

ANÁLISE DA VISITA DOMICILIAR PÓS-ALTA HOSPITALAR EM CORNÉLIO PROCÓPIO-PR

ANALYSIS OF THE DOMICILIARY VISIT POST-DISCHARGE FROM HOSPITAL IN CORNÉLIO PROCÓPIO, PARANÁ. 2006

*Claudiane de Andrade**
*Damares Tomasin Biazin***

RESUMO:

O presente estudo analisa as Visitas Domiciliares (VD), realizadas pelas Equipes do Programa de Saúde da Família (11 equipes), aos pacientes pós-alta hospitalar da Casa de Misericórdia, referência de internações do SUS, no município de Cornélio Procópio-PR, com o objetivo de analisar quantitativamente, este serviço, no período de abril a dezembro de 2005. As fontes de dados utilizadas foram coletadas de instrumentos criados pela própria Coordenadora do PSF, para implementação do Serviço de Saúde prestado à comunidade. Os resultados mostraram que 83,5% dos pacientes pós alta hospitalar, receberam a visita domiciliar pela equipe de saúde mais próxima de seu domicílio. Os fatores que dificultaram a realização das demais visitas, também foram coletadas e comentadas, porém, foi possível concluir que a parceria com o hospital e os instrumentos utilizados, contribuem para alcançar os objetivos propostos pelo PSF, que são promoção e prevenção de saúde, assim como a integralidade proposta pelo SUS.

PALAVRAS-CHAVES: PSF, Visita Domiciliar, Alta hospitalar

ABSTRACT:

The present study analyzes the Domiciliary Visits (DV), carried out by the Health Family Program Teams (11 teams), to the post-discharge from hospital patients from Casa de Misericórdia, SUS internments reference, in the city of Cornélio Procópio-PR, with the objective to analyze quantitatively this service, in the period from April to December in 2005. The used sources of data were collected from instruments created by the PSF Coordinator herself, for the Health Service implementation provided to the community. The results showed that 83.5% of post-discharge from hospital patients, received the domiciliary visit from the closer next door health team. The factors which made it difficult to carry out the visits, were also collected and commented, however, it was possible to conclude that the partnership with the hospital and the instruments used, contribute to reach the objectives proposed by the PSF, which are health promotion and prevention, as well as the completeness proposed by SUS.

KEY WORDS: PSF, Domiciliary Visit, Discharge from Hospital

*ANDRADE, C. Análise da visita domiciliar pós-alta hospitalar em Cornélio Procópio, Paraná. 2006. 27 f. Monografia (Especialização em Saúde da Família). Centro Universitário Filadélfia de Londrina. Unifil. Londrina, Pr.

**Doutora em Enfermagem Fundamental pela USP de Ribeirão Claro. Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação da UniFil.

INTRODUÇÃO

O município de Cornélio Procópio está localizado na região Norte do Paraná, sendo sede da 18ª Regional de Saúde. A origem do nome da cidade está relacionada à pessoa do Coronel Cornélio Procópio de Araújo Carvalho, figura de destaque no Império durante o final do último século. Fundado em janeiro de 1937, possui hoje uma população estimada de 47.019 habitantes (DATA SUS 2006), destes aproximadamente 9% residem na zona rural.

O município é sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná e possui 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 03 hospitais, sendo a Casa de Misericórdia a referência para internamento do SUS.

O Programa Saúde da Família (PSF) iniciou-se no município em 2001, com apenas 3 equipes, sendo ampliado em 2002 para 11 equipes sob módulo de contrato (CLT). No final de 2004, todos os profissionais das equipes de Saúde da Família foram contratados por concurso público.

O PSF é uma estratégia que prioriza as ações de promoção e recuperação de saúde dos indivíduos e da família, do recém nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. As equipes de PSF possuem atribuições e características próprias que as habilita a conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas, e a identificar os problemas de saúde mais comuns, assim como as situações de risco que a população está exposta.

Para o médico mexicano Jakobo Finkelman, representante da Organização Pan-Americana de Saúde e da Organização Mundial de Saúde “O Programa de Saúde da Família é um grande triunfo da Saúde Pública no Brasil. Aproxima os serviços de saúde da população que, muitas vezes, nunca viu um médico em sua vida. É um grande avanço em termos estratégicos, pois não se trata apenas do fornecimento de serviços médicos e clínicos. O mais importante é a sinergia que o programa cria para atender integralmente outras áreas, como a epidemiologia e a prevenção da doença. Ao final, o produto é maior do que a soma individual das partes” (MINISTÉRIO DA SAUDE , 2002 b, p. 25).

As equipes do Programa de Saúde da Família são compostas por Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem, Dentista, Auxiliar de Consultório Dentário e Agentes Comunitários de Saúde. Esses profissionais trabalham em equipe, porém cada um, de acordo com as suas atribuições determinadas pelas diretrizes do PSF.

Segundo o Guia Prático do PSF (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2002 a) as atribuições comuns a todos os profissionais que integram as equipes são:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas;
- identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais aquela população está exposta;
- elaborar com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde e de vigilância epidemiológica, nas diferentes fases do ciclo de vida;
- valorizar a relação com o usuário e com a família, para criação de vínculo de confiança, de afeto e de respeito;

- realizar visitas domiciliares de acordo com o planejamento;
- resolver problemas de saúde no nível de atenção básica;
- garantir o acesso à continuidade do tratamento dentro de um sistema de referência e contra-referência para os casos de maior complexidade ou que necessitam de internação hospitalar;
- prestar assistência integral à população adstrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada;
- coordenar, participar de e/ou organizar grupos de educação para a saúde ;
- promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados;
- fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e suas bases legais;
- incentivar a formação e/ou participação ativa da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde; e
- auxiliar na implantação do Cartão Nacional de Saúde.

Segundo Souza (MINISTÉRIO DA SAUDE , 1999), a equação internacionalmente aceita e comprovada aponta para a seguinte regra: as Unidades Básicas de Saúde, desde que funcionem adequadamente, são capazes de resolver pelo menos 80% dos problemas de saúde da sua população. O restante das pessoas precisará, em parte, de atendimento em ambulatórios de especialidades e apenas um pequeno número necessitará de atendimento hospitalar.

A proposta brasileira refere também que a Atenção Básica deve prever instrumentos que sistematizem os serviços prestados na lógica da hierarquização, resolutividade e continuidade da atenção.

A assistência domiciliar, foco deste estudo, realizada pelas equipes deve ser direcionada à clientela adstrita a um território de atuação e estar inserida na política social do município.

É de grande importância que sejam construídos instrumentos de avaliação para a qualidade do atendimento, resolutividade da assistência, número de pessoas assistidas pelas equipes, satisfação das equipes, entre outros.

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), foi criado em 1998 pelo Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), em conjunto com a Coordenação de Saúde da Comunidade/Secretaria da Assistência à Saúde (COSAC/SAS), para auxiliar o acompanhamento e avaliação das atividades realizadas pelos profissionais das equipes do PSF, agregando e processando dados advindos das visitas domiciliares e atendimentos realizados nas UBS e domicílios (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2004 a).

Esse sistema é muito eficiente, porém, seus dados de visitas domiciliares avalia o número de famílias visitadas pelos profissionais, não explora o atendimento domiciliar individual e não contempla as visitas pós-alta hospitalar, visto que é uma ação local das equipes de Cornélio Procópio, na qual prestam assistência integralmente, orientando, encaminhando e/ou realizando procedimentos.

Apesar da eficiência do SIAB como Sistema de Informação Nacional, houve a necessidade da criação de instrumentos próprios para avaliação da visita pós alta hospitalar, realizada em parceria com a Casa de Misericórdia que é a referência do SUS para internação no município.

Em abril de 2005, no intuito de sistematizar e implementar as ações das equipes do PSF em relação às visitas domiciliares pós-alta hospitalar, com objetivos de diminuir a reinternação e aumentar a adesão dos pacientes aos tratamentos propostos na internação, foi criado pela Coordenação Municipal do PSF e Supervisão Geral da Casa de Misericórdia de Cornélio Procópio, dois instrumentos: “Planilha de Alta” e “Visita de Alta”, o primeiro agrega a coleta de dados relevantes do paciente no momentos da alta (nome, endereço, diagnóstico) priorizando as crianças (apêndice A), gestantes/puérperas (apêndice B) e adultos acima de 50 anos(apêndice C). Estas planilhas são encaminhadas à Coordenação do PSF semanalmente. O segundo instrumento é preenchido com os dados do primeiro, porém lançado no instrumento “Visita de Alta” (apêndice D), por UBS, ou seja, de acordo com a área de abrangência que o paciente pertencer. Estas são enviadas imediatamente para as equipes do PSF, para planejamento e realização da visita pós-alta hospitalar, partindo sempre do diagnóstico fornecido pelo hospital.

Na visita pós-alta hospitalar os dados são confirmados com o paciente, são registradas a evolução, orientação, encaminhamento e/ou procedimento, assinados pelos profissionais e encaminhadas à Coordenação do PSF, comprovando a sua realização e tornando possível várias formas de avaliação desta estratégia..

Desde a implantação desta estratégia sistematizada, ou seja, desde abril até dezembro de 2005 foram solicitadas 1560 visitas, lembrando que priorizadas em crianças, gestantes/puérperas e adultos acima de 50 anos.

Diante do exposto este estudo tem como objetivos:

- analisar o número de visitas domiciliares pós-alta hospitalar realizadas e não realizadas pelas equipes do PSF de Cornélio Procópio, no período de abril a dezembro de 2005, em relação ao número total de visitas solicitadas pela Casa de Misericórdia, através da “planilha de alta”, neste mesmo período;
- verificar através dos registros realizados pelos profissionais das equipes do PSF, os motivos pelos quais não realizaram as visitas domiciliares pós-alta hospitalar.

130

Revisão da Literatura

O Programa Saúde da Família (PSF), foi concebido com o objetivo de proceder “a organização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência” (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2000 b, p.2). Foi criado com intuito de reestruturar o modelo de atenção à saúde, o qual deve estar centrado na família, entendido e percebido a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes, compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas.

O PSF, de acordo com o Ministério da Saúde (2002 b), prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua, adotando um novo paradigma: a qualidade de vida.

O objetivo geral do PSF é melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e dirigido aos indivíduos, à família e a comunidade. Uma das

R
E
V
I
S
T
A

atividades da equipe do PSF é o atendimento à comunidade, tendo como uma de suas ações a Visita Domiciliar (VD) (Ministério da Saúde, 1997).

Além do atendimento às consultas na Unidade Básica de Saúde, os profissionais percorrem os bairros visitando as casas, dentro de sua área de abrangência, pois, a VD permite aproximar a equipe de saúde da comunidade, propiciando-lhe um acompanhamento mais particularizado das famílias. Os profissionais passam então, a conhecer não só o quadro clínico e problemas de saúde, mas, também, as suas condições de vida, em termos econômicos, culturais, sociais e familiares. A visita domiciliar é fator essencial ao processo de vigilância à saúde e interação entre equipe e comunidade, tendo por finalidade acompanhar a situação de saúde das famílias, esperando-se, assim, resultados positivos através da antecipação do diagnóstico personalizado do atendimento e de uma maior orientação ao indivíduo e sua família.

Segundo Nogueira e Fonseca (1997) a VD é um método de trabalho junto às famílias tendo como vantagens: proporcionar, ao indivíduo, o conhecimento de seu próprio meio ambiente, atentando-se para as condições de habitação, relações afetivas e sociais da família; facilitar a adaptação e planejamento da família conforme seus próprios recursos; proporcionar maior liberdade para que possam expor seus problemas, pois o tempo dedicado a eles é bem maior do que no contexto institucional, além de outros.

O que o autor colocou em relação a VD, evidentemente é percebido pelos profissionais e na maioria das vezes é o fator causador de doenças, principalmente das psicossomáticas, pois os laços afetivos familiares são os mais observados na assistência a um membro da família com diagnóstico de depressão, muito comum hoje na comunidade atendida. O fato de conhecer a família e seu modo de viver facilita o planejamento de ação dos profissionais em relação a conduta a ser realizada. Conforme enfatizam Fonseca e Bertolozzi (1997), a VD permite uma aproximação com os determinantes do processo saúde-doença no âmbito familiar. Ou seja, a VD é um instrumento que possibilita ao profissional identificar como se expressam, na família, as formas de trabalho e vida dos membros, quais padrões de solidariedade se desenvolvem no interior do universo familiar e como estes podem contribuir para o processo de cuidado, cura ou recuperação de um de seus membros.

A VD permite ao profissional criar um relacionamento afetivo e amistoso com a comunidade envolvida, pois ele está adentrando em seu lar, sua casa, sua intimidade, mantendo assim interações, ou seja, relacionamento interpessoal, que permite obter dados mais fidedignos sobre a saúde das famílias. Para isso é necessário estabelecer confiança entre os membros da equipe de saúde e os da família, para que esta se sinta segura com as ações desenvolvidas pelos profissionais e em casos de problemas ou dúvidas, solicite ajuda, explicações e orientações. A VD serve, também, para que os profissionais entendam o significado do momento vivido e possam atender as necessidades evidenciadas e as solicitações feitas, ajudando a família a descobrir suas possibilidades. Quanto mais for efetivo o relacionamento e o envolvimento profissional com a família, maior será o seu reconhecimento profissional.

Na realização da visita domiciliar pós-alta hospitalar, a confiança da família aumenta em relação a equipe de saúde, pois mesmo que seja um único membro da família que passou por uma internação, o fato da equipe ter a informação do diagnóstico e estar ali para dar continuidade ao tratamento proposto no hospital, ou uma simples orientação quanto a receita

medicamentosa, faz com que a família tenha a certeza de que está sendo cuidada, sendo alvo de preocupação da equipe naquele momento.

Os maiores problemas de saúde que os homens enfrentaram sempre estiveram relacionados com a natureza de vida da comunidade. Na Grécia (443 a.c) encontram-se relatos de médicos que percorriam as cidades prestando assistência às famílias, de casa em casa, orientando-as quanto ao controle e a melhoria do ambiente físico, provisão de água e alimentos puros, alívio da incapacidade e do desamparo. Para os médicos a saúde estava relacionada a “pensamentos sadios” (ROSEN, 1994, p.31).

No Brasil, atualmente, os médicos estão recebendo formação para uma melhor atuação, pois no marco da implantação do PSF, as equipes encontravam dificuldades e segundo Schraiber (2000) as escolas médicas, salvo, exceções, reproduzem o modelo hospitalocêntrico, condicionados por fatores como: capitalização do setor saúde, condição esta produtora de um intenso fracionamento do trabalho médico.

No caso do enfermeiro, no Brasil, o aparecimento do serviço de enfermeiras visitadoras é marcado com o objetivo de prevenção. Em 1920, Amaury de Medeiros introduz na escola de enfermagem da Cruz Vermelha um curso de visitadoras sanitárias. Neste mesmo ano foi criado o serviço de visitadoras como parte do serviço de profilaxia da tuberculose. Tal iniciativa marca a inclusão da visita domiciliar como atividade de saúde pública, uma vez que o serviço referido fazia parte do Departamento Nacional de Saúde Pública (Nogueira; Fonseca, 1977). Os mesmos autores afirmam que as visitadoras deveriam prestar assistência priorizando aspectos educativos de higiene, dirigidos aos doentes. Concomitantemente, em todo o país, nesse período foram sendo criados os Centros de Saúde, os quais tinham como objetivo o tratamento da tuberculose, hanseníase e diminuição da mortalidade infantil. Nesta assistência, desempenhavam papel preponderante as visitas domiciliárias executadas por pessoal de nível médio.

Analisando os autores acima, conclui-se que os profissionais do PSF podem executar as visitas domiciliares, independentemente de seu nível ou da formação predominante na Universidade em que se formou, pois há muito tempo, profissionais e pessoas da própria comunidade prestavam assistência através de visita domiciliar com objetivos em comum com o do PSF, hoje, que é a prevenção.

A VD faz parte, também, do panorama da área de pesquisa, quando se busca obter dados para identificar problemas que atingem indivíduos e suas famílias em situações específicas, como apontam Glashan e Diccini (1997) destacando os indivíduos que realizam diálise peritoneal, os portadores de asma, queimados, idosos, entre outros problemas vigentes na área de abrangência do local de atendimento de cada Unidade Básica de Saúde.

A VD é um dos instrumentos mais indicados à prestação de assistência à saúde, do indivíduo, família e comunidade e deve ser realizada mediante processo racional, com objetivos definidos e pautados nos princípios de eficiência. Apesar de antiga, a VD traz resultados inovadores, uma vez que possibilita conhecer a realidade do cliente e sua família in loco, contribuir para a redução de gastos hospitalares, além de fortalecer os vínculos cliente-terapeuta-profissional. Também deve ser considerada no contexto de educação em saúde por contribuir para a mudança de padrões de comportamento e, conseqüentemente, promover a qualidade de vida através da prevenção de doenças e promoção da saúde.

Atuar em visita domiciliar, respeitando esses princípios aponta o horizonte de possibilidades que contribuem para superar o paradigma de saúde-doença centrado no indivíduo que até então predominou no modelo de saúde brasileiro.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo analítico quantitativo, onde foram analisados dois instrumentos criados pela própria Coordenadora do PSF: o primeiro “Planilha de Alta”, com dados obtidos no momento da alta hospitalar na Casa de Misericórdia e o segundo, “Visita de Alta”, com dados obtidos e registrados no momento da visita domiciliar pós-alta hospitalar, realizada pelas equipes do PSF, no período de abril até dezembro de 2005.

Através da “Planilha de Alta” foram somados apenas com a utilização de calculadora os números de crianças, gestantes/puérperas e adultos acima de 50 anos, que constavam nas mesmas. Obtendo um total de visitas solicitadas.

Através da “Visita de Alta”, foram somadas as visitas realizadas. As visitas não realizadas foram analisadas e divididas em: pacientes não encontrados no domicílio, endereços fictícios, fora de área de abrangência, internados em hospitais de alta complexidade e visitas não realizadas por dificuldades da equipe.

O demonstrativo dos resultados foi elaborado a partir de um gráfico de colunas, com valores absolutos e um gráfico de percentuais, com uma breve discussão dos mesmos, de acordo com a realidade vivenciada pela própria autora.

Resultados e Discussões

133

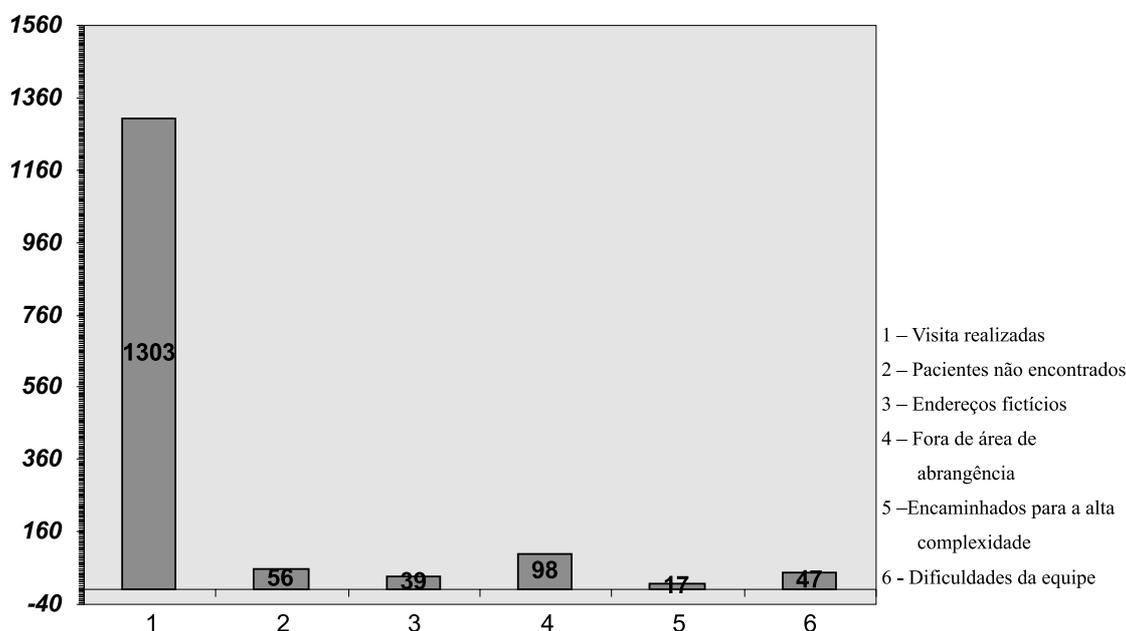


Gráfico 1

Número absoluto de visitas, por alta hospitalar, realizadas e não realizadas pelas equipes do PSF de Cornélio Procópio-Paraná no período de abril a dezembro de 2005.

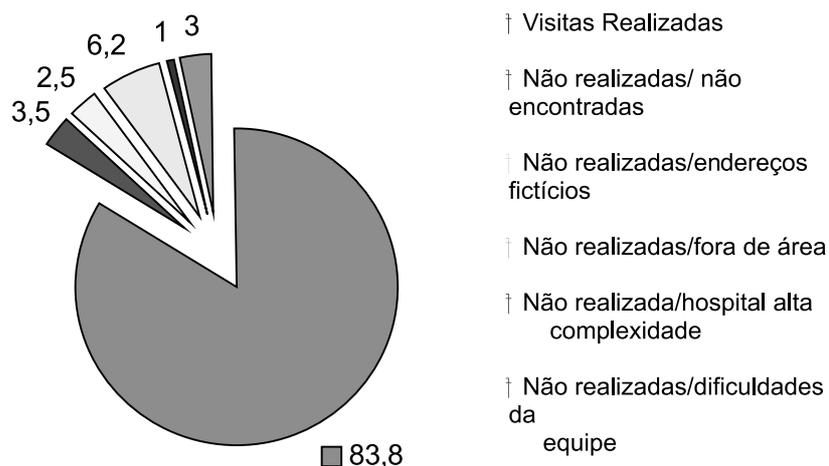


Gráfico 2

Número em percentual de visitas realizadas e não realizadas pelas equipes do PSF de Cornélio Procópio-Paraná no período de abril a dezembro de 2005.

Analisando o gráfico 1 em número absoluto e o gráfico 2 em percentual pode-se observar que o total de visitas solicitadas através da “Planilha de Alta” pelo hospital foi de 1560 pacientes (100%), destes 1303 pacientes receberam a visita domiciliar pós-alta hospitalar (83.8%) registrados pelos profissionais no instrumento “Visita de Alta”, com evolução clínica, orientações, encaminhamentos e/ou procedimentos realizados. Este resultado superou a expectativa da Coordenação do PSF, visto que os profissionais prestam atendimentos na UBS e estão inseridos no contexto de funcionamento da mesma, atendendo a demanda para consultas considerada alta (3,4 consulta/habitante/ano) apresentado pelo Departamento de Saúde do município em Audiência Pública, onde o preconizado pelo Ministério da Saúde é de 1,5 consulta/habitante/ano, participam de todos os eventos e realizam grupos de educação em saúde para gestantes, hipertensos e diabéticos, assim como trabalhos educativos em escolas e creches.

As visitas não realizadas apresentaram um total de 257 (16,2%), destes 56 pacientes (3,5%) não foram encontrados em seus domicílios.. Esta é uma dificuldade conhecida por todas as equipes de PSF, pelo menos no Brasil segundo Felisberto (Ministério da Saúde, 2004 b) e neste estudo não foi diferente, trata-se das puérperas que em busca de apoio para si e para o RN, permanecem na primeira semana, no domicílio da mãe, irmã ou sogra. Esse fato impossibilita a equipe de realizar a visita domiciliar pós-alta hospitalar, para orientações de puerpério importantes como, por exemplo, o aleitamento materno, 39 (2,5%) os endereços eram fictícios, ou seja, no momento da coleta dos dados no hospital os pacientes inventaram ou informaram endereços fictícios. Este resultado aponta para um problema nacional, apesar de “saúde é um direito de todos e dever do Estado”, conforme afirma o artigo 196 da Constituição Federal, as descentralizações e as cotas para internamentos têm limitado o atendimento hospitalar no país. Segundo o próprio hospital, muitos pacientes que residem na região, com receio de não receberem o atendimento, informam endereços do município e as equipes, muitas vezes, chegam a encontrar o endereço, porém os moradores não conhecem o paciente procurado, 98 pacientes, (6,2%) não receberam a visita por

134

residirem fora da área de abrangência. Isso ocorre segundo foi descrito na introdução, pelo fato de 9% residirem na zona rural e pelo fato da cobertura do PSF ser de 70% do município. Desta forma, esse foi um resultado esperado pela Coordenação, 17 pacientes (1,0%) em função do paciente se encontrar internado em outro hospital para tratamento de alta complexidade, pós alta da Casa de Misericórdia de Cornélio Procópio. Este tipo de paciente é considerado de alto risco, visto que normalmente são pacientes com problemas cardíacos, encaminhados para procedimentos em Londrina ou Arapongas e que necessitam de um acompanhamento especial da equipe de saúde da UBS mais próxima de seu domicílio e 47 pacientes (3,0%) não receberam a visita de alta por dificuldades da equipe sem motivos justificados nos registros. Neste caso pode-se supor que tal fato tenha ocorrido por dificuldades enfrentadas pelas equipes do PSF, ou seja, pela falta de transporte, falta de recursos humanos nas UBS em alguns períodos do dia, ausência dos profissionais em função de eventos, treinamentos ou reuniões fora da área de abrangência.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Este estudo permite concluir através dos resultados apresentados, que a maioria (83,5%) dos pacientes pós-alta hospitalar receberam apoio e assistência de acordo com suas necessidades, de uma equipe de saúde da UBS mais próxima de seu domicílio. Conforme Fonseca e Bertolozzi (1997) a visita domiciliar permite uma aproximação com os determinantes do processo saúde-doença no âmbito familiar.

A VD pós-alta hospitalar permite que a equipe conheça os padrões de solidariedade dos familiares e como estes podem contribuir para o processo do cuidado, cura ou recuperação de um de seus membros. Na maioria das vezes, a equipe já conhece a família toda e pode, se houver necessidade, indicar um membro que considera mais preparado para os cuidados com a pessoa doente, apoiando-a, orientando-a, possibilitando a autonomia para determinados cuidados.

Conclui-se também que, o trabalho desenvolvido em parceria com outros serviços de saúde, como a Casa de Misericórdia de Cornélio Procópio, contribuiu muito para a implementação do PSF, tornando possível atingir a integralidade, princípio do SUS e os objetivos da Estratégia Saúde da Família, propostos pelo Ministério da Saúde em relação a prevenção e promoção de saúde da população adstrita pelas equipes do município.

Diante dos resultados obtidos, a autora recomenda a utilização da mesma estratégia e dos instrumentos desenvolvidos, pois podem contribuir para que outros municípios que referenciam seus pacientes para o serviço de internação na Casa de Misericórdia de Cornélio Procópio, possam também realizar a visita domiciliar pós alta hospitalar em suas áreas atendidas pelo PSF, visto que a distância é um fator determinante no processo saúde-doença e desta forma contribuir para diminuição do índice de reinternações, que geram custos e serviços, principalmente de transporte, para os municípios que não possuem o serviço de internação hospitalar.

REFERÊNCIAS

BECH, J. et al. *Os Médicos na Atenção Básica no Sus: encontros e desencontros com gestores de 50 municípios do Estado do Rio Grande do Sul*. Fundação Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2001.

FONSECA, R.M.G.S. da; BERTOLOZZI, M.R. *A epidemiologia social como instrumento de enfermagem em saúde coletiva e intervenção em saúde coletiva*. (Texto resumido do curso de Epidemiologia Social, ministrado durante o I Encontro Internacional de Enfermagem: Educação e Saúde), Santa Maria, Outubro de 1997.

GLASHAN, R.Q.; DICCINI, S. Assistência domiciliar a criança asmática. *Acta Paul. Enfermagem*, v.10, n.2, p.62-68, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Cadernos de Atenção Básica*. Estratégia Saúde da Família, n.2, p.2, Brasília 2000 b .

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Guia Prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília; 2002 a

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Guia Prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília; 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa de Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa Saúde da Família*. Disponível em <<http://www.gov.br/psf.menu.htm>>. Acessado em 29/04/05.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. 50 milhões de brasileiros atendidos, n.5, maio/2002 b .

136 MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Revista Brasileira de Saúde da Família: Caminhos da conquista da qualidade*, n.3, dez/2000 a .

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Revista Brasileira de Saúde da Família: O Programa de Saúde da Família é uma escolha técnica ética e política*, v.1, n 2, 7-9,nov/1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. v.4, n.3. Recife/PE, 2004.b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação de Atenção Básica. *Avaliação de implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família*. Brasília, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Sistema de Informação da Atenção Básica SIAB: indicadores 2003*. Brasília 2004 a .

MORETTO, E. S. *Os enfermeiros e o SUS: da realidade as possibilidades*. Passo Fundo: UPF, 2001.

NOGUEIRA, M.J. FONSECA, R.M.G.S. A visita domiciliar como método de assistência de enfermagem da família. *Revista Escola de Enfermagem*. USP, v.11,n.1,p 28-50, 1997.

POLLETO, D.S. *Liderança integrativa na enfermagem*. Passo Fundo: EDIUPF, 1999.

PORTILO, J. L. *Teoria Social de Saúde*. Montevideú: Universidade de La República, 1991.

ROSEN, George. *Uma história de Saúde Pública*. São Paulo: UNESP/HUCITEC-ABRASCO, 1994.

SCHRAIBER, L. *A profissão de ser médico: ciências sociais e saúde para o ensino médico*: São Paulo: FABESP/HUCITEC, 2000.

APÊNDICE D

PREFEITURA MUNICIPAL DE CORNÉLIO PROCÓPIO
 INSTRUMENTO DE VISITA DE ALTA DA SANTA CASA – UBS:

Data:

NOME:		RESUMO DA VISITA:
DIAGNÓSTICO:		
ENDEREÇO:		
DATA DA ALTA:		
DT. VISITA PSF:		

NOME:		RESUMO DA VISITA:
DIAGNÓSTICO:		
ENDEREÇO:		
DATA DA ALTA:		
DT. VISITA PSF:		

NOME:		RESUMO DA VISITA:
DIAGNÓSTICO:		
ENDEREÇO:		
DATA DA ALTA:		
DT. VISITA PSF:		

NOME:		RESUMO DA VISITA:
DIAGNÓSTICO:		
ENDEREÇO:		
DATA DA ALTA:		
DT. VISITA PSF:		

NOME:		RESUMO DA VISITA:
DIAGNÓSTICO:		
ENDEREÇO:		
DATA DA ALTA:		
DT. VISITA PSF:		