

IX CONFERÊNCIA ONLINE - GESTÃO, EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Definindo critérios para classificação dos ‘Domicílios de Risco’ de pessoas residentes em áreas de baixo risco: relato de experiência

RIBEIRO, Solange Augusta de Abreu¹; ALMEIDA, Shirley Pereira de²; CASTRO, Verônica Pedersane Nunes de³

Apresentador: Solange Augusta de Abreu Ribeiro e-mail: sol.abreu.gp@gmail.com

1. Pós-graduanda. Curso Especialização em Comunicação e Saúde. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESPMG), Belo Horizonte, Brasil. Agente Comunitária de Saúde. Prefeitura Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde.
2. Enfermeira - Docente Curso de Graduação em Enfermagem. Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), Belo Horizonte, Brasil.
3. Enfermeira. Prefeitura Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde.

Resumo:

A implementação da estratégia de saúde da família foi priorizada para áreas consideradas de alta e média vulnerabilidade social, requerendo o mapeamento dos territórios e o uso de indicadores de vulnerabilidade social. No entanto, observam-se aumento de população SUS dependente, que apresentam vulnerabilidades tanto sociais quanto de saúde, residentes em áreas consideradas de baixo risco, que apresentam demandas por serviços de saúde, mas com dificuldade de acesso. Este estudo tem por objetivo apresentar relato de experiência no processo de definição dos critérios para classificação dos ‘Domicílios de Risco’ de pessoas residentes em áreas de BR no território de abrangência de uma UBS. O levantamento dos critérios para classificação dos domicílios de risco possibilitou identificar pessoas/famílias com maior vulnerabilidade, organizar processo de trabalho, planejar visita domiciliar e prestar o cuidado de forma mais equitativa e resolutiva.

Descritores: Vulnerabilidade a saúde. Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Pessoal de Saúde. Visita domiciliar

INTRODUÇÃO

No Brasil o direito à saúde, impulsionado pelo movimento da reforma sanitária, tem como grandes marcos na história a 8ª CNS em 1986, a Assembleia Nacional Constituinte, em 1988, a publicação da Constituição Federal de 1988. Posteriormente, são publicadas as duas leis orgânicas da saúde (LOS) 8080 e 8142, que vem legitimar a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS)^(1, 2).

Para cumprimento dos preceitos constitucionais, dos princípios de diretrizes do SUS é imprescindível a reorganização das ações e serviços de saúde, de maneira regionalizada, hierarquizada, em redes de atenção a saúde, com tecnologias adequadas a cada nível de atenção, com desenvolvimento de ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, curativas e de reabilitação. A reorganização do SUS deve se desenvolver, principalmente, pelo fortalecimento e ampliação da Atenção Primária à Saúde (APS), com expansão das unidades básicas de saúde (UBS), devendo ser essa a porta de entrada preferencial do usuário do SUS aos serviços de saúde^(1, 2).

Neste contexto, discute-se novos modelos de atenção à saúde, que possam garantir o acesso à saúde, de forma universal e com equidade, a partir de atendimento integral e intersetorial. Assim, o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF), surgem no cenário brasileiro, a partir de 1994, sendo que o PSF demonstrou ser muito mais que um programa, sendo considerado uma estratégia de reorientação das práticas de cuidado ao nível da APS, visando ampliar o acesso de primeiro contato e promover a mudança do modelo assistencial^(2,3).

Em 2006, com publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabeleceu-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como estruturante da reorganização da APS, consolidando a expansão da ESF no Brasil, sendo incentivado aos municípios a sua implementação, com contrapartida financeira pelo governo federal para sustentabilidade da estratégia. Diversos municípios aderiram a proposta, implantando inicialmente o PACS, sendo que esse programa deveria ser, posteriormente, substituído pela ESF. Assim, observa-se grande expansão do número de equipes de saúde da família (ESF), aos longos dos anos^(2,3,4,5).

Inicialmente, tanto o PACS quanto a ESF foram implementados, prioritariamente, em municípios com menos de 100 mil habitantes e com baixo IDH. Posteriormente, houve ampliação para grandes municípios e capitais (3. Brasil, 2011; 4. Borges, Baptista, 2010; 5. Brasil, 2012). No entanto, a implementação da ESF foi priorizada para áreas consideradas de alta e média vulnerabilidade social, requerendo o mapeamento dos territórios e o uso de indicadores de vulnerabilidade social^(6,7).

O Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) originou-se da seleção, desenvolvimento e georreferenciamento de indicadores que pudessem revelar condições de vulnerabilidade social nas diversas escalas do território brasileiro. Esse índice, considerado sintético, foi construído com base em indicadores que expressam fragilidades sociais a partir de diversos fatores, relativos a temática social, como condições de transporte, habitação e saneamento, trabalho e renda, educação e saúde^(6,7).

Os indicadores sintéticos são medidas-sínteses utilizadas para apreender uma determinada realidade social ou dimensões do mundo social, sendo que seu uso ganha maior expressão a partir de 1990, com o objetivo de compreender a realidade social por meio de uma medida única^(6,7). Diversos indicadores sintéticos com temática da vulnerabilidade tem

sido elaborados no Brasil por pesquisadores de universidades, órgãos públicos e centros de pesquisa, sendo utilizados por gestores públicos de diversos municípios brasileiros para formulação de políticas, para a tomada de decisões nas esferas públicas, para classificação dos territórios quanto ao risco considerando a vulnerabilidade social^(6,7).

No município de BH, o IVS da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte/PUC Minas/MG é um indicador que tem sido utilizado para ap

ontar áreas prioritárias de implantação de equipes Saúde da Família (eSF). Todo o território do município foi classificado, com a seguintes nomenclaturas: muito alto risco, alto risco, médio risco e baixo risco, sendo priorizada a implantação das equipes de SF apenas para os territórios de muito alto risco, alto risco, médio risco. No entanto, observam-se aumento de população SUS dependente, que apresentam vulnerabilidades tanto sociais quanto de saúde, residentes em áreas consideradas de baixo risco (BR), que apresentam demandas por serviços de saúde, mas com dificuldade de acesso.

Considerando esse cenário, este estudo tem por objetivo apresentar a experiência das autoras no processo de definição dos critérios para classificação dos ‘Domicílios de Risco’ (DR) com vistas a nortear o planejamento das ações de cuidado junto às pessoas residentes em áreas de BR no território de abrangência de uma UBS do município de Belo Horizonte.

METODOLOGIA:

Trata-se de um estudo descritivo, elaborado pelas autoras, profissionais de saúde de uma UBS, a partir da experiência junto a populações vulneráveis residentes em domicílios de risco em área de BR, com cobertura de uma equipe de PACS, na região de hipercentro de uma capital da região sudeste do Brasil. Essa UBS conta com uma equipe de saúde da família (eSF) para população em situação de rua (PSR), composta por enfermeiro, médico, dois técnicos de enfermagem e quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS); uma equipe de PACS, composta por um enfermeiro e três ACS; uma equipe de NASF que dá cobertura a quatro UBS; uma equipe de saúde bucal para PSR; equipe de apoio como técnicos de enfermagem, médico clínico, pediatra, ginecologista, psiquiatra, psicólogo, gerente, além de funcionários administrativos e de serviços gerais.

RELATO DA EXPERIÊNCIA:

Importante esclarecer que a população residente em domicílio fixo na área de abrangência e cadastrada, nessa UBS, são atendidas pelos profissionais de apoio, não há eSF, mas sim uma equipe de PACS que não consegue atender a toda demanda da população. A visita domiciliar é realizada pelos ACS e enfermeiro da equipe de PACS, mediante uma necessidade percebida pelo ACS, pelo enfermeiro, e quando há necessidade de visita pelo profissional médico, é feito um planejamento para que um médico de apoio tenha sua agenda fechada para realizar a visita, ou seja, essa é pontual. Além disso, pessoas que residem em áreas ocupadas, profissionais do sexo, diversos trabalhadores da região de hipercentro e hospitalar, buscam por atendimento nessa UBS.

Inicialmente, foram realizadas reuniões com diversos profissionais da UBS para debate sobre o tema, que consistia na percepção quanto ao aumento do número de pessoas residentes no território, que cada vez mais buscavam a UBS para se cadastrar e vincular a uma eSF, apresentando demandas por cuidados em equipe multiprofissional, inclusive por atendimento domiciliar. Essas pessoas relatavam, muitas vezes, que devido à perda do emprego houve também a perda de plano de saúde, tornando-se dependente do SUS para cuidados com a saúde.

Outras situações evidenciadas foram a mudança de pessoas para a capital para buscar recurso na saúde pública, devido a precariedade de recursos de saúde no município de origem, dentre outras situações.

A partir dessas reuniões os profissionais definiram como ações: 1. levantar os dados dessa população junto ao relatório de cadastro da família realizado pelos ACS, nos relatórios de atendimento da população realizado pelos profissionais de saúde, no livro de registro de visitas domiciliares, nas atas de reuniões de matriciamento das equipes de NASF e de saúde mental, nas reuniões da equipe de PACS. 2. Definir os critérios para classificar os domicílios de risco.

Assim, dados quanto ao perfil demográfico e epidemiológico foram levantados, o que possibilitou conhecer o perfil dessa população. Identificar número de pessoas por família, conhecer a estrutura e funcionamento das famílias, além das condições socioeconômicas.

Ao analisar o perfil demográfico/epidemiológico, das condições familiares e sociais, a partir dos dados de cadastro das famílias realizadas pelos ACS, identificou-se que a população adscrita à equipe de PACS eram em sua maioria adultos/idosos, média de 1,8 pessoas/família, portadores de doenças crônicas e de sofrimento mental, renda de um salário mínimo, aposentados, integrantes do bolsa família.

Observou-se que muitas famílias eram constituídas por indivíduos que vivem só, sendo que um agravante era a situação de ser um idoso. Outras famílias compostas por duas pessoas, muitas vezes, eram de idosos, sendo que um deles era dependente de cuidados. Essa situação caracteriza-se como um critério de fragilidade em idosos. Identificou-se também adultos com quadro de transtorno mental e outras comorbidades importantes como hipertensão arterial e diabetes, usuários de álcool/drogas, deficientes físicos e mentais. Todas essas condições foram elencadas como critérios definidores de DR, ou seja, a presença de qualquer uma das condições acima já definiam ser aquele domicílio como sendo DR.

Apesar de não se identificar a existência do termo DR para designar um domicílio onde residem pessoas em vulnerabilidade social e de saúde, em áreas de BR, um referencial que pode ser utilizado é a classificação de risco familiar, como proposto por Savassi e Coelho, em que sentinelas de risco são aplicadas para classificação do risco familiar, em graus de risco, como sendo de sem risco até risco máximo. Nesse caso, a classificação de risco é uma proposta para diferenciar as famílias pertencentes a uma mesma área de abrangência, a fim de identificar fatores de risco que justifiquem a priorização do atendimento⁽⁸⁾.

No contexto desse estudo, o termo 'Domicílios de risco'(DR) surge a partir da classificação de famílias que vivem em áreas BR, designando aqueles domicílios onde residem pessoas em condições precárias de saúde e sociais, domicílios onde residem idosos frágeis portadores de várias comorbidades e por residirem só, pessoas portadores de doenças crônicas (hipertensão, diabetes), portadores de sofrimento mental, dependentes do SUS, integrantes do bolsa família, porém residentes em áreas de BR, que deverão ser priorizados para acompanhamento da equipe de PACS, realização de visita domiciliar tanto pelos ACS e enfermeiro da equipe, quanto dos profissionais do NASF e clínico de apoio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Na prática profissional, observou-se aumento da demanda por atenção à saúde de parcela significativa da população com diversidade no perfil, caracterizada por profissionais do sexo, migrantes, residentes em prédios ocupados, pessoas em situação de rua. Nesse contexto, a equipe PACS enfrenta vários desafios para atender as demandas e por contar com apenas três

ACS e uma enfermeira. Apesar das dificuldades, o levantamento dos critérios para classificação dos 'DR' possibilitou identificar pessoas/famílias com maior vulnerabilidade, organizar processo de trabalho, planejar VD e prestar o cuidado de forma mais equitativa e resolutiva.

Pretendeu-se com esse relato oferecer elementos que ampliem os olhares às questões da fragilidade e limitações do IVS, na formulação de políticas e tomadas de decisão, principalmente ao desconsiderar outros elementos que permeiam a dinâmica dos territórios, inclusive daqueles considerados como de BR, pois territórios para além de uma delimitação geográfica é um espaço social dinâmico onde vivem pessoas e famílias com diversos contextos, riscos e vulnerabilidades. Ademais, trata-se de um tema pouco presente na literatura considerando o termo 'DR'.

REFERÊNCIAS:

1. Campos GW. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Cien Saúde Colet* 2007; 12(2):301-306
2. Pinto, Luiz Felipe, Giovanella, Ligia. (2018). Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1903-1914. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>
3. Brasil. Portaria GAB/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 22 out.
4. Borges, Camila Furlanetti, Baptista, Tatiana Vargas de Faria. (2010). A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. *Trabalho, Educação e Saúde*, 8(1), 27-53. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000100003>
5. Brasil. Portaria GAB/MS nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2012; 29 dez.
6. Schumann LRMA, Moura LBA. Índices sintéticos de vulnerabilidade: uma revisão integrativa de literatura. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (7): 2105-2120, 2015.
7. Costa M A, Santos M P G, Marguti B, Pirani N, Pinto C V Silva, Curi R L C, Ribeiro C C, Albuquerque C G. Vulnerabilidade social no Brasil: conceitos, métodos e primeiros resultados para municípios e regiões metropolitanas brasileiras. Rio de Janeiro: IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2018. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8257/2/vulnerability.pdf>. Acesso em 22 agosto 2020.
8. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2004;1(2):19-26.