

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO
GRANDE DO SUL – CAMPUS PORTO ALEGRE

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO DOMICILIAR COM ÊNFASE EM
GESTÃO DE REDES

MAPEAMENTO DO TERRITÓRIO DA CIDADE DE CANOAS
COM ÊNFASE AOS PACIENTE EM ATENÇÃO DOMICILIAR.

ANGELA LUCIANE DA ROSA

ORIENTADOR: ADELAIDE KONZEN

PORTO ALEGRE

2015

RESUMO

O presente trabalho é uma proposta de intervenção, com o objetivo de conhecer o a realidade da população que se encontra acamada e ou restrita ao domicílio no município de Canoas. Com ênfase no conhecimento do território, do percentual de pessoas que vivem nessa condição, a realidade, o perfil e as necessidades desta parcela da população. Esta preocupação é fruto das necessidades e desafios enfrentados pelos profissionais de saúde que hoje atuam na Estratégia de Saúde da Família tendo em vista o aumento da população restrita ao leito nos domicílios e das dificuldades na produção de um cuidado qualificado em casa, precarizando as condições de vida e saúde dessas pessoas, em sua maioria idosos, levando-os à internações hospitalares frequentes.

Palavras-chave: internação, atenção domiciliar, território

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

AD - Atenção Domiciliar

VD - Visita Domiciliar

EMAD - Equipe Multiprofissional Atenção Domiciliar

EMAP - Equipe Multiprofissional Atenção Domiciliar de Apoio

RAS – Rede de Atenção a Saúde

ESUS- Estratégia E-SUS da atenção básica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 PROBLEMA	6
3 JUSTIFICATIVA	6
4 OBJETIVO GERAL.....	6
4.1 OBJETIVO ESPECIFICO	6
5. REVISÃO DE LITERATURA.....	8
6 METODOLOGIA.....	12
7. PROGRAMA DAS AÇÕES.....	15
8 GESTÃO DO PROJETO.....	17
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho é uma exigência para conclusão do Curso de Especialização em Atenção Domiciliar com ênfase em Gestão de Redes promovido pela Escola do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) em parceria com o Instituto Federal de Educação (IFRS). Aborda a questão da situação das pessoas portadoras de incapacidade, temática da internação domiciliar propriamente dita com ênfase no território do município de Canoas.

A Atenção Domiciliar consiste numa 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 saúde. Assim, o ambiente domiciliar e as relações familiares aí instituídas, que diferem da relação estabelecida entre equipe de saúde e paciente, tendem a humanizar o cuidado, colocando o usuário no lugar mais de sujeito do processo e menos de objeto de intervenção (BRASIL,2013).

Entendemos assim, que o potencial desses fluxos de atendimento das demandas de saúde nos diversos níveis de atenção podem ser definidos na RAS, com o intuito de obter a integralidade do cuidado.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Pesquisas Brasileiras o Brasil (IBGE) vem passando por um processo acelerado de transição demográfica e mudança em seu perfil epidemiológico o que exige reorganização dos sistema e serviços de saúde e melhorias na qualidade da atenção prestada a população. Para que isso seja efetivo, dando respostas de forma coordenada às necessidades dos usuários, é necessário estabelecer estratégias que permitam criar múltiplas respostas para o enfrentamento das necessidades de saúde e intervenções no processo saúde-doença, nesse sentido, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é um arranjo organizativo formado pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde, num determinado território geográfico, com objetivo de articular e facilitar o relacionamento na rede de saúde local, assegurando dessa forma que a ampliação do acesso e cobertura em saúde seja acompanhada dos da ampliação da comunicação entre os serviços, a fim de garantir a integralidade da atenção (BRASIL, 2009; 2011).

O Projeto Melhor em Casa, programa do Ministério da Saúde, criado através da portaria 2.029 de 24 de agosto de 2011, recentemente foi instituído através da Portaria 963 de

27 de maio de 2013 que revogou e substituiu as Portarias 2.527/2011 e 1.533/2012, se propõe a atender usuários do sistema único de saúde que necessitam de cuidados por um período maior de tempo e ou para sempre, podendo esse cuidado ser realizado em seu domicílio com uma equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, dentista, assistente social, farmacêutico, fonoaudióloga, psicóloga e nutricionista; evitando-se assim, internações de longa permanência e ou reinternações no âmbito hospitalar (BRASIL,2013).

No município de Canoas o Programa Melhor em Casa já foi aprovado pelo Conselho Municipal de Canoas em 19 de janeiro de 2015. A partir desta data o mesmo foi enviado ao Departamento de Atenção Básica da Secretária de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS) e aguarda aprovação.

O presente projeto visa o planejamento das ações para a Implantação do Programa Melhor em casa na cidade de Canoas , através da articulação da rede de saúde no município, para obter dados e mapeamento do território para a identificar o perfil dos usuários do município que necessitam do cuidado domiciliar previsto no programa.

O território define a adstrição dos usuários, propiciando relações de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, sendo que estes passam a ser referência para o cuidado, ampliando o alcance dos objetivos de continuidade e a resolutividade das ações de saúde através da longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011).

Dessa forma, a primeira etapa do planejamento prevista nesse projeto, pretende promover a comunicação e articulação da rede de saúde de Canoas e, a partir desse arranjo, realizar o mapeamento do território da população mais frágil com indicação de atendimento domiciliar no âmbito do programa Melhor em Casa.

2. PROBLEMA

Atualmente em Canoas não há disponível o dimensionamento do número de usuários do sistema único de saúde adscritos que necessitam de atendimento domiciliar de média e alta complexidade.

3. JUSTIFICATIVA

Hoje o que se percebe no território do município de Canoas é uma população carente de atendimento domiciliar de maior frequência e abrangência de cuidados, porém sem se ter o conhecimento exato de quantas pessoas encontram-se necessitando de tal serviço.

Assim como uma estratégia de planejamento e organização da atenção domiciliar se faz necessário o dimensionamento de quantos usuários temos no território em questão que necessitam deste serviço. A partir desse dado, que hoje o município não dispõe, poder-se pensar nos recursos disponíveis e viáveis ao desenvolvimento deste projeto.

4. OBJETIVO GERAL

Conhecer para Qualificar a assistência prestada as pessoas portadoras de incapacidade e acamadas que necessitam de cuidados em domicilio por um período maior ao que já é ofertado pela estratégia de saúde da família.

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Realizar o mapeamento do território da população mais frágil com indicação de atendimento domiciliar no âmbito do programa Melhor em Casa do município de Canoas.
- b) Conhecer a realidade e as necessidades da população portadora de incapacidade que necessita de cuidados no domicilio

c) Promover a comunicação e articulação dos serviços que são pontos da rede de atenção á saúde do município de canoas.

5. REVISÃO LITERARIA

O serviços de atenção domiciliar vem se multiplicando no Brasil com mais intensidade a partir da década de 1990, criando assim a necessidade de regulamentação do seu funcionamento e de implantação de políticas que incorporem os princípios e práticas institucionalizadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL,2011).

Com a mudança do perfil epidemiológico em conjunto com o envelhecimento da população e demanda de melhorias na qualidade da atenção ao cuidado integral à Saúde, faz-se necessário o fortalecimento de estratégias e mecanismos de práticas inovadoras no cuidado em saúde com destaque para a forma de cuidar em domicilio ou próxima dele. (BRASIL,2011)

Hoje de acordo com o IBGE de 2013, Canoas conta com uma população de 339.979 habitantes, sendo que (12,52%) desses habitantes são idosos com mais de 60 anos, o que demonstra a necessidade da ampliação da assistência em nível domiciliar neste município.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) como reorientadora das ações primárias à saúde, necessita de diretrizes que apoiem as diferentes atividades, visto que o território adstrito, tão caro à sua organização, como apontam MONKEN& BARCELLOS(2005), constitui foco central para reorganizar o processo de trabalho em saúde, mediante operações intersetoriais e ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, permitindo à gestores, profissionais e usuários do SUS compreender a dinâmica dos lugares e dos sujeitos (individual e coletivo), as necessidades de saúde e desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades sociais (MONKEN& BARCELLOS,2005) (GONDIM, 2012).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) que, de acordo com a portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, é definida como a porta de entrada para cuidado integral dos indivíduos, partindo do princípio de um território adstrito, com vistas as conhecer os indivíduos que ali habitam para assim planejar-se ações de saúde voltadas a epidemiologia deste território.

A Atenção Domiciliar foi instituída pela portaria 2.029 de 24 de agosto de 2011 que foi substituída pela portaria 2.527 de 27 de outubro de 2011 e foi produto de um importante processo de negociação e pactuação tripartite que contou com vários momentos nos quais, Ministério da Saúde e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho

Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), respectivamente, consideraram o acúmulo das experiências concretas realizadas no cotidiano do SUS e da política direcionada à internação domiciliar vigente antes desta portaria. (BRASIL,2013)

Com o objetivo de permitir que os municípios com menor porte populacional também pudessem ter implantados em seu território serviços de atenção domiciliar com o apoio do Ministério da Saúde, foi publicada nova portaria (GM 2.527 de 27 de outubro de 2011), que redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS e a portaria (GM 1.533 de 16 de julho de 2012), que altera e acresce dispositivos a portaria 2.527/2011. (BRASIL,2013)

Recentemente, a possibilidade dos municípios aderirem ao Melhor em Casa foi universalizada através da Portaria 963 de 27 de maio de 2013 que revogou e substituiu as Portarias 2.527/2011 e 1.533/2012. . (BRASIL,2013)

Canoas conta hoje com uma cobertura de Estratégia de Saúde da Família de 60% de cobertura, devendo chegar até dezembro de 2016 á 80%, de acordo com dados do Instituto Canoas XXI.

Conforme dados da Fundação de Economia e Estatísticas,2014, Canoas conta hoje com uma população de 42.592 idosos de 60 á 80 anos ou mais no município. Esse valor representa 12,5% da população geral é idosa. (IBGE 2014).

Levando-se em consideração que muitos idosos são acometidos por doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANTS)- estados permanentes ou de longa permanência- que requerem acompanhamento constante, pois, em razão de sua natureza não tem cura. Assim é função das políticas públicas de saúde contribuir para esse cuidado. (BRASIL,2010).

Assim visando a melhoria desta assistência e o conhecimento da realidade a qual se está desenvolvendo a promoção de saúde, ainda aliado a demanda que vem crescendo as unidades de saúde da família faz-se necessário o conhecimento da população que reside no território e a necessita de acompanhamento em seu domicilio por um período maior que o habitual realizado pela estratégia.

A integralidade da atenção é uma prioridade de investigação e avaliação dos serviços e do sistema de atenção à saúde, estruturados como redes assistenciais interorganizacionais

que articulam as dimensões clínicas, funcionais, normativas e sistêmicas em sua operacionalização, reconhecendo que nenhuma organização reúne a totalidade dos recursos e as competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população, em seus diversos ciclos de vida. (MENDES 2011).

Segundo Takahashi e Oliveira (2001), a visita domiciliar –VD- constitui uma atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou o planejamento de ações visando à promoção de saúde da coletividade. A sua execução ocorre no local de moradia dos usuários dos serviços de saúde e obedece a uma sistematização prévia. Ela possibilita ao profissional conhecer o contexto de vida do usuário do serviço de saúde e a constatação "in loco" das reais condições de habitação, bem como a identificação das relações familiares. Além disso, facilita o planejamento da assistência por permitir o reconhecimento dos recursos de que a família dispõe. Pode ainda contribuir para a melhoria do vínculo entre o profissional e o usuário, uma vez que a visita domiciliar é interpretada, frequentemente, como uma atenção diferenciada advinda do Serviço de Saúde. A visita domiciliar (VD) é uma ferramenta utilizada pelos profissionais como forma de desenvolver ações de promoção, prevenção ou reabilitação aos usuários em um determinado território, através de ações como:

Busca ativa a gestantes faltosas ao pré natal, acompanhamento de crianças com atraso vacinal, busca a pacientes com não adesão a tratamento de tuberculose, realização de tratamentos terapêuticos contínuos a tubérculos através de administração diária de antibióticos.

A assistência domiciliar caracteriza-se pela assistência prestada a curto período de tempo e deve ser desenvolvida pela estratégia de saúde da família dentro do território determinado.

Internação domiciliar requer um suporte maior de assistência e necessita de um cuidador permanente, sendo necessário a intervenção do serviço de atenção domiciliar do município.

Na rede pública, as propostas de atenção domiciliar tem sido construídas como experiências orientadas pela extensão de cobertura ou pela desospitalização precoce. Ainda é limitado o debate e o investimento político na atenção domiciliar como alternativa para os

processos de trabalho e no modo de produzir o cuidado, caracterizando o caráter substitutivo das práticas em saúde. Denominamos de substitutivas as possibilidades do cuidado em saúde que desinstitucionalizam o modo hegemônico, criando novas práticas de produção de cuidado em saúde. O território define em si a adstrição dos usuários, propiciando relações de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, sendo que estes passam a ser referência para o cuidado, garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011).

Para que isso seja efetivo, dando respostas adequadas às necessidades dos usuários, de forma coordenada, é necessário estabelecer estratégias que permitam criar múltiplas respostas para o enfrentamento da produção saúde-doença.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é o arranjo organizativo formado pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde, num determinado território geográfico, responsável não apenas pela oferta de serviços, mas ocupando-se também de como estes estão se relacionando, assegurando dessa forma que a ampliação da cobertura em saúde seja acompanhada de uma ampliação da comunicação entre os serviços, a fim de garantir a integralidade da atenção (BRASIL, 2009; 2011).

De acordo com o que preconiza o MS através do Programa Melhor em Casa, a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde, será organizada em três níveis: AD1, AD2 E AD3 de acordo com a complexidade do cuidado exigido e definidas a partir da caracterização do paciente cuidado e do tipo de atenção e procedimentos utilizados para realizar o cuidado dos mesmos.

Atenção Domiciliar 1 (AD1): destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, sendo esses usuários podendo ser acompanhados pelas equipes de saúde da família pelo menos uma vez ao mês.

Atenção Domiciliar 2 (AD2): destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção. A prestação de assistência à

saúde na modalidade atenção domiciliar 2 é de responsabilidade da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), ambas designadas para esta finalidade.

Atenção Domiciliar 3 (AD3): usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde. A prestação de assistência à saúde na modalidade atenção domiciliar 3 é de responsabilidade da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), ambas designadas para esta finalidade.

Para a admissão de usuários nas modalidades 2 e 3 é fundamental a presença de cuidador identificado. Nas modalidades 2 e 3, deverá ser garantido, se necessário, transporte sanitário e retaguarda de unidades assistenciais de funcionamento 24 horas, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências. (BRASIL, 2011).

Os fluxos de atendimento das demandas de saúde nos diversos níveis de atenção devem ser definidos na RAS, com o intuito de garantir a integralidade do cuidado e otimizar os recursos disponíveis na rede.

6. METODOLOGIA

O Município de Canoas está dividido em 5 distritos, classificados como: Noroeste, Nordeste, Centro, Sudoeste e Sudeste. Cada distrito possui uma ou mais coordenadorias, com Unidade Básica de Saúde e cobertura pela Estratégias de Saúde da Família.

Para a identificação dos usuários para atendimento domiciliar no âmbito do programa Melhor em Casa, o foco será os distritos sem cobertura da ESF - Centro e Sudeste - nos outros distritos, a articulação com a ESF, permitirá o compartilhamento das informações.

Assim sendo esta intervenção se dará em quatro etapas, sendo elas:

Primeira etapa: ocorreu em julho de 2015, através da reunião com a coordenadora do distrito Sudeste, para conhecimento do Programa e etapas prévias do planejamento e pactuação dos dados a serem coletados. Nesta primeira etapa contou com a presença da

coordenadora do distrito sudeste, apoiadora do distrito sudoeste e com os 3 enfermeiros da ESF dos distritos. Consideramos como primeiro elemento facilitador nesse início, a governabilidade para executar a primeira etapa, que decorreu do fato da Unidade Básica estar iniciando o processo de territorialização para se transformar em Estratégia de Saúde da Família.

Como primeiro produto dessa etapa, consideramos a articulação exitosa para início do compartilhamento dos dados do território adstrito a unidade Niterói na qual foi realizado tal levantamento após pactuação com a coordenadora desse distrito, o qual atualmente restam apenas 20% do território a ser concluído.

Segunda etapa dessa intervenção é a apresentação deste projeto em articulação com as diretrizes do Programa Melhor em Casa na Secretária Municipal de Saúde : coordenadores e apoiadores de todos distritos de Canoas, para diretora da atenção básica, para as coordenadoras das políticas de saúde do município. Esta reunião será agendada de acordo com a disponibilidade da Secretária Municipal de Saúde que realiza todas terças-feiras reunião com todas coordenações.

Terceira etapa se constitui na sensibilização e apresentação do Melhor em Casa para as equipes das unidades de saúde envolvidas: Agentes de saúde, enfermeiros, técnicos, médicos e dentistas. Da mesma forma, reforçaremos a necessidade de articulação e parcerias para o entendimento dos objetivos desse projeto no âmbito do Programa Melhor em Casa, sobretudo, na prioridade de identificação dos usuários alvos do programa.

Neste momento será o qual ocorrerá a sensibilização das equipes, atenção especial se voltará no fortalecimento e parcerias com os agentes de saúde para busca nos territórios dos dados solicitados. Será compartilhada a planilha que será utilizada para registro dos dados, serão feitos os ajustes com a participação de todos .

Essa etapa preferencialmente será uma atividade inserida nos espaços de educação continuada dos profissionais que ocorre mensalmente na Fundação de Saúde de Canoas.

Quarta etapa: Nesta etapa se fará o recolhimento dos dados das equipes conforme acordado na terceira etapa e apresentado a secretária de saúde; como parte das ações de implantação do programa, este projeto pretende acompanhar e monitorar as ações, através de

fluxos de acompanhamento nos espaços de educação continuada que já ocorrem na SMS de Canoas.

Vale ressaltar que nesta intervenção não se faz necessário termo de consentimento para realização do projeto pois a coleta desses dados se dará como de rotina durante os cadastramentos das famílias dentro do território, e na própria ficha de cadastramento do usuário já consta a modalidade de atendimento.

Canoas está situada na região Metropolitana de Porto Alegre, faz limite com os municípios: Esteio, Porto Alegre, Cachoeirinha e Nova Santa Rita . Localiza-se a 14 km da capital Porto Alegre, tendo como acesso principal a BR-116 e RS-118. E possui uma área de 131,096 Km² (IBGE, 2013). Sua população recenseada em 2010 era de 323.827 habitantes (IBGE, 2010), e sua população estimada pelo IBGE em 2013 é de 339.979 habitantes, e a densidade demográfica fica em 2.470,15hab/Km² (IBGE, 2013).

A Rede de Atenção em Saúde /RAS de Canoas, de acordo com o IBGE-2012, conta com 26 unidade de saúde básica, 19 estratégias de saúde da família, 03 hospitais, 5 prontos atendimentos, 2 centros de saúde especializada; 06 Centros de atendimento psico social, dentre eles 1 CAPSi, 2 CAPS III, 2 CAPS AD, 1 CAPS II, serviço de SAMU.

O município de Canoas conta, de acordo com o IBGE-2013, com 52% de cobertura do território por estratégia de saúde da família, pretendendo até dezembro de 2015 chegar a 80% de cobertura.

Desde a implantação da Fundação Municipal de Saúde de Canoas, vem sendo implantado equipes de saúde da família do município e essas equipes vem trabalhando na territorialização das regiões, através dos agentes de saúde -ACS- e dos profissionais de saúde.

Canoas tem 18 bairros sendo esses divididos em 5 distritos sendo eles: noroeste, nordeste, centro, sudoeste e sudeste. Cada distrito possui um coordenador, um apoiador e um subprefeito. (IGBE-2013).

Atualmente ao realizar a territorialização do distrito sudeste o qual eu atuo como enfermeira, percebi que quase 60% das pessoas que foram cadastradas no território, dessas 25% necessitam de atendimento domiciliar de modalidade AD 2, e que hoje com muitas dificuldades é realizada pela Estratégia de Saúde da Família.

7. PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES

Ação	Recursos	Produtos	Impacto/ Resultados	Indicador	Meta	Prazos	Responsável
1- Reunião com Gestores da SMS e coordenadores das unidades de saúde.	Humanos	Apresentação do Programa Melhor em Casa	conhecimento da gestão ao Projeto	Maior Número de gestores e coordenadores participando da reunião	1 reunião	1 mês	Enfª Angela L. Rosa
2- Reunião com os colaboradores da Rede de Atenção Básica	Humanos	-Apresentação do Programa Melhor em Casa; -Pactuação dos dados a serem coletados pelas equipes;	- Conhecimento do Programa e sua finalidade pelos colaboradores da Atenção Básica; -Conhecimentos dos dados necessários a serem coletados;	Maior número de colaboradores participantes	1 reunião	2 meses	Enfª Angela L. Rosa

3- Coletas dos dados com as equipes;	Humanos e Financeiros	Número de usuários em cada território com modalidade AD 2 e AD3	Planejamento das ações do Programa Melhor em Casa em cada território	Maior número de equipes com coletas de dados realizadas	4 encontros	6 meses	Enf ^a Angela L Rosa
4- Reuniões com a Gestão e com os colaboradores;	Humanos	Apresentação do resultado do projeto realizado	Planejamento das ações do Programa Melhor em Casa.	Maior número de participantes na reunião;	1 reunião	á definir;	Enf ^a Angela L Rosa

8 GESTÃO DO PROJETO

A gestão do projeto se dará através da apresentação do objetivo do levantamento do perfil da população adstrita no território, através da ficha do Esus que é preenchida pelos agentes de saúde, com ênfase aos usuários em regime domiciliar de internação e ou com necessidades especiais de atendimento, para as equipes de atenção domiciliar.

Assim o conhecimento do território é base das iniciativas de articulação intersetorial e as equipes atuam na identificação de situações de risco social, potencializam a consolidação das redes locais, de modo que o acesso ao serviço de saúde da família facilita o acesso a outros serviços sociais. No entanto, para que tal perspectiva seja efetiva, é preciso que se compreenda o território não só como um espaço geográfico e material/econômico, mas social, cultural, com suas dimensões simbólica e imaginária (Sá, 2009), que condicionam igualmente os problemas de saúde e a possibilidade de enfrentá-los.

A base para essa intervenção se dá na perspectiva do entendimento dos profissionais que atuam no território. Assim pensou-se em uma abordagem aos profissionais envolvidos com o cuidado para busca dos dados, os quais seriam trabalhado com as coordenadoras de cada região do município.

Após esse levantamento de dados, pode-se planejar o número de equipes necessário para o Programa Melhor em Casa, bem como os equipamentos e recursos que se farão necessários nessa primeira fase. Entendendo que os usuários modificam com o tempo.

A divulgação do Programa Melhor em Casa já foi realizada dentro das equipes. O processo de territorialização encontra-se em andamento, o que demanda ainda um tempo para fechamento dos dados, porém o mesmo já pode ser dado inicio nas equipes.

Após o fechamento desses dados, as equipes podem ser montadas de acordo com a demanda de cada região.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O alcance dos objetivos desse projeto de intervenção dependem da participação de todos profissionais envolvidos na busca e no compartilhamento das informações, bem como e principalmente na parceria entre as equipes, para que de fato os serviços se articulem em rede de atenção á saúde no município de Canoas, na busca não somente dos dados solicitados e na a alimentação do sistema de informação conhecido como ESUS, mas também na articulação das ações em saúde em rede.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção domiciliar**: manual instrutivo. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2013a.

_____. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2013b. V. 2

_____. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Manual Instrutivo do melhor em casa**: a segurança do hospital no conforto do seu lar. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de atenção à saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2009.

CANOAS. Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Canoas 2014-2017**. 2015. Disponível em:

<http://www.canoas.rs.gov.br/uploads/paginadinamica/335471/PMS_CANOAS_2014_2017.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2015.

MENDES. Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 12p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS - **IBGE**. 2013.

Disponível em:

<http://www.canoas.rs.gov.br/uploads/paginadinamica/15857/Canoas_em_Dados2013.pdf>. Acesso em: 07 maio 2015.

INSTITUTO CANOAS XXI. 2001

<http://www.canoas.rs.gov.br/uploads/paginadinamica/15857/Canoas_em_Dados2012.pdf> Acesso em: 12 ago. 2015.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. **Territorialização em saúde**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, 2011. Disponível em:

<<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/25.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2015.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio/jun. 2005.

SÁ, M. C. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a “humanização” das práticas de saúde. **Interface - Comunic. Saúde Educ.** Botucatu, v. 1, n. 13, p . 651-64, 2009.

SILVA, K. L. et al. Atenção domiciliar no Brasil: avanços e desafios para mudança no modelo tecno assistencial em saúde. **SIIC Salud**, Buenos Aires, v. 18, n. 1, 2007.

TAKAHASHI, R.F ; OLIVEIRA, M. A. C. **Manual de enfermagem, programa saúde da família. A visita domiciliária no contexto da saúde da família.** Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2001.