

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

SAULO COSTA MARTINS

**SISTEMATIZAÇÃO DAS VISITAS DOMICILIARES NA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA ALFIÉ, SÃO DOMINGOS DO PRATA,
MINAS GERAIS**

**IPATINGA- MINAS GERAIS
2015**

|

||

SAULO COSTA MARTINS

**SISTEMATIZAÇÃO DAS VISITAS DOMICILIARES NA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA ALFIÉ, SÃO DOMINGOS DO PRATA,
MINAS GERAIS**

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.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Cançado Monteiro Savassi

**IPATINGA- MINAS GERAIS
2015**

SAULO COSTA MARTINS

**SISTEMATIZAÇÃO DAS VISITAS DOMICILIARES NA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA ALFIÉ, SÃO DOMINGOS DO PRATA,
MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Dr. Leonardo Cançado Monteiro Savassi (Orientador)

Examinador 2 – Profa. Ms. –Maria Dolôres Soares Madureira

Aprovado em Belo Horizonte, em 06 de janeiro de 2015

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia, ao meu pai José Linhares, minha mãe Maria das Graças, ao meu irmão Braulio Martins e à minha tutora do NESCON Karoline Morais.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para não desanimar perante as dificuldades.

Ao NESCON/UFMG e ao Ministério da Saúde através do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) pela oportunidade de vivenciar a realidade da atenção primária e expandir meus conhecimentos sobre a temática.

Ao meu orientador Leonardo Savassi pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

À minha tutora do NESCON Karoline Moraes pelo apoio, estímulo e orientação paciente e cuidadosa.

Aos meus pais e irmão, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha jornada, o meu muito obrigado.

RESUMO

Por meio do diagnóstico situacional da Equipe de Saúde da Família Maria de Lourdes Fraga, São Domingos do Prata - MG, percebeu-se, dentre outros problemas levantados, a desorganização na realização das visitas domiciliares e a inexistência de classificação de risco domiciliar. Segundo levantamento de dados notou-se a falta de padronização, periodicidade e efetividade das visitas realizadas, gerando uma utilização inadequada do tempo dos profissionais ao passo que muitos pacientes que necessitam do cuidado domiciliar ficavam sem assistência. Desta forma o objetivo deste estudo foi organizar as visitas domiciliares por meio de sistematização na ESF Maria de Lourdes Fraga. Para tal foi elaborado um plano de intervenção com o desenvolvimento de dois projetos que visam concomitantemente a organização das visitas domiciliares a partir de critérios definidos e a conscientização da população sobre quais pacientes possuem maior necessidade de visitas domiciliares

Palavras-chave: Visita Domiciliar. Classificação de Risco. Saúde da Família.

ABSTRACT

Through situational diagnosis of the Family Health Team Maria de Lourdes Fraga, São Domingos do Prata - MG, it was noted that, among other issues raised, the disorganization in carrying out home visits and the lack of a domiciliary risk rating. According to the survey performed, it was noted the lack of standardization, frequency and effectiveness of the home visits, creating a inadequacy in the use of professionals time, while many patients in need of home care were unassisted. Therefore, the objective of this study was to organize home visits through a sistematization in ESF Maria de Lourdes Fraga. For this, it was drawn up an action plan with the development of two projects that simultaneously aim the organization of home visits from defined criteria and public awareness about which patients would have greater needs for home visits

Key words: Home Visit. Risk Rating. Family Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVO	14
4 METODOLOGIA.....	15
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
5.1 Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família.....	18
5.2 Atenção Domiciliar e Estratégia Saúde da Família.....	20
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	23
6.1 Definição dos Problemas.....	23
6.2. Priorização dos Problemas.....	23
6.3. Descrição do Problema.....	24
6.4 Explicação do Problema.....	24
6.5 Seleção dos Nós Críticos.....	25
6.6. Desenho das operações.....	25
6.7 Identificação dos Recursos Críticos.....	27
6.8 Análise da Viabilidade do Plano.....	27
6.9. Plano Operativo.....	29
6.10 Acompanhamento do Plano de Ação.....	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERENCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

São Domingos do Prata é um município localizado na região centro-leste de Minas Gerais e fica a cerca de 138 km da capital do estado. (BRASIL, 2013a; SÃO DOMINGOS DO PRATA, 2014).

São cidades limítrofes do município de São Domingos do Prata: ao norte Marliéria, Jaguarapu, Antônio Dias e Nova Era; ao sul Alvinópolis, Dom Silvério, Sem Peixe e Rio Casca; ao leste Dionísio e São José do Goiabal e ao oeste Bela Vista de Minas e Rio Piracicaba. O primeiro marco histórico do município remonta a ocupação e exploração do território pelo desbravador Domingos Marques Afonso, em meados do século 18. Em 1760, Marques Afonso homenageou seu santo de devoção, São Domingos Gusmão, com a construção de uma capela em uma de suas roças, local que deu início a formação de um povoado. O distrito foi criado em 1843 e foi elevado à categoria de vila em 1890 (BRASIL, 2013a; SÃO DOMINGOS DO PRATA, 2014).

A cidade de São Domingos do Prata está inserida na região administrativa do Médio Piracicaba, sendo banhado pelo rio da Prata. Seu córrego mais importante é o São João, pois fornece água para COPASA, que abastece o município com água tratada. A rodovia de acesso à cidade são as BR-262 e a MG-120 (BRASIL, 2013a; SÃO DOMINGOS DO PRATA, 2014; BRASIL, 2010).

A população do município é de 17.811 habitantes, segundo a estimativa do IBGE, para o ano de 2013, que ocupam uma área de 743,768 km², com uma densidade populacional de 23,24 hab./km² e taxa de crescimento anual de -0,16% no período 2000 a 2010 (BRASIL, 2013a).

As principais atividades socioeconômicas de São Domingos do Prata são: pecuária, extração vegetal (especialmente plantio de Eucalipto) e Silvicultura. A cidade ainda conta com uma empresa cooperativa produtora de laticínios e uma fábrica de polpa de frutas, que se tornam fonte de emprego e trazem benefícios para o município. As fontes de recursos financeiros para a saúde são: Fundo Nacional de Saúde, Programa Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2013a; SÃO DOMINGOS DO PRATA, 2013).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) Municipal de São Domingos do Prata para o ano 2010 foi de 0,690, sendo que o IDH M de longevidade (saúde) foi de 0,823, de renda média foi de 531,92 e de educação 0,593 (BRASIL, 2010).

Ainda de acordo com o Censo Demográfico de 2010, 81,03% das pessoas residentes no município se encontram acima da linha de pobreza, 14,02 % entre a linha de indigência e pobreza e 4,15% abaixo da linha de indigência (BRASIL, 2010).

A porcentagem de domicílios que possuem abastecimento de água encanada é 86,02%, sendo que 99,84% possuem energia elétrica e 97,18% dos domicílios da zona urbana recebem coleta de lixo. Evidencia-se que 1,07% dos domicílios não têm abastecimento de água e esgotamento sanitário adequado (BRASIL, 2013b).

Com relação à população estudada, taxa de escolarização é 85,5%, apresentando um Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) de 6,5 da 4ª série ao 5º ano e 4,5 da 8ª série ao 9º ano (BRASIL, 2014b).

Com relação ao sistema de saúde verifica-se que cerca de 94,7% da população do município é dependente do SUS. O serviço de saúde do município é oferecido pela rede particular, através das clínicas médicas; pela rede pública, por meio das equipes de ESF (três urbanas e três rurais) e do Centro de Saúde. Existe também o Hospital Nossa Senhora das Dores, que é filantrópico e onde está instalado o laboratório municipal. Além desses pontos de atenção, existem um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e um Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2014a; SÃO DOMINGOS DO PRATA, 2013).

Em 2013, São Domingos do Prata recebeu do Fundo Nacional de Saúde, o total geral de 2.343.637,76 reais, para um orçamento estimado de 7.710.000,00 reais no mesmo ano (SÃO DOMINGOS DO PRATA, 2013).

Há 149 profissionais de saúde, efetivos, sob contrato temporário, vinculados a convênios, sendo a maioria com carga horária de 40 horas semanais, (os profissionais médicos apresentam desde 20, 32 até 40 horas semanais) (BRASIL, 2014a; SÃO DOMINGOS DO PRATA, 2013).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada no município há 14 anos. Atualmente, existem seis equipes de ESF, sendo três delas rurais, o que contribui para que ocorra 100% de abrangência. As equipes de Saúde da Família recebem o suporte de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por quatro psicólogos, três fisioterapeutas, um educador físico, um nutricionista e um terapeuta ocupacional. Nos Centros de Saúde do Município a população pode ser referenciada

para consultas com Cirurgião Geral, Pediatra, Ortopedista, Ginecologista-obstetra, Cardiologista, Otorrinolaringologista, Urologista e Dermatologista (BRASIL, 2014a; SÃO DOMINGOS DO PRATA, 2013).

Os atendimentos de outras clínicas especializadas no município são organizados de maneira complexa através de inúmeros convênios com o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Piracicaba (CISMEPI) em João Monlevade e convênios do município com clínicas particulares (SÃO DOMINGOS DO PRATA, 2012).

O sistema de referência e contra referência do município mostra-se ainda inoperante, os pacientes são encaminhados para as especialidades segundo as formas acima citadas, mas não é realizada a contra referência adequada para o prosseguimento do atendimento na atenção básica de saúde.

O Conselho Municipal de Saúde é composto pelo Gestor Municipal de Saúde, dois representantes da Assistência Social, três profissionais de saúde, dois prestadores de serviço de saúde, dois usuários comuns e cinco usuários vinculados à entidades e associações que se reúnem mensalmente (SÃO DOMINGOS DO PRATA, 2013).

A região correspondente à área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (eSF) da Unidade Maria de Lourdes Fraga tem relevo acidentado com a maioria das ruas não pavimentadas. A ESF Maria de Lourdes Fraga – Alfié é responsável por uma população adscrita de 2.198 pessoas, totalizando 681 famílias. Trata-se de um serviço público de saúde e conta com o atendimento de enfermagem, clínica médica e odontológica (ROLLA, 2014).

A população acima descrita possui 91,42% em nível de alfabetização, exerce predominantemente atividades agropecuárias (extração de eucalipto, criação de gado, produção de leite e derivados) e prestação de serviços, apresentando 3,93% da população com diabetes e 19,17% hipertensos (ROLLA, 2014).

A Unidade de Saúde da Família Maria de Lourdes Fraga – Alfié, local de desenvolvimento deste projeto, abrange os distritos de Alfié, Estiva, Mina, Barro Preto, Vieiras, Carvão, Fazenda do Engenho, Glória, Pintos, Bom Tempo, Esperança, São Nicolau do Gandara, Charneca, Bicudo, Morro da Sela, Gandara, Ponte, Índia, Misericórdia, Bom Sucesso, Sapé, Marianos, Monjolos, Serra de Cima, Serra de Baixo, Cachoeira, Pedra Branca, Posto Agropecuário, Água Limpa de Cima e Água Limpa de Baixo, sendo agrupados em 06 micro-áreas. Destes, apenas

80,91% da população utilizam como método de tratamento da água a filtração; 1,76% utilizam a fervura da água e 17,33 % utilizam a água sem nenhum tipo de tratamento. Possuem rede elétrica, fornecida pela Companhia Energética do Estado de Minas Gerais (CEMIG) 97,55% da população. Apresenta sistema de esgoto em sua residência 65,35% da população, se utiliza de fossa 19,38% e está exposta ao esgoto a céu aberto 4,11% dela. Quanto à coleta pública do lixo 22,91% da população se utilizam deste, 72,98% queimam e/ou enterram seu lixo e 15,27% está exposto ao lixo a céu aberto (ROLLA, 2014).

A comunidade conta ainda com uma escola de Ensino fundamental, um cartório de ofícios, uma unidade do Projeto “*Esperanza Brazil*”.

A eSF Maria de Lourdes Fraga conta com uma unidade sede no distrito rural de Santana do Alfié e pelos postos de apoio nos distritos rurais de Ponte, Bom Tempo, Pintos e Gandara. O horário de funcionamento da ESF é de 07:00 às 17:00 horas de segunda a sexta-feira.

Embora com quatro meses de atuação na Unidade de Saúde Maria de Lourdes Fraga/Alfié – São Domingos do Prata, notam-se alguns pontos deficientes que podem ser melhorados, tanto estruturalmente, como em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Entre os problemas identificados destacou-se a inexistência de um cronograma e de critérios para a priorização de visitas domiciliares aos pacientes do território. Isto influencia diretamente a qualidade do serviço prestado, uma vez que não obedece ao princípio de equidade do Sistema único de Saúde.

2 JUSTIFICATIVA

O atual sistema de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), fundamenta-se na Atenção Básica à Saúde (ABS), a qual constitui “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 2002 p.11). Tais ações são operacionalizadas mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, o que se denomina Estratégia de Saúde da Família (ESF). As eSF são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada (FARIA *et al.*, 2010).

Segundo a atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), é característica do processo de trabalho das equipes de atenção básica a realização de atenção domiciliar, que é

[...] destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos BRASIL, 2012, p.42).

Desta forma, a prática sistemática das visitas domiciliares aos usuários pela equipe de saúde da ESF busca dar corpo ao novo modelo assistencial que preconiza a integralidade da atenção, promoção de saúde, enfoque familiar, desenvolvimento de corresponsabilidades, humanização da assistência e formação de vínculo entre profissionais e população territorializada (MANDU *et al.*, 2008).

No entanto, nota-se que o perfil das famílias não é uniforme. Algumas famílias são compostas por usuários que demandam maior necessidade de acompanhamento pela equipe de saúde, uma vez que possuem grande dificuldade de acesso às unidades de saúde por conta de limitações físicas, seja por comorbidades relacionadas à idade avançada, doenças neurológicas ou sequelas de traumas ou até limitações sociais, como a inexistência de algum cuidador na família capaz de transportar o usuário até a unidade.

Vislumbrando o princípio do SUS da equidade, o que na prática significa tratar desigualmente os desiguais, é necessário a realização da priorização de tais

famílias. Trabalho semelhante a este foi desenvolvido por Coelho e Savassi, através da elaboração de uma escala de estratificação de risco definindo o potencial de adoecimento de cada núcleo Familiar (riscos sociais e de saúde). Este instrumento utiliza dados da Ficha A do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) e outros, disponíveis na rotina das equipes de saúde da família (COELHO; SAVASSI, 2004; BRASIL, 2012).

Somam-se a isto outros problemas como: número insuficiente de profissionais especializados para encaminhamento; obstáculos geográficos e de logística para atendimento no território; inadequado saneamento básico; baixa adesão das mães à realização de puericultura; manejo ineficiente de pacientes com feridas crônicas e inexistência de um cronograma e de critérios para a organização de visitas domiciliares aos pacientes do território. Após a análise das situações problemáticas pela equipe, esta última situação, foi escolhida como prioridade para a realização de intervenção.

Analisando a necessidade de alcançar e garantir os princípios do SUS e da Atenção Básica, além de gerar melhoria no serviço prestado pela equipe de saúde, bem como transformar o caráter curativo das visitas domiciliares para um caráter preventivo, a equipe de saúde da ESF Maria de Lourdes Fraga – Alfié vislumbrou a necessidade de organizar a prática das visitas domiciliares

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção com vistas à organização das visitas domiciliares por meio de sistematização na ESF Maria de Lourdes Fraga, Alfié, São Domingos do Prata, Minas Gerais,

4 METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como um projeto de intervenção que tem como objetivo propor a organização das visitas domiciliares por meio de sistematização, na ESF Maria de Lourdes Fraga, Alfié, São Domingos do Prata, Minas Gerais.

Em busca da referência teórica para a realização do trabalho, foi realizado um levantamento das definições organizacionais das visitas domiciliares em documentos do Ministério da Saúde do Brasil, IBGE, em guias de atenção básica disponíveis na biblioteca virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG (NESCON-UFMG). A fim de se entender novas formas de organizações das visitas domiciliares em equipes de ESF, foram utilizados artigos encontrados em pesquisa no Google acadêmico, na Biblioteca Virtual em Saúde (BvS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), que obedeceram aos seguintes filtros: publicação em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, no período de 2000 a 2014 e que apresentassem correlação ao tema estudado, com exceção de legislações e outras publicações básicas anteriores, sendo utilizados os seguintes descritores: “atenção primária à saúde”, “visita domiciliar”, “saúde da família” e “atenção domiciliar”. Foram encontrados 93 artigos que obedeceram estes critérios, sendo selecionados os 15 mais relevantes.

A sistematização das visitas ocorrerá pela aplicação de critérios de classificação de prioridades selecionados dos documentos da revisão bibliográfica, pela criação de um cadastro que identifique quais famílias são as mais necessitadas de acompanhamento domiciliar na área de abrangência da ESF e pela proposta de uma rotina para a realização das visitas domiciliares, estabelecendo uma frequência mínima de visitas pelo médico e enfermeiro ao longo do ano.

Por fim, as informações contidas nos artigos e os dados do diagnóstico situacional serviram de base para o desenvolvimento do plano de ação.

Os dados utilizados na realização do diagnóstico situacional foram utilizados na construção do plano de ação do Projeto de Intervenção, tendo como referência os dez passos propostos no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família (CAMPOS, FARIA; SANTOS, 2010) e que nortearam todo o processo, sendo eles:

- a) Primeiro passo: definição dos problemas (o que causou os problemas e suas consequências);

- b) Segundo passo: priorização dos problemas (avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios);
- c) Terceiro passo: descrição do problema selecionado (caracterização quanto a dimensão do problema e sua quantificação);
- d) Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);
- e) Quinto passo: seleção dos “nós críticos” (causas mais importantes a serem enfrentadas);
- f) Sexto passo: desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações);
- g) Sétimo passo: identificação dos nós críticos (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);
- h) Oitavo passo: análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição);
- i) Nono passo: elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações);
- j) Décimo passo: desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família

Atenção primária à saúde, também denominada Atenção Básica, de forma abrangente pode ser definida como, estratégia de organização do sistema de serviços de saúde, onde se pretende apropriar, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer as demandas e necessidades da população. Neste ponto a Atenção Primária insere-se num sistema integrado de saúde (MENDES, 2002).

Este nível de atenção é desenvolvido por meio da execução de práticas gerenciais e sanitárias, de maneira democrática e participativa e trabalho integrado, objetivando atender as populações de territórios delimitados (BRASIL, 2006). Assim sendo, passa a assumir responsabilidade sanitária, uma vez que irá conhecer a dinamicidade do território que abriga esta população (MENDES, 2002).

A Atenção Básica está alicerçada nos seguintes fundamentos:

Possibilitar acesso universal aos serviços de saúde, sendo estes resolutivos e de qualidade, servindo como porta de entrada referencial do sistema. Integralidade em todos os aspectos, inclusive na integração e articulação das ações, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Desenvolver vínculo entre a equipe de saúde e a população assistida. Valorizar o profissional de saúde, criando meios para seu desenvolvimento. Avaliar e acompanhar resultados propostos e alcançados. Estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006, p.20).

Os sistemas de saúde orientados pela Atenção Primária estão associados a custos mais baixos, melhores indicadores de saúde, diminuição no uso de medicamentos e também maior satisfação da população (MENDES, 2002).

Para que isto aconteça de forma efetiva, a Atenção Primária deve estabelecer um papel de centro de comunicação de uma rede horizontal integrada de saúde. Deverá então cumprir três funções: Papel resolutivo (resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população); Papel organizador (organizar as referências e contra referências das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde e Papel de responsabilidade (assumir também a corresponsabilidade pela saúde dos cidadãos em quaisquer nível de atenção que este esteja no momento inserido) (MENDES, 2002).

O Programa de Saúde da Família foi criado, no Brasil, pelo Ministério da Saúde em 1994, todavia este sofreu a influência externa de diversos modelos de saúde da família, principalmente do Canadá, Cuba e Inglaterra; todavia as origens estão no Programa de Agentes de Saúde fundado no estado do Ceará em 1978 (MENDES, 2002).

Veio no intuito de substituir o modelo tradicional, priorizando as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos considerando sua família, independente o ciclo de vida que estejam (crianças, adolescentes, jovens, adultos ou idosos), sadios ou portando alguma enfermidade (MENDES, 2002).

De acordo com a Portaria 648 GM-MS de 28 de março de 2006, ESF visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com o preconizado pelo SUS. Deve obedecer aos mesmos princípios da ABS, todavia terá caráter substitutivo em relação às unidades tradicionais. Obedecem a um território sanitário definido, onde a população adscrita é cadastrada, e através de um diagnóstico situacional e possível conhecer os problemas de saúde da população sendo possível pactuar com a própria comunidade a resolução do mesmo. O planejamento das ações e a programação são baseados no diagnóstico realizado. Além disso deve haver uma integração com as sociedade civil organizada e instituições sendo assim um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006).

O modelo de atenção voltado para a Saúde da Família, na experiência brasileira, tem proporcionado diversas mudanças positivas na relação entre os profissionais de saúde e a população, na estruturação e reestruturação dos serviços de saúde e no padrão de assistência à saúde oferecida à população pelo sistema público de saúde (COSTA NETO, 2000).

A ESF está inserida teoricamente ao campo da vigilância saúde. Desta forma praticamente toda sua atuação está baseada em um território definido, e centralização em ações de promoção à saúde e prevenção, não priorizando a prática clínica e a abordagem individual (FRANCO, 2014).

O PSF tem ainda como diferencial a noção ampliada de saúde, de forma que, através da humanização, busca a satisfação do usuário, acreditando que isto trará resultados positivos (FACCHINI *et al.*, 2014) Entre os pilares da Estratégia Saúde da Família está a Atenção Domiciliar.

Esta, pode ser definida, de forma abrangente, como as ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, desenvolvidas em domicílio (BRASIL, 2006).

5.2 Atenção Domiciliar e Estratégia Saúde da Família

O cuidado domiciliar é tão antigo quanto a existência da família. Assim sendo, quando se refere a “atenção domiciliar” trata-se de apenas uma fração da prática de cuidado domiciliar, que se refere à assistência de profissionais de saúde e cuidadores familiares (BRASIL, 2012).

A Estratégia Saúde da Família conjectura a visita domiciliar como tecnologia de interação no cuidado à saúde. Trata-se de “um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população”. Isto favorece a vinculação do profissional com a família ao passo que favorece a compreensão de fatores importantes da dinâmica familiar. A atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central da visita domiciliar, para o planejamento de ações que causem verdadeiro impacto. Deve-se considerar o modo de vida e os recursos de que as famílias dispõem e compreender o contexto de vida dos usuários dos serviços de saúde e suas relações familiares (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009, p.1104).

O Agente Comunitário de Saúde, componente estratégico da Equipe de Saúde da Família, tem como uma das atribuições visitar mensalmente a totalidade das famílias da sua área de abrangência. Já os demais profissionais da equipe têm também a função de realizar visitas domiciliares, todavia, segundo o Anexo I da Portaria nº 648/GM “quando indicado, ou necessário”, tornando imprescindível priorizar as famílias com maior risco.

Constituem-se objetivos da visita domiciliar, segundo Lacerda *et al.* (2006):

- Conhecer o domicílio e suas características ambientais, identificando socioeconômicas e culturais.
- Verificar a estrutura e a dinâmica familiares com elaboração do genograma ou familiograma ou ecomapa.
- Identificar fatores de risco individuais e familiares.
- Prestar assistência ao paciente no seu próprio domicílio, especialmente em caso de acamados.

- Auxiliar no controle e prevenção de doenças transmissíveis, agravos e doenças não transmissíveis, estimulando a adesão ao tratamento, medicamentoso ou não.
- Promover ações de promoção à saúde, incentivando a mudança de estilo de vida.
- Propiciar ao indivíduo e à família, a participação ativa no processo saúde-doença.
- Adequar o atendimento às necessidades e expectativas do indivíduo e de seus familiares.
- Intervir precocemente na evolução para complicações e internações hospitalares.
- Estimular a independência e a autonomia do indivíduo e de sua família, incentivando práticas para o autocuidado.
- Aperfeiçoar recursos disponíveis, no que tange a saúde pública, promoção social e participação comunitária.

Araújo *et al.* (2006) definiram as visitas domiciliares “como uma ferramenta fundamental na atenção primária à saúde promovida pelo PSF”. Isto porque é capaz de oferecer um atendimento àqueles que possuem dificuldades de acesso ao serviço de saúde pública, ou seja, a proporção menos privilegiada nos programas assistenciais até então estabelecidos. Todavia, segundo os mesmos autores, há uma imensa necessidade de adequações técnicas, visando otimizar o tempo e os recursos da ESF, e a melhor maneira de se fazer isto é uma sistematização da programação e execução das visitas domiciliares.

Conforme afirmam Coelho e Savassi (2004), o mesmo princípio de equidade, que é tratar desigualmente os desiguais, preconizado no Sistema Único de Saúde, dever ser obedecido na organização das visitas domiciliares. Os mesmos autores desenvolveram um instrumento de classificação de risco das famílias denominado Escala de Risco Domiciliar Coelho-Savassi (ERF-CS), que foi desenvolvido a priori no município de Contagem, Minas Gerais. Baseia-se na ficha A do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) que é preenchida pelos Agentes Comunitários de Saúde na primeira visita domiciliar. A partir dos dados obtidos foi estabelecidos escores de 0 a 3. O grau de risco é obtido pela soma dos escores,

sendo classificadas em risco menor, risco médio e risco máximo. Vários estudos posteriores corroboraram a utilidade da ERF-CS (SAVASSI; COELHO; LAGE, 2012).

.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Definição dos Problemas

Através do diagnóstico situacional foram identificados os seguintes problemas:

- Número insuficiente de profissionais no NASF;
- Pouca adesão das mães à realização de puericultura
- Dificuldade para consultas com profissionais de algumas especialidades médicas como Oftalmologista, Endocrinologista, Nefrologista e outras;
- Baixa adesão dos profissionais ao sistema de contra referência e dos pacientes em retornar à atenção primária após realizar atendimento no NASF e com médicos especialistas;
- Existência de um grande número de distritos e povoados no território, separados por alguns obstáculos geográficos.
- Existência de várias unidades de apoio, que muitas vezes não tem a mesma estrutura da unidade sede.
- Aproximadamente 17% da população utilizam água sem nenhum tipo de tratamento;
- Aproximadamente 4% da população mantém o esgoto a céu aberto;
- Aproximadamente 15% da população deixa o lixo a céu aberto;
- Inexistência de um cronograma e de critérios para a organização de visitas domiciliares aos pacientes do território;
- Existência de apenas 01 veículo para o trabalho do médico, enfermeira, técnicas de enfermagem e agentes de saúde

6.2. Priorização dos Problemas

Dos problemas levantados priorizou-se a “Inexistência de um cronograma e de critérios para a priorização de visitas domiciliares aos pacientes do território”:

6.3. Descrição do Problema

Notou-se que na ESF Alfié, inexistiu um conjunto de critérios para que os pacientes sejam priorizados como demandantes de visitas domiciliares, bem como não há um cronograma estipulando a frequência com que os pacientes serão visitados.

Nos meses de Junho a Julho de 2014, foram realizadas vinte visitas domiciliares a dezesseis pacientes diferentes, sendo que, destes, apenas dez se apresentavam acamados, com doenças incapacitantes ou sequelas de doenças neurológicas. Os outros seis pacientes apresentavam-se em plenas condições físicas e sociais de deslocamento à unidade de saúde. Além disso, não se observou no prontuário uma periodicidade padrão na realização de visitas domiciliares a esses pacientes.

Nota-se que para a resolução de um problema, é necessário o desenvolvimento de ações que irão modificar tal problema (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Tais ações caracterizam operações que objetivam alterar os nós críticos. Desta forma, temos no quadro1, o desenho de operações para os “nós críticos” caracterizados anteriormente do problema descrito.

6.4 Explicação do Problema

A inexistência de critérios para a priorização dos pacientes como demandantes de visitas domiciliares contribuiu para a realização de procedimentos/ações ineficientes e/ou sem a real necessidade do usuário para aquele determinado momento, além do prejuízo na otimização do tempo dos profissionais de saúde, uma vez que, sem os critérios a maioria das visitas domiciliares são realizadas à pacientes com condições físicas e sociais propícias aos atendimentos na unidade de saúde e paralelo a isso os pacientes que realmente encontram dificuldades de acesso à unidade passam a ter contato com os profissionais de saúde com uma frequência reduzida ao longo do ano.

Percebe-se que a inexistência de um cronograma estipulando a frequência com que esses pacientes serão visitados contribuiu para que tais visitas apenas sejam realizadas após a solicitação dos familiares, na maioria das vezes com o

intuito de resolver algum problema emergente, o que acarreta um caráter predominantemente curativo.

6.5 Seleção dos Nós Críticos

Desta maneira, identificou-se s os seguintes “nós críticos” da inexistência de critérios para a priorização das visitas domiciliares:

- Desorganização da equipe;
- - Desconhecimento da população sobre seus direitos e sobre as reais necessidades de visitas domiciliares da equipe de saúde e visão curativa do atendimento à saúde;

6.6. Desenho das operações

Nota-se que para a resolução de um problema, é necessário o desenvolvimento de ações que irão modificar tal problema (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Tais ações caracterizam operações que objetivam alterar os nós críticos. Desta forma, temos no quadro 1, o desenho de operações para os “nós críticos” do problema descrito e caracterizados anteriormente.

Quadro 1 – Desenho de Operações para os “nós críticos”.

Nó Crítico	Projeto	Resultado	Produto	Recursos
Desorgani zação da Equipe	“Organização de Ouro” Buscar critérios para a priorização de visitas e criar uma rotina de frequência para as VDs.na ESF Alfié	Ter o processo de visitas domiciliares organizado, com critérios, criar uma lista de pacientes priorizados, bem como a frequência dessas visitas.	Critérios para a priorização de visitas domiciliares. Lista de pacientes prioritários. Agenda organizada.	1- Cognitivo: Pesquisa do tema, técnicas para aplicação de escalas de priorização, levantamento de dados. 2- Financeiro: Aquisição de impressos para aplicação de escalas

				<p>e confecção das listas de pacientes.</p> <p>3-Organizacional: Elaboração de plano para a organização, priorização, e definição de frequência das visitas domiciliares.</p> <p>Reservar horários para as visitas domiciliares na agenda.</p>
<p>Visão Curativa e Desconhecimento da População sobre seus direitos</p>	<p>“Melhor Prevenir” Orientar a população da necessidade de visitas com caráter preventista.</p>	<p>População consciente de quais os critérios para a priorização do atendimento domiciliar e a importância do seu caráter preventivo.</p>	<p>Discussão e Orientação da população.</p>	<p>1- Cognitivo: Pesquisa do tema, técnicas de didática para conscientização da população.</p> <p>2-Financeiro: Emissão de panfletos para afixar com informações-chaves nos postos de atendimento.</p> <p>3- Organizacional: Planejamento de quais informações serão transmitidas à população.</p>

Fonte: Diagnóstico Situacional de Saúde da ESF Maria de Lourdes Fraga, São Domingos do Prata, 2014.

6.7 Identificação dos Recursos Críticos

Após o desenho da operação, o próximo passo é a identificação dos recursos críticos. O objetivo desse passo é identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação. Esses recursos são descritos no quadro 2:

Quadro 2 – Recursos críticos para a prática das operações.

Projeto	Recursos Críticos
“Organização de Ouro”	<p>-Cognitivo: Revisão da literatura sobre formas de Priorização de visitas domiciliares. Pesquisa sobre frequências recomendadas para realização de visitas domiciliares. Desenvolvimento de técnicas para aplicação da escala. Montagem da lista de pacientes priorizados. Atualização constante da lista.</p> <p>-Organizacional: Plano de Organização das Visitas Domiciliares, Instrução das ACS. Definição de frequência das visitas domiciliares; Reservar horários para as visitas domiciliares na agenda. Discussão dos casos em equipe.</p> <p>-Financeiro: Aquisição de impressos para aplicação de escalas e confecção das listas de pacientes.</p> <p>-Político: Articular com os demais integrantes da equipe, principalmente os agentes comunitários de saúde, a realização da classificação de risco e com Enfermeira a organização da agenda.</p>
“Melhor Prevenir”	<p>-Cognitivo: Estudo do tema e técnicas de didática.</p> <p>-Financeiro: Recursos financeiros para a confecção de material instrutivo.</p> <p>-Organizacional: Padronização de informações transmitidas à população.</p>

Fonte: Diagnóstico Situacional de Saúde da ESF Maria de Lourdes Fraga, São Domingos do Prata, 2014.

6.8 Análise da Viabilidade do Plano

A análise de viabilidade do plano baseia-se na ideia de que o planejador não controla todos os recursos necessários para executar o plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Dessa maneira, faz-se necessária a identificação de quais sujeitos controlam os recursos críticos. Após isso, analisar posicionamento desses sujeitos em relação ao problema e definir ações estratégicas para motivá-lo a disponibilizar/solucionar tais recursos.

Quadro 3 – Análise da viabilidade das operações propostas.

Operação	Recurso Crítico	Controle dos Recursos Críticos		Ação Estratégica
		Ator que controla	Motivação	
“Organização de Ouro”	Cognitivo: Revisão Literária; Pesquisa sobre frequências recomendadas; Desenvolvimento de técnicas para aplicação da escala. Montagem da lista.	Médico, Enfermeira, Técnicos e ACS.	Favorável	Não é necessária
	-Organizacional: Plano de Organização das Visitas Domiciliares, Instrução das ACS. Definição de frequência das visitas domiciliares; Reservar horários para as visitas domiciliares na agenda. Elaboração de impressos.	Médico e Enfermeira da ESF	Favorável	Não é necessária
	-Financeiro: Aquisição de impressos para aplicação de escalas e confecção das listas de pacientes.	Gestão Municipal de Saúde (GMS)	Indiferente	Sensibilizar a gestora a disponibilizar os recursos e impressos.
	-Político: Articular com os demais integrantes da equipe, principalmente os agentes comunitários de saúde, a realização da classificação de risco das famílias/pacientes e com Enfermeira para	Médico, Enfermeira, Técnicos e ACS.	Favorável	Apresentar o plano de ação e sensibilizar equipe para as necessidades e melhorias

	organização da agenda.			proporcionad as pela intervenção.
“Melhor Prevenir”	-Cognitivo: Estudo do tema e técnicas de didática.	Médico e Enfermeira	Favorável	Não é necessária
	-Financeiro: Recursos financeiros para a confeção de material instrutivo.	Gestão Municipal de Saúde (GMS)	Indiferente	Sensibilizar a gestora a disponibilizar os recursos.
	Organizacional: Padronização de informações transmitidas à população.	Equipe de Saúde	Indiferente	Mostrar à equipe a necessidade de compreensão por parte da população.

Fonte: Diagnóstico Situacional de Saúde da ESF Maria de Lourdes Fraga, São Domingos do Prata, 2014.

6.9. Plano Operativo

A elaboração do “Plano Operativo” objetiva designar os responsáveis (gerentes) por todas as operações e definir seus respectivos prazos.

O gerente da ação responsabiliza-se por acompanhar a execução das ações definidas, garantindo que sejam realizadas de forma coerente e sincronizadas.

No quadro 4, evidencia-se o plano operativo do projeto de intervenção para a “Organização e priorização das visitas domiciliares na ESF Alfié”.

Quadro 4 – Plano Operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ação Estratégica	Responsável	Prazo
“Organização de Ouro”	Organizar por meio de critérios o processo de visita	Critérios para a priorização de visitas domiciliares	Estudo do tema	Médico	15 dias
			Identificação de critérios de priorização	Médico	5 dias

	domiciliar; - Criar uma lista de pacientes prioritizados; - Definição de frequência de visitas.	Lista de pacientes prioritários. Agenda organizada.	Sensibilização da gestão de saúde para disponibilização de recursos.	Enfermeira	3 dias
			Capacitação das ACS Aplicação dos critérios Listagem de pacientes prioritizados	Médico e Enfermeira	90 dias
			Organização da agenda	Médico e Enfermeira	30dias
“Melhor Prevenir”	- População consciente de quais pacientes possuem maior necessidade de visitas domiciliares - População consciente da importância do seu caráter preventivo.	Discussão e Orientação da população.	Estudo do tema Capacitação da Equipe	Médico e Enfermeira	15 dias
			Elaboração de Impressos	Equipe de Saúde	15 dias
			Orientação individual Orientação em grupos	Equipe de Saúde	Contínua

Fonte: Diagnóstico Situacional de Saúde da ESF Maria de Lourdes Fraga, São Domingos do Prata, 2014.

6.10 Acompanhamento do Plano de Ação.

Durante a fase de implementação do projeto de intervenção , haverá reuniões mensais com a equipe de saúde a fim de acompanhar e se necessário reestruturar o plano afim de alcançar o objetivo esperado. O quadro 5 demonstra o cronograma de atividades durante este processo

Operação	Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
“Organização de Ouro”	Critérios para a priorização de visitas domiciliares	Médico e Enfermeira	15 dias			
	Lista de pacientes prioritários.	Médico e Enfermeira	30 dias			
	Agenda organizada	Médico e Enfermeira	90 dias			
Melhor Prevenir	Discussão e Orientação da população	Equipe de Saúde	Contínuo			

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do exposto, conclui-se que para o início da resolução dos problemas existentes no contexto da estratégia de saúde da família, é de suma importância a realização do diagnóstico situacional do sistema de saúde local, uma vez que este proporciona uma visão ampla de vários problemas e permite após isso, o estabelecimento de prioridades. Depois do diagnóstico da Equipe de Saúde da Família Maria de Lourdes Fraga fica evidente a necessidade da sistematização e priorização das visitas domiciliar, fazendo cumprir o princípio da equidade previsto na organização do Sistema Único de Saúde.

A classificação de risco familiar, através da Ficha A, é importante na definição de prioridades para realização das visitas domiciliares. A sistematização destas visitas dá-se por meio de planejamento, execução e avaliação conjunta e integrada de toda a equipe de Saúde da Família, e não apenas pautada única e exclusivamente na figura do Agente Comunitário de Saúde.

A implantação dos projetos “Organização de Ouro” e “Melhor Prevenir” fará com que a equipe Saúde da Família Maria de Lourdes Fraga, de São Domingos do Prata tenha instrumentos para visualizar os usuários de maior necessidade, proporcionando assim um cuidado mais humanizado e resolutivo, atendendo as necessidades da população.

REFERENCIAS

ARAÚJO, Francisco Evangelista de; COSTA, Leonardo Lanzotti da, VILASBOAS, Lucas, DANTAS, Denise Kurschus de Oliveira. Características das Visitas Domiciliares pelo Médico de uma Equipe de Saúde da Família- Tiradentes- MG. **Revista APS**, v.9, n.1, p. 15-19, jan./jun. 2006.

ALBUQUERQUE, Adriana Bezerra Brasil de; 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**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 5, May 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000500017&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000500017>

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família**. 2002. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acesso em 23 jul. 14.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 21 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília. 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>. Acesso em 20 jul. 14.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**, 2013a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 21 maio 2014.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Perfil Municipal: São Domingos do Prata**. Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil 2013. 2013b. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/sao-domingos-do-prata_mg>. Acesso em 23 mai. 14.

BRASIL(a). DATASUS. **Tecnologia da Informação a Serviço do SUS**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br>>. Acesso em 20 mai. 14.

BRASIL(b). Índice de Desenvolvimento da Educação Básica. Disponível em: <<http://www.portalideb.com.br/cidade/2972-sao-domingos-do-prata/ideb>>. Acesso em 21 mai. 14.

CAMPOS, F.C.C; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 118p.

COELHO, L. F. G.; SAVASSI, L. C. M.. Aplicação da escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Brasil. 2004. Disp. em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2145.pdf>. Acesso em 27 jul. 14.

COSTA NETO, Milton Menezes da. **Educação Permanente**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000

FARIA, H. P. de; COELHO, I. B; WERNECK, M. A. F.; SANTOS, M. A. **Modelo assistencial e atenção básica em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG/COPEMED., 2010. 68p.

FACCHINI, Luiz Augusto; PICCINI, Roberto Xavier; TOMASI, Elaine, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.11 n.3, Jul/Set 2006.

FRANCO. Túlio. **PSF: Contradições e novos desafios**. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/cns>>. Acesso em 10 jun. 2014, às 16 horas.

LACERDA, M.R.; GIACOMOZZI, C.M.; OLINISKI, S.R.; TRUPPEL, T.C. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 15, n.2, p 88-95, 2006.

MANDU, E. N. T.; GAÍVA, M.A.M.; SILVA, M.A.; SILVA, A.M.N.. Visita Domiciliária sob a visão de usuários do Programa Saúde da Família. **Texto & Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, 2008. Jan-Mar; 17(1): 131-40.

MENDES, E, V..**A Atenção Primária à Saúde no SUS**.Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002

ROLLA, T. S; **Diagnóstico situacional da ESF Maria de Lourdes Fraga**. São Domingos do Prata, 2014.

SAO DOMINGOS DO PRATA, **Diagnóstico Local de Saúde**. Secretaria Municipal de Saúde. 2012.

SAO DOMINGOS DO PRATA, **Relatório Anual de Gestão 2013**. Secretária Municipal de Saúde. 2013.

SAO DOMINGOS DO PRATA, Prefeitura Municipal. Disponível em <<http://www.saodomingosdoprata.mg.gov.br/index.php>>. Acesso em 21 mai. 2014.

SAVASSI, LCM, LAGE, JL; COELHO, FLG. **Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a escala de risco familiar de Coelho-Savassi JMPHC** - ISSN 2179 - 6750. v. 3, n. 2, pp. 179-85 (2012). ISSN 2179 -6750. Disponível em <http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/66/61>