Telessaúde
Santa Catarina

FERRAMENTAS PARA O TRABALHO NA ABS

2017

Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
Superintendência de Planejamento e Gestão
Escola de Saúde Pública Professor MSc Osvaldo de Oliveira Maciel
Gerência de Coordenação da Atenção Básica

Ferramentas para o trabalho na ABS

Florianópolis
Secretaria de Estado da Saúde
2017

GOVERNO FEDERAL
Presidência da República
Ministério da Saúde
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)
Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)
Coordenação Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

GOVERNO ESTADUAL DE SANTA CATARINA
Governo do Estado
Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência de Planejamento e Gestão
Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação do SUS
Gerência de Coordenação da Atenção Básica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Reitoria
Pró-Reitoria de Pesquisa
Pró-Reitoria de Extensão
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Pública

NÚCLEO TELESSAÚDE DE SANTA CATARINA
Coordenação Geral: Maria Cristina Marino Calvo
Coordenação de Tele-educação: Josimari Telino de Lacerda

EQUIPE TELE-EDUCAÇÃO
Josimari Telino de Lacerda
Luise Ludke Dolny
Elis Roberta Monteiro

AUTOR
Igor Tavares da Silva Chaves
Izauria Zardo

REVISORES
Luise Ludke Dolny
Josimari Telino de Lacerda

Design Gráfico: Catarina Saad Henriques e Vanessa de Luca Bortolato
Ilustrações: Vanessa de Luca Bortolato
Design de Capa: Catarina Saad Henriques

APRESENTAÇÃO

Caro aluno,

Bem vindo ao minicursos “Ferramentas de trabalho na ABS”!

Sabemos que as concepções de saúde e doença dos profissionais de saúde se correlacionam diretamente com a forma como praticam o cuidado no contexto do Sistema Único de Saúde e da Atenção Básica.

O cuidado baseado no modelo da integralidade da atenção à saúde pressupõe o trabalho em equipe, a organização do acesso à unidade básica de saúde e a integração com outras equipes e serviços.

Assim, o objetivo deste minicurso é conhecer ferramentas que auxiliem na elaboração de um projeto de saúde no território, refletindo sobre como as equipes de Saúde da Família podem inseri-los em seu processo de trabalho.

Você conhecerá algumas das principais ferramentas para um trabalho de qualidade na Atenção Básica como Territorialização, Diagnóstico Comunitário, Sistemas de Informação em Saúde, estudo de demanda, Abordagem Comunitária e Familiar, instrumentos de Ecomapa e Genograma e metodologias de visita domiciliar, para dar suporte à elaboração de um projeto de saúde no território.

O conteúdo foi organizado em 8 Unidades de Aprendizagem:

Unidade 1 – Introdução
Unidade 2 – Diagnóstico Comunitário
Unidade 3 - Dados objetivos e suas fontes
Unidade 4 - O planejamento
Unidade 5 - O estudo da demanda e a organização da agenda
Unidade 6 - Abordagem Comunitária
Unidade 7 - Abordagem Familiar
Unidade 8 - Visita domiciliar

Ao longo do texto foram utilizados ícones para facilitar a compreensão dos temas propostos:

Palavras do Professor: dicas do professor a respeito do tema.

Observação: destaque do professor para algum aspecto importante do tema.

Saiba mais: indicações de outras fontes de informação sobre o assunto, como livros, trabalhos científicos, sites e outros materiais, para aprofundamento do conteúdo.

O estudo destes temas é fundamental para compreender como se dá a prática do trabalho na Atenção Básica.
Bom estudo!

SUMÁRIO

Ferramentas para o trabalho na ABS

Unidade 1 – Introdução....8
Unidade 2 - Diagnóstico Comunitário....12
Unidade 3 - Dados objetivos e suas fontes....17
Unidade 4 - O planejamento....22
Unidade 5 - O estudo da demanda e a organização da agenda....25
Unidade 6 - Abordagem Comunitária....27
Unidade 7 - Abordagem Familiar....31
Unidade 8 - Visita domiciliar....40
Conclusão....42
Referências....43

Unidade 1

Introdução

Unidade 1 – Introdução

Ao iniciar os trabalhos junto a uma **equipe de Saúde da Família** é importante olhar para a realidade que nos cerca e planejar o trabalho, de modo que as ações não se restrinjam apenas à assistência. Não é possível realizar um bom trabalho em saúde sem ampliar os processos para além da doença. Cada profissional precisa organizar sua agenda de modo a contribuir com a melhoria dos indicadores de saúde de onde vai atuar.

Entende-se equipe de Saúde da Família de uma forma ampliada, incluindo todos os atores que de alguma forma relacionam-se com a mesma: equipe de Saúde Bucal, NASF, técnicos, agentes comunitários, administrativos, médico e enfermeiro.

O trabalhador em saúde não deve se restringir a ações curativas, mas ampliar seu olhar para ações preventivas e promotoras de saúde. É necessário entender qual o papel de cada membro da equipe, como cada um pode e deve interagir com os demais, quanto tempo será utilizado para a reunião de equipe, para as ações preventivas.

Também, qual o perfil da população local, quais os aspectos culturais mais relevantes, quais os aliados para construir saúde na região, quanto tempo será investido para a demanda espontânea, quanto tempo para a demanda programada, em quais aspectos investir para melhorar o acesso dos usuários aos serviços, entre outros.

Produzir saúde implica em ser responsável com o trabalho e com os recursos disponíveis. Desta forma, o planejamento e a avaliação contínua, levando em conta o custo-efetividade das ações e a implementação de novas tecnologias são imprescindíveis. É preciso compreender onde se está, aonde se quer chegar e, acima de tudo, como contribuir para a melhora da saúde da população.

Tendo estes objetivos em mente, essa Unidade de Estudo vai discutir a temática do Planejamento em Saúde e algumas ferramentas que podem contribuir com a abordagem individual e coletiva da população em que a equipe está inserida.

Onde Estamos? A importância de conhecer o território

O território onde as pessoas vivem determina sua atitude frente à vida. Na visão de Deleuze e Guattari (BRUCE e HAESBAERT, 2012), o território vai além das questões geográficas, mas é consistente com o conjunto de relações sociais, comportamentais e psicológicas que o indivíduo estabelece. Esse conceito fica claro em outra obra de Felix Guattari:

O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente "em casa". O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. "Ele é o conjunto de projetos e representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos" (GUATTARI e ROLNIK, 1996:323).

Conforme Milton Santos (1988, p. 28), o espaço geográfico "é um conjunto indissociável de sistemas de objetos fixos e de ações (fluxos) que se apresentam como testemunhas de uma história escrita pelos processos do passado e do presente".

Reconhecer o território, portanto, é de extrema importância para as equipes de Saúde da Família, reiterado pela Política Nacional de Atenção Básica:

(A Estratégia de Saúde da Família) É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (PNAB, 2011)

Tendo em vista as considerações apresentadas, torna-se imprescindível que a equipe de saúde conheça o território onde vai atuar e compreenda profundamente suas características sociais, políticas, econômicas, culturais e epidemiológicas. No processo de territorialização, a equipe precisa estar disposta a conhecer a realidade e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são fundamentais nesse processo.

Sugere-se que a equipe ande pela comunidade, em toda a sua área de abrangência e converse com as pessoas, buscando compreender:

• Os problemas de saúde locais e suas causas.
• Outros problemas que afetam o bem estar das pessoas.
• Os problemas que as pessoas consideram graves.
• As crenças, costumes e hábitos que afetam a saúde.
• A estrutura familiar e social prevalente.
• As formas tradicionais de cura e solução de problemas.
• Como as pessoas se relacionam umas com as outras.
• Como as pessoas aprendem (por tradição e na escola).
• Quem controla a distribuição de terras, poder e recursos.
• Quem são as pessoas habilidosas: líder, curandeiro, contador de histórias, artista, artesão, professor, etc.
• Como é o terreno, seus recursos naturais, saneamento básico, fontes de água, quais são as áreas verdes e naturais e como são os cuidados com as mesmas.
• Como é a estrutura urbano-comercial da comunidade, suas feiras, lojas, transportes, comunicações, ferramentas.
• Quais são as instituições que podem ser aliadas no estabelecimento de uma rede de cuidados, segurança e educação: empresas, igrejas, postos policiais, escolas.

Unidade 2

Diagnóstico Comunitário

Unidade 2 - Diagnóstico Comunitário

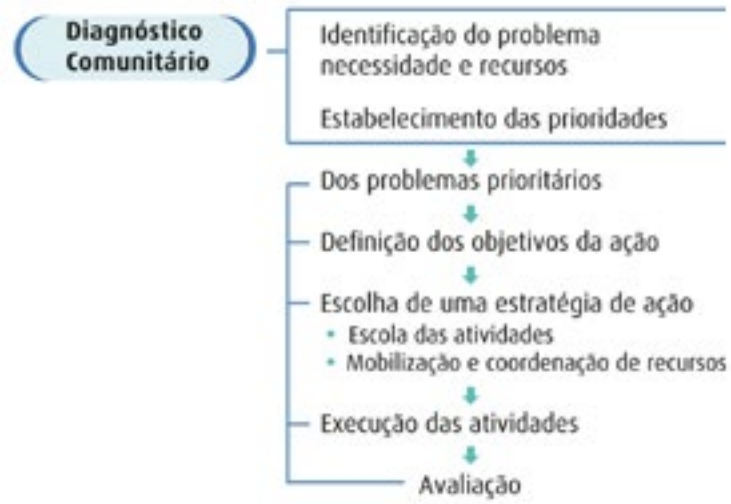
Conhecer o território é a primeira etapa que uma equipe de saúde precisa cumprir para desempenhar bem seu papel, mas não basta apenas esse quesito, é importante avaliar a situação de saúde da comunidade e, para isso, conta-se com dados subjetivos e objetivos.

Dados subjetivos são colhidos através de questionários comunitários, reuniões da equipe com representantes da comunidade e compreensões e vivências da equipe dentro do território.

Dados objetivos são aqueles coletados de fontes oficiais, tais como o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), IBGE, DATA-SUS, etc.

Fazer o diagnóstico comunitário é identificar os problemas, as necessidades, os recursos de uma comunidade. É um processo que constitui a primeira etapa do **Planejamento em Saúde Comunitária**, como se vê na figura a seguir:

Figura 1. Etapa do Planejamento em Saúde Comunitária



Fonte: Brasil, 2000

Para construir o diagnóstico real da comunidade, não se deve colocar a comunidade diante de um projeto pronto, mas propor a participação dela desde a fase de planejamento do projeto.

As etapas necessárias para um bom diagnóstico comunitário são as seguintes:

1. Definição dos objetivos do diagnóstico comunitário escolhido.
Recomenda-se que se estabeleça a imagem objetivo da equipe ou sua missão.
Exemplo: Atuar no bairro promovendo saúde, prevenindo doenças e atendendo as necessidades de saúde de sua população e, dessa forma, melhorando seus indicadores de saúde.

2. Estabelecimento da lista das informações ou dados a coletar.
Os dados devem referir-se ao território e sua população, em suas características culturais, socioeconômicas, epidemiológicas, institucional e a rede de instituições que a cerca, conforme apresentado na figura 2:

Figura 2. Estado de saúde da comunidade

Fonte: Brasil, 2000

3. Identificação das fontes de dados, escolha dos métodos mais apropriados para recolher esses dados e, se necessário, elaboração de instrumentos para questionários, entrevistas, tabelas, etc.

4. Coleta de dados.
Dependerá do tempo disponível para atingir os objetivos e da disponibilidade da equipe para o planejamento. É uma atividade contínua, com períodos de maior intensidade.

5. Análise e interpretação dos dados coletados, identificação dos problemas, necessidades, recursos e grupos de risco.

A partir dos dados coletados, o grupo precisa encontrar quais são os fatores que desempenham um papel importante na saúde da comunidade, bem como os problemas epidemiológicos mais relevantes. Durante esta etapa é importante ouvir a opinião das pessoas da comunidade sobre os problemas e necessidades prioritários, suas opiniões e representações sobre fatos ligados à saúde, suas expectativas, suas tendências ou resistências às mudanças, etc.

Palavras do professor

Sugerimos como metodologia de trabalho o estabelecimento de um momento coletivo, unindo equipe de saúde e lideranças comunitárias, para análise dos dados levantados a partir da matriz **SWOT** ou FOFA.

O termo SWOT na verdade é um acrônimo de Forças (Strengths), Fraquezas (Weaknesses), Oportunidades (Opportunities) e Ameaças (Threats), oriundo do inglês.

O objetivo é focalizar a combinação das forças ou fortalezas e fraquezas (internas) da organização com as oportunidades e ameaças (externas). As **Fraquezas** e **Fortalezas** de uma organização ou sistema são constituídas dos seus recursos humanos (experiências, capacidades, conhecimentos, habilidades), organizacionais (sistemas e processos da organização como estratégias, estrutura, cultura, etc.) e físicos (instalações, equipamentos, tecnologia, canais, etc.).

Já as **Oportunidades** são situações externas e não controláveis atuais ou futuras que, se adequadamente aproveitadas, podem influenciá-la positivamente. Quanto às **Ameaças** são situações externas e não controláveis pela organização, atuais ou futuras que, se não eliminadas, minimizadas ou evitadas, podem afetá-la negativamente. Analisando-se as variáveis incontroláveis do ambiente externo, tais como de aspectos socioeconômicos, políticos, de legislação, entre outros, pode-se esperar um cenário otimista ou pessimista. Tal cenário é então confrontado com a capacidade da organização e assim se avaliam os meios para superar os nós críticos. Desse modo, são estabelecidos os **objetivos** que irão definir o que será feito para os próximos anos.

O objetivo da **SWOT** é levantar estratégias para, no contexto do planejamento estratégico, manter pontos fortes, reduzir a intensidade de pontos fracos, aproveitando-se de oportunidades e protegendo-se de ameaças. A análise também é útil para revelar fortalezas que ainda não foram plenamente utilizadas e identificar fraquezas que podem ser corrigidas.

Forças: O que fazemos bem? Quais recursos especiais possuímos e podemos aproveitar? O que os outros acham que fazemos bem?

Fraquezas: No que podemos melhorar? Onde temos menos recursos que os outros? O que outros acham que são nossas fraquezas?

Oportunidades: Quais são as oportunidades externas que podemos identificar? O que a sociedade deseja e precisa que pode servir como oportunidade? Como agregar valor ao nosso trabalho? Quais são as novas tendências, demandas, preocupações que a sociedade tem apontado e que podem ser parcial ou totalmente atendidas?

Ameaças Que ameaças (leis, regulamentos, posturas) podem nos prejudicar? Que forças ou fatores dificultam a realização do nosso projeto? Qual o ponto forte do adversário que pode ser uma ameaça para nós? Quais as estratégias e diferenciais dos seus adversários?

6. Estabelecimento das prioridades.

Nesta etapa há o risco de confrontar as diferenças de percepção entre profissionais de saúde e membros da comunidade quanto à importância real e a urgência dos problemas e das necessidades. A matriz SWOT ajudará bastante na condução da discussão. A escolha final deverá ser o resultado de um diálogo, de uma negociação em que os diferentes argumentos e pontos de vista deverão ser considerados.

7. Documentação dos problemas prioritários.

Esta etapa consiste em definir com precisão o problema e se for necessário reformulá-lo, estabelecer as causas determinantes na comunidade e os fatores de risco e identificar os recursos que poderão ser utilizados para sua resolução.

A figura 3 trata da contextualização do Diagnóstico Comunitário dentro do planejamento da equipe:

Figura 3. Contextualização do Diagnóstico Comunitário

Fonte: Brasil, 2000

Unidade 3

Dados objetivos e suas fontes

Unidade 3 - Dados objetivos e suas fontes

Como citado anteriormente, para realizar efetivamente um diagnóstico comunitário e saber onde se está, com o fim de iniciar o planejamento, não bastam apenas dados subjetivos, territoriais e culturais, mas também é preciso saber **dados objetivos** do campo de atuação. Neste sentido, os sistemas de informação em saúde são importantes fontes de dados sobre o território, a morbidade e a mortalidade e também a produção de serviços. A seguir você poderá conhecer um pouco sobre as principais fontes de informação para a Atenção Básica.

3.1 Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

O SISAB integra a estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), que tem como objetivo reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população.

A estratégia e-SUS AB, faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico, com informações individualizadas; reduzindo o retrabalho na coleta de dados; integrando informações; informatizando as unidades; e aprimorando a gestão e a coordenação do cuidado.

O e-SUS AB é composto pelos softwares Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC, Coleta de Dados Simplificado – CDS e Aplicativos para dispositivos móveis.

O Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do Sistema e-SUS Atenção Básica é um software onde todas as informações clínicas e administrativas do paciente ficam armazenadas, no contexto da Unidade Básica de Saúde (UBS). Além de ser uma solução gratuita, desenvolvida e disponibilizada pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina, é capaz de otimizar o fluxo de atendimento das UBS e apoiar o processo de coordenação do cuidado do cidadão realizado pelas Equipes de Atenção Básica.

Conheça mais sobre o e-SUS no Portal da Saúde do Ministério da Saúde.
Acesse: http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php
No portal do Telessaúde SC estão disponíveis videoaulas sobre o e-SUS AB e sobre o preenchimento das fichas para a Coleta de Dados Simplificada (CDS). Também estão disponibilizados os contatos para apoio na implantação do e-SUS por meio de Helpdesk, num projeto do MS, com parceria entre o Telessaúde SC e a Gerência de Atenção Básica da SES/SC.
Acesse o Telessaúde SC, por meio do link:
https://telemedicina.saude.sc.gov.br/rctm/#

3.2. Sistemas de Informações Epidemiológicas

São aplicativos cujo objetivo fundamental é possibilitar a avaliação do risco relativo à ocorrência de surtos de doenças ou epidemias na população estudada.

• Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN): O SINAN tem por objetivo o registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade.

• Programa Nacional de Imunizações (PNI) e Avaliação do Programa de Imunizações (API): O PNI permite o gerenciamento do processo de vacinação a partir do registro de imunobiológicos aplicados e do quantitativo populacional vacinado, que são agregados por faixa etária, em determinado período de tempo, em uma área geográfica. Possibilita também o controle do estoque de imunobiológicos necessários aos administradores que têm a incumbência de programar sua aquisição e distribuição.

• Sistema de Informações de Mortalidade (SIM): A partir da criação do SIM foi possível a captação de dados sobre mortalidade, de forma abrangente e confiável, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública.

• Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC): O SINASC foi implantado com o objetivo de reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional.

Para obter mais informações sobre os sistemas acesse:

SINAN: http://www.portalsinan.saude.gov.br/
SIM: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/mortalidade
SINASC: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702

Informações e materiais referentes aos Sistemas de Informações Epidemiológicas podem ser acessados também em:

http://www.dive.sc.gov.br/

• Sistema de Informações sobre o Pré- Natal (SISPRENATAL): O SISPRENATAL, atualmente SISPRENATAL WEB, foi desenvolvido com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e atualmente na Rede Cegonha. Está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. Permite o acompanhamento das gestantes desde o início da gravidez até a consulta de puerpério. Este sistema fornecerá dados para o monitoramento das ações do município na atenção a gestação, parto e puerpério no contexto da Rede Cegonha.

• Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN): O SISVAN é um sistema de informação estruturado para a vigilância do estado nutricional e da situação alimentar da população brasileira. Tem como missão produzir um elenco básico de indicadores capazes de sinalizar os eventos de maior interesse, tais como: disponibilidade de alimentos, aspectos qualitativos e quantitativos da dieta consumida, práticas de amamentação e perfil da dieta complementar pós-desmame, distribuição do peso ao nascer, prevalência da desnutrição energético-protéica, de anemias, do sobrepeso, das deficiências de iodo e de vitamina A e das demais carências de micronutrientes relacionadas às enfermidades crônicas não transmissíveis.

Para obter mais informações sobre estes sistemas acesse:

SISPRENATAL:http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/sisprenatal
SISVAN: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php

3.3 Sistemas de Processamento das Ações e serviços de Saúde

O Datasus dispõe de programas de processamento de dados, de domínio público, voltados para a manutenção, administração e gestão de informações sobre o atendimento ambulatorial do SUS.

• **Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA SUS)**: Os dados gerados pelo SIA-SUS nas unidades de atendimento são consolidados e armazenados no Banco de Dados Nacional de Informações Ambulatoriais do SUS, que oferece informações sobre produção (registro de procedimentos), capacidade operacional dos prestadores de serviço (públicos e privados), orçamento e controle dos repasses dos recursos financeiros, custeio das Unidades Ambulatoriais, administração das atividades ambulatoriais em nível nacional. É importante ressaltar que os procedimentos registrados no SIAB devem também ser registrados no SIA, já que este envolve toda a Atenção Básica e o SIAB é específico para a Estratégia Saúde da Família. A produção de Saúde Bucal, por exemplo, tem poucos campos para preenchimento no SIAB, no entanto, estão todos presentes no SIA.

• **Sistema de Informações Hospitalares (SIH)**: Visa à coleta de dados de atendimentos hospitalares realizados pelo SUS, consolidando quantitativamente os atendimentos e os valores da produção hospitalar. Os dados do SIH ficam disponíveis on-line através do DATASUS, onde você pode, por exemplo, resgatar os motivos de internação dos indivíduos do seu município e, a partir destes dados, levantar indicadores para fortalecer a Atenção Básica.

Dentre os motivos da demanda hospitalar está um percentual de internações por condições sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), que se constitui num novo indicador que vem sendo adotado em alguns países para avaliação de acesso e efetividade da AB. O uso prudente do indicador pode ajudar a incrementar a capacidade de resolução da AB ao identificar áreas claramente passíveis de melhorias, em particular, pondo em evidência problemas de saúde que necessitam de melhor seguimento e de melhor coordenação entre os níveis assistenciais.

Para obter mais informações sobre estes sistemas, acesse:
SIASUS: http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/ambulatoriais/sia
SIH: http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitalares/sihsus
ICSAP: http://www.saude.sc.gov.br/cgi/Instrutivos/ICSAP.pdf

No site da SES encontra-se na área de Downloads nos ícones Base de dados e arquivos do SIA e SIH. Diversas informações estão disponíveis na página on-line da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Acesse o ícone "Atenção Básica" e conheça as várias áreas da atuação da Atenção Básica nas quais estão disponíveis informações importantes para o processo de trabalho e o planejamento da equipe de saúde. Acesse: www.saude.sc.gov.br

Unidade 4

O planejamento

Unidade 4 - O planejamento

Agora que o Diagnóstico Comunitário está construído com a priorização dos problemas, podemos discutir em conjunto com a comunidade como superar os problemas estabelecendo metas e ações para um dado período de trabalho. O planejamento é um processo que ganha força com a participação de todos, incluindo trabalhadores, coordenador da UBS (quando houver) e comunidade.

Embora parte do planejamento deva ser realizado apenas pela equipe de saúde, principalmente a parte que requer ações específicas de organização do processo de trabalho e organização da agenda, a comunidade deve ser envolvida nos diversas etapas, incluindo diagnóstico, ações e avaliação. O planejamento da equipe deve fazer parte de um projeto para a comunidade, em consonância com o planejamento da UBS e o plano municipal de saúde.

Revisando os passos do Diagnóstico Comunitário, precisamos ter em mente a missão da equipe, ou sua imagem objetivo, apresentado na unidade 2. Com o diagnóstico realizado, pressupõe-se que foi realizada a priorização dos problemas. A partir dos problemas prioritários de saúde, os passos descritos a seguir poderão ser desenvolvidos:

• **Estabelecimento dos Objetivos e Metas para enfrentamento dos problemas**: Sobre cada problema prioritário será descrito um objetivo ou meta a ser atingido. Ex: Problema: Alto índice de gravidez na adolescência – Meta: Reduzir o número de casos de gravidez na adolescência. Preferencialmente, o objetivo ou meta deve ser mensurável, para que se possam avaliar os resultados a partir de indicadores estabelecidos pelo grupo.

• **Definição de Estratégia de Ação**: A partir do objetivo proposto, o grupo discutirá qual a estratégia a ser desenvolvida para atingir aquele objetivo. Toda estratégia é uma exploração consciente do futuro, ela resulta da situação diferenciada dos vários atores em relação a problemas, oportunidades e ameaças. Primeiramente, é necessário realizar a análise de cenários e dos demais atores sociais ou agentes. Os cenários representam distintas reflexões sobre possíveis "arranjos" econômicos, institucionais, políticos, sociais, etc., capazes de influenciar positiva ou negativamente a execução das ações planejadas. Já a análise dos demais agentes envolvidos no espaço do problema-alvo do plano é imprescindível para identificar o possível interesse e motivação de cada um e o tipo de pressão que é (ou será) exercida em relação às ações planejadas. Dessa forma, define-se a melhor estratégia possível para cada trajetória traçada, estabelecendo um programa direcional para o plano, construindo viabilidade estratégica para atingir com a máxima eficácia a Situação-Objetivo.

• **Definição das ações, prazos e responsáveis**: Vale a pena montar uma planilha com estas informações, lembrando que membros da comunidade também podem assumir ações em parceria com a equipe de saúde.

• **Implementação e Avaliação das Ações**: É preciso avaliar as ações. Por esse motivo é aconselhável evitar períodos longos de planejamento. Sugere-se avaliação trimestral e planejamentos anuais. Se a equipe estabeleceu indicadores de saúde e monitoramento, estes contribuem e facilitam a avaliação, já que basta utilizá-los como parâmetro de sucesso do planejamento. Indicadores são sinais qualitativos e quantitativos (padrão) para medir ou avaliar as realizações das atividades e dos objetivos do projeto.

Exemplo: Número de Internações por Causas Sensíveis à APS – se este indicador teve o seu número reduzido e pertencia a uma das metas do planejamento, significa que a equipe obteve sucesso em um dos quesitos de seu planejamento.

• **A autoavaliação** é entendida como ponto de partida da fase de desenvolvimento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), uma das principais estratégias indutoras de qualidade no Ministério da Saúde. Entre os objetivos do programa, destacam-se a institucionalização da cultura de avaliação da Atenção Básica (AB) no Sistema Único de Saúde (SUS). Os processos orientados para a melhoria da qualidade têm início na identificação e reconhecimento das dimensões positivas e também problemáticas do trabalho da gestão e das equipes de atenção à saúde. Considerando o exposto, o Ministério da Saúde oferece o instrumento autoavaliativo: Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), o qual será tratado com maior propriedade e aprofundamento no módulo IV deste curso.

Agora basta planejar. Boa Sorte!

Saiba mais! Você pode conhecer mais sobre o instrumento AMAQ se inscrevendo no minicurso "Monitoramento, Avaliação e Planejamento local das ações de ABS". Fique atento aos canais de comunicação do Telessaúde SC para saber quando serão abertas novas turmas.

Unidade 5

O estudo da demanda e a organização da agenda

Unidade 5 - O estudo da demanda e a organização da agenda

Outro passo importante para a equipe de saúde é a organização do processo de trabalho. Para tanto, é preciso entender qual a demanda de serviços de saúde do território, ou seja, é necessário saber quantas pessoas efetivamente utilizam o SUS. Dos usuários do SUS, é preciso saber quantos são homens e quantos são mulheres, qual o número de gestantes, crianças e idosos, quantos são portadores de doenças crônicas, quantos são portadores de necessidades especiais e necessidades de visitas domiciliares ou cuidados intensivos da equipe.

A maioria destas informações pode ser conhecida a partir dos relatórios do e-SUS, bem como das visitas dos Agentes Comunitários de Saúde. O desafio da equipe de saúde está em organizar a sua agenda conforme as necessidades da população, mantendo acesso amplo aos usuários de sua área e a qualidade na atenção. O ideal é que se busque uma organização da demanda baseada em 3 a 4 consultas médicas ou de enfermagem/usuário/ano. No Brasil o número conhecido é de 1,4 consulta.

O Ministério da Saúde estabelece na Portaria GM/MS 2.488 que a população sob a responsabilidade de uma equipe de Saúde da Família não deva exceder 4000 pessoas. A atenção ao número de usuários por equipe é importante para o sucesso das ações de saúde. Além disso, é importante organizar o trabalho em equipe para que os profissionais de saúde façam a gestão do tempo no processo de trabalho e trabalhem com divisão de atribuições, como ocorre na maioria dos países com AB forte, por exemplo: Canadá e Reino Unido.

É importante ressaltar que no processo de trabalho das equipes de saúde é necessário organizações inteligentes da abordagem individual e em grupo. Em populações com número expressivo de portadores de doenças crônicas, gestantes e crianças, as atividades podem ser realizadas em grupos com a ajuda de toda a equipe, prezando por manter um bom acesso aos serviços de saúde para situações de urgência ou risco individual identificados pela equipe, pelo indivíduo ou sua família. As consultas de rotina precisam ser realizadas de acordo com o número mínimo exigido pelos manuais de medicina baseados em evidências e continuadas através de critérios de risco individual.

As agendas dos profissionais de saúde precisam dispor de horários para atendimento da demanda espontânea. É importante salientar que se pode buscar formas alternativas para agendamento programado, bem como alternativas para dar respostas rápidas à comunidade, como o uso de telefone, blogs e e-mail geridos pela equipe.

Para saber mais sobre a organização das agendas de consultas e outras ofertas assistenciais, inscreva-se no minicurso “Processo de Trabalho na ABS: organização da atenção”. Fique atento aos canais de comunicação do Telessaúde SC para saber quando serão abertas novas turmas.

Unidade 6

Abordagem Comunitária

Unidade 6 - Abordagem Comunitária

A abordagem comunitária faz parte do escopo de atuação da equipe de Saúde da Família e inclui ações de vigilância, prevenção, terapêutica e promoção da saúde.
Segundo Starfield (2004, p. 534):

> "O ponto mais importante da atenção orientada para a comunidade é garantir que os recursos fluam para as áreas em que são mais necessários, diminuindo, assim, as iniquidades dentro das populações."

Esse conceito nos remete aos princípios da equidade e da participação popular, inscritos na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), imprimindo novas características ao modelo de gestão e aos processos de trabalho, o que implica na reorganização das práticas em saúde.

Palavras do professor

Alguns desafios guiam a abordagem comunitária: Que ações intersetoriais são necessárias para alcançar o conceito ampliado de saúde? O que o profissional pode aprender com o saber popular e as tradições locais? Como pode acontecer a interação com o saber científico contribuindo para a diminuição das iniquidades em saúde?

Existem diversas leis regulamentadas e estruturadas no campo da Seguridade Social que, articuladas, podem possibilitar a construção de uma rede de proteção social, de modo a instituir a lógica da inclusão. Para tanto, essa rede precisa articular e integrar as diversas políticas públicas, tanto do ponto de vista quantitativo e de recursos financeiros, quanto do qualitativo, evitando o paralelismo e a fragmentação, buscando a integralidade e a intersetorialidade das ações.

Na saúde, essa ferramenta é de fundamental importância, tendo em vista as questões que perpassam por diversas políticas, não exclusivamente a de saúde, o que requer parcerias que fortaleçam as ações já existentes ou ainda a criação de novas. Ressaltam-se as práticas que possibilitam a ampliação, inclusão e participação popular na saúde, implicando, assim, no pensar-fazer saúde de modo que a promoção seja compartilhada a partir de novas ideias e formas de agir, promovendo novas possibilidades, minimizando o foco na doença e fortalecendo preventivo e formando uma rede coparticipativa e solidária.

Alguns elementos merecem destaque na atuação comunitária de uma equipe de Saúde, são eles:

• Enfrentar os problemas locais identificados no planejamento e eleger aqueles que representam maior risco para a população, estabelecendo uma ordem de prioridades a fim de melhor orientar suas ações;

• Estabelecer articulações com as potencialidades locais humanas, ambientais, artísticas, dentre outras, e identificar aquela que possui maior capacidade de mobilização da comunidade;

• Articular com o Conselho Local, Municipal e Estadual de Saúde;

• Elaborar projetos e encaminhá-los à secretaria municipal a qual está vinculada e a outras instituições, solicitando apoio;

• Envolver instituições de ensino e pesquisa, escolas profissionalizantes, estudantes, profissionais de saúde e de outras secretarias, comunidade, ONGs, voluntários, entre outros com o projeto de saúde para a comunidade. Aqui vale destacar, por exemplo, as potencialidades do Programa Saúde na Escola, que estimula a articulação do setor saúde e educação no bairro, promovendo ações de saúde direcionada a crianças e adolescentes, facilitando também a identificação de indivíduos de risco e fortalecendo as ações contra a drogadição, violência, doenças sexualmente transmissíveis, obesidade e gravidez na adolescência.

• Desenvolver ações em grupos terapêuticos, orientados para a prevenção, promoção e proteção à saúde. A interação com a comunidade pode se dar de diversas formas, uma delas são os grupos. Estes podem ter vários modelos, com públicos diversos e diferentes objetivos. Podem adotar os referenciais de grupanálise, psicodrama, teoria dos vínculos, teoria sistêmica, cognitivo-comportamental e abordagem múltipla (CASANOVA et al, 2012).

É importante conhecer todas as equipes de saúde que atuam no território. Como, por exemplo, as equipes de Consultório na Rua, que visam à atenção à população em situação de rua, incluindo aquelas em sofrimento decorrentes de transtorno mental, consumo de crack, álcool e drogas, bem como a pratica da Redução de Danos, atuando de forma compartilhada com as equipes da atenção básica (ESF/NASF).

Para se habilitar, o município precisa ter sua população em situação de rua identificada por meio de pesquisa oficial. Para conhecer esta proposta acesse:
http://migre.me/rTXoY

É importante reforçar que:

Para o estabelecimento de um grupo é necessário quatro etapas:
1. Qual objetivo se deseja alcançar?
2. Quem é o público-alvo?
3. Que metodologia adotar? e
4. Quem irá coordenar?

São exemplos de grupos: grupos em saúde mental; grupos de crianças; grupo de mulheres; grupo de gestantes; grupo de idosos; terapia comunitária.

Unidade 7

Abordagem Familiar

Unidade 7 - Abordagem Familiar

Para o trabalho em saúde, é fundamental que a equipe compreenda a família como um grupamento em que o indivíduo está inserido, já que neste grupamento constroem-se importantes relações de proteção, confiança, ajuda mútua e relações profundas que influenciam no histórico de vida desde o nascimento até o envelhecimento e a morte. Na família pode estar a origem do sofrimento e de doença ou as origens genéticas e comportamentais de um diagnóstico em saúde. Mas também nela pode estar o apoio e a proteção às vulnerabilidades do indivíduo e seu grupamento.

O conceito de família aqui adotado é o de um grupo de pessoas que convivem, possuem laços intensos de proximidade e compartilham o sentimento de identidade e pertencimento, que influenciarão, de alguma forma, em suas vidas. Esse grupo, portanto, estabelece laços de proteção, de autopreservação e identificação pela mesma maneira de percepção do mundo. (Dias, 2012)

Existem diversas formas de apresentação da família: a "família nuclear" é o padrão formado por pai, mãe e filhos; a "família extensa" é aquela formada por pessoas com laços consanguíneos e a "família abrangente" inclui os "não parentes" que coabitam a mesma casa.

A abordagem com a família pode ser realizada de diversas formas e níveis de envolvimento, desde a abordagem individual contextualizada na família, até a abordagem com toda família presente e a Terapia Familiar.

Exemplos:
- Seu João, como seu filho tem encarado o problema com o álcool? Outra pessoa na sua família também teve esse problema?
- Que bom que trouxe seu filho hoje na consulta dona Vilma...

Palavras do professor

É importante que o convite à participação da família seja realizado pelos profissionais de saúde visando benefícios para o processo terapêutico do indivíduo e da sua família. Esta participação pode trazer grande ganho terapêutico, por exemplo, em processos agudos envolvendo saúde mental, objetivando o estabelecimento de rede de apoio ou nas abordagens de situações de conflito intrafamiliar; ou ainda em processos crônicos como nos casos de baixa adesão terapêutica em que um familiar pode ser o apoio motivador do uso correto de medicações e outras formas de terapia.

Para realizar as intervenções na família, é importante que a equipe conheça o desenvolvimento das famílias, saiba utilizar algumas ferramentas da abordagem sistêmica, tenha autoconhecimento e controle das emoções. Porém, o mais importante é vivenciar a realidade e ajustar as técnicas ao cuidado com vínculo e longitudinalidade.

A seguir apresentamos alguns cuidados na abordagem familiar:
• Criar laços harmoniosos que possam dar continuidade ao cuidado;
• Manter um relacionamento empático e não crítico com cada pessoa;
• Buscar interesses comuns e o melhor entrosamento;
• Evitar tomar partido;
• Organizar a entrevista;
• Encorajar uma pessoa por vez a falar;
• Encorajar cada pessoa a fazer declarações na primeira pessoa;
• Afirmar a importância da contribuição de cada membro da família;
• Reconhecer e agradecer qualquer emoção expressada;
• Enfatizar os próprios recursos da família;
• Solicitar aos membros da família que sejam específicos;
• Ajudar os membros da família a organizar seus pensamentos;
• Bloquear interrupções, se persistentes;
• Não oferecer conselhos ou interpretações precoces;
• Não fornecer brechas a revelações de confidencialidade da pessoa;
• Como facilitador da entrevista, o profissional precisa dar o tom da discussão à medida que realiza suas falas.

Para amenizar outras tantas dificuldades dessa abordagem, além das orientações apresentadas, sugerimos que o atendimento siga as seguintes etapas:

1. **Apresentação Social**: Cumprimente e seja empático com cada pessoa individualmente.
2. **Aproximação**: Buscar pontos de aproximação, observar linguagem verbal e não verbal da família.
3. **Entendimento da Situação**: Solicite que cada pessoa fale sobre os problemas a partir de seu ponto de vista.
4. **Discussão**: Encoraje a família a conversar e relembrar como lidaram com os problemas em outras situações.
5. **Estabelecimento de um plano terapêutico**: Estimule que a própria família defina um plano terapêutico, contribua com informações de saúde, enfatize as questões em comum e realize combinações.

Questione se há dúvidas e agende novo encontro se necessário.

O Ciclo de Vida Familiar

As famílias passam por diferentes etapas em seu processo de vida, cada uma delas estabelece desafios e problemas a serem enfrentados e superados. Uma forma interessante de abordagem das famílias é através das etapas denominadas ciclos de vida. Essa forma de abordagem divide a história da família em estágios de desenvolvimento, caracterizando papéis e tarefas específicas a cada um desses estágios.

Assim como as pessoas, as famílias têm os seus ciclos, influenciando-se mutuamente no viver do seu dia a dia. A compreensão desses ciclos e da maneira como eles interferem no processo saúde-doença possibilita à equipe de saúde prever quando e como as doenças podem ocorrer.
O conhecimento do desenvolvimento da família é importante porque facilita a previsão e antecipa os desafios que serão enfrentados no estágio de desenvolvimento de uma dada família, e isso permite melhorar o entendimento do contexto dos sintomas e das doenças. Para ajudar no seu entendimento disponibilizamos um quadro com as diversas fases ou ciclos de vida vivenciados pelas famílias, veja com atenção.

Quardo 1 - Estágios do ciclo de vida da família

Estágio do ciclo de vida da família	Tarefas a serem cumpridas	Tópicos de prevenção
Iniciando a vida a dois	-Estabelecer um relacionamento mutuamente satisfatório, -Aumentar a autonomia em relação à família de origem e desenvolver novas relações familiares, -Tomar decisões sobre filhos, educação e gravidez, -Desenvolver novas amizades.	-Discutir a importância da comunicação, -Fornecer informação sobre planejamento familiar.
Famílias com filhos pequenos	-Ajustar-se e encorajar o desenvolvimento da criança, -Estabelecer uma vida satisfatória a todos os membros, -Reorganizar a unidade familiar de dois para três ou mais membros.	-Fornecer informações, -Envolver o pai na gestão e no parto, -Discutir desenvolvimento infantil, papel de pais e relacionamento pais e filhos, -Encorajar um tempo para o casal, -Discutir rivalidade entre irmãos, -Discutir o sentimento de "afastamemto" dos pais perante o nascimento dos filhos.
Famílias com crianças pré-escolares	-Promover espaço adequado para a família que cresce, -Enfrentar os custos financeiros da vida familiar, -Assumir o papel maduro apropriado à família que cresce, -Manter uma satisfação mútua no papel de parceiros, parentes, comunidade.	-Encorajar um tempo para o casal, -Estimular o diálogo sobre educação dos filhos -Fornecer informações sobre o desenvolvimento das crianças

Famílias com crianças em idade escolar	- Facilitar a transição da casa para a escola, -Fazer face às crescentes demandas de tempo e dinheiro, -Manter uma relação de casal.	-Fornecer informações sobre o desenvolviemento de crianças em idade escolar, - Monitorar o desempenho escolar e reforçar posições realísticas sobre expectativas de desempenho, -Sugerir estratégia de manejo de tempo, -Encorajar discussões sobre sexualidade com as crianças.
Famílias com adolescentes	-Equilibrar liberdade com responsabilidade, à medida que os adolescentes vão adquirindo individualidade, -Estabelecer fundamentos para atividade dos pais após a saída dos filhos.	- Estabelecer relação com o adolescente que reflita o aumento de autonomia, - Fornecer infomações aos pais sobre desenvolvimento de adolescentes, -Conversar com adolescentes sobre drogas e sexo, -Discutir com o adolescente o estabelecimento de relações ao longo da vida
Casais de meia-idade	-Promover conforto, saúde e bem-estar enquanto casal, -Planejar futuro financeiro, -Crescimento e significado do indivíduo e do casal, -Ser avós.	- Encorajar o casal a fazer planos para a aposentadoria: atividade de lazer, finanças, moradia, - Explorar o papel de avós, -Discutir a sexualidade e os processos ligados ao envelhecimento.
Famílias envelhecendo	-Tópicos de moradia e finanças, -Integridade do ego, -Saúde, -Ficar mais tempo juntos, -Enfrentando a vida sozinho.	-Discutir tópicos de saúde, planejamento a longo prazo. -Revisar a vida como ferrmenta para a saúde mental, -Encorajar interesses individuais e compartilhados, -Preparar para lidar com a perda do companheiro(a).

Fonte: Wilson e Bader (1996); Oliveira e colaboradores (1999).

Modelo P.R.A.C.T.I.C.E. de avaliação da família

Este é um método para abordagem e entrevista da família que objetiva facilitar o desenvolvimento da "avaliação familiar", fornecendo informações sobre quais intervenções podem ser utilizadas para manejar aquele caso específico. É uma ferramenta interessante para ser utilizada em famílias complexas, com problemas relacionais que impactam em sua saúde física e mental, bem como em sua frequência de utilização dos serviços de saúde. Pode ser bastante útil se aplicado sob a forma de uma conferência familiar, em visitas domiciliares ou mesmo no consultório por médico ou enfermeiro que possuam experiência na abordagem familiar.

Deve ser realizado em uma sequência de visitas, nas quais são realizados momentos específicos relacionados aos temas P.R.A.C.T.I.C.E., acróstico das seguintes palavras do original em inglês *problem, roles, affect, communication, time in life, illness, coping with stress, environment/ecology*. Mais de um tema pode ser abordado na mesma visita, mas sugere-se que seja bem explorado cada um dos momentos, dando tempo de elaboração por parte da família. Seguem as seguintes etapas:

Problem – *Problema apresentado*

Este momento auxilia a equipe de Saúde da Família a compreender o significado daquele problema, muitas vezes o motivo da queixa, da autopercepção e da busca de atendimento por parte da família. Permite compreender como aquela família vê e enfrenta o problema. Pode ser orientado por perguntas como: Quais as situações de conflito da família? O que vocês percebem desse problema?

Roles and structure – *Papéis e estrutura*

O momento aprofunda aspectos do desempenho dos papéis de cada um dos membros e como eles evoluem a partir dos seus posicionamentos. Orientado por perguntas como: Sobre o problema apresentado, como cada membro da família lidou com ele?

Affect – *Afeto*

O momento reconhece como se estabelecem as demonstrações de afeto entre os familiares e como essa troca afetiva pode interferir, positivamente ou negativamente, no problema apresentado. Orientado por perguntas como: Como você se sente sobre a forma que "fulano" atuou sobre o problema? Como você se sente sobre a situação?

Communication – *Comunicação*

O momento ajuda a observar como se dá a comunicação verbal e não verbal dentro da família: Quando vocês conversam? Como foram as discussões sobre esse problema?

Time in life – *Tempo no ciclo de vida*

O momento correlaciona o problema com as tarefas esperadas dentro do ciclo de vida a serem desempenhadas pelos membros daquela família, tentando verificar onde pode estar situada a dificuldade. Sugere-se que a discussão sobre o ciclo de vida seja direcionada pelo terapeuta, discutindo com a família como ela percebe o próprio ciclo de vida.

Illness in family – *Doenças na família, passadas e presentes*

O momento resgata a morbidade familiar, valoriza as atitudes e os cuidados frente às situações vividas e trabalha com a perspectiva de longitudinalidade do cuidado, contando com o suporte familiar. Como a família lidou com problemas de saúde anteriores? Que experiências conhecem sobre o cuidado de doenças crônicas ou afetivas?

Coping with stress – *Lidando com o estresse*

O momento parte das experiências descritas, buscando identificar fontes de recursos internos à própria família, que possam ser mobilizados para o enfrentamento do problema atual. Como a família lidou com as crises no passado? Como lida com a crise presente? Quão compreensivos e coesos eles foram e são agora? Quais são as forças e os recursos da família? O papel do profissional é identificar as forças, explorar alternativas de enfrentamento, se requeridas, e intervir se a crise estiver fora do controle.

Environment or Ecology – *Meio ambiente ou Ecologia*

Identificar o tipo de sustentação familiar e como podem ser mobilizados todos os recursos disponíveis para manejar o problema em questão. Isso inclui as redes sociais e da vizinhança, bem como questões mais estruturais, como coesão social e determinantes sociais no trabalho, na renda, no saneamento, na escolaridade, dentre outros. O profissional de saúde pode ajudar a família explorando os recursos familiares estendidos, suporte religioso, questões legais, recursos de saúde da família e fatores culturais.

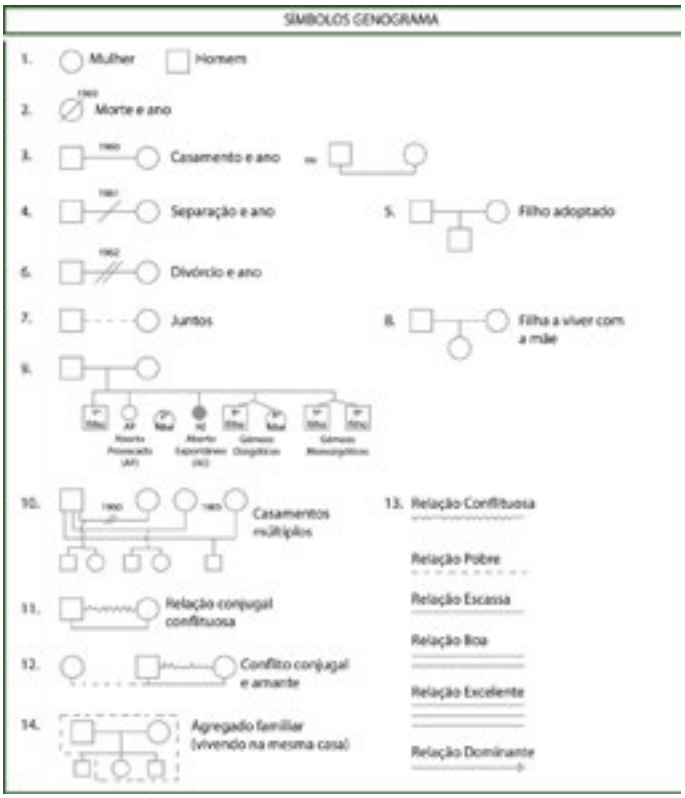
O Genograma

O genograma foi desenvolvido na América do Norte, baseado no modelo do heredograma, e mostra graficamente a estrutura e o padrão de repetição das relações familiares. Suas características básicas são: identificar a estrutura familiar e seu padrão de relação, mostrando as doenças que costumam ocorrer, a repetição dos padrões de relacionamento e os conflitos que desembocam no processo de adoecer.

> Heredograma é um tipo de gráfico que representa a herança genética de determinada característica dos indivíduos representados. É muito semelhante a uma árvore genealógica.

Também pode ser usado como fator educativo, permitindo ao usuário e a sua família ter a noção das repetições dos processos que vem ocorrendo e como estes se repetem. O genograma é traçado a partir de símbolos gráficos, ao lado dos símbolos data de nascimento, eventos importantes, patologias e nome dos usuários. Pode ser colocado no início do prontuário como sumário de problemas prévios, ações preventivas e medicamentos em uso (REBELO, 2007).

Na sequência, apresentamos um quadro contendo os símbolos utilizados para se elaborar um genograma:



Fonte: Rebelo (2007)

O Ecomapa

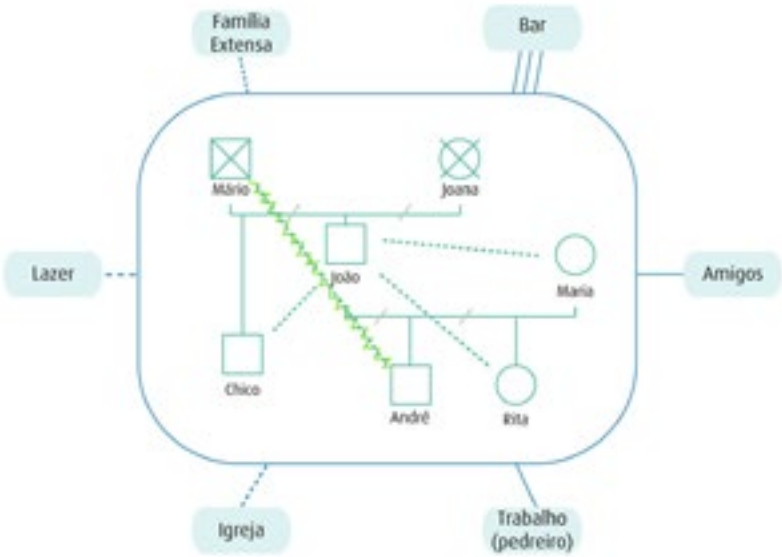
Constitui outra ferramenta interessante na abordagem do indivíduo e sua família. No ecomapa estabelece-se a relação do indivíduo com sua família e com o meio. São traçados que permitem fazer a leitura da rede de relacionamentos estabelecida, quais estão fragmentadas, quais prejudicam a pessoa e qual representa uma melhora que poderia impactar em melhor qualidade de vida e saúde. Sua estrutura é semelhante ao genograma e segue os mesmos padrões. Veja os exemplos a seguir:

Figura 4. Modelo de Ecomapa

Fonte: Dias (2012)

Segue agora um exemplo de utilização de genograma e ecomapa na prática:

Figura 5. Genograma e ecomapa na prática



Fonte: próprio autor

Analise da situação: João é alcoolista, trabalha fazendo bicos como pedreiro. Possui uma relação conflituosa com seu filho mais velho, o qual o expulsou de casa após violência contra sua mãe. João já não mora mais em casa, mora de favor com amigos que o acolhem. Nota-se com o genograma que João repetiu a história de seu pai, com comportamento semelhante. Atualmente mantém relacionamento distante da sua família, frequenta bastante o bar, deixou de ter vida social para além do bar, deixou de ir à igreja que frequentava no início do relacionamento com sua ex-mulher. Procurou a Unidade Básica de Saúde buscando ajuda, já que não vê mais sentido na vida. Avaliando esse genograma e ecomapa é possível propor várias estratégias para o enfrentamento dos problemas do seu João. Podemos discutir sua história de vida, propondo que deixe o alcoolismo e tentar reatar vínculo familiar, ao seu tempo. Podemos investir em sua vida religiosa como uma possível rede de apoio e retomar situações de lazer não relacionadas ao álcool. Dessa forma essa ferramenta nos propicia uma visão geral do panorama de vida de seu João e facilita a tomada de decisões estratégicas.

Unidade 8

Visita domiciliar

Unidade 8 - Visita domiciliar

A visita domiciliar é um espaço rico e essencial de interação com a população. A equipe de Saúde da Família pode utilizar esse espaço para diversos fins, sejam eles de diagnóstico, como de ações de promoção à saúde ou de abordagens terapêutica variadas.

A Estratégia de Saúde da Família prevê que toda a equipe realize visitas domiciliares. É importante salientar que cada profissional da equipe possui um campo de saber que pode ser compartilhado com os demais membros e um núcleo estrito de atuação específico de sua formação profissional. Os agentes comunitários são responsáveis por colher dados para compreensão do território, estando atentos à situação de vulnerabilidade social, cumprindo seu papel de educadores em saúde e servindo de apoio ao restante da equipe. O enfermeiro precisa estar atento para as condições de saúde e os processos de cuidado que historicamente estão relacionados à sua profissão. O cirurgião dentista, além da promoção de saúde, pode exercer no domicílio o cuidado daqueles que são impossibilitados de procurar o atendimento na Unidade Básica de Saúde. O médico precisa também estar presente, sobretudo em seu papel de realizar diagnóstico, terapêutica e encaminhamentos necessários das condições de doença, interagindo com a família, relacionando a moradia com os processos de saúde-doença e estabelecendo condutas focadas no cuidado domiciliar.

Ao entrar num domicílio precisamos ter em mente o objetivo da visita, que deve ser compartilhado e discutido com a equipe antecipadamente. É importante aproveitar o momento para interpretar a linguagem subjetiva do lugar, observando hábitos, condições sociais, etc. Além disso, as visitas domiciliares não devem ser apenas realizadas para usuários restritos ao leito ou com dificuldade de locomoção, mas também para as situações que necessitem de uma análise ou intervenção mais profunda junto à família.

Muitas vezes a figura do cuidador está presente nos domicílios. Estes merecem atenção especial por parte da equipe de saúde tendo em vista a possibilidade de estar sobrecarregado pelo cuidado exercido na família. Faz-se necessário oferecer apoio e suporte sempre que possível. É importante o treinamento para cuidados básicos e oferta de material educativo de acordo com a situação vivenciada.

Guia Prático do Cuidador (2008) - Ministério da Saúde –
Acesse em http://migre.me/rTXr4

Caderno de Atenção Domiciliar - Volume 1 (2012) – Ministério da Saúde –
Acesse em http://migre.me/rTXrY

Para organização das visitas domiciliares é importante que o fluxo e as regras de agendamento sejam bastante claros, tanto para a equipe quanto para a comunidade que a solicita. O Agente Comunitário de Saúde é responsável por indicar situações de fragilidade e estabelecer contato permanente entre equipe e família, por isso, ele precisa ser orientado quanto aos fluxos e principais cuidados que a família deve tomar no cuidado do usuário, além, é claro, de saber identificar situações que necessitem de outros membros da equipe.

Os profissionais precisam estar preparados para as necessidades que surgem nas visitas domiciliares, por isso devem ter em mãos material para tomar notas sobre a visita e informações sobre o usuário: medicações utilizadas, lista de problemas já identificados e breve histórico da doença atual, dentre outras.

Palavras do professor

Vale lembrar que as visitas domiciliares fazem parte do escopo de atuação das equipes de Saúde da Família, sendo parte fundamental de seu trabalho.

Atualmente o governo federal está disponibilizando para os municípios o programa Melhor em Casa, o qual contempla uma equipe multiprofissional, em parceria com hospitais e equipes de saúde da família, para acompanhar pessoas com necessidade de reabilitação motora, idosos com necessidades especiais, pacientes crônicos sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica, dentre outros, em um regime de vigilância estrita e visitas regulares. O atendimento destes usuários é realizado por equipes multidisciplinares. Podem ser habilitadas em municípios acima de 40 mil habitantes. A atuação desta equipe multiprofissional é caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

Para conhecer mais detalhes do programa, acesse:
http://migre.me/rTXt7

Conclusão

A partir dos conteúdos apresentados podemos concluir que:

• Toda equipe de saúde deve realizar seu trabalho a partir de um planejamento de suas ações. Para planejar é necessário conhecer o território onde se vai trabalhar, conversar com a população local e compreender a dinâmica local. A partir de um processo de territorialização e diagnóstico comunitário é iniciado o planejamento local, o qual deve contar com participação comunitária e estar alinhado ao Plano Municipal de Saúde e Planejamento da Unidade de Saúde. Esse processo deve ser constantemente avaliado e suas ações redimencionadas.

• Uma equipe de Saúde da Família deve trabalhar com um enfoque comunitário e um enfoque individual e familiar. O enfoque comunitário deve ser realizado através de grupos de saúde, ações intersetoriais com escolas, associações de moradores e outros dispositivos comunitários. Além disso, deve-se constantemente buscar a promoção de saúde em ações ampliadas com a participação da comunidade. As ações individuais devem prezar por uma clínica dinâmica e bem organizada, centrada no indivíduo e inserida em um contexto e uma família. Dentre as abordagens individuais possíveis citamos o genograma e o ecomapa. Na abordagem familiar, podemos realizar o método P.R.A.T.I.C.E. e as intervenções familiares oportunas.

Agora você está preparado para elaborar em equipe um projeto de saúde no território, considerando todas as suas especificidades e necessidades. Com estes conhecimentos você será capaz de colocar em prática a avaliação do trabalho de sua equipe de Saúde da Família e assim propor uma matriz de intervenção para a melhoria da qualidade deste trabalho.

Recomendação de leitura complementar

1. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: **princípios, formação e prática**. Organizadores: Gustavo Gusso e José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Artmed, 2012. Capítulos: 19, 26, 28, 29, 30, 31.

Referências

Análise SWOT. **Material de apoio do curso Gestão da Clínica do SUS**. Hospital Sírio Libanês. 2012.
BRASIL.

_____. **Lei n.º 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 e dá outras providências. Brasília, 1990a.
Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 15 out./12

_____. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, 2000. 119 p.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012. Pág. 19. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php

BRUCE, G; HAESBAERT, R. **A Desterritorialização na obra de Deleuze e Guattari**. Departamento de Geografia. Universidade Federal Fluminense. Disponível em:
http://www.uff.br/geographia/ojs/index.php/geographia/article/viewArticle/74 (acessado em 30/11/2012)

CASANOVA, F; DIAS L C; OSORIO L C. **Abordagem Comunitária**: Grupos na Atenção Primária à Saúde in: Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Organizadores: Gustavo Gusso e José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 31, pág. 265-273.

DIAS, L C. **Abordagem Familiar** in: Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Organizadores: Gustavo Gusso e José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 26, pág. 221-232.

GUATTARI, E e ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1996.

GUSSO, G; POLI, P. **Gestão da Clínica in**: Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Organizadores: Gustavo Gusso e José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 19, pág. 159-166.

REBELO, L. Genograma Familiar. **O bisturi do Médico de Família. Rev Port Clin Geral**, 2007.

SANTOS M, 1998. "**O retorno do território**". In Território, Globalização e Fragmentação (M. Santos; M. A A Souza&M. L. Silveira, org.), p 15-20, São Paulo: Hucitec.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

WILSON, L.; BADER, E. **Ciclo de vida da família**. In: WILSON, L. Trabalhando com famílias: livro de trabalho para residentes. Curitiba: SMS, 1996. p.38-9.