

**Universidade Federal de Ouro Preto  
Escola de Medicina**

**Trabalho de Conclusão de Residência**

**Estudo seccional sobre o perfil da demanda de atendimento domiciliar no  
âmbito do SUS no município de Ouro Preto/MG**

**Natália Franco Pimenta**

**OURO PRETO - MG**

**2022**

**Natália Franco Pimenta**

**ESTUDO SECCIONAL SOBRE O PERFIL DA DEMANDA DE ATENDIMENTO  
DOMICILIAR NO ÂMBITO DO SUS NO MUNICÍPIO DE OURO PRETO/MG**

Trabalho de conclusão de residência apresentado à Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito parcial para obtenção do título de Médica de Família e Comunidade.

Orientador: Leonardo Cançado Monteiro Savassi

OURO PRETO - MG

2022

## SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

P644e Pimenta, Natalia Franco.

Estudo seccional sobre o perfil da demanda de atendimento domiciliar no âmbito do SUS no município de Ouro Preto/MG.

[manuscrito] / Natalia Franco Pimenta. - 2023.

36 f.: il.: color., tab..

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Caçado Monteiro Savassi.

Produção Científica (Especialização). Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Medicina.

1. Atenção domiciliar à saúde-Ouro Preto(MG). 2. Sistema Único de Saúde (SUS)-Ouro Preto(MG). 3. Estratégia de saúde da família (ESF)-Ouro Preto(MG). I. Savassi, Leonardo Caçado Monteiro. II. Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

CDU 614.39

Bibliotecário(a) Responsável: Angela Maria Raimundo - SIAPE: 1.644.803



## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Natália Franco Pimenta**

### **Estudo seccional sobre o perfil da demanda de atendimento domiciliar no âmbito do SUS no município de Ouro Preto/MG**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade.

Aprovada em oito de fevereiro de 2023.

#### Membros da banca

Doutor Prof.: Leonardo Cançado Monteiro Savassi - Orientador - Universidade Federal de Ouro Preto

Médica Especialista Cibele Gomes Lima Melo - Grupo Freury

Médica Especialista Mariana Borges Dias - Ministério da Saúde

O prof. Leonardo Cançado Monteiro Savassi, orientador do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 15 de maio de 2023.



Documento assinado eletronicamente por **Gustavo Valadares Labanca Reis, COORDENADOR(A) DE CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM RESIDÊNCIA MÉDICA**, em 15/05/2023, às 12:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.ufop.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0499228** e o código CRC **07DE46FA**.

Ao povo ouro-pretano, com carinho

## **AGRADECIMENTOS**

À cidade de Ouro Preto e aos ouro-pretanos.

À Escola de Medicina da UFOP.

Aos meus pais, sempre ao meu lado.

Aos queridos Paulo Fiote, Markito, Flávia, Naty, Taciana, George, Ana Gabi.

Ao Thiago, meu companheiro de uma nova vida.

Aos PSF Bauxita e Piedade, a todas e todos os integrantes de suas equipes, pelo carinho, companheirismo e pela melhor residência que eu poderia imaginar.

Aos queridos professores, orientadores, preceptores(as) e colegas: Nayra, Sol, Gabi Calil, Rodrigo Pastor, Gustavo Labanca, Leo Savassi, Fernanda Trucchio, Thomás, Raissa Chades, Nathane, Thiago Conde, Vanessa Lopes, Marco Antônio e Carlos. Obrigada pela riquíssima convivência.

Ao Ricardo Duarte, que acreditou neste trabalho e o tornou possível.

Ao Felipe, da reabilitação, pelas valiosas informações.

Aos colegas de trabalho da Santa Casa de Ouro Preto, do (findado) Hospital de Campanha de Ouro Preto e da Secretaria de Saúde, pela parceria.

Aos meus amores da MFC-UFOP, atuais residentes, ex-residentes, preceptores(as), agregados(as) e simpatizantes. Por serem os melhores parceiros da melhor bolha da medicina!

Aos pacientes que me permitiram participar de seu cuidado, pela confiança que depositam em mim e pelo rico aprendizado sobre a vida, muito além da medicina.

Ao universo, suas mágicas conexões e rupturas que me trouxeram até aqui.

Deu tudo certo!

## RESUMO

A prática médica sabidamente é exercida em diversos cenários. Ambulatórios, consultórios de rua, unidades de emergência, hospitais, clínicas particulares e afins. Dentre tantas maneiras de se prestar cuidados às pessoas, a atenção domiciliar (AD) constitui-se das mais antigas. Embora a figura do médico que se desloca à residência do paciente rememore os primórdios da medicina, sua atuação talvez nunca tenha sido tão necessária. A elevada prevalência de doenças crônico-degenerativas bem como o envelhecimento populacional (fontes), tornam cada vez mais comuns quadros clínicos nos quais o paciente torna-se domiciliado, ou seja, física e/ou mentalmente incapacitado para deixar sua residência a fim de receber cuidados de saúde. Neste cenário destaca-se o Sistema Único de Saúde (SUS), através da atuação das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) na organização do cuidado a estes pacientes. Desta forma, o presente trabalho tem como objetivo elucidar a situação do cuidado domiciliar no âmbito do SUS, no que concerne à demanda atual, com enfoque no município de Ouro Preto. A análise dos dados fornecidos pela Secretaria de Saúde de Ouro Preto poderá ser de grande valia para melhor organizar esta modalidade de atenção em saúde no Município.

Palavras-chave: atenção domiciliar, SUS, ESF, SAD, Ouro Preto.

## **ABSTRACT**

Medical practice is carried out in different scenarios. Outpatient settings, street clinics, emergency rooms, hospitals, private practices and so on. Amongst many ways of providing care, home care is one of the oldest. Although the figure of the doctor who goes to the patient's home recalls the beginning of medicine, today, this role is even more necessary. The high prevalence of chronic degenerative diseases, as well as population aging, have increased clinical conditions in which the patient becomes physically or mentally unable to leave home to receive medical care. In this scenario, the role of Brazilian Public Health Services (SUS) is highlighted through Family Care Teams when it comes to organizing this type of medical care. We aim to elucidate the home care situation within the scope of the public health system in Brazil, focusing on the Ouro Preto municipality. The analysis of this data can be of some great value when it comes to organizing this type of medical service.

Key words: home care, Brazilian public health system (SUS), Family Medicine Strategy (ESF), Home Care Service (SAD), Ouro Preto

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Relatório Cadastro Individual	11
Figura 2: Relatório Cadastro Domiciliar e Territorial	15
Figura 3: Página inicial do e-SUS APS	20
Figura 4: Relatório Cadastro Pacientes em AD	21

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quantitativos de profissionais atuantes na APS no município de Ouro Preto - MG	14
Tabela 2 - Planilha SSA2 de produtividade das equipes APS	22
Tabela 3: Quantitativo de pacientes em AD e de pacientes aguardando atendimento pela equipe multidisciplinar divididos por UBS	25
Tabela 4: Quantitativo de profissionais atuantes na APS de Ouro Preto - MG	26

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AD – Atenção Domiciliar

APS – Atenção Primária à Saúde

EMAD – Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar

EMAP- Equipe Multidisciplinar de Apoio

ESF – Estratégia Saúde da Família

PSF – Posto de Saúde da Família

SAD – Serviço de Atenção Domiciliar

SUS – Serviço Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>13</b>
2.1	OBJETIVO GERAL	13
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>	<b>14</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>15</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO	15
4.2	ÁREA DE ESTUDO	15
4.3	FONTES E DADOS	18
<b>5</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>19</b>
5.1	AS MODALIDADES DE ATENÇÃO DOMICILIAR (AD1, AD2 E AD3)	19
5.2	O MATRICIAMENTO COMO ESTRATÉGIA À ATENÇÃO DOMICILIAR NA APS.....	19
5.2.1	O serviço de atenção domiciliar (SAD) .....	20
5.2.2	Núcleo de apoio à saúde da família (NASF) .....	21
5.2.3	O e-SUS APS .....	21
5.3	DESCRIÇÃO DA AMOSTRA	22
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>23</b>
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>30</b>
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>31</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>33</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As mudanças na estrutura etária da população, caracterizadas pelo envelhecimento populacional, bem como a transição epidemiológica vivenciada últimas décadas, segundo a qual há um aumento expressivo na prevalência de doenças crônico-degenerativas, pressionam os sistemas de saúde a se adequarem às novas necessidades de cuidados em saúde. Neste sentido, a Atenção Domiciliar (AD), configura-se como uma das respostas possíveis do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2020)

A Atenção Domiciliar (AD) define-se como uma modalidade de cuidado em saúde caracterizada por um conjunto de ações e medidas de promoção à saúde, tratamentos, palição, reabilitação e prevenção de doenças fora dos âmbitos hospitalar e ambulatorial. Seu formato operacional possibilita reduzir a pressão por leitos hospitalares e promover um cuidado personalizado. Este conceito a torna única entre as demais modalidades de cuidados.

No âmbito do SUS, a AD, em sua maior parte, é executada pela Atenção Primária à Saúde (APS), que, por sua vez se configura como a estratégia de reorganização dos sistemas de saúde segundo a qual garante-se assistência longitudinal e integral aos pacientes de um território adscrito.

De maneira complementar ao papel das equipes da APS, o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), composto pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e pela Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), atuam também no cuidado dos aos pacientes domiciliados. A implementação de tais equipes em um Município, a fim de otimizar esta linha de cuidado, depende de uma avaliação diagnóstica a fim de delinear sua viabilidade.

O Município de Ouro Preto, Minas Gerais, possui uma população estimada, em 2021, de 74.824 habitantes (IBGE, 2021). A APS no município, conta com 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS), que atendem um montante estimado de 70.870 cidadãos cadastrados.

Figura 1: Relatório Cadastro Individual



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
ESTADO DE MINAS GERAIS  
MUNICÍPIO DE OURO PRETO

FILTROS: Data: 11/11/2022 | Unidade de saúde: Todas | Equipe: Todas | Profissional: Todos | CBO: Todos | Filtros personalizados: Nenhum

### Relatório de cadastro individual

#### Dados gerais

Descrição	Quantidade
Cidadãos ativos	70370
Saída de cidadãos do cadastro	15617
<b>Total:</b>	<b>85987</b>

#### Identificação do usuário / cidadão - Sexo

Descrição	Quantidade
Masculino	33881
Feminino	36489
Não informado	0
<b>Total:</b>	<b>70370</b>

#### Identificação do usuário / cidadão - Faixa etária

Descrição	Masculino	Feminino	N. Inf	Total
Menos de 01 ano	166	170	0	336
01 ano	190	213	0	403
02 anos	257	249	0	506
03 anos	328	281	0	609
04 anos	372	324	0	696
05 a 09 anos	1926	1927	0	3853
10 a 14 anos	2104	1970	0	4074
15 a 19 anos	2200	2178	0	4378
20 a 24 anos	2623	2710	0	5333
25 a 29 anos	2795	2800	0	5595
30 a 34 anos	2764	2752	0	5516
35 a 39 anos	2572	2653	0	5225
40 a 44 anos	2669	2898	0	5567
45 a 49 anos	2278	2511	0	4789
50 a 54 anos	2236	2483	0	4719
55 a 59 anos	2072	2511	0	4583
60 a 64 anos	1948	2105	0	4053
65 a 69 anos	1576	1821	0	3397
70 a 74 anos	1099	1359	0	2458
75 a 79 anos	767	963	0	1730
80 anos ou mais	939	1611	0	2550
Não informado	0	0	0	0
<b>Total:</b>	<b>33881</b>	<b>36489</b>	<b>0</b>	<b>70370</b>

#### Identificação do usuário / cidadão - Raça / Cor

Descrição	Quantidade
Branca	15449
Preta	7200
Amarela	10742
Parda	36958
Indígena	21
Não informado	0
<b>Total:</b>	<b>70370</b>

#### Identificação do usuário / cidadão - Etnia

Descrição	Quantidade
ACONA (WAKONAS, NACONAS, JAKONA, ACORANES)	7
AIKANA (AIKANA, MAS SAKA, TUBARAO)	1
AJURU	1
AMANAYE	2
BOTOCUDO (GEREN)	1
KANINDE	1
TICUNA (TIKUNA, TUKUNA, MAGUTA)	1
Não informado	70356
<b>Total:</b>	<b>70370</b>

#### Identificação do usuário / cidadão - Nacionalidade

Descrição	Quantidade
Brasileira	70305
Naturalizado	5
Estrangeiro	60
Não informado	0
<b>Total:</b>	<b>70370</b>

#### Identificação do usuário / cidadão

Descrição	Sim	Não	Não Inf.
Desconhece nome da mãe	1320	69050	-
Desconhece nome do pai	24092	46278	-
Responsável familiar	23419	45952	999

Dados processados em 11/11/2022 às 00:09

Impresso em 11/11/2022 às 09:21 por Ricardo Duarte Pereira.

Pag. 1 / 14

Fonte: e-SUS. Acessado em 11 de nov. 2022.

Ressalta-se a importância da classificação na complexidade requerida à assistência aos pacientes em cuidado domiciliar, a fim de definir quais recursos, humanos e materiais, serão necessários e de que maneira serão utilizados. Para tanto,

utilizam-se escalas de classificação, sendo que algumas delas serão pormenorizadas no presente trabalho. Tal classificação destina-se a, por exemplo, avaliar critérios de inclusão de um paciente na modalidade de cuidado domiciliar (AD1, AD2 ou AD3), no qual ele se encaixará, a depender dos recursos que serão demandados. Outras escalas, por sua vez, objetivam delinear o perfil de vulnerabilidade da família do paciente, bem como a avaliação da vulnerabilidade clínica do paciente candidato à AD.

Tais escalas e classificações se destinam a planejar a gestão dos serviços que serão necessários no cuidado dos pacientes em AD, diferenciando aqueles que necessitarão de uma equipe multidisciplinar reduzida, como por exemplo pacientes classificados como AD1, que podem ser assistidos pelas equipes de APS, daqueles que prescindirão de mais profissionais e recursos em sua rotina de cuidados, como os de AD2 e AD3, que necessitam também do acompanhamento das EMAD e EMAP.

O Município de Ouro Preto, atualmente, não conta com os serviços de EMAD nem EMAP (OURO PRETO, 2022), tendo, portanto, toda a linha de cuidado em AD feita pelas equipes da APS. Tal fato vai de encontro a uma realidade pretendida no cenário da AD, segundo a qual, o arranjo organizacional dos atores envolvidos amplie a possibilidade de se articular equipes em favor da maior resolutividade da APS enquanto equipe de referência no cuidado de seus pacientes. Isto pode ser conseguido através das EMAD e EMAP, uma vez que elas constituem equipes que também atuam no cuidado de pacientes domiciliados.

Parte-se do pressuposto que o diagnóstico situacional é imprescindível à gestão em saúde, e, neste contexto, o presente trabalho pretende delinear o perfil das demandas do Serviço de Atenção Domiciliar realizado por algumas equipes da APS no Município de Ouro Preto.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar o diagnóstico situacional das demandas da Atenção Domiciliar no Município de Ouro Preto.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evidenciar as principais dificuldades na obtenção dos dados da população em atenção domiciliar a partir das ferramentas gerenciais disponíveis atualmente na gestão municipal.
- Colaborar para a elaboração de políticas públicas adequadas às demandas da Atenção Domiciliar.

### 3 JUSTIFICATIVA

A necessidade de se elaborar um diagnóstico situacional da AD em Ouro Preto, partiu da constatação de que a APS é a única rede de serviços que, atualmente, realiza esta modalidade de cuidado no município. Torna-se, portanto imprescindível destacar que a maior parte da Atenção Domiciliar no SUS:

Ainda que esteja no escopo de outros serviços, (...) é realizada na Atenção Primária à Saúde (APS). A APS apresenta-se como estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, sendo essencial para garantia de assistência longitudinal e integral aos pacientes crônicos de seu território de abrangência quando a AD for a forma de cuidado mais oportuna. Assim seu caráter de resolutividade deve orientar-se por eixos estruturantes (...): atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural.” (STARFIELD, 2002; BRASIL)

Assim sendo, conforme teorizado acima, a AD é, em sua maior parte, realizada pela APS, o que é a realidade em Ouro Preto. Para tanto, é essencial o diagnóstico da população local e de suas peculiaridades. Da mesma forma, é igualmente importante o mapeamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS), entendida como “(...) arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.” (BRASIL, 2010).

Dessa forma, o presente trabalho teve como principal motivação o delineamento da AD no município de Ouro Preto, bem como a carga que esta representa à APS, seus gargalos, particularidades e agentes envolvidos.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente projeto configura-se como um estudo transversal, exploratório, analítico-descritivo a partir de dados consolidados pela Secretaria Municipal de Saúde, conforme registrados no e-SUS, e em planilhas padronizadas fornecidas pelas equipes da APS do Município, considerando os quantitativos referentes aos meses de setembro e outubro/2022.

Também foram utilizados os dados do IBGE, baseados no ano de 2021.(<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/ouro-preto.html>)

Os relatórios gerenciais constantes no E-SUS informam os quantitativos de domicílios, famílias e cidadãos cadastrados.

Já as planilhas fornecidas pelas equipes da APS, de forma mais detalhada, fornecem informações sobre as quantidades de pacientes em regime de Atenção Domiciliar atendidos por cada equipe, bem como os diferenciam em níveis de cuidado (AD1, AD2 e AD3)

Além desses dados, a Secretaria de Saúde do Município disponibilizou dados quantitativos dos profissionais que atuam na APS, considerando o mês de novembro de 2022.

### 4.2 ÁREA DE ESTUDO

O Município de Ouro Preto conta com 24 equipes de Atenção Básica. Tais equipes são formadas por 32 Médicos(as), 24 Enfermeiros(as), 49 Técnicos(as) de Enfermagem e 120 Agentes de Saúde. (\*)

As equipes multidisciplinares que atuam em conjunto às ESF são compostas por 8 nutricionistas, 01 terapeuta ocupacional, 05 psicólogos(as), 03 fisioterapeutas e 04 assistentes sociais e 05 farmacêuticos. Não há fonoaudiólogos atuando na rede atualmente.

Tabela 1 - Quantitativos de profissionais atuantes na APS no município de Ouro Preto - MG

<b>ESPECIALIDADES</b>	<b>TOTAL</b>
Médicos(as)	32
Enfermeiros(as)	24
Técnicos(as) de enfermagem	49
Agentes de saúde	120
Nutricionistas	08
Terapeutas ocupacionais	01
Psicólogos(as)	05
Fisioterapeutas	03
Assistentes sociais	04
Farmacêuticos(as)	05
Fonoaudiólogos(as)	00

Fonte: Coordenação da Atenção Primária, Secretaria de Saúde de Ouro Preto, Outubro/2022.

As Equipes da APS atendem o montante de 70.370 pessoas, distribuídas em 30.507 domicílios no território de abrangência do Município, sendo estes 23.277 na área urbana, 7.194 na área rural.

Figura 2: Relatório Cadastro Domiciliar e Territorial

SAÚDE e SUS ATENÇÃO PRIMÁRIA		MINISTÉRIO DA SAÚDE ESTADO DE MINAS GERAIS MUNICÍPIO DE OURO PRETO	
FILTROS: Data: 11/11/2022   Unidade de saúde: Todas   Equipe: Todas   Profissional: Todos   CBO: Todos   Filtros personalizados: Nenhum			
<b>Relatório de cadastro domiciliar e territorial</b>			
<b>Tipo de imóvel</b>		<b>Condições de moradia - Tipo de domicílio</b>	
Descrição	Quantidade	Descrição	Quantidade
Domicílio	30507	Casa	21150
Comércio	620	Apartamento	509
Terreno baldio	1179	Cômodo	121
Ponto Estratégico (cemitério, borracharia, ferrovelho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte)	47	Outro	115
Escola	17	Não informado	11225
Creche	1	Total:	33120
Abrigo	0	<b>Condições de moradia - Condição de posse e uso da terra</b>	
Instituição de longa permanência para idosos	1	Descrição	Quantidade
Unidade prisional	0	Proprietário	1623
Unidade de medida sócio educativa	0	Parceiro(a) / Meeiro(a)	22
Delegacia	1	Assentado(a)	1
Estabelecimento religioso	45	Posseiro	23
Outros	702	Arrendatário(a)	2
Total:	33120	Comodatário(a)	14
<b>Condições de moradia - Situação de moradia / Posse da terra</b>		Beneficiário(a) do Banco da Terra	2
Descrição	Quantidade	Não se aplica	335
Próprio	23985	Não informado	31098
Financiado	309	Total:	33120
Alugado	4943	<b>Condições de moradia - Tipo de acesso ao domicílio</b>	
Arrendado	77	Descrição	Quantidade
Cedido	631	Pavimento	16496
Ocupação	53	Chão batido	2821
Situação de rua	1	Fluvial	69
Outra	470	Outro	1382
Não informado	2651	Não informado	12352
Total:	33120	Total:	33120
<b>Condições de moradia - Localização</b>		<b>Condições de moradia - Material predominante na construção das paredes externas</b>	
Descrição	Quantidade	Descrição	Quantidade
Urbana	23277	Alvenaria com revestimento	19482
Rural	7194	Alvenaria sem revestimento	772
Não informado	2649	Taipa com revestimento	95
Total:	33120	Taipa sem revestimento	12
		Madeira aparelhada	14

Fonte: e-SUS. Acessado em 11 de nov. 2022.

No que concerne à quantificação dos pacientes atendidos em regime de AD, dispomos, como já foi dito, de duas fontes de dados que, à época da elaboração deste estudo, divergiam entre si.

Enquanto o relatório emitido pelo e-SUS apontava o montante de apenas 20

pacientes em atenção domiciliar atendidos pela APS, as planilhas preenchidas e apresentadas pelas equipes de APS apontavam o somatório de 908 pacientes nesta modalidade de cuidado.

Ainda de acordo com os registros constantes no e-SUS, haveria 19 pacientes na modalidade AD1, 1 em AD2 e 0 em AD3. Ao passo que, nas planilhas da APS, a quantificação dos pacientes nesta divisão de níveis de cuidados apresenta discrepâncias em seus somatórios.

#### 4.3 FONTES E DADOS

No que concerne o registro dos pacientes em regime de atenção domiciliar no município, como já foi exposto, utilizamos neste estudo os seguintes bancos de dados:

- Relatórios do e-SUS: de Atendimento Domiciliar; Consolidado da Situação do Território; de Cadastro Domiciliar e Territorial, de Cadastro Individual
- Dados secundários de produção: planilhas preenchidas pelas Equipes da APS
- Além dessas planilhas e relatórios, outras informações acerca dos quantitativos das ESF e outras informações acerca da gestão em saúde do Município atualmente foram obtidas em reuniões diretas com membros da Coordenação da Atenção Primária do Município.

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

### 5.1 AS MODALIDADES DE ATENÇÃO DOMICILIAR (AD1, AD2 E AD3)

De acordo com o Ministério da Saúde, a AD é categorizada em 3 níveis de acordo com a complexidade clínica do paciente e sua demanda por serviços em saúde. São elas:

AD1: destinada àqueles pacientes cuja(s) comorbidade(s) impeçam ou dificultem seu acesso à uma Unidade Básica de Saúde (UBS). São portadores de doenças não descompensadas, que necessitam de menor frequência de atendimentos e menos recursos em seus cuidados, sendo que os mesmos possam ser oferecidos de acordo com a capacidade das equipes de Atenção Básica (AB).

AD2: contemplam os pacientes cujas condições de saúde impõem maior frequência de atendimentos e de recursos, além do que é possível ser ofertado pelas equipes de AB. Ainda compreendem aqueles que necessitam de equipamentos como ventilação não invasiva, sondas, drenos, etc.

AD3: nesta categoria se encaixam os pacientes com condições clínicas complexas que também necessitam de cuidados mais frequentes mas que, diferentemente dos em AD2, necessitam de equipamentos como ventilação mecânica, etc.

### 5.2 O MATRICIAMENTO COMO ESTRATÉGIA À ATENÇÃO DOMICILIAR NA APS

Enquanto equipe responsável pela organização do cuidado ao paciente domiciliado, a APS configura-se como Equipe de Referência (ER), ou seja, aquela responsável pela condução daquele caso. A ER possibilita a articulação dos diversos profissionais e especialidades necessárias no cuidado de seus pacientes. Isto se dá através do matriciamento, que se configura como compartilhamento contínuo e multidirecional, de saberes entre os envolvidos no cuidado àquele paciente, evitando encaminhamentos desnecessários e condutas discordantes entre os envolvidos.

Assim, o matriciamento na APS é feito em conjunto com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com as EMAD e EMAP, que serão especificadas abaixo.

### 5.2.1 O serviço de atenção domiciliar (SAD)

Conforme exposto acima, os pacientes que se encaixam nas modalidades AD1 e AD2, por necessitarem de mais recursos e maior frequência e diversidade de atendimentos e acompanhamentos, configuram uma demanda que extrapola a capacidade de atendimento das equipes de Atenção Básica.

Para tanto, o Ministério da Saúde conta com o Programa Melhor em Casa(\*\*), uma estratégia de Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) que organiza equipes multidisciplinares que atendem, em média, 60 pacientes. Estas equipes são formadas por médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem, fisioterapeutas e/ou assistentes sociais. Ainda podem também compor as equipes, profissionais como terapeutas ocupacionais, farmacêuticos(as), psicólogos(as), odontólogos(as), fonoaudiólogos(as).

O SAD, por sua vez, gerencia e operacionaliza as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e as Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), cuja composições estão especificadas abaixo:

Composição da EMAD Tipo 1 – para municípios com população de 40 mil habitantes ou mais

- Profissional(is) médico(s) com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe;
- Profissional(is) enfermeiro(s) com somatório de CHS de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe;
- Profissional(is) fisioterapeuta(s) ou assistente(s) social(is) com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho por equipe; e
- Profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho por equipe;

Composição da EMAD Tipo 2 – para municípios com população entre 20 mil e 39.999 habitantes

- Profissional médico com CHS de, no mínimo, 20 (vinte) horas de trabalho;
- Profissional enfermeiro com CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho;
- Profissional fisioterapeuta ou assistente social com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho; e
- Profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho

Composição da EMAP

A EMAP deverá oferecer apoio à EMAD, bem como às equipes de atenção básica (inclusive equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família).

A EMAP terá composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos entre as ocupações listadas a seguir, cuja soma das CHS de

seus componentes será de, no mínimo, 90 (noventa) horas de trabalho.

### 5.2.2 Núcleo de apoio à saúde da família (NASF)

O NASF se constitui

(...) por uma equipe na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das Equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 7)

A composição dos NASF deve ser definida de acordo com as demandas e realidades locais. Sua composição conta com nove áreas estratégicas de atuação, sendo: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; práticas integrativas/complementares. Estas áreas devem ser construídas em conjunto com as ESF, e atuarem como apoio a estas e de forma complementar, não constituindo porta de entrada para o sistema de saúde.

Contudo, em nota técnica de Janeiro de 2020, o Ministério da Saúde informou que não mais realizaria o credenciamento das equipes do NASF-AB (Mota - EPSJV/Fiocruz, 2020). Entretanto, cada município poderia compor suas equipes multidisciplinares da forma que julgarem mais adequada às suas necessidades e realidades.

### 5.2.3 O e-SUS APS

Trata-se de um sistema de informação que se configura como

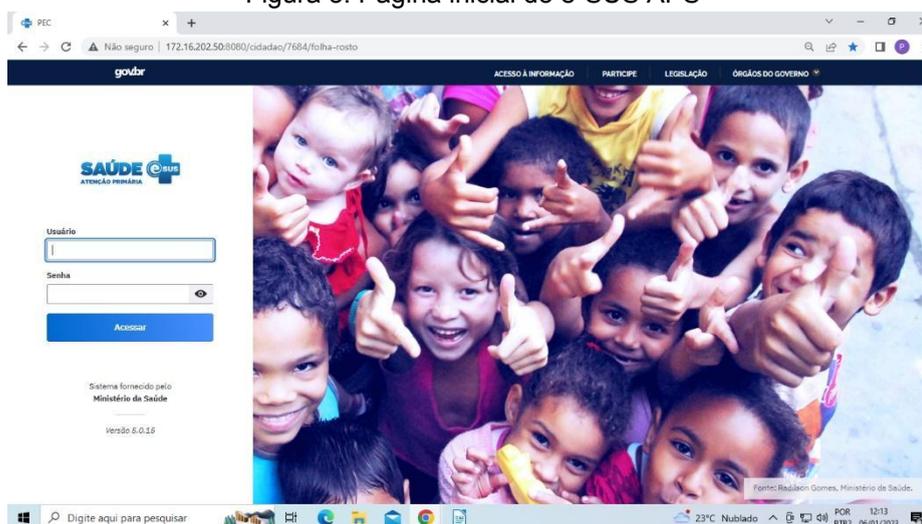
uma estratégia do Departamento de Saúde da Família (DESF) para reestruturar as informações da Atenção Primária à Saúde (APS) em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) do Ministério da Saúde (MS), entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população.

A Estratégia e-SUS APS faz referência ao processo de informatização qualificada do Sistema Único de Saúde (SUS) em busca de um SUS eletrônico (e-SUS) e tem como objetivo concretizar um novo modelo de gestão de informação que apoie os municípios e os serviços de saúde na gestão efetiva da APS e na qualificação do cuidado dos usuários. (SUS, 2022).

O e-SUS APS é composto por dois SIS, sendo um deles o SISAB, para processamento e disseminação de dados da APS com o intuito de embasar tomadas de decisão nas três esferas da gestão.

O segundo, o Sistema e-SUS APS, composto pelo CDS (Coleta de Dados Simplificada) e o PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão), além dos aplicativos e-SUS Território, e-SUS Atividade Coletiva, e-SUS Vacinação e o Gestão e-SUS APS, que auxiliam nas ações fora da UBS.

Figura 3: Página inicial do e-SUS APS



Fonte: e-SUS. Acessado em 11 de nov. 2022.

### 5.3 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

De posse dessas informações, foi feito o somatório e análise dos quantitativos fornecidos a partir de cada fonte:

- Quantitativo de pacientes em AD: a partir das tabelas produzidas pela APS e dos relatórios fornecidos pelo e-SUS;
- Quantitativo de profissionais atualmente atuantes na APS, fornecido pela Gestão da Atenção Primária;
- Quantitativo de pacientes em AD que aguardam atendimento de membros da equipe multidisciplinar, sendo estes fisioterapeutas, fonoaudiólogos(as) e terapeutas ocupacionais; fornecido pelo Setor de Reabilitação da Secretaria

de Saúde;

- Quantitativo de pacientes e domicílios cadastrados pela APS em Ouro Preto.

O objetivo desta análise foi de fornecer um painel, o mais verossímil possível, sobre a situação da AD no município de Ouro Preto no que diz respeito à demanda por serviços de Atenção Básica e das equipes multidisciplinares e o que é fornecido atualmente.

## **6 RESULTADOS**

Iniciando pelos relatórios elaborados automaticamente pelo e-SUS,

podemos perceber a riqueza de informações que podem ser fornecidas a este sistema a fim de compor o cenário da AD. O sistema permite a pormenorização de características clínicas, como comorbidades dos pacientes, passando pela demanda de equipamentos, como sondas e oxigenioterapia; até sobre a necessidade de acompanhamento multiprofissional.

Figura 4: Relatório Cadastro Pacientes em AD

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO PRIMÁRIA		MINISTÉRIO DA SAÚDE ESTADO DE MINAS GERAIS MUNICÍPIO DE OURO PRETO				
FILTROS: Data: 11/11/2022   Unidade de saúde: Todas   Equipe: Todas   Profissional: Todos   CBO: Todos   Filtros personalizados: Nenhum						
<b>Relatório de cadastro individual</b>						
<b>Dados gerais</b>		<b>Identificação do usuário / cidadão - Sexo</b>				
Descrição	Quantidade	Descrição	Quantidade			
Cidadãos ativos	70370	Masculino	33881			
Saída de cidadãos do cadastro	15617	Feminino	36489			
		Não informado	0			
Total:	85987	Total:	70370			
<b>Identificação do usuário / cidadão - Faixa etária</b>		<b>Identificação do usuário / cidadão - Raça / Cor</b>				
Descrição	Masculino	Feminino	N. Inf.	Total	Descrição	Quantidade
Menos de 01 ano	166	170	0	336	Branca	15449
01 a 09 anos	190	213	0	403	Preta	7200
10 a 14 anos	257	249	0	506	Amarela	10742
15 a 19 anos	328	281	0	609	Parda	36958
20 a 24 anos	372	324	0	696	Indígena	21
25 a 29 anos	1926	1927	0	3853	Não informado	0
30 a 34 anos	2104	1970	0	4074	Total:	70370
35 a 39 anos	2200	2178	0	4378	<b>Identificação do usuário / cidadão - Etnia</b>	
40 a 44 anos	2623	2710	0	5333	Descrição	Quantidade
45 a 49 anos	2795	2800	0	5595	ACONA (WAKONAS, NACONAS, JAKONA, ACORANES)	7
50 a 54 anos	2764	2752	0	5516	AIKANA (AIKANA, MAS SAKA, TUBARAO)	1
55 a 59 anos	2572	2653	0	5225	AJURU	1
60 a 64 anos	2669	2898	0	5567	AMANAYE	2
65 a 69 anos	2278	2511	0	4789	BOTOCUDO (GEREN)	1
70 a 74 anos	2236	2483	0	4719	KANINDE	1
75 a 79 anos	2072	2511	0	4583	TICUNA (TIKUNA, TUKUNA, MAGUTA)	1
80 anos ou mais	1948	2105	0	4053	Não informado	70356
Não informado	1576	1821	0	3397	Total:	70370
	1099	1359	0	2458	<b>Identificação do usuário / cidadão - Nacionalidade</b>	
	767	963	0	1730	Descrição	Quantidade
	939	1611	0	2550	Brasileira	70305
	0	0	0	0	Naturalizado	5
Total:	33881	36489	0	70370	Estrangeiro	60
<b>Identificação do usuário / cidadão</b>		<b>Identificação do usuário / cidadão - Nacionalidade</b>				
Descrição	Sim	Não	Não Inf.	Descrição	Quantidade	
Desconhece nome da mãe	1320	69050	-	Não informado	0	
Desconhece nome do pai	24092	46278	-	Total:	70370	
Responsável familiar	23419	45952	999			

Fonte: e-SUS. Acessado em 11 de nov. 2022.

Já as planilhas preenchidas pelas equipes da APS e entregues à coordenação mensalmente, apresentam discrepâncias em relação aos somatórios das quantidades de pacientes em AD, especialmente quando somados os totais das

categorias deles (AD1, AD2, AD3), em grande parte das planilhas.

Tabela 2 - Planilha SSA2 de produtividade das equipes APS

RELATÓRIO MENSAL	PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO PRETO							ABRIL / ANO : 2022
	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE OURO PRETO							
AMARANTINA		DATA DO PREENCHIMENTO: _____ / _____ / _____					VISTO APS _____	
RELATÓRIO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE E ACOMPANHAMENTO NA ÁREA/EQUIPE								
MICROÁREA		ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT
CRIANÇAS		4	3	2	2	4	5	4
	parto vaginal	4	1	1	1	0	1	2
	parto cesárea	0	2	1	1	4	4	2
	RN com peso < 2.500 g	1	0	0	0	0	2	1
	RN com VD med/enf/nut até 15° dia	2	1	2	1	4	3	3
	<b>De 0 a 3 meses e 29 dias</b>	7	6	11	10	12	17	17
	Aleitamento exclusivo	5	6	7	10	8	14	12
	Aleitamento misto	3	2	5	5	3	2	2
	Uso de fórmula	1	1	1	1	2	2	3
	<b>De 0 a 11 meses e 29 dias</b>	38	53	53	47	45	42	39
	Com vacinas em dia	37	53	53	47	44	39	38
	<b>Menores de 2 anos</b>	67	81	78	79	82	92	88
	Crianças com 18 meses	15	13	13	12	6	9	6
	Crianças 18m com consulta no mês	5	3	7	12	5	8	8
	Crianças com 24 meses	39	38	38	28	24	30	16
	Crianças 24m com consulta no mês	16	17	25	16	8	9	1
	<b>Óbitos</b>	0	0	0		0	0	0
	Óbito fetal (IG ≥ 22 semanas)	0	0	0		0	1	0
Óbito infantil (< 1 ano de idade)	0	0	0		0	0	0	
GESTANTES	<b>Gestantes cadastradas</b>	12	16	17	16	17	16	13
	Acompanhadas pelo ACS com VD	10	13	14	14	15	16	12
	Com vacinas em dia (dT, dTpa, Hep B, Influenza e SARS-COV)	6	14	16	14	15	13	13
	Com PN iniciado no 1° trimestre	4	10	10	10	13	13	12

	Com exame de HIV e Sífilis	5	15	17	13	11	12	9
	Com pelo menos uma avaliação odontológica	3	3	6	6	1	6	6
	Acompanhadas no PNAR	2	3	2	1	0	3	2
	<b>MICROÁREA</b>	<b>ABR</b>	<b>MAI</b>	<b>JUN</b>	<b>JUL</b>	<b>AGO</b>	<b>SET</b>	<b>OUT</b>
<b>DOENÇAS CRÔNICAS</b>	<b>Diabéticos cadastrados</b>	199	221	230	242	221	216	231
	Acompanhados pelo ACS com VD	105	130	139	139	116	115	103
	Realizaram consulta enfermagem e/ou médica no mês para tratar do diabetes	3	26	34	52	46	40	59
	Com exame de Hb1Ac solicitada nos últimos 6 meses	24	14	17	52	66	45	52
	<b>Hipertensos cadastrados</b>	591	701	701	726	645	666	641
	Acompanhados pelo ACS com VD	298	376	408	355	332	335	305
	Realizaram consulta enfermagem e/ou médica no mês para tratar da hipertensão	65	83	97	113	112	190	126
	Que tiveram PA aferida na consulta	62	83	68	69	114	100	74
	<b>Pessoas que fazem hemodiálise</b>	4	5	5	5	4	3	4
	Acompanhados pelo ACS com VD	1	4	4	2	3	3	4
	<b>Pessoas em tratamento oncológico</b>	10	12	14	12	9	14	13
	Acompanhados pelo ACS com VD	10	10	9	8	7	10	10
<b>CUIDADO DO MICILIAR</b>	<b>Total de pessoas em cuidado domiciliar</b>	38	55	58	81	134	88	166
	Classificados como AD1	20	30	39	61	110	108	117
	Classificados como AD2	1	9	11	17	16	13	15
	Classificados como AD3	0	7	8	7	8	8	9
	Em uso de O <sub>2</sub> suplementar	5	6	7	6	8	6	7
	Acompanhados por ACS com VD	11	30	27	37	92	69	93
	Acompanhados por TE com VD	4	4	8	11	10	14	15
	Acompanhados por médico(a) com VD	3	9	7	3	12	4	11
	Acompanhados por enfermeiro(a) com VD	1	2	1	5	2	2	4
	Acompanhados por equipe multi com VD	0	2	2	2	2	3	3

<b>SA UD E ME NT AL</b>	<b>Pessoas com transtorno mental</b>	24	72	89	85	77	78	74
	Acompanhadas pela equipe	20	72	86	77	73	74	70
	Acompanhadas pelo CAPS adulto	6	21	21	22	19	23	23
	Acompanhadas pelo CAPS infanto-juvenil	6	9	11	10	12	9	9
	Acompanhadas pelo CAPS AD	0	5	6	7	6	5	5
<b>RELATÓRIO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE E ACOMPANHAMENTO NA ÁREA/EQUIPE</b>								
<b>MICROÁREA</b>		<b>ABR</b>	<b>MAI</b>	<b>JUN</b>	<b>JUL</b>	<b>AGO</b>	<b>SET</b>	<b>OUT</b>
<b>INT ER NA ÇÕ ES</b>	<b>Hospitalizações por quaisquer motivos</b>	9	12	15	4	13	10	14
	<b>Óbitos por quaisquer motivos (exceto infantil)</b>	2	7	3	3	3	1	3
<b>RA ST REI O</b>	<b>Mulheres 25 a 64 anos do território</b>	933	998	995	606	1000	995	932
	Que realizam coleta preventivo no mês	45	61	42	25	42	51	30
	Que não realizaram CO nos últimos 3 anos	78	5	5	5	97	89	85
	<b>Mulheres 50 a 69 anos do território</b>	339	382	380	282	408	395	401
	Que realizam MMG no mês	16	14	9	12	11	9	22
	Que não realizaram MMG nos últimos 2 anos	52	46	46	0	48	53	52
<b>CA DA ST RO</b>	Nº de famílias cadastradas	1393	1565	1569	1081	1417	1417	1429
	Sem risco	319					0	
	R1	0					0	
	R2	0					0	
	R3	0					0	
	Total de famílias visitadas	596	933	742	685	684	834	732
	Nº de indivíduos cadastrados	3716	5331	5324	4428	4618	4700	4634
	Nº de cadastros atualizados no mês	129	255	132	90	398	250	118
	Total de inconsistências	433	466	322	520	369	381	313

Ademais, talvez o mais importante a ser ressaltado é a discrepância da quantidade

de pacientes em AD nestas planilhas comparativamente (891 pacientes) ao registrado no e-SUS (20 pacientes).

Outro fato importante é que não há um controle das demandas de acompanhamentos por nutricionista e psicólogo(a) ainda não atendidas, como há para fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. Dessa forma, não conseguimos quantificar essa demanda reprimida.

Tabela 3: Quantitativo de pacientes em AD e de pacientes aguardando atendimento pela equipe multidisciplinar divididos por UBS

	AD1	AD2	AD3	TOTAL	Fisioterapia	Fonoaudiologia	Terapia Ocupacional
<b>TOTAL MUNICÍPIO</b>	414 (46%)	220 (24%)	80 (8,9%)	891*	232	74	52
<b>QUANTITATIVOS POR UBS</b>							
São Cristóvão (2 equipes)	38 (9,1%)	117 (53%)	27 (33%)	182 (20,4%)	20 (8,6%)	5 (6,7%)	12 (23%)
Amarantina	113 (27,2%)	16 (47,2%)	8 (10%)	137 (15,3%)	17 (7,3%)	3 (4,0%)	3 (5,7%)
Cachoeira do Campo (4 equipes)	65 (15%)	14 (6,3%)	4 (5%)	110* (12,3%)	32 (13%)	7 (9,4%)	6 (11,5%)
Bauxita	53 (12,8%)	6 (2,7%)	6 (7,5%)	65 (7,2%)	14 (6%)	8 (10,8%)	2 (3,8%)
Manoca	13 (3,1%)	2 (9%)	-	63* (7%)	11 (4,7%)	4 (5,4%)	3 (5,7%)
Topázio	20 (4,8%)	10 (4,5%)	9 (11,2%)	58* (**) (6,5%)	4 (1,7%)	2 (2,7%)	1 (1,9%)
Veredas	24 (5,7%)	17 (7,7%)	8 (10%)	49* (5,4%)	11 (4,7%)	3 (4%)	2 (3,8%)
Águas	17 (4,1%)	16 (7,2%)	2 (2,5%)	36* (4%)	13 (5,6%)	0	1 (1,9%)
Tulipas	0	0	0	29* (3,2%)	12 (5,1%)	5 (6,7%)	4 (7,6%)
Beija-Flor	24 (5,7%)	5 (2,3%)	0	28* (3,1%)	21 (9%)	8 (10,8%)	1 (1,9%)
Caminhar	6 (1,4%)	3 (1,3%)	6 (7,5%)	26* (2,9%)	24 (10,3%)	3 (4%)	11 (2,1%)
Padre Faria	14 (3,3%)	11 (5%)	5 (6,2%)	20* (**) (2,2%)	9 (3,8%)	6 (8,1%)	2 (3,8%)
Saramenha	4 (0,9%)	0	0	20* (2,2%)	4 (1,7%)	3 (4%)	0
Antônio Pereira I e II	1 (0,2%)	1 (0,4%)	2 (2,5%)	17* (1,9%)	18 (7,7%)	8 (10,8%)	2 (3,8%)
Caminho dos	9 (2,1%)	6 (2,7%)	1 (1,2%)	16 (1,8%)	3 (1,2%)	3 (4%)	0

Diamantes							
Antônio Dias	9 (2,1%)	2 (9%)	0	14* (1,6%)	14 (6%)	5 (6,7%)	2 (3,8%)

(\*) Somas discrepantes

(\*\*) Obs: dados referentes ao mês de Setembro. Dados de novembro não disponíveis.

Fonte: Coordenação da Atenção Primária, Secretaria de Saúde de Ouro Preto, 2022.

Em relação ao quantitativo de profissionais atuantes na APS, ressalta-se que, enquanto médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e agentes de saúde atendem somente os pacientes em suas regiões adscritas; fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeuta ocupacional, assistentes sociais e farmacêuticos se revezam para atender a todas as equipes da APS de maneira matricial.

Não há, na grade de profissionais, nenhum que se dedique exclusivamente à AD. Todos os profissionais dedicam-se a atender tanto no posto de saúde quanto em regime de AD. Dessa forma, não há Serviço de Atenção Domiciliar no município de Ouro Preto. Independentemente da complexidade de cuidado que os pacientes domiciliados necessitem, todas suas demandas recaem sobre a Atenção Básica.

Tabela 4: Quantitativo de profissionais atuantes na APS de Ouro Preto - MG

<b>ESPECIALIDADES</b>	<b>TOTAL</b>
Médicos(as)	32
Enfermeiros(as)	24
Técnicos(as) de enfermagem	49
Agentes de saúde	120
Nutricionistas	08
Terapeutas ocupacionais	01
Psicólogos(as)	05
Fisioterapeutas	03
Assistentes sociais	04
Farmacêuticos(as)	05
Fonoaudiólogos(as)	00

Fonte: Coordenação da Atenção Primária, Secretaria de Saúde de Ouro Preto, Outubro/2022.

## 7 DISCUSSÃO

Podemos iniciar pontuando, principalmente, que o diagnóstico situacional da Atenção Domiciliar no âmbito do SUS em Ouro Preto, não pode ser adequadamente realizado. O que se pretendia, inicialmente, seria avaliar se o município de Ouro Preto necessita de um Serviço de Atenção Domiciliar, complementar à APS. No entanto, à medida que foi sendo feita a busca de dados para delinear esta demanda, observou-se não ser possível concluir tal análise.

A começar pelas fontes de dados fornecidas, e que são utilizadas pela Coordenação da Atenção Primária em seus processos de monitoramento dos fluxos de trabalho nas UBS, percebemos discrepâncias marcantes em suas informações.

Às equipes das UBS, é solicitado pela coordenação da Atenção Primária que, além de preencherem os dados dos pacientes e atendimentos rotineiramente no e-SUS, sejam preenchidas também as planilhas “SSA2” ao final de cada mês. Sobre isto, dois pontos são relevantes. Primeiramente, a questão do retrabalho, ou seja, elaborar um banco de dados paralelo ao e-SUS com informações semelhantes às disponíveis neste último. Outro aspecto é que a discrepância significativa de dados entre duas fontes nos leva a questionar, entre outros pontos, sobre a acurácia delas.

Neste sentido, ressalta-se que o e-SUS, principal ferramenta e portanto, a mais utilizada nas rotinas da Atenção Primária, claramente não refletia em seu relatório de pacientes em AD a diversidade de informações que poderia abarcar em relação a esta modalidade de cuidado no município. Isto pode ser inferido pois a diferença do quantitativo de pacientes entre o que foi registrado no e-SUS (20 pacientes) e o que consta nas planilhas “SSA2” (891 pacientes) é significativa.

O que mais chama a atenção, porém, é que a quantidade de pacientes em AD neste relatório é muito pequena (20 pessoas registradas apenas). Outro fator que podemos perceber é a subutilização das informações, uma vez que a maioria de seus quantitativos não estão preenchidos.

Além disso, houve discrepâncias no somatório, nas planilhas “SSA2”, dos pacientes em AD quando divididos em níveis de cuidados (AD1, AD2 e AD3), o que nos permite questionar se há pacientes atendidos, mas não classificados ou se houve engano na classificação.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há um sistema de informações subutilizado, no que concerne à gestão da Atenção Domiciliar, e por outro lado, um banco de dados paralelo cujos quantitativos de pacientes em AD apresentam erros nos somatórios em muitas de suas planilhas.

Considerando a multidisciplinaridade como um dos pilares da Atenção Domiciliar, a análise da pressão assistencial sobre a APS por esta modalidade de cuidado é fundamental, já que não se dispõe de um SAD atualmente. Não apenas o quantitativo de pacientes em AD interessa, mas também os níveis de suas necessidades de cuidado. Daí a importância em saber-se, por exemplo, características clínicas e, também, socioeconômicas destes pacientes.

Neste aspecto, em se tratando de Ouro Preto, uma localidade conhecida por seu relevo montanhoso, não podemos deixar de mencionar a questão do acesso como geradora de demanda por atendimento domiciliar. Não é incomum que pacientes que apresentem dificuldade de locomoção tornem-se domiciliados em função disto. Ladeiras e becos íngremes, moradias em locais de difícil acesso e inexistência de calçadas apropriadas são fatores que contribuem para aumentar a demanda pela atenção domiciliar. No entanto, apesar de termos conhecimento deste fato, (eu, pessoalmente, por atender a alguns destes pacientes), não sabemos quantos são. Apenas temos uma ideia sobre em quais bairros e localidades esta realidade é mais prevalente – aqueles de relevo mais acidentado.

Percebe-se elevada demanda de fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia pelos pacientes domiciliados, que foi um dos fatores motivadores deste trabalho. Preocupa-nos a situação atual. Tais serviços foram terceirizados e, recentemente, a empresa que prestava estes atendimentos teve seu contrato suspenso por não cumprimento do mesmo. Isto acarretou a perda do seguimento daqueles pacientes que já estavam sendo atendidos e atraso no início dessas terapias para novos pacientes. Novos profissionais estão sendo convocados, porém, até a finalização deste trabalho, ainda eram poucos efetivados e não havia ainda fonoaudiólogo(a).

Por fim, não há como concluir se o Município de Ouro Preto necessita de um Serviço de Atendimento Domiciliar devido às dificuldades encontradas no tratamento da informação disponível sobre esta modalidade de cuidado atualmente. Tais informações permitiriam a otimização da administração de recursos, fluxos de

trabalho e profissionais envolvidos na AD.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Ouro Preto**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/ouro-preto/panorama>>. Acesso em: 11 nov. 2022.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados: Ouro Preto**. 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/ouro-preto.html>. Acesso em: 11 nov. 2022.

BRASIL. **Modalidades de Atenção Domiciliar**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar/modalidade-s-de-atencao-domiciliar>. Acesso em: 11 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Melhor Em Casa**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar/melhor-em-casa>. Acesso em: 11 nov. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Melhor em Casa: saiba mais**. 2022. Disponível em: <https://sage.saude.gov.br/paineis/melhorCasa/saibaMais.html>. Acesso em: 11 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: núcleo de apoio a saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_domiciliar\\_primaria\\_saude.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf). Acesso em: 11 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária À Saúde. **E-SUS Atenção Primária à Saúde: manual do sistema com prontuário eletrônico do cidadão pec**. Brasília: Editora Ms, 2021. Capítulo introdutório - Base Conceitual do Sistema. Disponível em: [https://cgiap-saps.github.io/Manual-eSUS-APS/docs/PEC/PEC\\_00\\_base\\_conceitual/](https://cgiap-saps.github.io/Manual-eSUS-APS/docs/PEC/PEC_00_base_conceitual/). Acesso em: 11 nov. 2022.

MOTA, Beatriz. **O fim do modelo multiprofissional na Saúde da Família?** 2020. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-fim-do-modelo-multiprofissional-na-saude-da-familia>. Acesso em: 11 nov. 2022.

SAVASSI, L. C. M; LAGE, J. L; COELHO, F. L. G. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar : escala de risco familiar de Coelho-Savassi. Journal of Management and Primary Health Care, v. 3, n. 2, p. 179-185, 2012. Disponível em: <<http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/155>>. Acesso em: 11 nov. 2022.

PINHEIRO, J. V.; RIBEIRO, M. T. A. M.; FIUZA, T. M.; MONTENEGRO JUNIOR, R. M. Ferramenta para avaliação e gestão da visita domiciliar na atenção primária à saúde: um relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1818, 2019. DOI: 10.5712/rbmfc14(41)1818. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1818>. Acesso em: 11 nov. 2022.