

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

**CAPACITAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA AS VISITAS
DOMICILIARES**

YANELIS ROSALES PENA

ORIENTADOR: ANDRÉ LUIZ BIGAL

SÃO PAULO

SETEMBRO / 2014

“O trabalho desenvolvido em equipe tem um potencial de reconstruir a prática dos profissionais que co-atuam neste processo, uma construção coletiva que transforma as ações dos atores, segundo sua realidade”(1).

SUMÁRIO

1. Introdução

2. Objetivos

2.1 Geral

2.2 Específicos

3. Revisão Bibliográfica

4. Metodologia

4.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

4.2 Cenário da intervenção

4.3 Estratégias e ações

4.4. Avaliação e Monitoramento

5. Resultados Esperados

6. Cronograma

7. Referências

1 - INTRODUÇÃO

A partir de 1988, a Saúde foi estabelecida na legislação brasileira como direito de todos os brasileiros, a ser assegurado pelo Estado. Seus princípios foram regulamentados pela Lei nº8080, Lei Orgânica de Saúde, a qual criou o Sistema Único de Saúde (SUS) que, através de órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, deveriam garanti-la à população. Com a implantação do SUS tem se redesenhado os contornos de atenção à saúde no país, redefinindo as responsabilidades e competências de cada nível do governo e atribuindo aos municípios papel central na gestão do sistema local de saúde. Neste contexto, a participação da população é uma importante estratégia para garantir princípios como a descentralização e municipalização da saúde (BRASIL, 2005).

A estratégia do Programa Saúde da Família foi iniciada em junho de 1991, tendo como antecessor o Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS), e nos primeiros anos de existência foi marcado por inquietações e críticas. Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras Equipes de Saúde da Família incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários. O PSF é uma estratégia proposta pelo Ministério da Saúde, sendo denominado atualmente por Estratégia de Saúde da Família (ESF), apresenta-se como uma proposta de reestruturação da atenção primária, centrada na família, entendida e percebida em seu ambiente físico e social.

A proposta da ESF prevê a participação de toda a comunidade, em parceria com a Equipe de Saúde da Família, na identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades, no acompanhamento da avaliação de todo trabalho. Isto é importante para que as pessoas adquiram consciência de que podem tomar a iniciativa, como sujeitos capazes de elaborar projetos próprios de desenvolvimento, tanto em nível individual como coletivo (BRASIL, 2006).

O principal enfoque está nas ações de prevenções para intervir nos fatores agravantes a saúde, a fim de buscar uma melhor qualidade de vida. No contexto do SUS, o PSF, sigla com a qual se consagrou desde então, incorpora as bases conceituais presentes na Vigilância da Saúde, que incluem o planejamento e a programação da oferta de serviços a partir do enfoque epidemiológico, reafirmar os princípios do SUS como universalidade, integralidade e eqüidade, com a compreensão dos múltiplos fatores de risco à saúde, e a possibilidade de intervenção sobre os mesmos com estratégias de promoção para saúde (COSTA; CARBONE, 2004).

Segundo orientações do Ministério da Saúde, na ESF, as ações são estruturadas no trabalho em equipe e buscam humanizar as práticas de saúde, com o objetivo de obter a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade. O processo de trabalho das equipes se estrutura a partir do conceito de delimitação do território, mapeamento das áreas e micro áreas a primeira entendida como um conjunto de micro áreas contíguas sob a responsabilidade de uma equipe, onde residem em torno de 3.000 a 4.500 pessoas e a segunda representa a área de atuação de um agente comunitário de saúde

onde moram cerca de 400 a 750 pessoas, cadastramento familiar e utilização do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) (BRASIL, 2006).

Seguindo essas diretrizes, uma equipe de saúde da família deve ser composta minimamente de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. A incorporação de outras categorias profissionais dependerá dos municípios. Cada equipe deve ser responsável pela cobertura de 1.000 famílias (BRASIL, 2006).

É de suma importância que a Equipe Saúde da Família se integre com a comunidade para compreender seu papel psicossocial, buscando interpretar a realidade vivida por cada integrante, seja individual ou coletivamente para que possa direcioná-los para uma vida saudável, e que sejam realmente agentes de transformação básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS. Para isso deverão ser utilizadas técnicas de visitas domiciliares, reuniões entre os profissionais e a comunidade, atividades educativas com grupos definidos, ações administrativas de supervisão e educação continuada.

Torna-se, portanto, estratégico avaliar, neste estágio, o componente visita domiciliar, cujo significado se amplia passando a ser concebida como parte de um processo de atenção continuada e multidisciplinar, no qual se realizam práticas sanitárias, assistenciais e sociais, perpassadas pelo olhar da integralidade (6).

A visita domiciliar tem sido um instrumento utilizado em Saúde Pública há anos, tendo sofrido forte influência do modelo de atenção primária a saúde no que se refere ao caráter preventivo. Apesar da reorganização de unidades de saúde para a produção das ações preventivas e de promoção à saúde, advindas da implantação ESF, é importante destacar que a visita domiciliar só se configura como instrumento de intervenção, quando planejada e sistematizada. A visita do ACS é mais citada, o que viabiliza o vínculo e poderia ser utilizado como um facilitador para implantação das ações. No entanto o reconhecimento do papel do ACS na comunidade não justifica a ausência ou menor frequência das visitas dos outros integrantes da equipe, não favorecendo um vínculo com os demais profissionais.

Apesar de ser uma atividade programada e inserida no cronograma de atividades, a visita domiciliar é ainda percebida, pelos usuários, como algo esporádico, quando realizada. Contudo, alguns profissionais apesar de exercerem essa atividade em tempos reduzidos, contemplam, em muitas ocasiões, sentimentos de inquietude dos usuários, favorecendo uma vinculação mais efetiva profissional-usuário do que aquela que ocorre nas unidades de saúde.

O PSF pressupõe a visita domiciliar como tecnologia de interação no cuidado à saúde (7), sendo um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares (8,9).

A atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central da visita domiciliar, sendo entendidas, família e comunidade, como entidades influenciadoras no processo de adoecer dos indivíduos, os quais são regidos pelas relações que estabelecem nos contextos em que estão inseridos. Compreender o contexto de

vida dos usuários dos serviços de saúde e suas relações familiares deve visar ao impacto nas formas de atuação dos profissionais, permitindo novas demarcações conceituais e, conseqüentemente, o planejamento das ações considerando o modo de vida e os recursos de que as famílias dispõem (7,9).

No que tange à articulação com o modelo assistencial, o discurso relativo à integralidade e à humanização do cuidado assume papel de destaque na reorientação do SUS. A relevância da visita nesse processo evidencia-se pelo fato dessas dispor de condições propícias a mudanças, confrontando o modelo hegemônico, centrado na doença, no qual predomina uma postura profissional de indiferença e de pouca interação com os usuários. A superação desse modelo requer dos profissionais de saúde a construção de um pensar e um fazer sustentados na produção social do processo saúde-doença (10)

Assim, surgem alguns questionamentos impulsionadores deste projeto: Os profissionais da saúde estão realmente preparados para a abordagem adequada e direcionada das visitas familiares? A população é conscientizada sobre a ESF e qual o seu papel? A relação entre usuários e profissionais da ESF proporciona acolhimento e vínculo? Durante o encontro entre os profissionais e usuários ocorre uma negociação entre sujeitos para que sejam eleitas as necessidades de saúde?

Por outro lado, essas visitas são primordialmente realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde – que são vizinhos amigos (ou inimigos) daquela família. Haveria um limite para a interferência na vida daquelas pessoas? Todas as informações colhidas podem (ou devem) ser compartilhadas por todos os membros da equipe de saúde? Na questão tempo, inclui-se também o horário que as famílias têm para receber a visita domiciliar. Vários autores citam o tempo e a locomoção como fatores que criam obstáculos para a realização das visitas (5,11-12). Na questão tempo, inclui-se também o horário que as famílias têm para receber a visita domiciliar. O tempo dedicado às visitas domiciliares é suficiente para abordar as situações em determinadas famílias?

Com base nesses questionamentos, e por se tratar de uma prática realizada por diversos profissionais da área da saúde o conhecimento de como é desenvolvida a visita domiciliar pelas diferentes equipes de saúde permite propor e reordenar ações de forma a ampliar o potencial de intervenção dos profissionais, bem como organizar suas práticas para responder às necessidades das famílias no seu lócus de vida. Portanto, neste trabalho é primordial capacitar e preparar as equipe de saúde da família da UBS São Carlos para ter uma abordagem adequada e direcionar as visitas domiciliares mediante o vínculo gerado durante a visita, procurando caracterizar a eficácia da prestação de serviços juntamente com a participação e aceitação do usuário. Com isto busca-se conhecer a compreensão do usuário sobre ESF e os serviços prestados a comunidade, com o propósito de analisar a atuação do trabalho em equipe na ESF em relação às visitas domiciliares. A reflexão sobre esta prática permite trazer em foco o potencial da construção de vínculo e a aproximação com a realidade das famílias, porém é preciso organizá-la de forma a atender as necessidades das famílias e dos profissionais e incorporá-la institucionalmente com a real importância para a Estratégia Saúde da Família.

Assim considera-se que esse trabalho possa contribuir com o conhecimento dos profissionais de saúde, compartilhando na sua formação e na reorientação dos serviços de saúde.

2 – OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Melhorar o vínculo das equipes de saúde da família da UBS São Carlos com a comunidade através da abordagem adequada e direcionada das visitas domiciliares para uma comunidade saudável.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Capacitar e preparar a equipe de ACS, de enfermagem e médicos para a abordagem adequada e direcionada nas Visitas Domiciliares;
- 2- Propor ações estratégicas nas Visitas Domiciliares a fim de obter melhor resultado na modificação do processo saúde-doença;
- 3- Gerar interação entre os profissionais e comunidade para abordar o tema “Visitas Domiciliares”, discutindo seus objetivos, vantagens, desvantagens e importância;
- 4- Promover a participação ativa da comunidade nas Visitas Domiciliares realizadas pela equipe de saúde da família aplicando os conhecimentos existentes e adquiridos no grupo;

4- METODOLOGIA

4.1 Cenário do estudo

O local da intervenção proposta no presente projeto é a UBS São Carlos/OS ACSC e os domicílios pertencentes à sua área de abrangência.

4.2 Sujeitos da intervenção

Os beneficiados pela intervenção serão os profissionais das 6 equipes de saúde da família da UBS São Carlos e a população adstrita na área da abrangência da UBS.

4.3 Estratégias e ações

Muitas vezes o elo entre comunidade e centro de saúde se faz por meio de profissionais que possuem um primeiro contato com esses pacientes, visto que esses profissionais devem receber orientações e estar preparados para as mais diversas situações.

A proposta é a realização da capacitação de forma dinâmica através de rodas de discussões e/ou debates a serem promovidos em oito encontros, sendo:

1º- Abordagem da experiência dos membros da equipe no que se refere às Visitas Domiciliares.

2º- Análises dessas experiências.

3º- Sugestões de propostas para uma melhor realização das VD dentro das diretrizes da ESF.

4º e 5º - Capacitar sob as novas propostas.

6º- Pôr em prática os novos conhecimentos adquiridos.

7º e 8º - Compartilhar e avaliar os resultados obtidos a partir das novas experiências.

4.4. Avaliação e Monitoramento

O projeto será realizado por todas as equipes de saúde da unidade e será avaliado e monitorado por meio dos resultados atingidos com a prática dos conhecimentos adquiridos. Poderá ser reproduzido em diversas comunidades de forma a beneficiar o profissional de saúde, pois o torna um indivíduo atuante na comunidade capaz de ser referência e principalmente um elo entre o centro de saúde e a comunidade, e possibilita também aos profissionais atuar de forma crítica, consciente e transformadora para com a comunidade.

5 - RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se com o presente projeto, que o total (100%) das equipes UBS São Carlos sejam capacitados sobre a abordagem das visitas domiciliares nos oito momentos da intervenção. Capacitar o total da equipe visa melhorar o conhecimento da equipe e a comunidade sob as diretrizes da ESF.

Espera-se ainda aumentar o vínculo entre as equipes de saúde da família e a população adstrita. Construindo um melhor conhecimento das equipes sob as características de sua população para uma melhor planificação das estratégias de intervenção.

Como resultado busca-se a satisfação da população adstrita obtendo maiores resultados no processo saúde-doença.

Uma forma de mensurar os resultados será o registro das percepções das equipes de trabalho e da população a respeito das novas estratégias.

6 - CRONOGRAMA

Atividades	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Elaboração Do projeto	X	X				
Estudo da Literatura	X	X	X	X	X	X
Coleta de dados		X	X	X		
Capacitação dos oito momentos			X	X	X	
Revisão final						X
Entrega do trabalho						X

Referências

1_ Ministério da Saúde (BR), Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

2-Ministério da Saúde (BR), Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

3- Ministério da Saúde (BR), Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

4- Ministério da Saúde (BR), Programa Saúde da Família [on-line]. Disponível em: Internet: <<http://www.saude.gov.br/psf/menu/menu.htm>>

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Normas de Pesquisa em Saúde, 1996.

5- CARBONE, E.M.A.; COSTA, M.H. Saúde da Família, uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio, 2004

6- Savassi LCM, Dias MF. Visita domiciliar. Grupos de estudo em saúde da família. <http://www.smmfc.org.br/gesf/gesfvd.htm>.

7- Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da

equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. Rev Bras Enferm 2007; 6:659-64.

8- Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. Texto & Contexto Enferm 2006; 4:645-53.

9- Takahashi RF, Oliveira MAC. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. http://ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema1/texto8_1.

10- Ayres JRCM. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? Interface Comun Saúde Educ 2000; 6:117-20.

11- Lopes OW, Saípe R, Massarolli A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. Rev Cienc Cuid Saúde. 2008 Abril/Jun;7(2):241-7.

12- Marasquin, HG Duarte RVC, Pereira, RBL, Monego, ET. Visita domiciliar: o olhar da comunidade da quadra 603 Norte. Palmas (TO). Revista da UFG. 6(n. esp) dez 2004 Disponível: http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/familia/H_visita.html.

Outras Bibliografias consultadas.

- Emiko YE, Rosa Maria GSF. A família, a visita domiciliar e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho de enfermagem em saúde coletiva. Rev Esc Enf, USP.2000 set;34(3):233-9.

- Alba Talero LH, et al. A visita domiciliária como cenário para a prevenção. Medicina de família(And).2007 mar;7(2):105-16.

- Arthur OM, Fernanda AO. Visitas domiciliares pela equipe de Saúde da Família, reflexões para um olhar ampliado do profissional. Rev Bras Med e Com. Rio de Janeiro.2007 jan/mar;2(8):253-60.

- SCHOELLER, S. D. **Proposta para educação permanente em tecnologias de planejamento participativo em saúde.** Material técnico. Criciúma: Pólo de Educação Permanente para os Trabalhadores do SUS, 2003.

- TEIXEIRA, S. A. Avaliação dos Usuários sobre o Programa de Saúde da Família em Vitória da Conquista – BAHIA - Brasil. **Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil.** Afra Suassuna Fernandes/Juan A.

Seclen-Palacin(orgs.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.

- Abrahão AL, Lagrance V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. São Paulo: USP; 2007.

- Revista Enfermagem Integrada Ipatinga: Unileste MG.V.1 N.1 Nov./Dez. 2008.

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: POPULAÇÃO PARTICIPATIVA, SAÚDE ATIVA. BRASIL, Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família, COSAC, 1995.