim, a proposta de intervenção ora apresentada é um elemento significativo para a melhoria de acesso à saúde pela população e usuários de área de cobertura da

ESF 3 – Tupi-Lajedo, em especial aos acamados que, devido a sua vulnerabilidade e do difícil acesso geográfico, não tem a oportunidade de terem um tratamento adequado a sua situação e que inclui a recuperação da saúde.

REFERENCIAS

ALBUQUERQUE, A. B. B. **Visita domiciliária como componente do PSF: compreendendo as percepções dos usuários dos serviços do município de Fortaleza (CE)**. 2006. Dissertação (Mestrado) apresentada a Faculdade de Medicina da Universidade do Ceará, Fortaleza, 2006.

CRUZ, MM; BOURGET, MMM. A Visita Domiciliária na Estratégia Saúde da Família: conhecendo as percepções da família. **Saúde e Sociedade**, 19(03), São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/download/29674/31546>>. Acesso em: 20 de Out. 2015.

GIACOMOZZI, CM; LACERDA, MR. A prática da assistência domiciliar da Estratégia Saúde da Família. **Texto e Contexto – Enfermagem**, 15(04), Out/Dez, Florianópolis, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a13>>. Acesso em: 20 de Out. de 2015.

MENDONÇA, MK. Licença, posso entrar? **As visitas domiciliares nos programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família e a integralidade**. Tese [Doutorado] apresentada a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/.../MargareteKnochMendonca.pdf>>. Acesso em: 20 de Out. de 2015.

OLIVEIRA, MAC; PEREIRA, IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, Brasília, Set/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000700020&script=sci_arttext>. Acesso em 10 de Out. de 2015.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Distribuição da população residente, com renda declarada, por faixa de renda domiciliar per capita em número de salários mínimos. 2015. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=eco-t075.xls>>. Acesso em 10 de Novembro de 2015.

TAKAHASHI, RF; OLIVEIRA, MAC. **A visita domiciliária nno contexto da saúde da família**. 2001. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=a_visita_domiciliaria_no_contexto_da_saude_da_familia_manua.pdf>. Acesso em 20 de Outubro de 2015.