

P

PET SAÚDE - REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DO PROGRAMA MELHOR EM CASA

Francisca Emanuelle Sales Eugênio ¹

Eliany Nazaré Oliveira ²

José Machado Linhares ³

Gerciara Barbosa Palacio ⁴

Iure Dasaev Albuquerque Aragão ⁵

Layanne Maria Araújo Farias ⁶

RESUMO

Este artigo tem como objetivo relatar a vivência de preceptoria em serviço desenvolvida no Programa Melhor em Casa de Sobral, através do PET Saúde-Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência e suas contribuições para a qualificação profissional. Trata-se de um relato de experiência retrospectivo, descritivo o qual possibilita trazer mudanças na aprendizagem dos estudantes e nas práticas dos profissionais, sobre a integração acadêmica e multiprofissional direcionada ao atendimento clínico e reabilitador de pessoas com deficiências permanentes e transitórias restritas ao leito domiciliar, indicando a importância do serviço para o ensino e prática em saúde, na estratégia de formação de recursos humanos conforme as necessidades do SUS.

As atividades foram desenvolvidas por preceptores e pelos acadêmicos dos cursos de Enfermagem e Educação Física. A assistência multidisciplinar visou ao entendimento do funcionamento e competências do serviço, através do vínculo com a equipe interdisciplinar e com os usuários da assistência. Esse atendimento foi ofertado por meio de visitas domiciliares contínuas para se conhecer a realidade de cada um dos assistidos; visitas hospitalares para possíveis inclusões de pacientes ao serviço, realizando os planos de cuidados dos mesmos com todas as categorias e estabelecendo estratégias de redução de desgastes físicos dos cuidadores, através de encontros, tendo em vista a reabilitação ou redução de agravos e melhoria da qualidade de vida dos usuários. A vivência evidenciou contribuições fundamentais para o fortalecimento do funcionamento do Programa Melhor em Casa nas Redes de Atenção local.

Palavras-chave: Preceptoria; Integração docente-assistencial; Assistência Domiciliar.

INTRODUÇÃO

O Programa Melhor em Casa foi criado através da Portaria no. 963 do Ministério da Saúde, de 27 de maio de 2013, que Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando-a como nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, 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 saúde⁶. Foram criados critérios de inclusão para o acompanhamento domiciliar, cuja assistência foi classificada em três tipos: AD1, AD2 e AD3. A AD1 é de responsabilidade da Atenção Básica; a AD2 e AD3 são de responsabilidade do atendimento domiciliar (BRASIL, 2013).

A Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários (BRASIL,2013).

Em Sobral-Ce), a atenção domiciliar existe desde 2009 e foi incorporada ao Programa Melhor em Casa a partir de julho de

1. Secretaria de Saúde de Sobral - (Ce); manusales@hotmail.com

2. Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA/CE

3. Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA/CE

4. Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA/CE

5. Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA/CE

6. Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA/CE

2013. Atualmente é composta por 3 equipes multiprofissionais: EMAD 1, EMAD 2 e EMAP.

Um dos eixos centrais da AD é a “desospitalização”. Dessa forma, “a potencialidade inovadora da atenção domiciliar se dá pela maior permeabilidade das equipes aos diferentes aspectos vivenciados pelos usuários e suas famílias e pela produção de um cuidado ampliado que não se restringe aos aspectos biológicos da doença” (BRASIL,2012) .

Considerando que o PET-Saúde é uma estratégia que foi planejada para auxiliar o reordenamento da formação de RH para atender às demandas do SUS, é necessário avaliar tal programa, tendo em vista as contribuições pontuais que houve na inserção do Pet Redes no Programa Melhor em Casa de Sobral – Ce, que trata de uma inovação em assistência no domicílio a pacientes com perfis de cuidados hospitalares, visando a repassar aos alunos dos cursos de Enfermagem e de Educação Física a vivência e a sensibilidade na realização dos cuidados e nas ações operacionais de uma equipe multiprofissional que se organiza dentro dos domicílios, com suas próprias condições reais, tudo isso na interface das Redes de Atenção disponíveis dentro da saúde do município.

Este artigo tem por objetivos descrever as experiências de implantação do Pet-Saúde no Programa Melhor em Casa no município de Sobral-Ceará no período de janeiro a agosto de 2015 e refletir as pontualidades que essa parceria trouxe para uma melhor assistência aos pacientes, quando houve um envolvimento com as demais Redes e uma conseqüente melhora no acesso dos usuários estudados ao Sistema Único de Saúde, visando à formação profissional da área da saúde aos futuros e atuantes dos serviços de saúde do SUS.

METODOLOGIA

Este é um relato de experiência que descreve a vivência de três acadêmicos monitores bolsistas do Pet-Saúde Redes de Atenção à Pessoa com Deficiência dos cursos de Enfermagem de Educação Física da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), no período 2013-2015, cujos objetivos gerais são proteger a saúde da pessoa com deficiência; reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social; e prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências (UVA, 2013).

A experiência foi conduzida no Programa Melhor em Casa, localizado em Sobral, de janeiro a agosto de 2015. Os relatos de experiência são metodologias de observação sistemática das ações, com um olhar crítico que permite refletir sobre o vivenciado e as bases teóricas pertinentes, sem a perspectiva de gerar hipóteses (PARESQUE *et al*, 2011).

O PET-Saúde “Redes de Atenção”, em parceria com a UVA e a Secretaria de Saúde de Sobral, objetiva a promoção da integração ensino-serviço-comunidade e a educação pelo trabalho mediante grupos de aprendizagem tutoriais no âmbito do desenvolvimento das “Redes de Atenção à Saúde” (UVA, 2013). As práticas são desenvolvidas em 12 horas semanais. Os alunos são acompanhados por um preceptor, que deve ser um profissional inserido no serviço e um tutor acadêmico. Quinzenalmente, são realizados encontros, chamados de Alinhamento Teórico, entre o tutor, os preceptores e os monitores para relatar as vivências, discutir e refletir sobre as dificuldades, bem como contemplar as estratégias de intervenção e os temas da atenção à pessoa com deficiência. As atividades conduzidas no Programa Melhor em Casa pelos alunos monitores são: participação nas avaliações dos pacientes, atendimento domiciliar individual, oficinas terapêuticas para os cuidadores e visitas domiciliares frequentes.

RESULTADOS - A EXPERIÊNCIA

PRINCÍPIOS NORTEADORES DAS VISITAS DOMICILIARES

As visitas domiciliares do atendimento domiciliar acontecem a partir da primeira visita em domicílio, momento em que a família do usuário a ser assistido encontra-se cheio de aflições, dúvidas, medos e sobrecarga do cotidiano.

A dinâmica das visitas acontece a partir da avaliação de perfil do usuário para inclusão aos serviços do Programa Melhor em Casa. Nessa ocasião, o médico, o enfermeiro e o assistente social da equipe, vão até o seu domicílio, após uma solicitação de avaliação vinda da Unidade Básica de Saúde de referência ou do hospital onde se encontra, a fim de esclarecer quais as competências e ações do programa mediante a inclusão do usuário ao plano de cuidado desenvolvido, com intuito de que, neste momento, possa iniciar um ambiente de aproximação entre seus integrantes. Essa situação é indispensável para o estabelecimento de vínculos entre os profissionais e os familiares e para o fortalecimento e a manutenção do grupo de familiares.

A visita domiciliar deve ser compreendida como mecanismo de interação no cuidado à saúde, 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 entre a equipe de saúde e a família e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares. A atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central da visita domiciliar. Elas são 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 (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006, SAKATA, et al 2007).

Depois da primeira visita domiciliar, iniciaram-se as atividades de cuidados, que contaram com a participação dos monitores do PET e dos profissionais do programa para a elaboração de uma rotina de cuidados adequados para o usuário restrito ao leito domiciliar.

No decorrer das visitas, percebemos que os monitores, o enfermeiro e o assistente social falavam da importância da parceria e da organização dos familiares no cumprimento dos cuidados, os quais deveriam ser ofertados no dia a dia do seu ente dependente, na busca da oferta de uma terapêutica positiva.

No final da visita domiciliar, os familiares mostravam a satisfação por ter o seu familiar de volta ao domicílio. Isso alivia a angústia do afastamento antes necessário para a realização do tratamento.

CUIDANDO DO CUIDADOR COMO ESTRATÉGIA PARA O GRUPO DE FAMILIARES

Depois dos encontros individuais e grupais dos familiares, avaliamos, a partir dos relatos, a necessidade dos encontros pontuais, contando com a eficácia do compartilhamento de experiências entre cuidadores, com abordagem de assuntos que envolvam autoestima, cuidados especiais, higiene corporal e entretenimento, favorecendo o aprendizado e o compartilhamento de informações, o que é configurado como um apoio familiar.

O cuidado à família pressupõe identificar suas forças e dificuldades. Só assim, o profissional, com seu saber técnico, científico e humanístico pode ajudar a família a agir, de forma a atender às necessidades de seus membros. Em todas as situações do processo saúde-doença, as famílias são chamadas a participar. Entre as ações de cuidado interdisciplinar consideradas como relevantes no cuidado à família, estão a escuta tenta; respostas a dúvidas e questionamentos; discussões e esclarecimentos sobre medos e apreensões; informação correta sobre os direitos da família e do doente; identificação, junto com as famílias, de suas forças e sua rede de suporte; orientações sobre a doença e cuidados; estímulo à inserção na comunidade e no sistema SUS. (ELSEN *et al*, 2009).

Na sociedade, o cuidado com pessoas com deficiências e com doenças crônicas é visto como uma dificuldade a ser enfrentada. A falta auxílio dos serviço vem sendo superada com as Redes de Atenção à Saúde, que hoje temos disponíveis para realizar todos os cuidados necessários, nas bases do sistema SUS.

Diante disso, percebemos a necessidade desses encontros familiares para que haja um auxílio eficaz de informações e distrações, devido a rotina diária. A participação no grupo auxilia a família a compreender a doença e os cuidados necessários, realizados pela família-equipe de acordo com o tratamento.

Diante dos sentimentos compartilhados no grupo, observamos como fica marcada a sobrecarga emocional, financeira, física e mental do cuidador, o qual tem vontade e precisa cuidar do usuário.

Cuidar de uma pessoa doente não é rotina fácil, ademais quando o paciente em questão é o próprio filho, criança ou adolescente, com “um futuro pela frente”. Outro complicador é o fato de não se tratar, nesse caso, de uma doença de breve duração e de fácil tratamento, mas de uma doença maligna como o câncer, ou não maligna como as apalias de medula, de tratamento invasivo, sendo um processo desgastante tanto para o paciente quanto para o seu cuidador (SAMPAIO, 2011).

Percebemos que a participação nos encontros mantém a família fortalecida e orientada em suas tomadas de decisões relativas aos cuidados frequentes. A participação dos encontros vem se mostrando de fundamental importância para manter o familiar cuidador motivado a ajudar o dependente na continuação de seu tratamento e recuperação e aproximar a família do serviço de saúde mental, o que interfere positivamente no desfecho do tratamento do usuário.

IMPRESSÕES DO VIVENCIADO E CONTRIBUIÇÕES PARA FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

A vivência da preceptoría desenvolvida dentro do Programa Melhor em Casa contribuiu para um processo de crescimento profissional e para o enriquecimento de saberes, através das parcerias em Redes e das trocas de experiências entre Preceptor-Monitor.

A partir do PET, pude ver a dimensão dos serviços que podem ser disponibilizados às necessidades dos usuários estudados; e que, com a sintonia entre agentes envolvidos, como os que compõem a Rede da Pessoa com Deficiência, a resolubilidade das demandas são mais pontuais. Vi também que os momentos de teórico-práticos que tivemos foi de grande valia para além do cooperativismo, a humanização e a aproximação de saberes diferentes.

O Programa Melhor em Casa adquiriu uma maior visibilidade, o que fez surgirem mais demandas de avaliações para a inserção das pessoas portadoras de alguma deficiência que se enquadrem nos critérios de elegibilidade.

Com os serviços de apoio existentes na Rede de Atenção percebeu-se uma parceria significativa, proporcionando maior

agilidade nas respostas às demandas de necessidades existentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise preliminar deste relato de experiência evidencia o PET-Saúde e sua implantação em um serviço de saúde de Sobral. A implantação do Pet-Saúde na Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência proporcionou maior visibilidade do serviço mediante as suas ações e a assistência multiprofissional domiciliar, promovendo satisfação acadêmica e contribuindo para as práticas de saúde no contexto da APS, tendo em vista as ações desenvolvidas pelos monitores e preceptores junto aos usuários e seus cuidadores, tais como visitas domiciliares, atendimentos individuais, ações de educação, saúde e trabalho com a preservação da autoestima. Tais ações foram desenvolvidas na busca de favorecer o atendimento humanizado na prestação de serviços à população nos territórios contemplados pelo programa.

Os resultados da experiência da parceria do PET – SAÚDE com o Programa Melhor em Casa permite visualizar outro aspecto importante: o avanço das parcerias com as demais Redes de Saúde disponíveis no município, trazendo maior resolubilidade, acesso e equidade ao público alvo. A possibilidade de integrar ensino-serviço, visando reorientar a formação profissional na área da saúde permitiu adotar ações interdisciplinares e multiprofissionais no território das equipes de saúde da família, fazendo com que esse contato sistemático com os pacientes promovesse a troca de experiências e de mútua aprendizagem, além de uma atuação de acordo com as diretrizes da atenção básica no SUS.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 963 – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. –Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 2 v. : il.)

Elsen, I; Souza, AIJ; Prospero, ENS; Barcellos, WBE. O cuidado profissional às famílias que vivenciam a doença crônica em seu cotidiano. Cienc Cuid Saúde 2009; 8 (suplem.): 11-22. Santa Catarina, 2009.

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

Paresque, MAC; Taboza, L.; Dias, C.; Francelino, R. Ressignificando as práticas na atenção em saúde bucal aos escolares. SANARE, Sobral, v.10, n.1, p. 49-53, Sobral, jan./jun.2011.

Sampaio, AS. Cuidando do cuidador: perspectiva de atuação psicológica em uma casa de apoio. Psicol. Argum. 2011 out./dez., 29(67), 491-498. Curitiba, 2011.

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.

Universidade Estadual Vale do Acaraú, Centro de Ciência da Saúde. Projeto PET-Saúde Redes 2013/2015. Edital nº 14, de 8 de março de 2013. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Rede de Atenção à Saúde, PET/Saúde Redes de Atenção à Saúde - 2013/2015. Sobral (CE): Universidade Estadual Vale do Acaraú, 2013.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente à Deus, a oportunidade de ter me dado chance de participar do PET/Saúde, devido a sapiência de saber o quanto é importante para minha caminhada profissional;

Gostaria de agradecer à Profa. Dra. Eliany, por todo zelo que tem ao projeto do PET-Saúde, e com isso ter me dado esta tão significativa oportunidade, de fazer parte deste membro de sabedores;

E ao meu esposo e meu filho, pela paciência e dignidade de consegui me entender nos momentos que precisei me ausentar para cumprir todas as atividades.

