

Experiência de Residentes Multiprofissionais em atividade de mapeamento de setor censitário da área adstrita de uma Unidade de Saúde sem Estratégia de Saúde da Família

Bruno Simas da Rocha¹, Luciana Oliveira de Jesus¹, Andrea Ribeiro Mirandola¹, Andressa Lewandowski¹, Caroline Trennepohl¹, Claudine Lamanna Schirmer¹, Luiza Armani Valmorbida¹, Michelle do Amaral Fagundes¹, Helenita Correa Ely¹

¹ Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PREMUS/PUCRS), Porto Alegre, Brasil.

RESUMO EXPANDIDO

Caracterização do problema:

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada diante as novas diretrizes do Ministério da Saúde, trabalha com território de abrangência e realiza o cadastramento e acompanhamento da população adstrita a esta área. Busca reorganizar a prática da atenção à saúde, baseada no trabalho de equipes multiprofissionais, priorizando as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua em Unidades Básicas de Saúde (UBS). A Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, consolida e qualifica a ESF como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.

Compete aos trabalhadores das Unidades de Saúde com ESF conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas. A base de planejamento do trabalho das equipes da ESF é a territorialização da sua área de abrangência. No processo de implantação da ESF é necessário coletar informações sobre as famílias, os domicílios, a infraestrutura, identificar os espaços comerciais e sociais, as áreas de risco e outros dados do território e, a partir disto, é possível planejar ações de saúde e intervenções na comunidade.

Em Unidades de Saúde sem equipe de saúde da família, esta atividade não ocorre, tendo como consequência um desconhecimento da situação das famílias moradoras da área e um insuficiente reconhecimento do território. Com a inserção dos residentes multiprofissionais em Saúde da Família e Comunidade (PREMUS/PUCRS) nesta Unidade sem ESF, foi proposto realizar o cadastramento das famílias e mapeamento de um setor censitário da área adstrita à mesma, para proporcionar aos residentes a vivência do cadastramento e diagnóstico situacional da população desta micro área.

Descrição da experiência:

O cadastramento de setor censitário de área adstrita à Unidade de Saúde foi uma atividade atribuída aos residentes do PREMUS/PUCRS, justificada por esta não possuir equipe de ESF. Foi escolhido o setor censitário 303 de Porto Alegre, o mais próximo à Unidade e o primeiro passo da equipe foi o reconhecimento do local a ser mapeado, em conjunto com os trabalhadores da Unidade. Por ser uma comunidade de alta vulnerabilidade, os residentes inicialmente estavam inseguros para a realização do cadastramento, por estarem inseridos recentemente numa comunidade que ainda não os conhecia. Previamente a coleta de dados, a

comunidade foi informada da atividade de cadastramento, através de material informativo impresso entregue aos usuários e cartazes distribuídos na Unidade e espaços sociais da comunidade.

Foi realizada também a capacitação da equipe de residentes participantes para a utilização do instrumento de coleta, a Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). A coleta de dados foi feita através de visitas domiciliares, tendo sido executada primeiramente em estudo piloto com dez domicílios.

O cadastro foi realizado no período de outubro de 2009 a janeiro de 2010, por duplas de residentes. A comunidade foi receptiva e contribuiu no momento da coleta de dados. Paralelamente a coleta de dados foi produzido um mapa ilustrativo, para melhor visualização da área de abrangência, facilitando o reconhecimento do território. Inicialmente foi utilizada imagem por satélite do território e destacado o setor censitário. Durante a coleta de dados, um dos residentes foi desenhando o território, originando assim um mapa com a localização de cada domicílio e prédios comerciais.

Efeitos alcançados:

A experiência do grupo de residentes em relação à atividade de cadastramento foi considerada produtiva, pois proporcionou fazer o reconhecimento do território, vivenciar o cadastramento de uma população pertencente ao território adstrito de uma unidade de saúde e realizar o planejamento dessa atividade desde o início, apesar de alguns obstáculos como o clima, acesso aos domicílios e segurança da equipe.

A partir do mapeamento foi possível reconhecer os principais indicadores de saúde, situação familiar e dos domicílios na comunidade, principalmente através dos relatos dos usuários. Da população cadastrada foram obtidas informações referentes à relação usuário/Unidade de saúde, aspectos sociais da comunidade e condições de saúde dos usuários não abordadas na ficha.

No que se refere à relação usuário/unidade de saúde foram encontradas questões relacionadas ao atendimento e avaliação do serviço pelos usuários, bem como a participação em atividades da unidade. Tais registros contribuem para uma reflexão acerca dos direitos de todos os usuários do SUS, que tem como um dos seus princípios assegurar ao cidadão o tratamento adequado e efetivo para seu problema, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados. Além disso, a ficha A do SIAB permite conhecer a percepção auto-referida de saúde.

Nas fichas foram encontrados relatos referentes aos aspectos sociais da comunidade, como: violência, questões ambientais e grupos comunitários atuantes (rádio comunitária, grupo de convivência). É a partir do modo de vida dos usuários, suas necessidades sociais e relações sociais que se conhece a população e estes aspectos incidem diretamente na vida dos usuários, tanto na produção da saúde como da doença.

Também houve um significativo número de observações frente às condições de saúde dos usuários: tratamentos realizados, doenças diagnosticadas que não constam na ficha A, diagnósticos auto percebidos, medicamentos em uso, drogadição e tabagismo. O aparecimento destes dados está relacionado ao número limitado de condições de saúde referidas codificadas na ficha A, os quais não refletem a realidade local.

Foi construído o mapa ilustrativo, onde se destacou em cada local cadastrado as principais condições de saúde referidas pelos usuários, possibilitando uma visão singular das condições de saúde da comunidade.

A construção da atividade em parceria com a equipe da Unidade de Saúde permitiu ressaltar a importância de se mapear a área de adscrição da mesma, proporcionando uma ampliação do olhar dos residentes frente à comunidade e uma aproximação com a mesma. Isto pôde ser vivenciado na apresentação dos dados do cadastramento para os trabalhadores da Unidade em reunião de equipe. Este momento propiciou uma reflexão sobre os dados obtidos, tendo em vista que algumas condições de saúde foram prevalentes em comparação com os dados do município e distrito os quais a Unidade pertence.

Recomendações:

A partir da experiência, recomenda-se a utilização da ficha A como ponto de partida no processo de planejamento com uma visão da própria realidade local, a partir dos principais indicadores levantados em todo o processo. Considerou-se ainda que as terminologias utilizadas na Ficha A do SIAB estão desatualizadas, e algumas doenças referidas pelos usuários não constam na mesma, sendo que algumas delas com alta prevalência, como transtornos mentais, asma, insuficiência cardíaca, HIV, entre outras.

Outro ponto relevante observado na atividade foi o fato de que vários moradores da comunidade desta micro área não estarem cadastrados na unidade de saúde, ou não sabiam informar o número do seu prontuário, o que leva a uma reflexão sobre acesso e a vinculação desta comunidade com a unidade.

A partir da experiência e reconhecimento do processo de trabalho sugere-se que seja avaliado a possibilidade desta Unidade de Saúde ser inserida na ESF, pois esta proporciona um maior vínculo dos usuários da área adscrita à mesma, melhor conhecimento da realidade local e planejamento de ações específicas diante da demanda local.

Como continuidade do trabalho e proposta de intervenção, será aplicada uma escala de risco, a escala de Coelho (2004), baseado na ficha A do SIAB. Nela é avaliado em visita domiciliar, sentinelas de risco, onde é possível verificar as famílias com maior vulnerabilidade social, promovendo uma melhoria dos indicadores de saúde e qualidade de vida da população.

Palavras-chaves: atenção primária em saúde, epidemiologia, condições de saúde