



Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**A IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIAR PARA FAMÍLIA DO RECÉM
NASCIDO E O ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E
PROGRAMADA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DAMIÃO TORRES
NETO DE BELO MONTE NA CIDADE DE ANAPU - PARÁ**

PAULO GEOVÂNIO ALMEIDA DE OLIVEIRA

NATAL/RN
2021

A IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIAR PARA FAMÍLIA DO RECÉM NASCIDO E
O ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DAMIÃO TORRES NETO DE BELO MONTE NA CIDADE DE
ANAPU - PARÁ

PAULO GEOVÂNIO ALMEIDA DE OLIVEIRA

Trabalho de Conclusão apresentado ao
Programa de Educação Permanente em
Saúde da Família, como requisito parcial
para obtenção do título de Especialista
em Saúde da Família.

Orientador: MARCOS JONATHAN
LINO DOS SANTOS

NATAL/RN
2021

A Deus, pela miha vida, e por me ajudar a ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo desta caminhada.

À minha família, que me apoiou nos momentos difíceis e compreendeu a minha ausência por muitas vezes.

Aos professores pelas correções e ensinamentos durante a realização deste trabalho.
E a equipe da Unidade Básica de Saúde Damião Torres Neto, pois sem eles nada seria possível.

Dedico este a minha esposa Samara Cardoso Damazio e aos meus filhos Paulo Geovanio
Almeida de Oliveira Junior e Sarah Almeida Damazio

RESUMO

O acolhimento na atenção primária não é apenas uma técnica, mas sim um valor, pois a unidade básica de saúde é a porta de entrada do SUS, e acolher o usuário como um sujeito ativo e participante no processo de produção de saúde é primordial para que todas as ações sejam eficazes dentro do serviço de assistência prestado, por isso a necessidade de organização, e utilização deste como estratégia no processo de humanização do SUS. Quanto a visita domiciliar a família do recém-nascido, além de realizar a produção da autonomia das famílias no cuidado à saúde, é um importante meio de aproximação entre a família e a equipe de saúde da unidade. Aprimorar o acolhimento, deixando de lado a prática seletiva de triagem, e melhorar a assistência do recém-nascido e da puérpera foram nossos objetivos. Após as microintervenções, em especial a de acolhimento, foram identificadas melhoras significativas no desenvolvimento do trabalho da equipe. Ainda existem alguns costumes que persistem, e pela pandemia alguns fluxos necessitaram de ajustes, porém a postura dos profissionais envolvidos é outra. Quanto às visitas, o período crítico de aumento de casos de pacientes com coronavírus também impediram, porém houve a estreita relação das agentes comunitárias via telefone com as puérperas que continuaram sendo acompanhadas, mesmo que impossibilitadas de receber a visita domiciliar. A humanização só é possível com a melhoria e educação daqueles que são os principais agentes promotores de saúde, e apesar das resistências com as mudanças, são necessárias atitudes gradativas e contínuas para um processo de melhoria permanente na prestação dos serviços e fortalecimento da Atenção Primária e do SUS.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO -----	-----6
2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1-----	-----8
3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2 -----	-----13
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS-----	-----17
5. REFERÊNCIAS-----	-----18

1. INTRODUÇÃO

A base dos níveis de atenção à saúde é a atenção primária, e através dela são determinados os trabalhos dos demais níveis de atenção. Esta possui a capacidade de organizar, racionalizar e direcionar tanto os recursos quanto as ações para promoção, manutenção e melhora da saúde. Desta forma seu protagonismo na gestão do cuidado está associado ao vínculo, acessibilidade, integralidade e equidade.

Entre as estratégias para estruturação da atenção primária, está a Política Nacional de Humanização, proposta pelo Ministério da Saúde, que traz orientações éticas, clínicas, políticas e apresenta arranjos de trabalho, como o acolhimento e a visita domiciliar. O Termo acolher, ganhou o sinônimo de humanizar o atendimento e a visita domiciliar também se transformou num instrumento de humanização através da aproximação das famílias com as equipes de estratégia de saúde da família.

A visita domiciliar e o acolhimento são ferramentas do processo de trabalho, e o recurso humano é o principal agente de desenvolvimento, por isso a educação de forma contínua é a principal ferramenta para reorganização da assistência de forma humanizada. Para realização das intervenções, foram enfrentadas além das limitações humanas, que requerem tempo para adequação, esteve a grande demanda e restrições impostas pela pandemia, decorrente do novo coronavírus (COVID-19).

A Unidade Básica de Saúde - UBS Damião Torres Neto, local de realização das microintervenções, apresentadas neste trabalho de conclusão de curso, é composta por dezesseis funcionários, sendo um médico, três agentes comunitários de saúde- ACS, uma recepcionista, um auxiliar odontológico, uma enfermeira, dois vigias, dois motoristas da ambulância, um auxiliar técnico geral, um profissional de serviços gerais, uma técnica de enfermagem, um dentista, e um microscopista. Está localizada na BR 230 entre Marabá e Altamira -PA, zona rural, a setenta quilômetros do centro da cidade de Anapu no Estado do Pará. A cidade possui alto índice de violência, porém a área que está localizada a unidade não segue esta tendência. Para chegar na unidade é necessário atravessar a balsa, transamazônica, sentido Altamira. De extrema pobreza, com imensa desigualdade social a maioria da população da localidade vive da pesca ou da agricultura, no plantio do cacau. A população adscrita na UBS é de 1500 pessoas.

Grande parte da equipe, mora na localidade, e traz consigo conceitos e posturas que aprenderam na prática, por isso a necessidade de melhorias, principalmente quanto aos conceitos triagem e acolhimento, pois durante as atividades de assistência, acabavam fazendo “escolhas” para o atendimento, com foco na doença e não no sujeito e suas necessidades. Além disso as visitas domiciliares quando realizadas não eram aproveitadas em sua integralidade, o que também necessita de aprimoramento constante.

Então a necessidade de desenvolver ações educativas para qualificar a equipe a fim de

oferecer melhorias tanto no acolhimento quanto na visita domiciliar do recém-nascido fortalecendo assim a atenção integral da criança para promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e prevenção de doenças na infância e humanização do atendimento na saúde, norteiam o desenvolvimento deste trabalho.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

O acolhimento à demanda espontânea e à demanda programada, é uma estratégia difundida no processo de humanização do SUS, e operacionalização do novo modelo assistencial de atenção primária, de grande importância para estratégia de saúde da família.

A Atenção Primária é considerada a porta de entrada do SUS, para isso, de acordo com o Ministério da Saúde, as equipes devem possuir habilidades para atender as necessidades da população e apresentar resolubilidade (Brasil, 2010). Tais habilidades precisam ser de todos os membros da equipe, para que possa ser oferecida assistência de qualidade. Com isso, entendemos que para atenção precisamos de adequada gestão dos serviços de saúde. O assunto atenção e acolher é antigo, porém apenas em 2003 com a criação da Política Nacional de Humanização ganhou forças.

Para garantir o atendimento humanizado, a resolutividade dos serviços e a promoção da saúde da população, os atendimentos passam a acontecer de acordo com demanda espontânea, embasados no acolhimento e na escuta qualificada à população. Com a Política Nacional de Humanização do SUS, os indivíduos passam a ser compreendidos como únicos, bem como analisado sua história de vida e o meio que vivem. E neste contexto, um dos pilares para esse processo de humanização foi o acolhimento com avaliação de risco e agilidade. Entre as cinco diretrizes centrais da Política Nacional de Humanização, para orientar a ação das equipes que têm por tarefa produzir saúde, está o acolhimento (Brasil, PNH 2010):

“Acolhimento, orientação ética, pois o toma como base do contrato entre os sujeitos que cuidam e os que são cuidados, cuja ação é produzir um campo comum que vamos chamar de produção do cuidado compartilhado, corresponsabilização. Acolher é, pois, o que inaugura e sustenta processos de cuidar. Acolher, todavia, não significa apenas interagir a partir do aceitar aquilo que o outro traz mas, a partir disto, produzir desvios, produzir movimentos que permitam reposicionamentos, produção de novas atitudes, de novas éticas;”

O acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (Brasil, 2004).

Desta forma percebi com o trabalho diário que o entendimento dos conceitos acolhimento e triagem se confundiam, fato que necessitava de melhorias, afinal a prática estava originando de certo modo exclusão social, na medida em que eram “escolhidos” quem deveria ser atendido. O foco estava na doença e não no sujeito e suas necessidades, por isso a necessidade de reorganização e qualificação da equipe.

Um de nossos objetivos foi discutir o acolhimento como porta de entrada para o serviço e rever os conceitos compreendidos pela equipe, respeitando o entendimento da importância e adequada compreensão do tema. Avaliar e melhorar a demanda espontânea e programada,

além de melhorar o vínculo com a comunidade também nortearam nosso trabalho.

Nossa unidade de saúde é composta por 16 funcionários, sendo três Agentes comunitários de Saúde- ACS, uma recepcionista, um auxiliar odontológico, uma enfermeira, dois vigias, dois motorista da ambulância, um auxiliar técnico geral, um profissional de serviços gerais, uma técnica de enfermagem, um dentista, e um microscopista. Está localizada na BR 230 entre Marabá e Altamira -PA, na zona rural da cidade de Anapu-PA. E atendemos a população (em nossa área de abrangência) de 1500 pessoas.

Inicialmente realizamos a roda de conversa, na própria unidade, com toda equipe em dois momentos– em 13 e 14/10/2020, para compreender o entendimento de todos sobre o assunto e propor a implantação da microintervenção. Discutimos o que cada profissional entende por acolhimento e definimos juntos as formas de realiza-lo. Posterior a este, foi realizado em 21/10/2020 o treinamento da equipe e discutimos os assuntos: Demanda espontânea, demanda programada e acolhimento com classificação de risco. Os materiais utilizados foram os impressos do caderno de atenção básica do Ministério da Saúde e fluxogramas.





Resultados alcançados: Muitas mudanças ocorreram no processo de trabalho, a principal foi a de conseguirmos conscientizar a equipe sobre a importância da implantação adequada do acolhimento. Conseguimos reorganizar nosso processo de trabalho de modo que, no primeiro horário de cada turno, os profissionais priorizem o acolhimento. Conseguimos implantar o fluxograma de atendimento e a classificação de risco, realizada principalmente, atualmente pela enfermagem durante o acolhimento. A principal dificuldade a princípio foi a compreensão da equipe na diferenciação de triagem e acolhimento. Um dos pontos positivos foi a ambiência, pois ter o local adequado para o acolhimento, preservando a privacidade do paciente facilitou o processo. A classificação de risco, melhorou a integração e trabalho em equipe, porém percebemos alguns pacientes potencializando sintomas após compreender a nova metodologia de atendimento. É possível perceber melhoria na equidade, com a compreensão da equipe, após o treinamento, sobre compreensão dos riscos e vulnerabilidade. A implantação dos fluxogramas do Caderno de Atenção Básica (ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA Queixas mais comuns na Atenção Básica), contribuiu de maneira significativa para a melhoria nos atendimentos.

Ações propostas:

Descrição: Realização do acolhimento por todos os membros da equipe

Nó crítico: Inequidade no atendimento e demora no atendimento

Objetivo: Melhorar o atendimento e vínculo com usuários.

Projeto	Atividades	Resultados esperados	Recursos necessários	Prazos
Treinamento da Equipe	Reunião com material de apoio e exposição de ideias	Equipe treinada	Sala e material impresso	15 dias
Implantar fluxos de atendimentos e classificação de risco	Disponibilizar fluxos de após treinamento	Equipe qualificada para utilização classificação	Material Impresso (Caderno de Atenção Básica MS)	7 dias
Ações Educativas com a população	Conscientização do processo de trabalho da unidade	Compreensão e participação ativa da comunidade nas melhorias propostas	Recursos Humanos disponíveis	40 dias
				Enfermeira Técnica motora recepcionista

Tabela1: Dados, plano de operação e execução da microintervenção

O processo de implantação requer autoavaliação constante para melhorias e adaptações a nossa realidade, porém já podemos observar melhorias desde o início, apesar da resistência inicial dos profissionais, em a princípio entendiam como mais uma tarefa a ser realizada e não como nova postura. Com o passar dos dias e menor sobrecarga de trabalho, a compreensão está melhorando. O principal é que o conceito biomédico seja deixado de lado, aos poucos, e estabelecemos o atendimento integral dos pacientes. Com maior potencial de melhorias, a serem percebidas com maior intervalo de tempo, pois o atual momento político/ eleitoral também dificultou/atrasou a completa implementação, pois houve medo da equipe da não aceitação da comunidade e com isso ocasionar divergências com atual administração. Mesmo que em menor velocidade, aos poucos o processo vai acontecendo. Tanto para equipe quanto

para população a percepção da melhoria ocorre ainda de maneira tímida, mas acredito que com o passar dos dias as percepções serão maiores, bem como o processo contínuo de melhoria de nosso trabalho.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

A IMPORTANCIA DA VISITA DOMICILIAR PARA A FAMÍLIA DO RECÉM-NASCIDO

ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO UBS DAMIÃO TORRES NETO – BELO MONTE – ANAPU- PA

A visita domiciliar é uma das atribuições das equipes de saúde de atenção básica e é uma das principais atividades preconizadas para o agente comunitário de saúde pelo Ministério da Saúde. Um estudo evidencia ainda que tal prática e as atividades que envolvem bebês e crianças em geral são as atividades preferidas dos agentes comunitários de saúde. Visitas domiciliares são recomendadas às famílias de gestantes e de crianças na primeira semana pós-parto e, posteriormente a esse período, a periodicidade deve ser pactuada com a família a partir das necessidades evidenciadas e considerando-se os fatores de risco e de proteção (BRASIL, 2014).

Na Atenção Primária a Saúde - APS continua uma forte preocupação com a primeira semana de vida da criança. Na APS espera-se garantir uma visita domiciliar do agente de saúde ao binômio mãe e RN no contexto da família, para orientação de todos sobre o cuidado de ambos, bem como para ofertar as ações programadas para a primeira semana de saúde na APS, se possível oportunizando tudo para uma mesma data: consultas para ambos (mãe e RN), estimulando a presença do pai sempre que possível, apoio ao aleitamento materno, imunizações, coleta de sangue para o teste do pezinho, etc. Depois, até a criança completar 2 anos, o objetivo é um acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança pela equipe de saúde (inclusive com busca de faltosos), com um olhar biopsicossocial não só para a criança, mas também para as condições do contexto de saúde e de vida de sua mãe e família, inclusive com as articulações intersetoriais, no território, necessárias para o projeto terapêutico de cada criança/família. (BRASIL, 2014).

A visita domiciliária (VD), apesar de apresentar limitações devido à concentração em torno de práticas curativistas direcionadas aos indivíduos, que tornam secundárias a produção de autonomia e a corresponsabilização das famílias no cuidado à saúde, foi concebida como importante meio de aproximação entre as famílias e a Estratégia de Saúde da Família, favorecendo o acesso às ações e aos serviços de saúde, sendo apontada como instrumento de humanização da atenção à saúde ao propiciar a construção de novas relações entre usuários e profissionais e a formação de vínculo entre esses. A visita domiciliar, quando realizada adequadamente, é uma das ações que pode facilitar a compreensão e o cuidado às famílias atendidas ao propiciar o conhecimento de seus modos de vida, crenças, cultura e padrões de comportamento, permitindo incorporar tecnologias leves no cuidado, como a humanização (Cruz, 2010). Visitar gestantes e recém-nascidos é uma prática comum em muitos países. Tal atividade vem crescendo em função do reconhecimento de que os primeiros anos de vida são

determinantes para a saúde do ser adulto. (BRASIL, 2014).

Desta forma, o objetivo desta microintervenção foi desenvolver ações educativas para qualificar a equipe a fim de oferecer melhorias na visita domiciliar do recém-nascido fortalecendo assim a atenção integral da criança para promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e prevenção de doenças na infância.

Atendendo entre diversas políticas públicas e princípios do SUS, as ações previstas na Portaria do Ministério da Saúde Nº 1.130/2015, que Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e preconiza a alta qualificada do recém-nascido da maternidade, com vinculação da dupla mãe-bebê à Atenção Básica, de forma precoce, para continuidade do cuidado, a exemplo da estratégia do "5º Dia de Saúde Integral", que se traduz em um conjunto de ações de saúde essenciais a serem ofertadas para a mãe e bebê pela Atenção Básica à Saúde no primeiro contato após a alta da maternidade (Brasil, 2015). De acordo com a Política Nacional de Atenção básica – PNAB uma das características de trabalho das equipes de atenção básica é desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários (Brasil, 2012), por isso desenvolvemos as ações conforme quadro 1:

Quadro 1. Ações

Descrição: Qualificação da primeira visita domiciliar para a família do recém-nascido

Nó crítico: Inequidade, ausência de integralidade do cuidado.

Objetivo: Melhorar o atendimento e vínculo com usuários.

Projeto	Atividades	Resultados esperados	Recursos necessários	Prazos	Re
Reunião da Equipe	Reunião com material de apoio e exposição de ideias	Equipe de treinada	Sala e material impresso	15 dias	M
Treinamento da Equipe	Disponibiliza material para consulta digital	Equipe qualificada para atingir os principais objetivos primeira visita domiciliar recém-nascido e à sua família*	Material Impresso da (Caderno n. 33 de Atenção Básica MS)	7 dias	Er Medico

Cadastros	Manter	os	Adequado	Recursos	Aç
Atualizados	cadastros	planejamento	e	Humanos	Continua comunit
	atualizados	monitoramento	da	disponíveis	Saúde
		da população	adscrita		

Fonte: o autor

Foi realizada uma reunião, em nossa unidade, ESF Damiao Torres Neto, zona rural, do município de Anapu – PA, em 27 de novembro de 2020, estiveram presentes a enfermeira, a técnica em enfermagem e as três agentes comunitárias de saúde. Neste momento foi explicado a percepção sobre o assunto e proposta de educação/ qualificação da equipe quanto ao assunto, para melhoria de nossos atendimentos e vínculos com as famílias, o posicionamento da equipe em primeiro momento foi questionador sobre a necessidade, então foi explicado que nosso aprimoramento deve ser contínuo e que a qualificação de nossas práticas de cuidado trazem benefícios à todos, também apresentei o caderno de atenção básica número 33 do Ministério da Saúde - SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO, que deveria ser uma das principais referências para nosso treinamento, com a concordância de todos, marcamos o treinamento para 10 de dezembro de 2020.

Em 10 de dezembro de 2020, realizamos o treinamento no final do expediente, na sala de reuniões da unidade de saúde, estiveram presentes a enfermeira e duas agentes comunitárias de saúde, e com base no Caderno de Atenção Básica, número 33, discutimos sobre os principais objetivos da primeira visita domiciliar ao recém-nascido e sinais que indicam a necessidade de encaminhamento da criança ao serviço de referência com urgência. Ao final solicitei que pudessemos realizar levantamento e se necessário atualização dos cadastros de nosso território do total de Gestantes, puérperas e crianças menores de 6 meses, fornecendo um prazo de final de janeiro para entrega destes, pois após dia 15 de dezembro a unidade ficou fechada até 04 de janeiro de 2021, e estive de férias até 15 de janeiro, logo até a data de confecção/ apresentação deste relatório, os dados ainda estavam pendentes, por estarem no prazo previsto.

Ainda não conseguimos identificar os resultados da implantação da microintervenção, mas acredito que o processo de educação apresentará significativos resultados, principalmente no empoderamento familiar, e vínculo com a equipe, além de melhorias diretas à saúde da criança. Uma revisão de vários estudos, com a predominância de estudos norte-americanos, mostra as boas evidências dos benefícios de visitas durante os períodos pré e pós-natal, com destaque para o trabalho: “Ante and post-natal home-visiting programmes: a reviews evidence briefing” (NICE apud BULL, 2004; ELKAN et al., 2000; Brasil 2014). Entre os benefícios, salientam-se os seguintes:

- Desenvolvimento da parentalidade;
- Melhoria de alguns problemas de comportamento da criança (segundo os pais);

- Melhoria no desenvolvimento cognitivo de grupos específicos, tais como os prematuros e os recém-nascidos de baixo peso;
- Redução de lesões não intencionais;
- Melhoria na detecção e no manejo da depressão pós-parto;
- Melhoria na prática da amamentação.

Acredito no grande potencial da visita e do papel de educador da equipe de saúde, em especial do agente comunitário que está corriqueiramente em contato com a família, ele tem um papel muito importante, pois é membro da equipe que faz parte da comunidade, o que permite a criação de vínculos mais facilmente, propiciando o contato direto com a equipe, por isso a grande importância destes profissionais estarem qualificados para realização de uma visita domiciliar eficaz. Além disso o processo de educação permanente amplia as capacidades de resolução das dificuldades enfrentadas na rotina do trabalho de toda equipe.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações desenvolvidas nas microintervenções, possuem potencial para melhorar tanto o vínculo, quanto a integralidade e equidade no atendimento de saúde na unidade, porém a mudança de comportamentos e percepção dos envolvidos, bem como o período eleitoral e a atual situação de pandemia limitam a concretização completa e imediata de todas as ações almejadas.

Durante o desenvolvimento das ações para concretizar o planejado a comunicação com a equipe foi a principal ferramenta utilizada, pois foi entendendo e conhecendo as necessidades que os ajustes foram ocorrendo, pois a qualificação dos profissionais tornou possível a melhoria das ferramentas de acolhimento e visita domiciliar ao recém-nascido.

Quanto à percepção dos profissionais e usuários inicialmente é a de que diante de alguns obstáculos para realização das atividades no acolhimento, não justificavam os benefícios demonstrados, porém com o tempo a resistência foi diminuindo e o principal, o ato de humanização ultrapassou as atividades rotineiras e foi encarado como algo intrínseco à prática profissional.

A equipe de forma tímida está percebendo os resultados, e o medo inicial da não aceitação da comunidade não é mais uma angústia constante, pois aprenderam a realizar o acolhimento de forma humanizada e não mais seletiva como antes. Quanto a população, ainda existem reclamações quando não atendidas imediatamente em situações que podem esperar, porém com o tempo acredito que vai ser possível melhor compreensão.

Acredito no grande potencial da visita e do papel de educador da equipe de saúde, em especial do agente comunitário que está corriqueiramente em contato com a família, ele tem um papel muito importante, pois é membro da equipe que faz parte da comunidade, o que permite a criação de vínculos mais facilmente, propiciando o contato direto com a equipe, por isso a grande importância destes profissionais estarem qualificados para realização de uma visita domiciliar eficaz. Além disso o processo de educação permanente amplia as capacidades de resolução das dificuldades enfrentadas na rotina do trabalho de toda equipe e mesmo não sendo possível a realização das visitas presenciais, os conceitos e importância foram instituídos na equipe, e está mesmo com limitações concretiza suas atividades de maneira diferente e comprometida.

Mediante das dificuldades enfrentadas pela pandemia, pode-se afirmar que apesar das limitações houve grande progresso no processo de acolhimento, ainda não está totalmente sistematizado da maneira ideal, tanto pelo novo cenário, quanto por parte dos profissionais e usuários, porém a curto e médio prazo, acredito ser possível observar grandes conquistas. O atendimento justo e integral, humanizado e equânime é possível e para isso, é necessário desenvolvimento processos educativos e de qualificação de maneira contínua.

5. REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. PNH. Brasília: MS, 2010. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf (acesso em 05 de novembro de 2020)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf> (acesso 02 de outubro de 2020)

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2ª ed. Brasília: MS; 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf (acesso realizado em 06/11/2020)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012

Cruz, Mariene Mirian, & Bourget, Monique Marie Marthe. A visita domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. 2010. Saúde e Sociedade. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000300012>. (Acesso realizado em 05/12/2020)

Mandú, Edir Nei Teixeira, Gaíva, Maria Aparecida Munhoz, Silva, Maria da Anunciação, & Silva, Ana Maria Nunes da. (2008). Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. Texto & Contexto – Enfermagem, 17(1), 131-140. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000100015>. (Acesso realizado em 05/12/2020)

BORGES, R.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. The medical home visit as a space for interaction and communication in Florianópolis - Santa Catarina. Interface - Comunic., Saude, Educ. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/12/document.pdf> (Acesso realizado em 05/12/2020)

Brasil, Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.130, DE 5 DE AGOSTO DE 2015- Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. (Acesso realizado em 04/12/2020)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf (Acesso realizado em 04/12/2020)

Parana. Secretaria de Estado da Saúde. CADERNO ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA PRIMEIRO ANO DE VIDA. 2019. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-07/pdf4.pdf (Acesso realizado em 14/01/2021)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. , 2. reimp. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 33). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento_1ed. (Acesso realizado em 14/01/2021)