



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

FLÁVIA BONGIOLO DOS SANTOS

**A VISITA DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE
DA FAMÍLIA NAS UNIDADES BÁSICA DE SAÚDE
A Importância da Gestão do Enfermeiro para as Visitas
Domiciliares**

ARIQUEMES – RO
2021

Flávia Bongiolo dos Santos

**A VISITA DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE
DA FAMÍLIA NAS UNIDADES BÁSICA DE SAÚDE**
**A importância da gestão do enfermeiro para as visitas
domiciliares**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC
apresentado ao curso de Graduação em
Enfermagem da Faculdade de Educação e
Meio Ambiente – FAEMA, como requisito
parcial a obtenção do título de bacharelado
em: Enfermagem

Prof^a. Orientadora: Esp. Kátia Regina
Gomes bruno

Flávia Bongioiolo dos Santos

**A VISITA DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA
FAMÍLIA NAS UNIDADES BÁSICA DE SAÚDE**
A importância da gestão do enfermeiro para as visitas domiciliares

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC
apresentado ao curso de graduação em
Enfermagem, da Faculdade de Educação e
Meio Ambiente – FAEMA, como requisito
parcial à obtenção do título de Bacharel.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Esp. Katia Regina Gomes Bruno
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof^a. Ma. Jéssica de Sousa Vale
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof.^a Esp. Elis Milena Ferreira do Carmo Ramos
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes, _____ de _____ de 2021

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S237v Santos, Flávia Bongiolo dos.

A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde: a importância da gestão do enfermeiro para as visitas domiciliares. / Flávia Bongiolo dos Santos. Ariquemes, RO: Faculdade de Educação e Meio Ambiente, 2021. 37 f.

Orientador: Prof. Esp. Katia Regina Gomes Bruno.
Trabalho de Conclusão de Curso – Graduação em Enfermagem – Faculdade de Educação e Meio Ambiente, Ariquemes RO, 2021.

1. Saúde Coletiva. 2. Visita Domiciliar. 3. Gestão do Enfermeiro. 4. Estratégia Saúde da Família. 5. Sistema Único de Saúde (SUS). I. Título. II. Bruno, Katia Regina Gomes de.

CDD 610

Bibliotecária Responsável
Herta Maria de Açucena do N. Soeiro
CRB 1114/11

Dedico esse trabalho ao meu pai Zenildo que mesmo não estando mais presente em vida sempre me deu bons conselhos sobre a importância de estudar, me apoiou e me incentivou a cursar um curso superior.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por este privilégio de concluir este curso de Enfermagem por todo conhecimento adquirido ao decorrer deste tempo no qual contribuiu grandemente para o meu crescimento pessoal como ser humano e por me fortalecer nos momentos mais difíceis desta caminhada e pela fé, vida, saúde, sabedoria e paciência a mim concebida.

Ao meu noivo Bruno, que sempre esteve ao meu lado me ajudando a seguir em frente, me animando nos dias de cansaço, sendo sempre paciente e contribuindo de forma direta para o meu sucesso.

A minha querida família, a minha mãe sempre amiga e presente em todos os momentos, ao meu pai que desde sempre me ensinou a importância dos estudos e pela proteção e segurança que me proporcionava e as minhas irmãs, Sabrina, Querén-Hapuque e Emanuella pelas palavras de afeto e incentivo.

Aos meus orientadores, Rafael Alves e a minha professora Kátia Regina por sua dedicação e paciência, muito obrigada.

A todos os professores, pelos ensinamentos e experiências compartilhadas. Ao meu grupo de estágio, Mariana Calixto de Barros, Julyanna Aguiar, Monise Bezerra, Larissa Barbosa, Ana Caroline Kaeep e José Inácio Teixeira, com certeza não teria conseguido sem vocês, obrigada por esses 5 anos de convivência, foi um prazer conhecê-los.

“A enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto à obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer a mais bela das artes!”

(Florence Nightingale).

RESUMO

A visita domiciliar é uma forma de atenção à Saúde Coletiva direcionada para o atendimento do indivíduo e a família ou a coletividade que é prestada nos domicílios ou junto aos diversos recursos sociais locais. Esta prática normalmente é realizada pelos agentes comunitários de saúde (ACS), mas é de suma importância e dever que o enfermeiro também realize este trabalho. Esta revisão bibliográfica tem por objetivo principal descrever a importância da gestão do enfermeiro para as visitas domiciliares. Justifica-se realizar esta pesquisa, a necessidade de enaltecer a importância da assistência à saúde do indivíduo ou da família ofertada por meio da visita domiciliar, que proporciona ações de promoção a saúde, prevenção e tratamento de doenças, além de ser uma ferramenta de vínculo social entre usuário e profissional, fator que facilita adesão e o acesso das famílias aos serviços de saúde. Sendo assim, é de grande relevância a prática da gestão do enfermeiro voltada para as visitas domiciliares, visando uma assistência de saúde mais qualificada e integral.

Palavras-chave: Saúde Coletiva. Visita Domiciliar. Gestão do Enfermeiro.

ABSTRACT

The home visit is a form of public health care directed towards the care of the individual and the family or community, which is provided at homes or with various local social resources. This practice is normally carried out by community health agents (CHA), but it is of paramount importance and duty that nurses also carry out this work. This literature review aims to describe the importance of nursing management for home visits. It is justified to carry out this research, the need to emphasize the importance of health care to the individual or family offered through home visits, which provide actions to promote health, prevent and treat diseases, in addition to being a bonding tool between user and professional, a factor that facilitates family adherence and access to health services. Therefore, the practice of nursing management focused on home visits, aiming at a more qualified and comprehensive health care, is of great importance.

Keywords: Public Health. Home visit. Nurse Management.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS	11
2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO	13
2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	13
3 METODOLOGIA.....	14
4 REVISÃO DE LITERATURA	15
4.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	15
4.1.1 Política Nacional de Atenção Primária (PNAB).....	18
4.2 ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA	22
4.3 AS ATRIBUIÇÕES E DESAFIOS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE FRENTE AS VISITAS DOMICILIARES	25
5 A GESTÃO DO ENFERMEIRO PARA O DESENVOLVIMENTO DAS VISITAS DOMICILIARES.....	27
5.1 DEVERES DO ENFERMEIRO.....	28
5.2. A GESTÃO DE ENFERMAGEM FRENTE AS VISITAS DOMICILIARES	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS	32
ANEXOS.....	37

INTRODUÇÃO

A visita domiciliar no Brasil, surge como uma ação desenvolvida dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) pelos profissionais das equipes de atenção primária, conhecidas de Estratégia Saúde da Família (ESF) e mais atualmente pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que prestam serviços especializados para a atenção primária (ROCHA et al., 2017).

A visita domiciliar caracteriza-se como uma porta de entrada distinta de cuidado, objetivando à promoção da saúde da comunidade com suporte técnico-científico, sendo uma atividade realizada de forma externa da unidade de saúde, no domicílio ou em locais próximos disponíveis, na prática a visita domiciliar tende a intervir ou minimizar o processo saúde-doença (ANDRADE et al., 2014).

A Estratégia da Saúde da Família (ESF), é uma forma de reorganização da atenção primária com a possibilidade de reorientação do sistema de saúde, tendo como princípio as diretrizes do SUS, universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. A ESF é uma equipe multiprofissional, composta por um médico clínico geral ou especialista em saúde da família, um enfermeiro, um técnico, de quatro a seis agentes comunitários de saúde (SILVA et al., 2010).

A ESF sugere a visita domiciliar como ponto de partida no processo de trabalho das equipes, pois é após a visita domiciliar que a equipe de saúde determina o plano e as estratégias de atividades a serem realizadas junto à família (SANTOS et al. 2020). A visita domiciliar também exerce o importante papel de ofertar aos usuários acesso mais facilitado a saúde, favorece a equipe conhecer as condições de vida das famílias e ampliar a criação de vínculos (DIAS et al., 2020).

Além disso, de acordo com o Ministério da Saúde a prática da visita domiciliar na atenção primária é indispensável para a validação dos princípios como a ampliação do acesso, o acolhimento, a equidade, a humanização e a integralidade do cuidado (BRASIL, 2020).

As ações realizadas nesta visita busca desempenhar mecanismos voltados para prevenção de doenças e promoção da saúde, como também possibilita a avaliação das condições de saneamento, aplicar medidas de controle de doenças transmissíveis e parasitárias, aplicando orientações para o autocuidado das doenças crônicas não transmissíveis, entre outras ações de educação em saúde (SANTOS et al., 2020).

A visita domiciliar além de ser uma ferramenta de trabalho do ACS também é do Enfermeiro, pois este profissional tem o relevante papel de destaque na equipe de saúde para orientar e conduzir os demais membros da equipe visando a resolução dos problemas de saúde da população (GOMES et al., 2015).

Portanto esta pesquisa bibliográfica tem como foco principal destacar o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros (as) bem como o planejamento das ações para as visitas domiciliares, visando que o enfermeiro é integrante da equipe da ESF, além de ser responsável é uma peça importante para a realização de um atendimento integral e humanizado à saúde das famílias e/ou do indivíduo, por intermédio de ações para promoção de saúde, prevenção de doenças e orientação da equipe especialmente os agentes comunitários de saúde, além de buscar meios para solucionar os problemas de saúde da comunidade e estabelecer vínculos sociais, fator pelo qual facilita o acesso a informações e a adesão das famílias aos serviços de saúde disponíveis. Por isso justifica-se a importância de uma gestão efetiva do enfermeiro para as visitas domiciliares.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Discorrer sobre a importância da gestão do enfermeiro da equipe da Estratégia Saúde da Família para a realização das visitas domiciliares.

2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- ✓ Descrever o que é o Sistema Único de Saúde e a Estratégia da Saúde da Família;
- ✓ Ressaltar a importância do enfermeiro como gestor da Estratégia da Saúde da Família;
- ✓ Citar as atribuições do enfermeiro para as visitas domiciliares.

3 METODOLOGIA

Esta pesquisa tem por fundamento a revisão bibliográfica e/ou revisão de literatura sobre o assunto pertinente, sendo assim, foram analisados e selecionados para o desenvolvimento teórico deste trabalho, artigos publicados nas plataformas de pesquisa da *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVMS) Revista Brasileira de Enfermagem e Revista Universidade Federal de Goiás (UFG), Revista Eletrônica da Universidade de São Paulo (USP), Revista Eletrônica Acervo Saúde, Manuais do Ministério da Saúde (PNAB 2011, 2012, 2016 E 2017), a Lei Orgânica da Saúde/Lei 8.080/1990 e a PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011, totalizando 55 (cinquenta e cinco) estudos, entre artigos, manuais, leis e portarias.

Para a seleção dos estudos utilizados, levou-se em consideração os seguintes critérios de inclusão; artigos, manuais, leis e portarias relacionados ao tema, data de publicação a partir dos últimos vinte anos e aqueles publicados em plataformas de pesquisa digital confiável e, os de exclusão, artigos não relacionados ao tema, data de publicação inferior aos últimos vinte anos e publicados em plataformas de pesquisa não confiável.

A saber, que foi utilizado um artigo publicado no ano de 1997 porque o conteúdo é necessário, possui caráter complementar para esta pesquisa e, não foi localizado em estudos mais recentes. Os descritores em saúde utilizados foram Atendimento Domiciliar, Atenção Primária em Saúde, Estratégia Saúde da Família (ESF), Cuidados de Enfermagem.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 no Art. 3º, determina que:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros a alimentação, a moradia, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e aos serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País'.

Ainda no Art. 2º no parágrafo 1º estabelece que é dever do Estado assegurar os pontos determinantes e condicionantes de saúde a todo cidadão brasileiro, portanto, o SUS surge na intenção de ofertar a toda sociedade brasileira o direito a saúde.

O SUS é considerado um dos principais ganhos sociais na Constituição de 1988, e visto como um dos maiores e melhores sistemas públicos de saúde do mundo, no qual atende todo o cidadão com serviços de saúde gratuito, universal e integral, formado pelo conjunto de todas as atividades e serviços de saúde disponibilizados pelas esferas públicas federais, estaduais e municipais. No entanto antes de 1988, como bem explicitado pelo Ministério da Saúde o sistema público de saúde prestava serviços para uma parcela mínima da população, (BRASIL, 2000; 2011a),

A política de saúde do Brasil foi consolidada de maneira gradativa desde o seu surgimento, a primeira forma de assistência à saúde desenvolvida pelo Estado, iniciou-se no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) com a intenção de sustentar os direitos sociais (MENICUCCI, 2014).

A construção do INPS é resultado da emancipação dos órgãos de aposentadorias e pensões, denominados de Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), constituídos por inúmeras classes trabalhistas, desde banqueiros e até operários de fábricas industriais. No entanto, ao longo do tempo, os IAP foram desmembrados em três esferas organizacionais diferentes, no qual são: o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS) e o Instituto Nacional de Assistência médica de Previdência Social (INAPS) (SOUZA, 2002).

O INAMPS era responsável por prestar assistência à saúde somente aos servidores de carteira assinada vinculados aos IAPS, esses tinham o direito a consultas médicas, exames e cirurgias, no entanto, mesmos sendo contribuintes financeiros, esses previdenciários em sua grande maioria, eram trabalhadores pobres e possuíam uma enorme dificuldade de serem atendidos pela previdência (MATHIAS, 2020).

Os brasileiros que não possuíam condições financeiras de contribuir para a Previdência Social, eram atendidos por instituições de caridade e filantrópicas, esse público era mais de 70 milhões de pessoas, sendo que apenas 30 milhões tinham acesso aos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2011a).

O progresso da Saúde Pública no Brasil inicia-se em 1941 com 1ª conferência Nacional de Saúde, tendo como principais itens abordados em pauta; a necessidade por uma emenda sanitária, assistência a maternidade, a infância e a adolescência. Em continuidade, a tabela abaixo apresenta as conferências e determinações em saúde que contribuíram diretamente para a consolidação do SUS:

Tabela 1: Processo histórico para a construção do SUS

ANO	CONFERÊNCIAS	CARACTERÍSTICAS
1950 1953	2º Conferência Nacional em Saúde Foi instituído o Ministério da Saúde	Reivindicação de medidas sanitárias e de melhores condições de trabalho para trabalhadores e gestantes.
1961 1963 1967	3º Conferência Nacional em Saúde 4ª Conferência Nacional em Saúde	Consolidação do regulamento Nacional de Saúde; Reivindicação pela erradicação da centralização dos serviços de saúde; Providências de suporte social para suprir as necessidades de saúde no País.
1975 1977	5ª Conferência Nacional em Saúde 6ª conferência Nacional em Saúde	Estruturação de um regime nacional de Saúde. Efetivação do SUS, foi incluído políticas de cuidado a saúde da gestante, serviços de vigilância sanitária bem como o controle das principais endemias e distribuição dos serviços de saúde por região geográfica.
1980	7ª Conferência Nacional em Saúde	Mudança das práticas de saúde voltadas para atenção primária e aumento da quantidade de ações de saúde através da atenção básica.

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, Subsecretaria de Assuntos Administrativos (BRASIL, 2011a).

Na sequência em 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional em Saúde, sua realização foi impulsionada pelas lutas do movimento da reforma sanitária e vista como um acontecimento significativo para a saúde do País, é considerada um ato de democratização da saúde, pois houve a participação de profissionais de saúde e de

toda sociedade brasileira, totalizando quatro (04) mil participantes. Nesta conferência foi posto em pauta; o idealismo de que é dever do Estado garantir que todo cidadão brasileiro tenha acesso a saúde como direito, a reformulação do sistema de saúde e o financiamento do setor (ROSÁRIO et al. 2020).

Uns dos maiores interessantes da população na 8ª Conferência, era incluir o INAMPS no Ministério da Saúde, fazendo com que todos pudessem serem atendidos pelas instituições públicas de saúde e não somente os contribuintes da previdência social. Pode-se dizer que o delineamento do SUS foi praticamente formulado na 8ª Conferência, pois se buscava a universalidade da saúde. (MATIAS, 2018).

Diante dos fatos apresentados deu-se início a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), onde é estabelecido a todo brasileiro o direito de acesso a saúde, decretado pela Constituição Brasileira em 1988. Logo na década de 90, passou a ser SUS regulamentado pelas Leis nº 8.080 e nº 8.142, que dispõe as ações, o envolvimento da sociedade nas decisões e os pilares operacionais (BRASIL, 2011a).

Portanto, o SUS foi constituído por um longo período de lutas e conquistas, tendo como principal movimento em sua trajetória o movimento sanitário que precedeu ideais que futuramente formaram aos princípios e diretrizes do SUS (MATTOS, 2009).

Na época houve a caracterização da sua forma de funcionamento, sendo os princípios; a universalidade, equidade e integralidade e as diretrizes que estão em interação com os princípios dos SUS, que são a descentralização, regionalização e hierarquização e participação da comunidade (MATTA, 2007).

A saber, que a universalidade está relacionada com aquilo que é comum para todos, onde é assegurado que todo indivíduo quando necessário possui o direito de receber cuidados relacionados com a prevenção, tratamento e de reabilitação de forma universal e igualitária, ou seja, qualquer pessoa independente da classe social, raça, religião, cultura, orientação sexual, e nacionalidade têm direito a saúde (BRASIL, 2011a).

Sobre a equidade, muitas pessoas acreditam que esta palavra seja sinônimo de igualdade, no entanto alcança uma definição muito mais ampla, equidade nos serviços de saúde, diz a respeito sobre tratar diferente a necessidades em comum de cada cidadão de acordo as particularidades individuais, ou seja, de maneira empática para todos. Ao que se refere a integralidade, a mesma é conceituada como uma rede de ações e cuidados articulados entre si, que devem ser desempenhados de modo

integral e multiprofissional visando atender as necessidades de saúde do usuário em todos os níveis de complexidade (PAIM; SILVA, 2010).

A descentralização/regionalização e a hierarquização estão estreitamente interligadas, a descentralização surge com intuito de dividir as competências entres os três setores do governo, sendo eles, o federal, estadual e municipal, no qual cada setor desenvolve um nível de poder sobre a saúde pública conforme sua hierarquia de atuação (LAVRAS, 2011).

Ademais, a participação social exerce um papel de extrema importância tanto no âmbito social como no político, pois permite que a população participe do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde, para isto é necessário instituir espaços de participação da população na rotina do serviço de saúde, no qual a comunidade contribui para o planejamento do enfrentamento dos principais problemas e na execução e avaliação das ações, este direito deve ser garantido e incentivado. Este princípio da participação social está assegurado pela Lei Orgânica de Saúde de nº 8.142/90, que estabelece os conselhos e as conferências de saúde, enfatiza também, as audiências públicas e outros sistemas de audiência da sociedade, usuários e de servidores sociais (ROLIM et al. 2013).

Desta forma as diretrizes e princípios do SUS estão presentes nas inúmeras políticas públicas de saúde, que são um composto de programas, ações e decisões tomadas pelos governos nacional, estadual e municipal (FIOCRUZ, 2020), entre elas é a Política Nacional da Atenção Primária (PNAB), que decreta as diretrizes e princípios de funcionamento da Estratégia da Saúde da Família (ESF).

4.1.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA (PNAB)

Desde 1978 já se ponderava ideias de cuidados básicos a saúde, época caracterizada pela Declaração de Alma-Ata que determinou aos países a implantarem a Atenção Primária, particularmente, os países em desenvolvimento. Portanto, a PNAB nasce com a função de melhorar a atenção primeira no Brasil (BRANCO, 2018).

Até 2006 a Atenção Primária era regida por inúmeras normativas e legislações publicada pelo Ministério da Saúde (MS), vale ressaltar a normativa estabelecida em 1996, a Norma Operacional Básica (NOB/SUS/96), que determinava a implantação das equipes do Programa da Saúde da Família (PSF) que mudava o modelo assistencial em saúde, portanto, através da portaria nº 648/GM de 28 de

Março de 2006, a esfera federal publicou a primeira Política Nacional de Atenção Básica (GOMES et al. 2020), no qual amplificou o propósito e o conceito da atenção básica (AB), que substituiu o PSF pela Estratégia da Saúde da Família (ESF), como novo padrão de cuidado à saúde primária, com o intuito de reorganizar a atenção básica (MELO et al. 2018)

Ainda segundo Melo et al. (2018) a PNAB 2006 reformulou as atribuições das unidades básicas de saúde (UBS) de acordo com as seguintes modalidades; UBS com e sem ESF. Também neste período ocorreu a propagação da ESF pelo território brasileiro principalmente nos maiores centros urbanos devido à implementação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) e pela formação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), no entanto, por causa da infraestrutura inadequada, a falta de recursos financeiros e o baixo interesse de profissionais médicos em trabalhar nas UBS, deu-se origem a um movimento para mudança da PNAB.

Diante deste contexto, por intermédio da portaria nº2.488 de 21 de outubro de 2011 a PNAB foi reformulada, houve melhorias no Requalifica UBS, no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e no Programa Mais Médicos (PMM), além disso também foi instituído o e-SUS AB sendo este um prontuário eletrônico gratuito, vale ressaltar a criação de diversas categorias de equipes como consultórios na rua, ribeirinhas e fluviais por exemplo, houve também um grande salto das equipes da ESF, que em 2012 existia 34.724, em 2015 ultrapassava a quantidade de 40.162 equipes. Todavia ainda persistia os problemas de infraestrutura insuficiente e o subfinanciamento, falta de profissionais e principalmente o déficit no vínculo da AB com os demais serviços da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2012).

Após um período extenso de lutas sociais e grave crise política e econômica nos anos de 2014 e 2015, a PNAB 2011, que havia sido publicada definitivamente em 2012, foi revisada em 2016 e reformulada novamente e apenas em 2017 através da portaria nº 2.436 de 21 de setembro, foi instituído uma nova PNAB que estabelece a revisão de diretrizes para a estruturação da atenção básica, na esfera do SUS, enfatizando a atenção primária como porta de entrada mais adequada do sistema de saúde, com intenção de organizar a entrada, saída e o retorno de usuários, insumos e dados informativos em todos os pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2017).

Os princípios e diretrizes da atenção primária são indispensáveis para construção e caracterização dos serviços disponíveis. Os princípios são; a universalidade, que garante o acesso universal e permanente a serviços de saúde de

qualidade, com a capacidade de solucionar os problemas de saúde, ou seja, as equipes que trabalham na atenção básica possuem o dever de receber e ouvir todos os indivíduos que procuram seus serviços. A equidade; que significa prestar o cuidado, visando às particularidades nas condições de vida e saúde conforme com as necessidades de cada pessoa, sem estigmatizar ou discriminar qualquer grupo social. Integralidade; atender de forma integral todas as necessidades de saúde da comunidade adscrito em todos os setores do cuidado, desde a promoção até a recuperação e diminuição de agravos (BRASIL, 2017).

O que diz respeito às diretrizes da atenção básica de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica, são; regionalização e Hierarquização, para o delineamento, estruturação e gerência do conjunto de a atividades e serviços de saúde em uma especifica localidade, deve-se considerar as regiões no qual as unidades de saúde estão instituídas. E a hierarquização como modo de organização de pontos da rede de saúde entre si, com fluxos e referências estabelecidos. E por fim, a territorialização e adscrição, que permite planejar, desenvolver e aplicara as práticas de saúde conforme as características individuais e as necessidades particulares de cada comunidade (BRASIL, 2017).

No que se refere às especificações gerais que normaliza o funcionamento da PNAB, são; a política de atividades de ações, no contexto individual e público, que englobam a promoção e a acolhimento do usuário e a prevenção de problemas de saúde, o reconhecimento, o processo terapêutico, a cura e preservação da saúde, é formada por intermédio da execução de ações administrativas e sanitárias, doutrinas democráticas e participativas, através do trabalho em grupo direcionadas a comunidades de espaços geográficos precisamente delineados, com o dever sanitário, pensando na interação presente no ambiente físico em que vivem essas comunidades. Faz uso de recursos tecnológicos de alta complexidade e de pouco densidão, destinados a solucionar os problemas de saúde mais corriqueiros e de mais importância em seu território (BRASIL, 2006).

Diante do contexto descrito, pode-se afirmar que a atenção Básica trata do sujeito em sua particularidade, visando atender de forma integral e humanizada suas necessidades de saúde particulares e coletivas, com a finalidade principal de facilitar a promoção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a diminuição de problemas com potencial de atingir as condições de viver de maneira saudável (BRASIL, 2006).

O ponto essencial para a prática da assistência à saúde pela atenção básica conforme a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), está diretamente vinculada com a capacidade de padronizar de forma organizada o fluxo de atendimentos do sistema de saúde, desde o setor primário ao setor terciário. Para alcançar este propósito, foram desenvolvidos vários programas, vale ressaltar entre eles, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que oferece atendimento multiprofissional à população, através das unidades básicas de saúde (UBS) e o Programa de Agentes Comunitários de saúde, direcionados a aprimorar os condicionantes de saúde de sua clientela (FIOCRUZ, 2013).

De acordo com a PNAB do Ministério da Saúde, para a funcionalidade eficaz e eficiente dos serviços de saúde da atenção básica, dispõe sobre a necessidade de uma infraestrutura organizada da seguinte forma; unidades básicas de saúde formada sem conformidade com os padrões sanitários, baseados no modelo de infraestrutura do setor de atenção primária/SAS/MS, devendo conter; sala do médico e do enfermeiro, sala odontológica com banheiro; espaço de atendimento multiprofissional destinado a demanda espontânea, setor administrativo, ala de ações coletivas para os funcionários da atenção básica, recepção, local para documentos administrativos, além de salas para; procedimentos, vacinação, inalação, coleta, curativos e de liberação e armazém de medicamentos (BRASIL, 2012).

Além disso, visando alcançar toda a população brasileira, como parte da infraestrutura da atenção básica existe também as unidades básicas de saúde fluviais, que devem possuir os mesmos requisitos específicos das UBS tradicionais. A PNAB enumera outras exigências, como; manutenção regular das UBS e dos equipamentos, dos insumos (remédios convencionados), equipes de profissionais de diferentes áreas de atuação, registro profissional atualizado, garantia pela gestão municipal (acesso a outros serviços da rede de saúde do SUS) (BRASIL, 2012).

A PNAB também descreve os profissionais que compõem a estratégia da saúde da família (ESF), e suas funções. A ESF é uma equipe formada por médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde (ACS), técnico e auxiliar de enfermagem, cirurgião dentista e auxiliar de dentista (BRASIL, 2011b).

É pertinente destacar os deveres do enfermeiro e do agente comunitário de saúde. O enfermeiro está incumbido de prestar assistência à saúde de toda comunidade cadastrada, deve cumprir com esta responsabilidade através de consulta de enfermagem, procedimentos, atividades coletivas e conforme as normativas,

requisitar exames adicionais, prescrever medicações, administrar o armazenamento, o uso e compra de insumos, direcionar os pacientes a outros serviços, e coordenar e avaliar o trabalho da equipe, de maneira particular, as ações do agente comunitário de saúde (FIGUEIREDO, 2013).

Entre as funções dos ACS contidas na PNAB, destaca-se o cadastramento e a orientação as famílias sobre os atendimentos de saúde acessíveis, acompanhar através de visita domiciliar (VD) todas as famílias e indivíduos que estão em sua responsabilidade, realizar ações educativas de promoção a saúde, de prevenção das doenças e principalmente, promover vínculo entre a equipe de saúde e a população adstrita (NUNES et al. 2018).

A PNAB, expõe que a visita domiciliar deverá ser planejada juntamente com a equipe, analisando os pontos de riscos e de vulnerabilidade de forma que famílias mais carentes de acompanhamento sejam visitas mais vezes, em média uma vez por mês. Diante deste contexto a PNAB por intermédio de programas e estratégias tem a função de organizar a atenção primária, com o objetivo de acolher de maneira contínua e completa toda a população (BRASIL, 2012).

Os serviços de saúde, a infraestrutura (equipamentos, materiais e insumos), suporte profissional e outros investimentos da atenção básica, são custeados pelo governo federal brasileiro que dispensa os recursos financeiros conforme o plano municipal de saúde de cada município que deve estar em conformidade com o plano nacional de gerencia do SUS. Os recursos financeiros originados do âmbito federal estão contidos no departamento de financiamento da atenção básica, são depositados em uma conta aberta deliberada exclusivamente para este intuito (BRASIL, 2017).

4.2 ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Desde 1920 até os dias atuais no Brasil percebem-se inúmeras tentativas de se organizar a APS (Atenção Primária em Saúde), diante deste cenário foram desenvolvidos diversos modelos de programas, um deles foi o Programa de Saúde da Família (PSF) com uma abordagem mais abrangente de APS. (ARANTES et al., 2016).

Em efeito desses acontecimentos o Programa Saúde da Família (PSF) passou a ser denominado Estratégia da Saúde da Família (ESF), com uma política de assistência à saúde inovadora, tornando os profissionais da equipe próximos da

população, enaltecendo as necessidades de saúde individuais e coletivas do usuário e da família como prioridade, além do cuidado integral e multidisciplinar, do acompanhamento contínuo, da acessibilidade aos serviços de saúde, e da participação da comunidade (TRINDADE et al., 2010; ARANTES et al., 2016).

Denomina-se estratégia da saúde da família, uma equipe integrada por profissionais com atuação distinta, tendo em comum a área da saúde, entre eles são; um médico clínico geral, ou especialista em saúde da família, por um enfermeiro generalista ou pós-graduado em saúde da família, um auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ser composta por outros especialistas conforme a exigência da demanda adscrita (DALPIAZ; STEDILE, 2011).

Segundo a PNAB do Ministério da Saúde (MS), discorre sobre a logística da distribuição profissional de acordo com a demanda existente, a saber, que a quantidade de ACS precisa ser a quantidade adequada para acolher 100% da comunidade registrada, sendo o máximo de 750 indivíduos por ACS e de 12 ACS por equipe da ESF, não superando o limite máximo indicado de pessoas por equipe. No comum é recomendado que a equipe da ESF seja encarregada por no máximo 4.000 usuários e no mínimo 3.000, atentando para os aspectos de equidade para esta indicação (BRASIL, 2012).

É preconizada pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a necessidade de um enfermeiro para até 12 ACS e no mínimo 04, com carga horária de 40 horas semanais para toda equipe de agentes comunitários e enfermeiro supervisor, de forma geral todos da equipe da ESF deveram obrigatoriamente cumprir uma carga horária de 40 semanais e poderão estar vinculados somente a 1 (uma) equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2017).

Os princípios norteadores da ESF estão baseados aos do SUS que são: Integralidade e Hierarquização; Territorialização e Adscrição da Clientela e; Caráter Substitutivo (FIGUEIREDO, 2010).

A integralidade e Hierarquização demonstram que os serviços prestados pela equipe estão organizados em etapas de complexidade crescentes, desde o nível mais básico de atendimento até o mais especializado no qual é denominado de referência e contra referência de modo que o usuário receba um atendimento integral de saúde (FIGUEIREDO, 2010).

Ao que se refere ao modo organizacional da ESF é realizada por intermédio da territorialização no qual delimita a demanda populacional, ou seja, especifica as localidades e quantidade de família que serão atendidas (KEBIAN; ACIOLI, 2014).

A territorialização é um passo essencial de “apropriação/conhecimento” do território pelas equipes no qual é visualizado mediante a elaboração de “mapas” que possuem os perfis daquela sociedade, aspectos físico (barreiras, circulação), socioeconômico, sanitário que está relacionado ao diagnóstico de condições de saúde que são distribuição de morbimortalidade, condições de moradia e de saneamento, aspectos demográfico, rede social (presença de instituições sociais, comerciais, educacionais, religiosas, culturais e de lazer), sendo assim a territorialização se torna fundamental para o planejamento, a programação e o desenvolvimento das ações (MENESES et al., 2019).

Adscrição da clientela está diretamente relacionada com o princípio da territorialização, pois é a comunidade que reside no mesmo território da UBS, de maneira a incentivar a elaboração de relações de vínculo e comprometimento entre as equipes e a comunidade, assegurando à continuidade das atividades de saúde e da assistência à saúde do usuário durante todo período de sua vida, fazendo com que unidade básica de saúde seja a referência para o seu cuidado (BRASIL, 2017).

O caráter substitutivo refere-se à troca das práticas comuns de assistência, com ênfase nas doenças, por intermédio de processo de serviço diferenciado, baseado na Vigilância à Saúde, portanto é de extrema necessidade que todos da equipe possuem este conhecimento para melhorar o desempenho de suas atividades (BELCHIOR, 2017; FIGUEIREDO, 2010).

Em conformidade com a PORTARIA Nº 648/GM, de 28 de março, de 2006, a Estratégia da Saúde da Família (ESF) deve exercer as seguintes ações:

- ✓ Possuir a prática de substituição das atividades comuns de procedimentos a saúde da atenção básica em todo espaço geográfico no qual as equipes da ESF são atuantes;
- ✓ Desempenhar em sua área de atuação, a realização do registro familiar, da condição clínica das famílias, executar atividades direcionadas aos principais agravos de saúde observado na população, procurando acompanhar os indivíduos continuamente, estando sempre disponível a solucionar problemas de saúde/doença;
- ✓ Realizar suas ações segundo os problemas de saúde diagnosticados das famílias, mediante o planejamento e a programação;

- ✓ Promover a articulação com organizações sociais, especialmente em seu território de trabalho, com o objetivo de estabelecer parcerias;

- ✓ E ser um ambiente de edificação de cidadania.

Conforme o regimento da portaria citada e de acordo com a ESF têm como propósito a reconstrução da atenção básica no Brasil, surge como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação, designada para promover ações de promoção, proteção e cura da saúde individual e familiar do cidadão (BARROS, 2014; BRASIL, 2012).

Vale ressaltar também como um fator importante da organização da ESF o diagnóstico de saúde da população e através disto é possível realizar o planejamento das ações de saúde de acordo com as necessidades da comunidade (KEBIAN; ACIOLI, 2014).

4.3 AS ATRIBUIÇÕES E DESAFIOS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE FRENTE AS VISITAS DOMICILIARES

O cuidado a saúde por intermédio do atendimento domiciliar é umas das atividades inseridas na ESF, é considerada a principal ferramenta de trabalho do agente comunitário de saúde (ACS), que proporciona vários benefícios, bem como, a estruturação de relações novas entre profissionais e familiares, estabelecimento de vínculos, facilita o acesso aos atendimentos de saúde, ampliação do conhecimento obre os serviços disponíveis e melhor entendimento das carências e das condições em geral das famílias acompanhadas, proporcionando, portanto, promoção a saúde, cuidado integral e multidisciplinar além de ser uma forma de assistência à saúde mais humana e acolhedora às famílias e a comunidade (NUNES et al., 2018; ANDRADE et al.,2014).

De acordo com a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, estabelece 3 (três) modalidades de atenção domiciliar (AD), atenção domiciliar 1, (AD 1); atenção domiciliar 2 (AD 2) e atenção domiciliar 3 (AD 3), sendo que a modalidade de AD 1 é dever dos profissionais da atenção básica, no qual está relacionada diretamente ao usuário que, possui a necessidade de atendimento domiciliar, precise de cuidados a saúde com pouca periodicidade e com menor demanda de intervenções

multiprofissionais, desde que esta visita domiciliar seja de qualidade e portanto satisfatória pelo usuário (BRASIL, 2016).

Dando ênfase a atenção domiciliar tipo um (01), deve-se seguir um padrão de atendimento para ser validada, sendo que as visitas domiciliares pelos ACS devem ser registradas por meio da ficha CDS de visita domiciliar e territorial, esta ficha é de uso específico para esses profissionais, os outros membros da equipe da ESF devem utilizar a ficha devida como "atendimento" realizado no domicílio e precisa ser registrada na ficha de atendimento. Desta ficha com itens importantes a serem preenchidos como, identificação do profissional, estabelecimento de saúde, do tipo de usuário e da visita e o motivo da visita, sendo isso uma forma padronizada de abordagem e que irá contribuir para definir o perfil e os maiores problemas de saúde daquela família, usuário e população (MATOS, 2020).

Os profissionais que fazem as visitas domiciliares enfrentam muitos desafios, bem como, acontecimentos imprevistos pelo contexto da aonde se realiza a ação envolvendo o público e ambiente privado do domicílio, como também a mudança das famílias, endereços incorretos, recusas, entre outras ocorrências adversas, além do enfrentamento da doença, situações voltadas as condições sociais e culturais em que vive a família e a desproporcionalidade entre o volume populacional da área da abrangência e as equipes limitando a atuação dos profissionais nas visitas domiciliares, comunitárias e de educação em saúde (CUNHA et al., 2013).

Outros desafios comuns enfrentados pela equipe, especialmente pelos ACS são; a falta de treinamento específico para lidar com situações decorrentes no vínculo formado com o usuário falta de colhimento em alguns momentos, exposição a ocorrências conflitantes e problemas relacionados com a locomoção (tempo gasto, distância, exposição a perigos da rua, falta de transporte adequado) o não comprometimento da família e do indivíduo em cuidar da sua própria saúde (BARALHAS et al., 2013).

O ACS é um profissional essencial na ESF, pois facilita que os problemas de saúde da sociedade cheguem à equipe de profissionais para que haja uma intervenção, também é responsável pela continuidade do fluxo contrário levando a comunidade conhecimento de saúde (COSTA et al., 2012).

Os deveres dos ACS em concordância com a Política Nacional da atenção básica, podem ser assim destacadas:

- ✓ Trabalhar com as famílias das micro áreas delimitadas pela unidade básica de saúde e realizar o cadastro das mesmas e manter os registros atualizados;
- ✓ Informar as famílias sobre o uso dos atendimentos de saúde disponíveis, executar as ações planejadas e de atenção a demanda espontânea;
- ✓ Realizar a visita domiciliar a todas as famílias e usuários de sua responsabilidade;
- ✓ Executar ações de promoção a saúde, de prevenção das doenças e agravos e do âmbito da vigilância de saúde;
- ✓ Permanecer em contato com as famílias, elaborando atividades educativas, objetivando a preservação da saúde individual e coletiva. E acompanhar os beneficiários por programas do governo federal com transferências de renda, como por exemplo, o Programa Bolsa Família (BRASIL, 2012).

Diante deste contexto o ACS é o principal meio de vínculo entre o usuário e os serviços de saúde e que facilita o reconhecimento da família/indivíduo daquele território o que é indispensável para um planejamento das ações mais eficiente.

A visita domiciliar também pode ser realizada por outros profissionais já que a ESF é composta por uma equipe multiprofissional, pois para promover e recuperar a saúde, o bem-estar e o viver saudável estão alicerçados no atendimento às famílias nas UBS e nos seus domicílios (PEREIRA et al., 2005).

Neste sentido, a Atenção Primária em Saúde (APS), a assistência domiciliar por outros profissionais devem ser realizadas conforme a necessidade da família/usuário, podendo ser nas seguintes ocasiões; condição de emergência no qual o cliente está impossibilitado de ser encaminhado rapidamente para o hospital; pacientes portadores de doenças agudas que o impeça de ir à unidade de saúde, emergências com indivíduos quem possuem doenças crônicas, terminais ou em internação domiciliar; visita regular para usuários com incapacidade funcionais, pessoas idosas acamadas ou que residem sozinhos; visitas aos pacientes em período pós-operatório e confirmação de óbito (BVS/APS, 2019).

5 A GESTÃO DO ENFERMEIRO PARA O DESENVOLVIMENTO DAS VISITAS DOMICILIARES

5.1 DEVERES DO ENFERMEIRO

Até aqui diante do contexto abordado percebe-se a suma importância do ACS para as visitas domiciliares, todavia, é correto dizer que a visita domiciliar não é uma atividade de responsabilidade apenas do ACS, mas de toda a ESF, especialmente do enfermeiro sendo o gestor da unidade de saúde, pois este desenvolve um papel crucial nas ESF, por ser responsável pelo acompanhamento e supervisão do trabalho, a promoção das capacitações e educação continuada dos ACS (SOARES, 2015).

Segundo a portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que regulamenta a PNAB determinando a revisão de diretrizes e normas para a estruturação da atenção primária, para a ESF e o programa de agentes comunitários de saúde (PACS), afirma que: o enfermeiro integrante da estratégia de agentes comunitários de saúde, não deve executar apenas suas funções de atenção primária e de gerência, habitual ao cotidiano de qualquer enfermeiro, como também é encarregado de programas, supervisionar e avaliar as atividades desempenhadas pelos ACS, além disso, deve melhorar a relação entre os profissionais da UBS e os ACS, contribuindo para a estruturação do cuidado a saúde, aprimorar o acesso, acolhimento, relacionamento, continuidade do cuidado, orientando a equipe da UBS sobre como atuar diante das prioridades de saúde delimitadas, levando em consideração os aspectos de vulnerabilidade, risco, entre outros (BRASIL, 2011).

Desse modo, é importante o enfermeiro identificar aspectos que envolvem não apenas as famílias, mas sim os membros da sua equipe, principalmente os ACS, com a visão de reconstruir as práticas de atenção básica, visando propor medidas de mudança podendo haver adesão, críticas ou desconhecimento por intermédio de capacitações ou treinamento, sendo isto, uma forma de apoio, de preparo para enfrentar as mais variadas situações imprevistas durante as visitas domiciliares, esta conduta tem a função de fortalecer a equipe (SOUZA et al., 2013)

No âmbito da ESF a visita domiciliar é um instrumento importante para o enfermeiro, que proporciona ao enfermeiro a oportunidade de conhecer os integrantes da família, bem como as relações intrafamiliares, questionar sobre fatores que vão além das doenças físicas, mas também sobre aqueles que afetam a vida social e emocional do usuário e proporcionar novas formas de cuidar (GUIMARÃES, 2014).

O enfermeiro da ESF usando a visita domiciliar como ferramenta de trabalho deve efetivar o cuidado íntegro que está relacionado em desenvolver atividades de promoção e proteção da saúde, diagnóstico, tratamento, prevenção de agravos, manutenção e reabilitação das famílias e indivíduos na unidade de saúde e sempre que necessário atender também no domicílio (GUIMARÃES, 2014).

Antes de executar a visita domiciliar o enfermeiro precisa conhecer as condições de vida do usuário e sua família para o planejamento das visitas, também necessita ter um olhar diferente sobre o processo de adoecimento das pessoas, observar e compreender o ambiente domiciliar, além de levar em consideração as situações do meio, como saneamento e moradia (GUIMARÃES, 2014).

5.2. A GESTÃO DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS VISITAS DOMICILIARES

Quando se fala em gestão, refere-se ao planejamento prévio das ações que serão executadas juntamente como toda a equipe de saúde, sendo assim é dever do enfermeiro desenvolver atividades em duas esferas importantes: na unidade de saúde com a participação de outros profissionais e na comunidade, apoiando e supervisionando o trabalho dos ACS, analisando se existe a necessidade de atenção de enfermagem durante as visitas domiciliares (BRASIL, 1997).

Portanto, é indispensável que o enfermeiro realize o planejamento baseado no número de ações necessárias para o tratamento e orientações ao usuário, além disso, em sua gestão deve criar a relação de ajuda familiar, mantendo o foco no cuidado e no acompanhamento clínico (CONCEIÇÃO et al. 2019).

Também está incluso no planejamento do enfermeiro a prática de selecionar os objetivos das visitas, preparar o material de enfermagem, o mapa da área, os endereços, fazer revisão dos prontuários individuais e familiares, sendo essencial também a atenção para o preparo de quem irá fazer a visita em domicílio, disponibilizando protetor solar, repelente, vestimentas e calçados apropriados, além de sua identificação (FRACON; SANTOS, 2019).

Após o planejamento é primordial que a atenção domiciliar seja executada de acordo como os princípios do SUS, registrada em ficha disponibilizada pelo e-SUS definida como “atendimento realizado no domicílio” e avaliada tendo como critério de avaliação a situação de saúde de cada membro da família, para que seja possível classificá-lo quanto ao risco e à vulnerabilidade clínica e assim determinar com qual

frequência será realizado as próximas visitas domiciliares, podendo ser espontâneas, agendadas e visitas de urgência (BRASIL, 2020).

Através de uma visão mais ampla do enfermeiro analisando os aspectos psicoativos, sociais e biológicos da comunidade assistida por intermédio do acompanhamento domiciliar, são inúmeros os benefícios para as famílias, tais como; promoção da qualidade de vida, conscientização da comunidade, prevenção de doenças e atendimento humanizado, sendo estes, fatores que ajudam a melhorar a orientação a esses usuários e possível diagnóstico precoce de doenças (CONCEIÇÃO et al., 2019).

A gestão do enfermeiro quando exercida é relevante para todos os componentes da equipe, porque sendo o coordenador e educador dos ACS, o enfermeiro proporciona o surgimento de novas habilidades de trabalho a equipe, revigorando as experiências já vivenciadas e adicionando novos conhecimentos de forma que em conjunto com outros profissionais seja possível enfrentar os desafios do trabalho (BASSOTO, 2012).

No entanto, mesmo diante dos fatos revelando a necessidade e a importância do enfermeiro, estudos revelam que a visita domiciliar nem sempre é devidamente valorizada, às vezes é um trabalho realizado no imprevisto, sem nenhum tipo de planejamento (ROCHA et al., 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste elaborado científico, foi observado a importância do papel do enfermeiro para o aperfeiçoamento do processo de trabalho das visitas domiciliares proporcionando às famílias ações de promoção a saúde, prevenção, recuperação e tratamento de doenças através de um atendimento humanizado respeitando todas as diretrizes do SUS.

Além de, fortalecer o vínculo entre profissional e usuário melhorando a concepção do enfermeiro quanto aos riscos e vulnerabilidades presentes no domicílio, podendo realizar possível diagnóstico precoce e assim reduzir os custos hospitalares.

Para isso é essencial o enfermeiro executar uma gestão de qualidade, envolvendo o planejamento, execução, registro e avaliação das visitas domiciliares juntamente com toda a equipe responsável, também supervisionar, propor treinamento e capacitações para sua equipe, especialmente os ACS visando melhorar o atendimento as famílias em domicílio, as condições de trabalho e agregar conhecimentos para fortalecer sua equipe e priorizando o trabalho em conjunto envolvendo sempre que necessário todos os profissionais da ESF.

No entanto, a visita domiciliar ainda é vista como uma atividade esporádica e inexistente e muitas vezes executada no imprevisto sem nenhum planejamento, entendida como um dever apenas do ACS e porque atualmente não atribui a devida importância a visita domiciliar.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Ademilde Machado [et al]. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 165-175, mar. 2014. Disponível em <<http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742014000100016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 nov. 2020.

ANDRADE, Angélica Mônica [et al]. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília v. 70, n. 1, p. 210-219, fev. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000100210&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 set. 2020.

ARANTES, Luciano José [et al]. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1499-1510, 2016. Acesso em: 14 de nov. 2020.

BARALHAS, Marilisa [et al]. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2013, v. 66, n. 3, pp. 358-365. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000300009>>. Acesso em: 20 jun. 2021.

BARROS, Idarleide Costa. **A importância da Estratégia de Saúde da Família: contexto histórico.** 2014. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4357.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2021.

BASSOTO, T. R. P. Estratégia de Saúde da Família: o papel do enfermeiro como supervisor e educador dos ACS. **Monografia, Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares, MG, Brasil**, 2012. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Estrategia_saude_familia_papel_enfermeiro.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

BELCHIOR, Andréa de Andrade Pinto. **Princípios norteadores da estratégia de saúde família: ampliando a capacidade de compreensão curso de especialização “gestão de serviços de saúde”.** Campinas – SP. 2017. Disponível em: <http://www.saude.campinas.sp.gov.br/biblioteca/trabalhos/Curso_Gestao_Saude_2016_2017/Andrea_Belchior_CS_Boa_Vista.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRANCO, Socorro Castelo. **Produção do Cuidado e Atenção Integral.** Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): princípios e diretrizes. UNA-SUS, Universidade Aberta do SUS. 1-8 p. 2018. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/13429>>. Acesso em: 02 jun. 2021.

BRASIL, Constituição. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas.** 2000. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 28 mai. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: a saúde do Brasil / Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011a. <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Assistência a Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasil. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde**, Brasília – DF, 2020. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 08 de jun. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso: 20 jun. 2021.

_____. **Portaria de Consolidação nº 2 _ PNAB anexo XXII.1.1**. Diário da União. Nº 190, terça-feira, 03 de outubro de 2017. ISSN 1677-7042. Disponível em: <<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201803/02090307-anexo-xxii-da-portaria-de-consolidacao-n2-pnab.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União. República Federativa do Brasil., v. 153, n. 78, 2016. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html>. Acesso em: 19 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 19 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** 2011b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 02 nov. 2021.

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde. Atenção Primária em Saúde. Núcleo de Telessaúde Rio Grande do Sul. **Existem critérios estabelecidos para indicação de visitas domiciliares por médico e/ou enfermeiro?** Rio Grande do Sul. 2019. Disponível em: <<https://aps.bvs.br/aps/existem-criterios-estabelecidos-para-indicacao-de-visitas-domiciliares-por-medico-eou-enfermeiro/>>. Acesso em: 20 jun.2021.

CONCEIÇÃO, Antônia da Silva [et al]. Ações da enfermeira na visita domiciliar da atenção básica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 20, p. e441-e441, 2019. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/441/279>>. Acesso em: 08 jun. 2021.

COSTA, Simone de Melo [et al]. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2147-2156, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2013.v18n7/2147-2156/#ModalArticles>>. Acesso em: 20 jun. 2021.

CUNHA, Marcela Silva da; SÁ, Marilene de Castilho. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2013, v. 17, n. 44 pp. 61-73. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832013000100006>>. Acesso em: 21 jun. 2021.

DALPIAZ, Ana Kelen; STEDILE, Nilva Lúcia R. Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas. **V Jornada Internacional de Políticas Públicas-Estado, Desenvolvimento e Crise do Capital**. São Luís-MA, 2011. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/135071613/Estrategia-Saude-Da-Familia-Reflexao-Sobre-Alguas-de-Suas-Premissas>>. Acesso em: 20 jun. 2021.

DIAS, Ana Paula de Melo [et al]. Declaração de óbito domiciliar na Atenção Primária à Saúde: acolhendo a morte no lar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. v. 24. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.190873>>. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/Interface.190873>. Acesso em: 19 jun. 2021.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de [et al]. **A estratégia saúde da família na atenção básica do SUS.** 2012. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade_05/unidade05.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2021.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família:** diretrizes e fundamentos. Módulo Político Gestor, v. 5, p. 49-69,

2010. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. Pense mais, A Reflexão fortalece essa conquista. **Atenção Básica**. 2013. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>>. Acesso em: 29 out. 2021.

_____. **Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão à Saúde**. 2020. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/politicas-publicas-e-modelos-de-atencao-saude>>. Acesso em: 30 out. 2021.

FRACON Belkiss Rolim R.; SANTOS, Luciene Loures. **Visita Domiciliar**. São Paulo. cap. 7, p. 113-128, 2017. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4172936/mod_folder/content/0/Cap%C3%A9tulo%207%20-%20Visita%20domiciliar.pdf?forcedownload=1>. Acesso em: 08 jun. 2021.

GOMES, Clarice Brito [et al]. Daniel. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2020, v. 25, n. 4. pp. 1327-1338. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019>>. Acesso em: 20 jun. 2021.

GOMES, Maria Fernanda P. [et al]. Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Mundo Saúde [Internet]**, p. 470-5, 2015. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155572/A08.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2020.

GUIMARÃES, Cristiane Pereira. **Assistência domiciliar do enfermeiro: planejamento estratégico situacional-Unidade Básica de Saúde Almerindo Alves Barbosa Farias do município de Janaúba/MG**. 2014. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/5288>>. Acesso em: 04 jun. 2021.

KEBIAN, Luciana Valadão A.; ACIOLI, Sonia. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 161-9, 2014. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/20260>>. Acesso em: 19 nov. 2020.

LAVRAS, Carmen C. de C. Descentralização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2011. Disponível em: <https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/19/o/Microsoft_Word_DESCENTR_e_RRAS_fi nal_2.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2020.

MATHIAS, Maíra. Antes do SUS: Como se (des) organizava a saúde no Brasil sob a ditadura. **EPSJV/Fiocruz**, v. 3, 2018. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/printpdf/7394>>. Acesso em: 12 mai. 2021.

MATOS, Nadaby de Oliveira. **Principais desafios no registro de informação no e-SUS no município de Datas/MG.** 2020. Disponível em: <<http://acervo.ufvjm.edu.br/jspui/handle/1/2269>>. Acesso em: 23 nov. 2020.

MATTA, Gustavo Corrêa [et al]. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39223/2/Pol%C3%ADticas%20de%20Sa%C3%BAde%20%20Princ%C3%ADpios%20e%20Diretrizes%20do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2020.

MATTOS, Ruben Araújo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 771-780, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2009.v13suppl1/771-780/pt.>> Acesso em: 23 nov. 2020.

MENESES, Marilise O. [et al]. Processo de territorialização realizado em unidades básicas de saúde sob o olhar da enfermagem. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research–BJSCR**, v. 26, n. 2, p. 33-37, 2019. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190407_140942.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 77-92, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702014000100077&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em: 27 abr. 2021.

MELO, Eduardo Alves et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**. 2018, v. 42, n. spe1, pp. 38-51. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>>. Acesso em 19 de nov. de 2021.

NUNES, Cristiane Abdon [et al]. Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42, n. spe2. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S209>>. ISSN 2358-2898. Acesso em: 14 nov. 2020.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 nov. 2020.

PEREIRA, Denise Bermudez [et al]. A visita domiciliar como instrumento de trabalho da equipe multiprofissional no Programa de Saúde da Família. **VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 2, p. 13-25, 2005. Disponível em: <<file:///C:/Users/Note/Downloads/7625-Texto%20do%20artigo-21558-1-10-20171213.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2021.

ROCHA, Kátia Bones [et al]. A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 18, n. 1, p. 170-185, abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862017000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 nov. 2020.

ROLIM, Leonardo Barbosa [et al]. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa Social. **Saúde em Debate** • Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dNgCW9WdJJx7VHV7xWkhSHq/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 25 nov. 2020.

ROSÁRIO, Celita Almeida [et al]. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. **Saúde em Debate [online]**. 2020, v. 44, n. 124. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202012401>>. Acesso em: 27 out. 2021.

SANTOS, Jonas Bastos [et al]. Cuidado farmacêutico domiciliar na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**. v. 30, n. 02 e300229. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300229>>. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300229>. Acesso em: 19 jun. 2021.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2018, v. 23, n. 6. pp. 1729-1736. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>. Acesso em 22 nov. 2020.

SILVA, Nair C. [et al]. Extensão de cobertura ou Reorganização da Atenção Básica? A trajetória do Programa Saúde da Família Manaus-AM. **Rev. Saúde sociedade**. São Paulo, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/JQMTFkpwdMqChxTYjBPCKLn/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 20 nov. 2020.

SOUZA, Marcia Goulart de [et al]. Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 772-779, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/TjnHx98q6ZvJNHvkQKCWWRJ/abstract/?lang=es>>. Acesso em: 22 nov. 2020.

SOUZA, Renilson R. O sistema público de saúde brasileiro. Ministério da Saúde. **Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**. São Paulo, Brasil. 11 a 14 de agosto de 2002. Disponível em <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2021.

TRINDADE, Letícia de Lima; LAUTERT, Liana. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 274-279, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/05.pdf>> Acesso em: 19 nov. 2020.

ANEXOS



RELATÓRIO DE VERIFICAÇÃO DE PLÁGIO

DISCENTE: Flávia Bongioiolo dos Santos

CURSO: Enfermagem

DATA DE ANÁLISE: 18.11.2021

RESULTADO DA ANÁLISE

Estatísticas

Suspeitas na Internet: 9,65%

Percentual do texto com expressões localizadas na internet ⚠️

Suspeitas confirmadas: 3,58%

Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados ⚠️

Texto analisado: 95,15%

Percentual do texto efetivamente analisado (frases curtas, caracteres especiais, texto quebrado não são analisados).

Sucesso da análise: 100%

Percentual das pesquisas com sucesso, indica a qualidade da análise, quanto maior, melhor.

Analisado por Plagius - Detector de Plágio 2.7.1
quinta-feira, 18 de novembro de 2021 14:17

PARECER FINAL

Declaro para devidos fins, que o trabalho da discente **FLÁVIA BONGIOLO DOS SANTOS**, n. de matrícula **20820**, do curso de Enfermagem, foi aprovado na verificação de plágio, com porcentagem conferida em 9,65%. Devendo a aluna fazer as correções necessárias.

(assinado eletronicamente)
HERTA MARIA DE AÇUCENA DO N. SOEIRO
Bibliotecária CRB 1114/11
Biblioteca Júlio Bordignon
Faculdade de Educação e Meio Ambiente