

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

CRISTIANE PEREIRA GUIMARÃES

**ASSISTÊNCIA DOMICILIAR DO ENFERMEIRO:
PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL - UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE ALMERINDO ALVES BARBOSA FARIAS DO MUNICÍPIO DE
JANAÚBA / MG**

Montes Claros – MG
2014

CRISTIANE PEREIRA GUIMARÃES

**ASSISTÊNCIA DOMICILIAR DO ENFERMEIRO:
PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL - UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE ALMERINDO ALVES BARBOSA FARIAS DO MUNICÍPIO DE
JANAÚBA / MG**

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

Orientador: Fernanda Magalhães Duarte Rocha.

Montes Claros – MG

2014

CRISTIANE PEREIRA GUIMARÃES

**ASSISTÊNCIA DOMICILIAR DO ENFERMEIRO:
PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL - UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE ALMERINDO ALVES BARBOSA FARIAS DO MUNICÍPIO DE
JANAÚBA / MG**

BANCA EXAMINADORA:

Fernanda Magalhães Duarte Rocha - Orientador

Profa. Ms. Eulita Maria Barcelos - Examinador

Aprovado em Montes Claros: 06/08/2014

RESUMO

A visita domiciliar é o instrumento de realização da assistência domiciliar. O enfermeiro é um dos profissionais mais atuante e próximo à equipe, isso possibilita o apoio e coordenação das atividades e o planejamento junto com a equipe às intervenções necessárias à saúde do usuário. Este trabalho tem como objetivo realizar um projeto de intervenção utilizando o modelo do Planejamento Estratégico Situacional na Unidade Básica de Saúde Almerindo Alves Barbosa Farias do Município de Janaúba-MG com foco na assistência do enfermeiro nas visitas domiciliares. O Planejamento Estratégico Situacional é utilizado como um instrumento flexível para identificação e resolução de problemas. A intervenção está embasada em dez passos que compreendem: definição dos problemas, priorização dos problemas, descrição do problema selecionado, explicação do problema, seleção dos “nós críticos”, desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise e viabilidade do plano, elaboração do plano, gestão do plano. A visita domiciliar confere ao trabalho do enfermeiro autonomia e reconhecimento perante os usuários do sistema de saúde. Através do PES é possível levantar outros debates e reflexões que visem à melhoria e mudanças nas formas de atendimento do enfermeiro nas visitas domiciliares, por isso esse assunto não se esgota e necessita ser abordado por diferentes ângulos e propostas.

Palavras-chave: Visita Domiciliar. Programa Saúde da Família. Enfermagem Familiar.

ABSTRACT

The home visit is an instrument for the attainment of home care. The nurse is one of the most active and close to the team that provides professional support and coordination of activities and the planning along with the team the necessary interventions user's health. This work aims to conduct an intervention project through the Situational Strategic Planning in the Basic Health Unit Almerindo Alves Barbosa Farias Municipality Janaúba MG - focusing of nursing home visits. The Situational Strategic Planning is used as a flexible tool for identification and resolution of problems. The intervention is rooted in ten steps that include: problem definition , prioritization of problems , problem description selected, explain the problem , selection of "We Critics" , drawing operations , identification of critical , analysis and feasibility of the plans , drafting plan , management plan. The home visit provides the study nurse autonomy and recognition by users of the health system. Through the PES is possible to raise other debates and reflections aimed at improving and changing forms of care in the nursing home visits, so this issue is not exhausted and needs to be approached from different angles and proposals.

Keywords: Home Visit. Family Health Program. Family Practice.

LISTA DE SIGLAS

ACS: Agentes Comunitários de Saúde

ACD: Atendente de consultório dentário

ESF: Estratégia Saúde da Família

HGT: Hemoglicoteste

PES: Planejamento Estratégico Situacional

PROVAB: Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica

PSF: Programa de Saúde da Família

VD: Visita Domiciliar

UBS: Unidade Básica de Saúde.

SciELO: *Scientific Electronic Library*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Problemas encontrados na visita domiciliar.....	23
Quadro 2: Priorização dos problemas encontrados na visita domiciliar.....	23
Quadro 3: Descrição dos problemas selecionados.....	23
Quadro 4: Desenho da operação.....	25
Quadro 5: Identificação dos recursos críticos.....	26
Quadro 6: Análise de viabilidade do plano.....	27
Quadro 7: Elaboração do plano operativo.....	28
Quadro 8: Gestão do plano.....	29

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
1.2 Diagnóstico situacional.....	10
1.3 Justificativa	12
1.4 Objetivos.....	14
1.4.1 Objetivo geral.....	14
1.4.2 Objetivos específicos.....	14
2. MÉTODO	15
3. BASES CONCEITUAIS	17
3.1 A assistência domiciliar no contexto da Saúde da Família	17
3.2 A Assistência domiciliar na prática do enfermeiro	20
4. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS.....	31

1. INTRODUÇÃO

A busca por estratégias que reduzem custos nas ações de saúde sempre fizeram parte das políticas públicas de saúde no Brasil. Neste contexto o Programa de Saúde da Família (PSF) ou Estratégia Saúde da Família (ESF) surge como uma proposta de estratégia de reorganização do modelo assistencial da rede básica, cujo foco são as famílias de determinado território em que se utiliza a adstrição de clientela, a definição de microárea de risco, o trabalho em equipe e a presença de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), de forma a integrar ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação (VERRI, 2006).

Uma atividade regular do programa Saúde da Família é a Visita Domiciliar (VD) realizada pelos ACS, enfermeiro e outros profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família e que, por sua expressão numérica e potencial de intervenção na relação do programa com as famílias, constitui-se em objeto privilegiado de reflexão no interior do modelo assistencial (MANDÚ *et al.* 2008).

A VD possibilita a concretização da integralidade, acessibilidade, longitudinalidade e a interação entre o profissional e o usuário e a família. A assistência de Enfermagem prestada por meio de a visita domiciliar (VD) constitui um instrumento de atenção à saúde que possibilita - a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família *in loco* - fortalecer os vínculos do paciente, da terapêutica e do profissional, assim como atuar na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos (SANTOS, 2008).

Historicamente no Brasil a visita domiciliar surgiu no século XX através das práticas sanitárias trazidas da Europa, em especial por Oswaldo Cruz, Emílio Ribas e Carlos Chagas que realizaram as intervenções domiciliárias no combate às doenças transmissíveis daquela época (SANTOS, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde a visita domiciliar é o instrumento de realização da assistência domiciliar. Sendo constituída pelo conjunto de ações sistematizadas para viabilizar o cuidado a pessoas com algum nível de alteração no estado de saúde (dependência física ou emocional) ou para realizar atividades ligadas aos PSF (BRASIL, 2003).

1.2 Diagnóstico situacional

O município de Janaúba, localizado no norte de Minas Gerais possui uma população de 66.803 habitantes em 2010 com uma densidade demográfica (hab/km²) de 30,63. O clima é semiárido, expondo a cidade a secas periódicas. Tem como atividade principal a agropecuária e o comércio em geral. Atualmente são grandes os índices de desemprego e subemprego. Nos últimos anos a violência tem se tornado um fator preocupante, mas com tudo isso Janaúba é conhecida por ser uma cidade extremamente acolhedora com um povo hospitaleiro (IBGE, 2010).

Janaúba possui uma infraestrutura de cidade de porte médio com uma área de unidade territorial (km²) 2.181,319. De acordo com o último censo do IBGE a cidade apresentou um IDH de 0,804 crescimento anual da população 0,81%, urbanização 90,67% e Densidade Demográfica 30,63 hab/km (IBGE, 2010).

Dados recentes do município referem 20 Equipes de Saúde da Família, composta por 136 médicos, 25 cirurgião dentista, 47 enfermeiros, 11 fisioterapeutas, 08 fonoaudióloga, 06 nutricionista, 10 farmacêutico, 10 assistente social, 07 psicólogo, 82 auxiliares de enfermagem e 30 técnico de enfermagem. De acordo com o DATASUS, 97% da população possui cobertura pelo programa, com despesa total com a saúde por habitantes de R\$ 279,01 reais (BRASIL, 2012).

Janaúba apresenta ainda um número total de 53 estabelecimentos, prestando ou não serviços ao SUS, sendo 17 públicos e 35 privados. No Setor público dois são do centro de Atenção psicossocial, oito do Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde, dois consultórios isolado, três Posto de Saúde, uma Unidade Móvel Terrestre, uma Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia. No setor Privado 17 são Clínica Especializada ou Ambulatório Especializado, dez consultório isolado, oito unidade de serviço de apoio de Diagnose e Terapia.

A Unidade de Saúde Almerindo Alves Barbosa Farias fica localizado na Avenida Mestre Alfredo Barbosa, número 346, bairro Rio Novo. Hoje conta com duas equipes II e IV, cada equipe apresenta 09 agentes de saúde, 01 enfermeiro, 01 médico, 01 cirurgião dentista. O funcionamento acontece de segunda-feira a sexta-feira das 07:00 horas às 17:00 horas.

Alguns dos problemas enfrentado na Unidade são referentes: à estrutura inadequada, o descumprimento de carga horária pelas equipes e falta de material na unidade. Observa-se que esta situação compromete o atendimento e desmotiva os profissionais que ali estão inseridos.

A unidade possui duas equipes de saúde e atende atualmente um total de 2.200 famílias. As equipes são identificadas através dos nomes: Equipe Saúde Total que cobre 4.210 moradores, distribuídos em 09 micro áreas; e a Equipe Construir Saúde que conta com 4.008 moradores também distribuídos em 09 microáreas.

Cada equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) Almerindo Alves Barbosa Farias é composta por 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem, 01 médico, 09 agentes comunitários de saúde, 01 cirurgião dentista e 01 ACD. A UBS ainda promove o suporte a uma pequena micro área rural que possui 109 famílias.

A unidade de saúde conta com tecnologias próprias como: salas climatizadas, salas de curativos, sala de nebulização, sala de vacinação, consultório odontológico, farmácia, transporte para APS, serviços de apoio diagnóstico. Tem ainda a garantia de referência ao: Centro Viva Vida; Hospital Regional; Fundajan e contra referência (UBS).

Os problemas detectados pelo diagnóstico situacional da UBS se destacam: uma estrutura física inadequada; o descumprimento de carga horária pelas equipes; a falta de material na unidade; e a falta de carro para as visitas domiciliares. Estas situações comprometem o atendimento e desmotiva os profissionais que trabalham na Unidade.

1.3 Justificativa

O enfermeiro é um dos profissionais mais atuantes e próximos à equipe isso possibilita o apoio e coordenação das atividades e o planejando junto com a equipe das intervenções necessárias a saúde do usuário o que torna seu trabalho reconhecido e valorizado. O profissional de saúde realiza durante a VD as ações de orientações, vigilância à saúde cadastramento e controle de casos clínicos.

No decorrer da minha prática como enfermeira em uma Unidade Básica de Saúde observei que a visita domiciliar é um instrumento de intervenção fundamental da estratégia de Saúde da Família, sendo utilizado pelas equipes de saúde para conhecer as condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Para isso, deve se utilizar as habilidades e competências não apenas para o cadastramento dessas famílias, mas também para a identificação de suas características sociais. Acerca dessa ação gostaria destacar a dificuldade em realizar a visita domiciliar na UBS devido à falta de um carro a disposição para essa finalidade.

O desenvolvimento de estudos sobre o tema de Assistência Domiciliar do Enfermeiro na Saúde da Família propiciará mais facilmente o planejamento de ações de enfermagem de acordo com condições observadas no domicílio. Assim como produzirá um melhor relacionamento do grupo familiar com o profissional de saúde, por ser um atendimento diferenciado, priorizado, sigiloso e menos formal.

Sabe-se que este tema é bastante discutido e devido à relevância no âmbito da saúde tem promovido diversas pesquisas, artigos, dissertações o que demonstra que é hora de um avanço real na prática clínica do Programa Saúde da Família.

Um questionamento surgiu após a leitura sobre a temática: Um projeto de intervenção pode melhorar o atendimento na visita domiciliar? Após exaustiva pesquisa sobre o assunto, ficou constatado que nos dia atual é comum o conviver com uma gama de problemas que mudam intensamente a capacidade dos serviços de saúde de responderem de forma eficaz às demandas por saúde na vida dos cidadãos brasileiros e isso pode ser detectado através da pouca efetividade das ações de promoção e proteção dos indivíduos e da coletividade.

Destaco que durante a minha vivência como enfermeira bolsista do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) no período de junho de 2012 até junho de 2013 experienciei dificuldades para realizar todas as visitas priorizadas pelos ACS.

Dezoito grávidas de alto risco agendas para o pré-natal não compareciam a UBS e 39 idosos acamados que precisavam de um atendimento direto. Estes pacientes necessitavam também ser acompanhados pelo profissional médico e a UBS estava sem esse profissional há oito meses.

Diante de toda essa problemática os entraves burocráticos e políticos prejudicaram o andamento das ações, conforme já destacado que a unidade não tinha carro disponível para a realização das visitas domiciliares. Portanto esse trabalho é relevante porque pode contribuir com outros profissionais enfermeiros que enfrentam essa problemática em suas práticas a incentiva-los a buscarem novos conhecimentos e estratégias de resolução para a realização eficaz das visitas domiciliares.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção utilizando o modelo preconizado pelo Planejamento Estratégico Situacional na Unidade Básica de Saúde Almerindo Alves Barbosa Farias do Município de Janaúba-MG para a visita domiciliar.

1.4.2 Objetivos específicos

- Identificar os principais problemas encontrados durante a visita domiciliar realizada pela enfermeira da UBS Almerindo Alves Barbosa Farias;
- Descrever as ações desenvolvidas pela enfermeira na visita domiciliar da UBS Almerindo Alves Barbosa Faria

2. MÉTODO

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) foi desenvolvido a partir da década de 70 por Carlos Matus. O PES é utilizado como um instrumento flexível para identificação e resolução de problemas (DIAS, *et al.*, 2012).

O PES permite ao profissional trabalhar com a complexidade dos problemas sociais, pois, possibilita a explicação de um problema a partir da visão do ator que o conhece. Esse planejamento permite a identificação das possíveis causas e a busca por diferentes modos de abordar e propor soluções. O planejamento é estruturado em cinco etapas: momento explicativo; momento normativo; momento estratégico; e momento tático-operacional (DIAS, *et al.*, 2012).

A primeira etapa foi à realização do diagnóstico situacional da área de abrangência onde foram identificados os problemas:

1-Falta de médico: Fatores condicionantes e determinantes relacionados a contrato sem garantias trabalhistas, falta de perspectiva de carreira, remuneração insatisfatória.

2-Estrutura Física Inadequada: Fatores condicionantes e determinantes relacionado a duas equipes de ESF dividindo a mesma estrutura física, pequeno espaço para realizar procedimentos clínicos, uso indevido da verba do fundo nacional de saúde.

3-Falta de recursos materiais: Fatores condicionantes e determinantes relacionados à falta de planejamento dos profissionais de saúde, uso inadequado dos recursos materiais.

4-Dificuldade frente à população em aderir e colaborar na ESF: Fatores condicionantes e determinantes relacionados à falta de compreensão da população quanto à política da ESF (permanecem com visão do modelo de saúde de assistência curativo), baixo nível socioeconômico-cultural na área adstrita.

5- Falta de carro para a realização de visita domiciliar: Fatores condicionantes e determinantes relacionados à burocracia que dificultam a realização das visitas domiciliares. Entre todos esses problemas detectados foi priorizado neste trabalho à visita domiciliar.

Para respaldar a revisão de literatura e também o plano de intervenção foi feita uma pesquisa narrativa da literatura. Esta modalidade de pesquisa permite o levantamento de uma investigação com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Uma das principais vantagens de realizar uma pesquisa bibliográfica reside no fato

deste tipo de estudo permitir ao pesquisador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente (GIL, 2008).

Para busca dos artigos foi utilizado o banco de dados SciELO e publicações do Ministério da Saúde através das palavras-chave: Visita domiciliar de Enfermagem, Programa Saúde da Família, Cuidados domiciliares de Saúde, Serviços de Enfermagem, Planejamento Estratégico.

Com a investigação bibliográfica nos periódicos correspondentes foram selecionados os artigos que atenderam os critérios de escolhas: artigos publicados no período de 2000 a 2014, em português. Os artigos selecionados foram divididos por tema, após leitura a sistematizada os assuntos de interesse do estudo foram imergindo e sobressaindo nos fichamentos. Posteriormente foi elaborado o projeto de intervenção.

O diagnóstico situacional foi realizado com base nos problemas encontrados na visita domiciliar:

- a) Grávidas de risco: pré-eclampsia, diabetes gestacional e retardo do crescimento uterino.
- b) Idoso acamado os principais problemas detectados: formação de úlcera de pressão e incontinência urinária.

Com base nesses problemas foi realizado o diagnóstico situacional cumprindo as etapas dentro da proposta do PES. Especificamente essa intervenção esta embasada em dez passos assim compreendidos: Definição dos problemas; Priorização dos problemas; Descrição do problema selecionado; Explicação do problema; Seleção dos “Nós Críticos”; Desenho das operações; Identificação dos recursos críticos; Análise e viabilidade do plano; Elaboração do plano; Gestão do plano.

3. BASES CONCEITUAIS

3.1 A assistência domiciliar no contexto da Saúde da Família

As equipes básicas de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF) devem ser capazes de "planejar, organizar, desenvolver e avaliar as ações que respondam às necessidades da comunidade e de articular os diversos setores envolvidos na promoção da saúde" (LIONELLO *et al.* 2012, p. 104).

A equipe da ESF é composta geralmente por 01 médico, 01 enfermeira, 01 técnicos de enfermagem e no máximo 12 agentes comunitários de saúde. Cada equipe fica responsável por no máximo 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas (BRASIL, 2011).

Os profissionais na ESF possuem como atribuições a realização do cuidado em saúde da população local tanto na unidade de saúde quanto no domicílio (LIONELLO *et al.* 2012).

A atenção domiciliar a saúde é um modelo que surgiu como resposta às inúmeras alterações que passou a sociedade brasileira no decorrer da história do sistema de saúde no Brasil com a implantação do Sistema Único de Saúde (LACERDA *et al.* 2006).

Entre as principais alterações que a sociedade brasileira enfrentou ao longo dos anos estão à transição demográfica; a mudança no perfil epidemiológico da população; o desenvolvimento de equipamentos tecnológicos; o aumento da procura por cuidados de saúde; os custos do sistema hospitalar cada vez mais elevado; o interesse dos profissionais de saúde por novas áreas de atuação; a exigência por maior individualização, privacidade e humanização da assistência à saúde, existindo também uma maior necessidade de integração entre a equipe de saúde e a família (LACERDA *et al.* 2006).

A atenção domiciliar é definida como uma terminologia comum que envolve no domicílio as ações desenvolvidas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação (BRASIL, 2005).

As ações de saúde são realizadas no domicílio do paciente por uma equipe multiprofissional, os profissionais envolvidos neste processo realizam o diagnóstico da realidade em que o paciente está inserido, com vista à promoção, manutenção e/ou restauração da saúde, portanto, é uma atividade que envolve não só os diferentes profissionais da área da saúde, como

também o cliente e sua família, visando ao estabelecimento da saúde como um todo (LACERDA, 2005).

O atendimento no domicílio propicia para os profissionais de saúde o desenvolvimento de atividades de maneira que o paciente perceba que pode diminuir ou até eliminar os fatores que colocam em risco a sua saúde participando assim no seu processo de saúde/doença e não ficando apenas com as informações trazidas pelos profissionais (ARAÚJO, 2008).

A atenção domiciliar à saúde é um dos meios que o profissional da ESF promove através recursos locais disponíveis a família, o indivíduo e a comunidade sua participação no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários em saúde (ARAÚJO, 2008).

A assistência no domicílio promove também o conhecimento dos profissionais de saúde para a pessoa em sua própria casa, cujo objetivo final é o bem estar, além de contribuir para a qualidade de vida e para o funcionamento do estado de saúde, substitui o cuidado hospitalar (LACERDA, 2005).

O atendimento domiciliar pode propiciar um contato mais estreito dos profissionais de saúde com o paciente e seus familiares em seu próprio meio, podendo este momento ser útil para uma avaliação das condições que o cercam, por vezes, de grande importância para o sucesso do acompanhamento. O atendimento domiciliar é, portanto, um conjunto de ações que busca a prevenção de um agravo à saúde, a sua manutenção por meio de elementos que fortaleçam os fatores benéficos ao indivíduo e, concomitantemente, a recuperação do cliente já acometido por uma doença ou sequela (ARAÚJO, 2008).

O atendimento domiciliar envolve ainda a realização de orientação, ações educativas, demonstração de procedimentos técnicos a ser ensinada ao cliente ou ao seu cuidador, e também a delegação da execução de procedimentos pela equipe multiprofissional no domicílio do cliente. (DRULLA *et al.* 2004)

A visita domiciliar é o termo mais difundido no sistema de saúde no Brasil e nas práticas de saúde na comunidade, pois é durante esta ação que é acontece o contato dos profissionais de saúde com as populações de risco e seus familiares e nesta ocasião a coleta de informações e/ou orientações (ARAÚJO, 2008).

É durante a visita domiciliar que são desenvolvidas as ações de orientação, educação, levantamento de possíveis soluções de saúde, fornecimento de subsídios educativos, para que os indivíduos atendidos tenham condições de se tornar independentes (ARAÚJO, 2008).

A visita domiciliar pode ser útil ainda na intervenção no processo saúde e doença de indivíduos ou o planejamento de ações visando à promoção da saúde coletiva. Portanto a visita domiciliar é uma forma de assistência domiciliar à saúde, que dá subsídios para a execução dos demais conceitos desse modelo assistencial. É por meio de a visita domiciliar que os profissionais captam a realidade dos pacientes e família assistidas pelo PSF reconhecendo seus problemas e suas necessidades de saúde (FREITAS *et al.* 2000).

Os profissionais de saúde e/ou equipe durante a visita domiciliar buscam avaliar as demandas exigidas pelo paciente e seus familiares, bem como o ambiente onde vivem, visando estabelecer um plano assistencial (LACERDA, 2006).

Geralmente as orientações realizadas envolvem informações sobre o saneamento básico, os cuidados com a saúde, e o uso de medicamentos, além da amamentação, controle de peso, ou qualquer coisa que diga respeito àquele paciente, à família e à comunidade em que residem (SANTOS; MORAIS, 2011).

Embora a atenção domiciliar ou visita domiciliar esteja em processo de ascensão nas práticas de saúde essa ação ainda não está esgotada completamente inserida nos sistemas de atendimento à saúde e na formação e/ou capacitação dos profissionais de saúde.

Portanto os profissionais procuram levar as ações de saúde sempre mais próxima da família, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida dos usuários, rompendo assim com o modelo de atenção das unidades básicas de saúde tradicionais e estendendo suas ações e serviços para e junto à comunidade local.

3.2 A Assistência domiciliar na prática do enfermeiro

O domicílio é considerado um espaço de interação entre a enfermeira, a equipe de enfermagem e a família, pois é no cuidado domiciliar que o profissional desenvolve a análise e revisão do desenvolvimento do processo saúde e doença. A atenção e cuidado no domicílio é definida como um termo que envolve ações de promoção à saúde, tratamento de doenças, reabilitação e prevenção e isso abrange todas as modalidades e níveis de atendimento prestados no domicílio, incluindo a assistência, a internação VD (LIONELLO *et al.* 2012).

Quando a VD é realizada pela equipe da ESF esse serviço transpõe as ações institucionalizadas, formando a construção de novas práticas com base na inserção dos profissionais de saúde no contexto de vida dos usuários, além de propiciar a construção de vínculo e favorecer a assistência integral (MANDÚ *et al.* 2008).

Na ESF a enfermeira é responsável por realizar a assistência integral e isso envolve a promoção e proteção da saúde, diagnóstico, tratamento, prevenção de agravos, manutenção e reabilitação da saúde das famílias e indivíduos na unidade de saúde e sempre que necessário ou indicado atendimento também no domicílio (LIONELLO *et al.* 2012).

A atenção domiciliar possui uma gama de possibilidades terapêuticas, mas apesar desta amplitude as práticas ainda encontram-se centradas no atendimento de queixas básicas dos usuários e há falta de capacitação dos profissionais de saúde para a utilização desse espaço de atenção (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

A visita domiciliar oferece a oportunidade para o enfermeiro entrar em contato com o modo de vida do usuário, conhecer o ambiente e as relações intrafamiliares, abordar questões que vão além da doença física e que contemplem também os problemas sociais e emocionais, proporcionando orientações mais voltadas para as reais necessidades de saúde do usuário, e assim buscar novas maneiras e dimensões na forma de cuidar (SAKATA *et al.* 2007).

É da competência da enfermeira o cuidado domiciliar na atenção básica, e isso compreende uma série de procedimentos que devem ser executados e que ao serem desempenhados facilita a compreensão do contexto de vida dos usuários (SANTOS; MORAIS, 2011).

Para quaisquer procedimentos ou ações o enfermeiro deve conhecer as condições de vida do usuário e sua família para o planejamento das visitas. A VD é um espaço de trabalho para os

profissionais na ESF, sendo utilizada como um instrumento para os cuidados em saúde e uma possibilidade de organização dos cuidados em saúde (SAKATA *et al.*, 2007).

Ao realizar a visita domiciliar o enfermeiro utiliza uma visão diferenciada acerca do processo de adoecimento das pessoas e por ter uma maior aproximação da família e sua integração nos cuidados, tem a possibilidade de visualizar e compreender o contexto domiciliar e nele interagir produtivamente (SANTOS; MORAIS, 2011).

Para uma visita domiciliar eficiente alguns aspectos devem ser levados em consideração entre estes o conhecimento das condições do meio, como saneamento e moradia são fatores essenciais para o estabelecimento de medidas de promoção da qualidade de vida do indivíduo, família e comunidade (SAKATA *et al.* 2007).

O contexto domiciliar tem uma dinâmica específica em cada casa como renda, religião, crença, costume, moradia que são fatores que influenciam a vida da família, tais que inclui diferentes respostas frente aos problemas apresentados, e engloba as pessoas que compartilham um mesmo ambiente de vida e de relações (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

As ações desenvolvidas durante a visita domiciliar são relatadas às vezes como educação, às vezes como fiscalização. A visita domiciliar deve ser realizado sob a ótica da educação em saúde, ao tornar os usuários e sua família capacitada para efetuar o seu próprio cuidado, sendo a função educadora da enfermeira imprescindível nesse processo (SOSSAI; PINTO, 2010).

As principais ações desenvolvidas nas visitas domiciliares são: o cadastramento de famílias, orientações, vigilância à saúde e acompanhamento de casos clínicos conforme avaliação da equipe de saúde. Além dessas ações as enfermeiras procuram acolher a todas as demandas dos usuários. Ao identificarem as necessidades dos usuários, as enfermeiras procuram incorporar na prática da VD o acolhimento e o acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Apesar da visita domiciliar ser uma atividade comum a todos os profissionais da equipe multidisciplinar de saúde da família. Os profissionais enfermeiros realizam a visita com o intuito de educar, verificar, fornecer, atender, orientar, acompanhar os casos clínicos através da consulta de enfermagem que é o instrumento legal de suas ações. Com isso durante a visita é possível o desenvolvimento específico de orientações necessárias para autonomia e responsabilidade dos pacientes para a gestão de seu autocuidado.

4. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Por meio do levantamento de problemas realizado pela equipe de saúde da Unidade de Saúde Almerindo Alves Barbosa Farias, do município de Janaúba – MG e a priorização dos problemas foi o ponto de partida para elaboração do plano de ação.

O plano de ação teve como objetivo o método do PES os cinco primeiros passos fazem parte do momento explicativo e foi realizada a análise da situação encontrada na visita domiciliar para grávidas de alto risco e idosos acamados.

O próximo passo foi à priorização de problemas onde se levou em consideração a importância e a urgência dos problemas e a capacidade dos pacientes em enfrentar esses problemas. Na descrição do problema selecionado foram utilizados os dados registrados pelos ACS.

Para explicar melhor os problemas foi criado no quarto passo um quadro esquemático para facilitar a visualização dos problemas a serem enfrentados e para uma melhor definição de ações para o seu enfrentamento.

No quinto passo foi realizado os "nós críticos" do problema para a intervenção. O sexto passo é o desenho da operação onde se tem as ações que vão ser desenvolvidas durante execução do plano.

O sétimo passo é a identificação dos recursos críticos onde foi criado estratégias de viabilização para transformar a realidade das grávidas de alto risco e dos idosos acamados. No oitavo passo foi feito uma análise de viabilidade do plano.

Já o nono passo foi criado uma elaboração do plano operativo para distinguir os responsáveis pelas operações e estabelecer prazos de execução. O último passo é a gestão do plano criado para coordenar e acompanhar a execução das visitas domiciliares.

PRIMEIRO PASSO: Definição dos problemas**Quadro 1:** Problemas encontrados na visita domiciliar

GESTANTE	IDOSOS
Gravidez de alto risco.	Acamados com dificuldade de deambulação.

Fonte: Elaborado pela autora

SEGUNDO PASSO: Priorização dos problemas**Quadro 2:** Priorização dos problemas encontrados na visita domiciliar

	Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
GESTANTE	Gravidez de alto risco	Alto	10	Parcial	1
IDOSOS	Acamados	Alto	9	Parcial	2

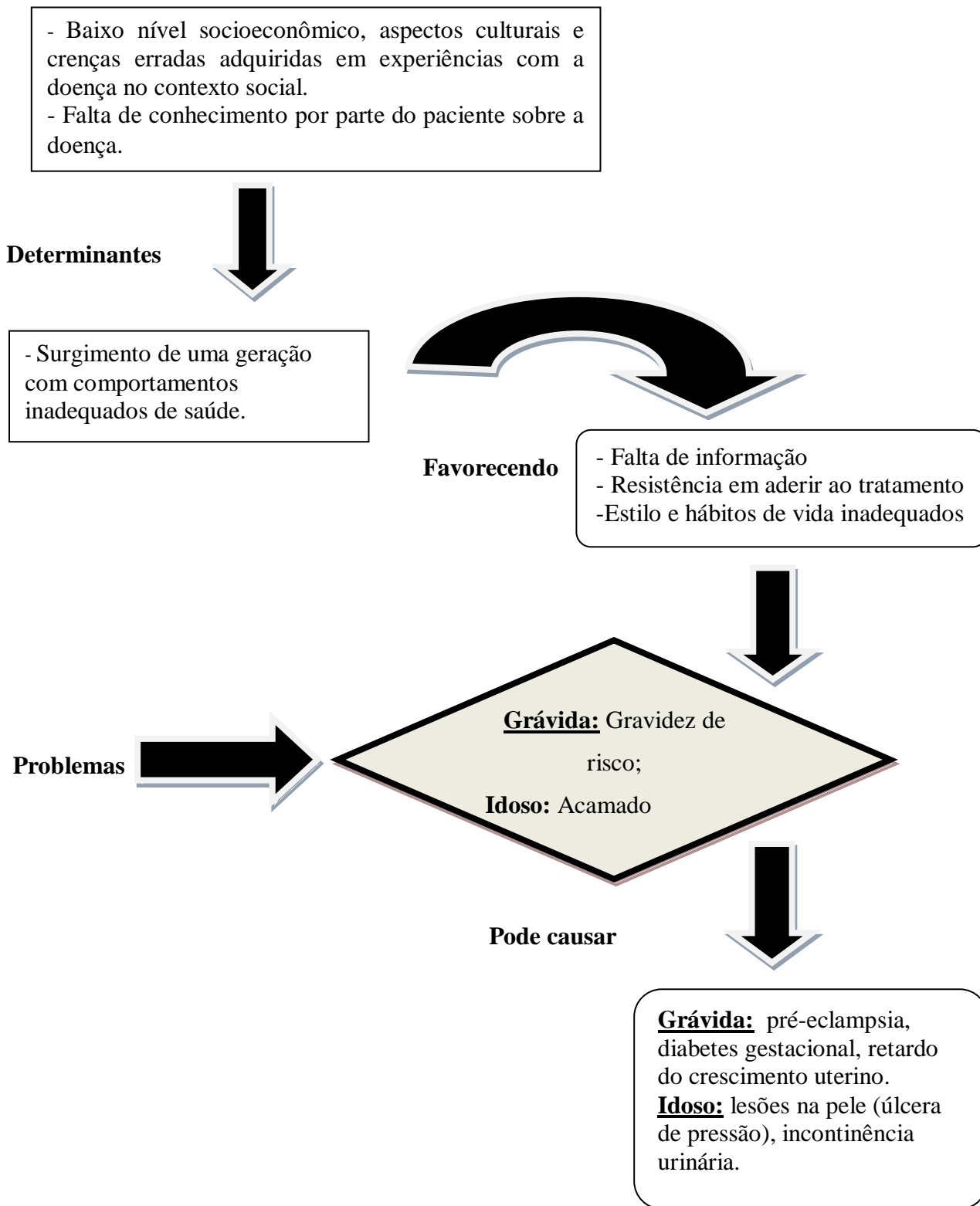
Fonte: Elaborado pela autora

TERCEIRO PASSO: Descrição do problema selecionado**Quadro 3:** Descrição dos problemas selecionados

Descritores	Valores	Fonte
Pré-natal agendada para gravidez de risco	18	Registro dos ACS
Idosos acamados	39	Registro dos ACS

Fonte: Elaborado pela autora

QUARTO PASSO: Explicação do problema



QUINTO PASSO: Seleção dos “Nós Críticos”

- ❖ Pré-eclampsia.
- ❖ Diabetes gestacional.
- ❖ Retardo do crescimento uterino.
- ❖ Formação de ulcera de pressão.
- ❖ Incontinência urinaria.

SEXTO PASSO: Desenho das operações

Quadro 4: Desenho da operação

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Pré-eclampsia	Aumentar o nível de informação das grávidas sobre os serviços oferecidos pela UBS no domicílio e pela rede de saúde do município.	Grávidas informadas sobre onde buscar os serviços e atendimentos para o alto risco na gravidez. Grávidas reconhecendo e identificando os principais sintomas da pré-eclampsia.	Orientar as grávidas para recolher os sinais e sintomas de pré-eclampsia.	Cognitivo: Informação sobre o pré-eclampsia Organizacional: Organização do cronograma de atendimento na rede publica através de encaminhamento. Político: Parceria com a rede de saúde e atuação da equipe de ACS.
Diabetes gestacional	Facilitar o conhecimento sobre diabetes gestacional.	Grávidas reconhecendo e identificando os principais sintomas da diabetes gestacional.	Promover informações sobre o diabetes gestacional.	Cognitivo: Informação sobre o diabetes gestacional. Organizacional: Organização do cronograma de atendimento na rede publica através de encaminhamento. Político: Parceria com a rede de saúde e atuação da equipe de ACS.
Atraso do crescimento uterino	Saber o histórico gestacional se também foi de risco.	Grávidas com pouco conhecimento sobre o atraso do crescimento uterino.	Realizar anotações no cartão da mulher sobre a altura de fundo uterino.	Cognitivo: Informação sobre o crescimento fetal. Organizacional: Organização do cronograma de atendimento na rede publica através de encaminhamento para o hospital de referencia;

				marcação de exames. Político: Parceria com a rede de saúde e atuação da equipe de ACS.
Formação de ulcera de pressão	Facilitar o conhecimento sobre as lesões de pele e cuidados gerais com o idoso acamado.	Família com insuficiente conhecimento sobre os cuidados com o idoso acamado.	Realizar orientação para a prevenção de úlcera de pressão.	Cognitivo: Informação como prevenir as lesões da pele. Organizacional: Orientação para o cuidador familiar sobre como cuidar do idoso acamado. Político: Parceria com a rede de saúde e atuação da equipe de ACS.
Incontinência urinária	Facilitar o conhecimento sobre a incontinência urinária.	Família com insuficiente conhecimento sobre os cuidados com o idoso acamado e sobre a incontinência urinária	Realizar orientação para a prevenção de úlcera de pressão.	Cognitivo: Informação a incontinência urinária. Organizacional: Orientar o familiar cuidador sobre a incontinência urinária. Político: Parceria com a rede de saúde e atuação da equipe de ACS.

Fonte: Elaborado pela autora

SÉTIMO PASSO: Identificação dos recursos críticos

Quadro 5: Identificação dos recursos críticos

Operação/Projeto	Recursos Críticos
Aumentar o nível de informação das grávidas sobre os serviços oferecidos pela UBS no domicílio e pela rede de saúde do município.	<u>Político</u> - Parceria com a rede de saúde, ou seja, pedir prioridade no atendimento dos encaminhamentos. <u>Financeiro</u> - folhetos explicativo sobre o atendimento da rede de saúde do município.
Facilitar o conhecimento sobre diabetes gestacional	<u>Organizacional</u> - realizar o teste de rápido de HGT, folhetos explicativos sobre o assunto. orientação sobre a diabetes. <u>Política</u> - liberação das consultas no hospital de referencia. <u>Financeiros</u> - providenciar locomoção da grávida.
Saber o histórico gestacional se também foi de risco.	<u>Organizacional</u> – organizar das consultas e monitoramento do cartão da mulher. <u>Política</u> - liberação das consultas no hospital de referencia.
Facilitar o conhecimento sobre as lesões de pele e cuidados gerais com o idoso acamado.	<u>Organizacional</u> – organizar visitas de orientação aos cuidadores familiares. <u>Político</u> – ação de orientação para os cuidados específicos com o idoso acamado, fornecer material sobre o assunto.
Facilitar o conhecimento sobre a incontinência urinária.	<u>Organizacional</u> – organizar visitas de orientação aos cuidadores familiares. <u>Político</u> – ação de orientação para os cuidados específicos com o idoso acamado, fornecer material sobre o assunto.

Fonte: Elaborado pela autora

OITAVO PASSO: Análise de viabilidade do plano**Quadro 6:** Análise de viabilidade do plano

Operações/Projetos	Recursos Críticos	Ator que controla	Motivação	Ações Estratégicas
Aumentar o nível de informação das grávidas sobre os serviços oferecidos pela UBS no domicílio e pela rede de saúde do município.	<u>Político</u> - Parceria com a rede de saúde, ou seja, pedir prioridade no atendimento dos encaminhamentos. <u>Financeiro</u> - folhetos explicativo sobre o atendimento da rede de saúde do município.	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Firmar parceria com os setores de apoio à saúde.
Facilitar o conhecimento sobre diabetes gestacional	<u>Organizacional</u> - realizar o teste de rápido de HGT, folhetos explicativos sobre o assunto. orientação sobre a diabetes. <u>Política</u> - liberação das consultas no hospital de referencia. <u>Financeiros</u> - providenciar locomoção da grávida.	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Firmar parceria com os setores de apoio a saúde.
Facilitar o conhecimento sobre as lesões de pele e cuidados gerais com o idoso acamado.	<u>Organizacional</u> – organizar visitas de orientação aos cuidadores familiares. <u>Político</u> – ação de orientação para os cuidados específicos com o idoso acamado, fornecer material sobre o assunto.	Secretaria Municipal de Saúde Setor de Assistência Social.	Favorável Indiferente	Firmar parceria com os setores de apoio à saúde e assistência social.
Facilitar o conhecimento sobre a incontinência urinária.	<u>Organizacional</u> – organizar visitas de orientação aos cuidadores familiares. <u>Político</u> – ação de orientação para os cuidados específicos com o idoso acamado, fornecer material sobre o assunto.	Secretaria Municipal de Saúde Setor Assistência Social.	Favorável Indiferente	Firmar parceria com os setores de apoio à saúde e assistência social.

Fonte: Elaborado pela autora

NONO PASSO: Elaboração do plano operativo**Quadro 7:** Elaboração do plano operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Aumentar o nível de informação das grávidas sobre os serviços oferecidos pela UBS no domicílio e pela rede de saúde do município.	Grávidas informadas sobre onde buscar os serviços e atendimentos para o alto risco na gravidez. Grávidas reconhecendo e identificando os principais sintomas da pré-eclampsia.	Orientar as grávidas para recolher os sinais e sintomas de pré-eclampsia.	Firmar parceria com os setores de apoio a saúde.	Equipe de Saúde da Família (Enfermeira e Agentes Comunitárias de Saúde)	Imediato.
Facilitar o conhecimento sobre as lesões de pele e cuidados gerais com o idoso acamado.	Família com insuficiente conhecimento sobre os cuidados com o idoso acamado.	Realizar orientação para a prevenção de úlcera de pressão.	Firmar parceria com os setores de apoio à saúde e assistência social.	Equipe de Saúde da Família (Enfermeira e Agentes Comunitárias de Saúde)	Início em 2 mês.
Facilitar o conhecimento sobre a incontinência urinária.	Família com insuficiente conhecimento sobre os cuidados com o idoso acamado e sobre a incontinência urinária	Realizar orientação para a prevenção de úlcera de pressão.	Firmar parceria com os setores de apoio à saúde e assistência social.	Equipe de Saúde da Família (Enfermeira e Agentes Comunitárias de Saúde)	Início em 2 mês.

Fonte: Elaborado pela autora

DÉCIMO PASSO: Gestão do plano**Quadro 8:** Gestão do plano

Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Orientar as grávidas para recolher os sinais e sintomas de pré-eclampsia.	Equipe de Saúde da Família (Enfermeira e Agentes Comunitárias de Saúde)	Imediato	Em andamento	Encaminhamentos atendidos.	1 meses
Realizar orientação para a prevenção de úlcera de pressão.	Equipe de Saúde da Família (Enfermeira e Agentes Comunitárias de Saúde)	Início em 2 mês.	Em andamento	Parceiros identificados e sensibilizados.	3 meses
Realizar orientação para a prevenção de úlcera de pressão.	Equipe de Saúde da Família (Enfermeira e Agentes Comunitárias de Saúde)	Início em 2 mês.	Em andamento	Parceiros identificados e sensibilizados.	3 meses

Fonte: Elaborado pela autora

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todos os profissionais da equipe do Programa Saúde da Família realizam a visita domiciliar, mas a o profissional enfermeiro desenvolve além do atendimento clínico por meio do exame físico, orientações à saúde e prescrição de cuidados específicos para o paciente e sua família.

A visita domiciliar é um importante instrumento no processo de trabalho do enfermeiro, pois esta ação lhe confere autonomia e reconhecimento perante os usuários do sistema de saúde.

É durante a visita domiciliar que o é oportunizado ao enfermeiro a utilização do saber clínico na prática assistencial, junto com o saber epidemiológico em situações de risco, assim como o enfoque educativo nas ações de promoção e prevenção à saúde. A oportunidade de exercer essas ações provoca no profissional um sentimento de bem estar em fazer a coisa certa.

Entretanto na prática diária os enfermeiros encontram muitas dificuldades para a realização das visitas domiciliares, pois a sobrecarga de serviço e atribuições influencia diretamente no atendimento humanizado e muitas vezes essa a visita fica designada ao Agente Comunitário de Saúde que informa em relatório a realidade do paciente.

Por isso é necessário que a equipe multidisciplinar repense e analise a sua pratica a partir princípios que norteiam o SUS para viabilizarem as transformações necessárias, e não mais se mantenha no modelo de assistência biomédico.

A elaboração de um plano de ação é uma maneira sistematizada de o enfermeiro obter sucesso na sua vida profissional não lhe permitindo mais trabalhar de maneira improvisada. Mas o enfermeiro não trabalha sozinho e para que esse sucesso seja permanente é fundamental que a equipe esteja participando junto no monitoramento e avaliação de todas as etapas do plano de ação.

Portanto através do PES é possível ainda levantar outros debates e reflexões que visem à melhoria e mudanças nas formas de atendimento do enfermeiro nas visitas domiciliares, por isso esse assunto não se esgota e necessita ser abordado por diferentes ângulos e propostas.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, M. F. M. *et. al.* **Experiência de prática sistematizada em visita domiciliária no contexto da saúde da família.** Revista RENE. 2008; 9(1): 137-145.
- BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Grupo Hospitalar Conceição. **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde,** 2003. Disponível em:<www.uff.br/promocaodasaude/visita.pdf >.
- BRASIL, Ministério da Saúde (BR). **Programa Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. 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 Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, DF, 24 out. 2011.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. **Informações de Saúde.** População Residente, 2012. Disponível na Internet: <http://www.datasus.gov.br/cgi/ibge/popmap.htm>. Acesso: 18 Ago 2012.
- DIAS, R. *et. al.* **Impacto do Planejamento Estratégico Situacional em um Ambulatório de Atenção Especializada.** Revista de Gestão em Sistemas de Saúde-RGSS. 2012; 1(1): 83-96.
- DRULLA, A. da G. *et. al.* A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. Revista Cogitare Enferm 2009; 14(4): 667-74.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. **A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família.** Revista Texto & Contexto Enferm. 2006; 15(4): 645-53.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados da população.** Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm. Acesso: 18 Ago 2012.
- LACERDA, M. R. *et. al.* **Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática.** Revista Saúde e Sociedade. 2006; 15(2): 88-95.
- LACERDA, M. R., OLINISKI, S. R. **Familiares Interagindo com a enfermeira no contexto domiciliar.** Revista Gaúcha Enferm. 2005; 26(1): 76-87.
- LIONELLO, C. D. L. *et al.* **O fazer das enfermeiras da estratégia de saúde da família na atenção domiciliária.** Revista Gaúcha Enferm. 2012; 33(4): 103-110.

MANDÚ, E. N. T. *et. al.* **Visita domiciliária sob o olhar de usuários do Programa Saúde da Família.** Revista Texto Contexto Enferm, 2008; 17(1): 131-40.

SANTOS, E. M.; MORAIS, S. H. G. **A visita domiciliar na estratégia saúde da família: percepção de enfermeiros.** Revista Cogitare Enferm. 2011; 16(3): 492-7.

SANTOS, E. M.; KIRSCHBAUM, D. I. R. **A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica.** Revista Eletrônica de Enfermagem, 2008; 10(1): 220-7.

SAKATA, K. N. *et. al.* **Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares.** Revista Bras Enferm. 2007; 60(6): 659-64.

SOSSAI, L. C. F.; PINTO I.C. **A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades x potencialidades.** Revista Ciênc Cuid Saúde. 2010; 9(3): 569-576.

VERRI, B.H.M.A. **A Visita domiciliar no programa da saúde da família: Entre a norma e o cuidado.** Campinas; 2006. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.