

O PROCESSO DE TERRITORIZAÇÃO DE EQUIPES MULTIDISCIPLINARES DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR (EMAD) COM BASE NAS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E AMBIENTAIS DA POPULAÇÃO IDOSA

The process of territorializing Multidisciplinary Teams in Home Care (EMAD acronym in portuguese) based on socio-economic and environmental conditions of the elderly population

Tatiane Almeida de Oliveira¹,
Beatriz Francisco Farah², Luiz Cláudio Ribeiro³

RESUMO

Introdução: O número de Equipes Multidisciplinares de Assistência Domiciliar (EMAD) de cada município é delimitado por critérios de cobertura populacional por áreas de abrangência (uma equipe por 100 mil habitantes). No entanto, para se realizar o processo de territorialização desses serviços, é importante que se leve em consideração os aspectos socioeconômicos e demográficos da população, além da presença de condições adequadas de saneamento básico nos domicílios, como o abastecimento de água, energia elétrica, meio de comunicação acessível, coleta do lixo e rede de esgoto. **Objetivo:** Propor uma delimitação para as áreas de abrangência de EMAD com base nas condições de saneamento e moradia, nas características socioeconômicas, demográficas e de acesso aos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) pela população idosa em Juiz de Fora (MG). **Metodologia:** Foram utilizados os microdados do censo demográfico de 2010, da população idosa de Juiz de Fora (MG) e da cobertura de serviços de saúde pelo município. Foram consideradas as variáveis referentes às condições de saneamento e moradia exigidas pelo arcabouço legal. Por meio da soma dessas variáveis, foi criada uma variável dicotômica que indicava se o domicílio atendia ou não às exigências mínimas para implantação do SAD. **Resultados:** As áreas de abrangência de cada uma das cinco EMAD foram representadas por meio de geoprocessamento dos dados. As cinco divisões territoriais apresentaram diferentes características populacionais, no que se refere à proporção de idosos, cor, sexo, renda, nível de instrução, condições domiciliares e cobertura por serviços de saúde. Os grupos sociais que residiam mais distante dos serviços hospitalares apresentaram piores condições socioeconômicas e apresentaram as maiores porcentagens de domicílios inadequados para a implantação de

ABSTRACT

Introduction: The number of Multidisciplinary Teams in Home Care (EMAD, acronym in Portuguese) of each city is defined by population coverage criteria per coverage area (one team per 100 thousand inhabitants). However, in order to carry out the process of territorializing such services, it is important to take into consideration the demographic and socioeconomic aspects of the population, as well as the presence of adequate basic sanitation conditions in the homes, such as water supply, electricity, and accessible means of communication, garbage collection, and connection to the sewage system. **Objective:** To propose a delimitation of the EMAD coverage areas based on sanitation and housing conditions, as well as on socio-economic and demographic characteristics, and on access to Home Care Services (SAD, acronym in Portuguese), available to the elderly population of Juiz de Fora (MG). **Methodology:** We used microdata from the 2010 demographic census of the elderly population of Juiz de Fora (MG) and from the health services coverage by the city. We considered the variables related to the sanitation and housing conditions demanded by the legal framework. Through the combination of such variables, we created a dichotomous variable that indicated whether a dwelling did or did not meet the minimum requirements for the implementation of SAD. **Results:** The coverage areas of each of the five EMADs were represented through geoprocessing of the data. The five territorial divisions presented different population characteristics with respect to proportion of elderly people, skin color, gender, income, education level, housing conditions, and health services coverage. The social groups that resided farther from the hospital services presented poorer socio-economic conditions,

¹ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: tatiane_ufjf@yahoo.com.br.

² Professora da Faculdade de Enfermagem da UFJF. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

³ Professor do Departamento de Estatística da UFJF. Doutor em Demografia pela Universidade Federal de Minas Gerais.

um SAD. **Conclusões:** O processo de territorialização das EMAD realizado, a partir do critério legal de número de habitantes, refletiu as desigualdades nas condições populacionais do município, o que demonstra que as desigualdades de acesso aos SAD têm associação com o território. Dessa forma, para que a Assistência domiciliar (AD) seja inserida efetivamente no contexto público de saúde, deve-se primar pela intersectorialidade no planejamento desses serviços, com a finalidade de oferecer um atendimento integral e universal pelo SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Domiciliar; Saúde Pública; Planejamento em Saúde; Saneamento Básico.

INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) é considerada como uma modalidade de atenção à saúde que abrange “ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.”^{1,1}

O objetivo geral dos serviços de atenção domiciliar é reorganizar o processo de trabalho em AD das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) e de atendimento ambulatorial e hospitalar, a fim de reduzir o número de internações hospitalares e/ou o período de permanência dos indivíduos internados, de forma a primar pela humanização da atenção e pela autonomia dos usuários.¹

De acordo com a portaria Brasil¹ da GM Nº 2.527 de 27 de outubro de 2011, a AD no âmbito do SUS pode ser classificada em três modalidades: AD tipo 1, tipo 2 e tipo 3. Sendo que a AD tipo 1 abrange as atividades de visita domiciliar de responsabilidade das equipes de APS, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ambulatórios de especialidades e de reabilitação. As modalidades 2 e 3 são de maior complexidade técnica e atendem indivíduos com maior necessidade e intensidade de cuidados, sendo diferenciadas pelo uso ou não de equipamentos específicos definidos na lei. Neste trabalho, foram consideradas as AD tipo 2 e 3 para a discussão dos resultados, pois requerem programas de AD específicos, vinculados à atenção secundária ou terciária.

Os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) são compostos por Equipes Multiprofissionais de Assistência Domiciliar (EMAD) e/ou por Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). As EMAD são compostas basicamente por profissionais médicos, enfermeiros, fisioterapeuta ou assis-

as well as higher percentages of dwellings unfit for the implementation of SAD. **Conclusions:** The process of territorializing the EMADs, based on the legal criterion of number of inhabitants, reflected the inequalities in the conditions of the city's population, which shows that inequalities in access to SAD are associated with territory. Thus, for the Home Care process to be effectively included in the public health context, it should be focused on intersectoriality in the planning of such services, aiming to offer integrated universal care by the SUS (the Brazilian publicly funded health care system).

KEYWORDS: Home Care; Public Health; Planning in Health; Sanitation.

tentes sociais, e auxiliares/técnicos de enfermagem. Já a EMAP é constituída por três ou mais profissionais de saúde de nível superior, entre assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, farmacêuticos, e terapeutas ocupacionais, de acordo com a necessidade local.¹ O número de EMAD em cada município é delimitado pelo número de habitantes, sendo uma EMAD para cada 100 mil habitantes.²

Os usuários da AD podem ser admitidos por meio de referência e contra referência de serviços hospitalares, de indicação da Estratégia de Saúde da Família, como também por solicitação do próprio usuário ou de seu cuidador, entre outros.

Algumas das vantagens dos SAD no atendimento à pessoa idosa são: a humanização da assistência junto à família, a satisfação do usuário, o sentimento de segurança, a desospitalização, e a possibilidade de transformação do modelo de saúde vigente, com a contextualização do processo familiar nos processos clínicos.³⁻⁴⁻⁵⁻⁶⁻⁷⁻⁸

Outras vantagens do modelo de AD foram abordadas por alguns autores, dentre elas: a busca pela autonomia do indivíduo e família em um ambiente familiar, onde o processo de tomada de decisão é compartilhado com a equipe. Diferente do meio hospitalar, onde o paciente é tido como um receptor de cuidados planejados apenas pela equipe em um ambiente profissional.⁴⁻⁶⁻⁹

Para que os SAD públicos sejam implantados, os SAD devem levar em consideração os requisitos de infraestrutura do domicílio do paciente. Para as condições mínimas domiciliares, para realização do cuidado no domicílio de maior complexidade, encontram-se: o abastecimento de água; energia elétrica, meio de comunicação acessível, ambiente com janela, acesso para veículos, a presença de um

serviço de coleta de lixo e rede geral de esgoto. A presença desses critérios é considerada essencial para a implantação dos tipos de atenção domiciliar 2 e 3, de acordo com a Portaria nº 2.527 de outubro de 2011 e com a RDC/ANVISA nº 11, de janeiro de 2006.¹⁻¹⁰

No entanto, a formulação e aplicação da política pública de AD são desafios para os profissionais da saúde, pois abrangem aspectos sociais, econômicos, culturais e comunitários.¹¹ Apesar da melhoria na infraestrutura de saneamento básico no Brasil ainda permanecem as desigualdades de acesso a esses serviços entre as regiões e entre as populações rurais e urbanas.¹² Todos esses aspectos podem influenciar no acesso dos indivíduos aos SAD no sistema público de saúde.

As implicações na acessibilidade da população idosa ao SAD geradas pelas precárias condições sanitárias e de moradia no município de Juiz de Fora (MG) não são totalmente conhecidas em cada região municipal. Para se planejar os programas de AD, essas condições devem ser consideradas com cautela, a fim de descrever a capacidade de atendimento dos SAD, sua eficácia e efetividade para os usuários, as famílias e a equipe que não possuem domicílios adequados para receber esse serviço.

Para um efetivo processo de territorialização dos serviços de saúde, é importante que se leve em consideração os aspectos políticos regionais, com a finalidade de articular as especificidades de cada serviço com os diversos atores e organizações envolvidos no espaço.¹³

Neste trabalho, foi considerado para o processo de territorialização das EMAD, além do aspecto político, a proximidade geográfica das regiões administrativas e o contingente populacional. No entanto, ao final deste estudo, observou-se que é essencial uma análise mais aprofundada das necessidades e das limitações da população em seus contextos de vida para o uso de SAD.

Deve-se ter um olhar crítico sobre os principais objetivos da AD, ponderando os aspectos positivos e negativos, a fim de se planejar os serviços com o objetivo de resguardar os direitos e a autonomia dos usuários e primar pela qualidade da assistência ofertada.⁴

Dessa forma, este trabalho teve como objetivo geral propor uma delimitação para as áreas de abrangência de EMAD e analisar as condições domiciliares dessas áreas com base em alguns critérios da ANVISA,¹⁰ sobre as condições de saneamento e moradia associadas às características socioeconômicas, demográficas e de acesso aos SAD pela população idosa em Juiz de Fora (MG).

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma análise dos microdados do censo de-

mográfico de 2010, questionário da amostra, buscando-se estabelecer associações entre as variáveis do censo e a análise do modelo de AD com base nos critérios legais para a implantação desses serviços.¹⁰⁻¹⁴

Os microdados utilizados foram baixados no mês de outubro de 2012, no site do IBGE (www.ibge.org.br), em que são disponibilizados na íntegra para *download* em formato de documento de texto. Foram construídas as sintaxes por estado para posterior leitura do programa estatístico.

Para se construir a proposta de territorialização de EMAD, as catorze áreas de ponderação do município, definidas pelo censo de 2010, foram divididas em cinco grandes áreas que compõem as áreas de abrangência para supostas EMAD. Cada área foi composta por cerca de 100 mil habitantes e os limites territoriais foram delimitados conforme a proximidade entre as áreas de ponderação do censo demográfico de 2010, de acordo com o critério da portaria 1.533 de julho de 2012, de população adscrita para EMAD.²

A partir da proposta de criação das áreas de abrangência para EMAD no município, foram realizadas as associações dessas 5 áreas com as variáveis de condição sanitária do domicílio, cobertura por serviços de APS e as características socioeconômicas e demográficas dos indivíduos.

A variável de condição sanitária do domicílio representa o somatório das variáveis que descrevem as características sanitárias dos domicílios (presença de rede de esgoto, abastecimento de água encanada, destino do lixo, energia elétrica e meio de comunicação) com base nos critérios preestabelecidos da ANVISA.¹⁰ Elas foram consideradas em conjunto, formando uma só variável principal nominal dicotômica, referente à presença de condição mínima sanitária domiciliar prevista em lei para os SAD, com as opções: domicílio adequado (presença de todos os critérios no domicílio) ou domicílio não adequado (ausência de um ou mais desses critérios).

A variável de cobertura por serviços de APS foi representada por quatro categorias, de acordo com o tipo de cobertura em APS: Estratégia de Saúde da Família (ESF), Programa de Agentes Comunitários (PAC), Unidade Básica Tradicional, ou descobertos por APS.

As variáveis socioeconômicas e demográficas dos indivíduos foram associadas com a principal, a fim de melhorar a qualidade da informação, conforme a revisão de literatura e selecionadas, de acordo com a relevância para a discussão do tema. As variáveis selecionadas correlacionaram as condições de infraestrutura domiciliares com as características do indivíduo e da família, a saber: número e proporção de idosos no município, sexo, cor, idade avan-

çada, nível de instrução, renda total (considerado o salário mínimo de R\$510,00 – valor vigente em julho de 2010) e região administrativa em que morava.

As catorze regiões administrativas (ou áreas de ponderação) definidas pelo censo de 2010 são divididas em se-

tores censitários. De acordo com a publicação do IBGE,¹⁴ o conjunto desses setores censitários compõe os bairros que integram cada uma das regiões administrativas conforme o quadro 1 a seguir.

Quadro 1 - Composição das regiões administrativas do município de Juiz de Fora.

1	Remonta, Benfica, Barreira do Triunfo, Represa, Santa Cruz, Rosário de Minas, e Juiz de Fora demais setores.
2	Barbosa Lage, Jóquei Clube, Jardim Natal, Nova Era, e Juiz de Fora demais setores.
3	Fábrica, Francisco Bernardino, Cerâmica, Carlos Chagas, Esplanada, Monte Castelo, Industrial, São Dimas, e Juiz de Fora demais setores.
4	Santa Terezinha, Centenário, Eldorado, Jardim Bom Clima, Granjas Betânia, Bandeirantes, Grama, e Juiz de Fora demais setores.
5	Jardim Paineiras, Jardim Santa Helena, Jardim Glória, Santa Catarina, Vale do Ipê, Morro da Glória, e Mariano Procópio.
6	Granbery e Centro.
7	Bom Pastor, Boa Vista, Alto dos Passos, Mundo Novo, Santa Cecília, São Matheus, e Dom Bosco.
8	Graminha, Ipiranga, Santa Luzia, e Bomba de Fogo.
9	Cascatinha, Teixeiras, São Geraldo, Sagrado Coração de Jesus, Santa Efigênia, e Juiz de Fora demais setores.
10	Poço Rico, Vila Ozanan, Furtado de Menezes, Nossa Senhora de Lourdes, Santo Antônio do Paraibuna, Vila Ideal, Vila Olavo Costa, Barão do Retiro, Floresta, Sarandira, e Juiz de Fora demais setores.
11	Vitorino Braga, Linhares, Grajaú, e Nossa Senhora Aparecida (Megglionário).
12	Botanágua, Costa Carvalho, São Bernardo, Cesário Alvim, e São Benedito.
13	Manoel Honório, Bairu, Santa Rita de Cássia, Bonfim, Progresso, e Juiz de Fora demais setores.
14	Martelos, São Pedro, Borboleta, Morro do Imperador, Novo Horizonte, Nova Califórnia, Cruzeiro de Santo Antônio, Aeroporto, Salvaterra, Torreões, e Juiz de Fora demais setores.

Fonte dos dados: IBGE, *Censo demográfico de 2010*.

Foram consideradas para todas as análises, as variáveis de peso, código do município de Juiz de Fora e idade de 60 anos ou mais para a seleção da população alvo.

Algumas associações com relação espacial foram representadas por meio de geoprocessamento e foram representadas por mapas pelo uso do programa *Quantum Gis* versão 1.8.0.

O tratamento estatístico dos dados quantitativos foi

realizado com o emprego do programa SPSS, versão 15. Foram empregadas técnicas descritivas e exploratórias de dados controladas por possíveis fatores de confusão, visando alcançar os objetivos da pesquisa.

Este estudo obteve aprovação pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, parecer nº189.017.

RESULTADOS

A cidade de Juiz de Fora alcançou 516.247 mil habi-

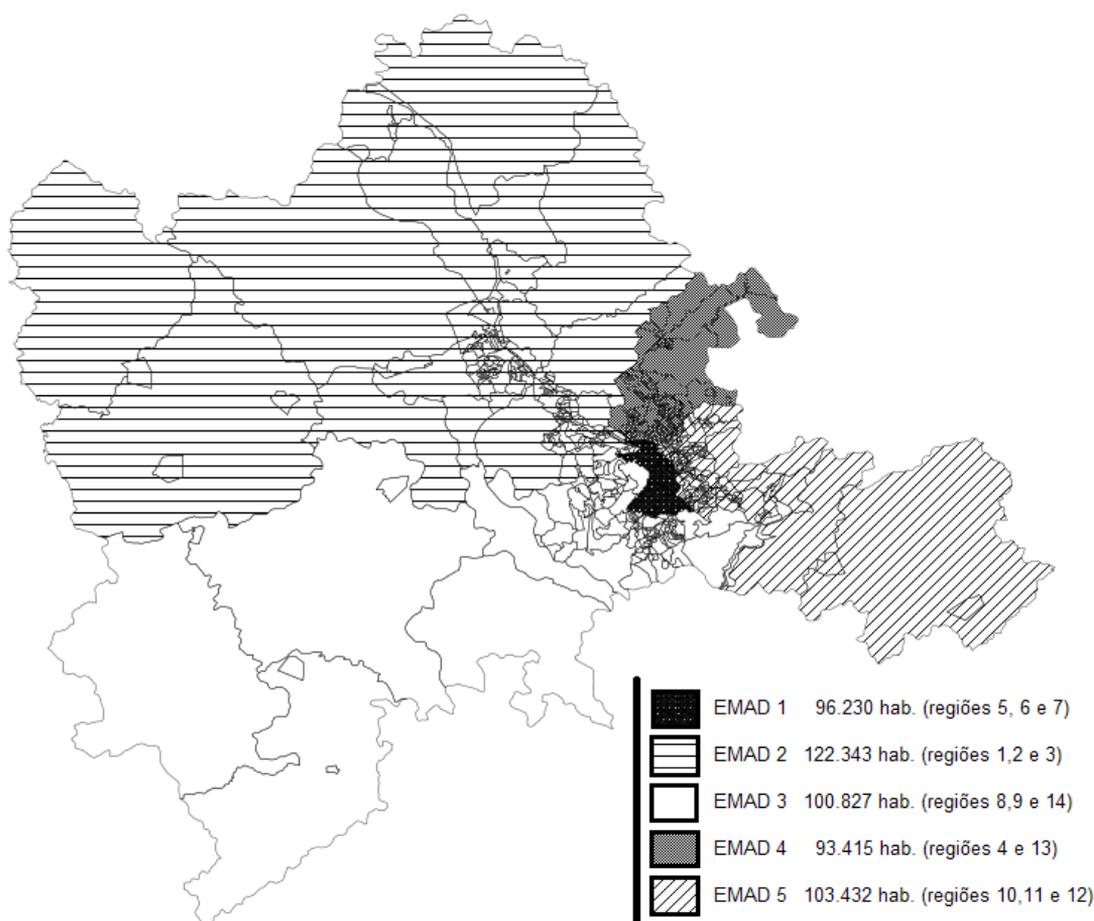
tantes no ano de 2010, de acordo com a amostra do censo daquele ano. Conta com 3 hospitais gerais públicos (1 municipal, 1 estadual e 1 federal), 1 hospital geral filan-

trópico, 1 hospital de câncer filantrópico de referência e possui cobertura de SAMU, o que coloca a cidade dentro dos padrões exigidos legalmente para a implantação de um SAD público.¹⁵

Este trabalho propôs uma divisão territorial para as

áreas de abrangência de EMAD, no município de Juiz de Fora, com base no critério legal de número de habitantes por EMAD. Foram sugeridas 5 divisões territoriais no município. As regiões e suas respectivas populações de abrangência podem ser identificadas na figura 1 abaixo.

Figura 1 - Proposta de divisão territorial para as áreas de abrangência para EMAD em áreas urbanas e rurais de Juiz de Fora (MG) conforme o critério legal de contingente populacional.



Fonte: dados da pesquisa.

No que se refere à proporção de idosos em cada uma das áreas de abrangência para EMAD, encontra-se: EMAD 1 com 19.434 idosos (27,7% do total de idosos no município); EMAD 2 com 13.200 idosos (18,8%); EMAD 3 com 11.515 idosos (16,4%); EMAD 4 com 12.252 idosos (17,5%) e EMAD 5 com 13.664 idosos (19,5%). O número de idosos no município alcançou 70.065, o que representa 13,6% de toda a população, 3,5% maior do que a proporção nacional de idosos na sociedade.

Além disso, foram analisadas as condições domicilia-

res de acordo com as áreas de abrangência para EMAD sugeridas. A diferença de adequação domiciliar entre as áreas chegou a 21,1%. As áreas 1 e 4 obtiveram melhores resultados, já as áreas 2, 3 e 5 resultados piores. As médias de cobertura pelos serviços de saneamento básico aumentaram, após o agrupamento das 14 regiões em 5 áreas, o que demonstra que os problemas com esses serviços têm grande relação territorial e afetam algumas áreas específicas do município (Tabela 1).

Tabela 1 - Proporção de adequação domiciliar por causa e EMAD.

Variável	EMAD 1	EMAD 2	EMAD 3	EMAD 4	EMAD 5
Energia elétrica	13932	10232	8954	9077	10018
	100%	99,4%	99,6%	100%	100%
Rede de Esgoto	13894	9426	7687	8271	9347
	99,7%	91,6%	85,5%	91,1%	93,3%
Coleta de Lixo	13932	10037	8872	9001	9885
	100%	97,5%	98,7%	99,2%	98,7%
Telefone celular e/ou fixo	13869	9073	8034	8431	9021
	99,5%	88,2%	89,3%	92,9%	90%
Água encanada em pelo menos um cômodo	13893	9246	8111	8632	9245
	99,7%	89,9%	90,2%	95,1%	92,3%
Condição do domicílio	18874	10465	8755	10394	10852
	97,1%	79,3%	76%	84,8%	79,4%

Fonte dos dados brutos: IBGE, Censo demográfico de 2010.

Com relação aos resultados das variáveis dos indivíduos, todas as áreas apresentaram maior proporção de mulheres idosas, com destaque para a área 1 (região central do município), que atingiu 63,2%; bem como para a proporção de idosos com cor de pele branca (maior que 50% em todas as áreas) e a proporção de idosos em idade avançada (região 1 chegou a 33%, enquanto as demais

atingiram até 26,4%).

Os níveis de instrução e a renda total mais elevados também tiveram maior proporção na região 1, em detrimento das demais, o que fortalece que as condições de vida nas regiões centrais são melhores do que nas regiões periféricas, conforme a tabela 2 abaixo.

Tabela 2 - Características socioeconômicas e demográficas dos idosos por área de abrangência propostas para as EMAD.

Variável	Área 1		Área 2		Área 3		Área 4		Área 5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo										
Masculino	7148	36,8	5488	41,6	5105	44,3	5235	42,7	5584	40,9
Feminino	12286	63,2	7712	58,4	6411	55,7	7017	57,3	8080	59,1
Cor/Raça										
Branca	16534	85,1	7066	53,5	7133	61,9	7708	62,9	7930	58
Preta	771	4	1923	14,6	1585	13,8	1657	13,5	1894	13,9
Amarela	34	0,2	128	1	75	0,7	22	0,2	89	0,7
Parda	2057	10,6	4026	30,5	2671	23,2	2865	23,4	3732	27,3
Indígena	38	0,2	56	0,4	51	0,4	0	0	20	0,1
Idade Avançada (>74 anos)										
Sim	6408	33	3170	24	2779	24,1	3197	26,1	3604	26,4
Não	13026	67	10030	76	8737	75,9	9055	73,9	10060	73,6

Variável	Área 1		Área 2		Área 3		Área 4		Área 5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nível de Instrução										
Sem instrução ou ensino fundamental incompleto	5633	29	10222	77,4	8154	70,8	8138	66,4	9935	72,7
Ensino fundamental completo e médio incompleto	2586	13,3	1212	9,2	1304	11,3	1312	10,7	1473	10,8
Ensino médio completo e ensino superior incompleto	6253	32,2	1220	9,2	1230	10,7	1894	15,5	1561	11,4
Ensino superior completo	4963	25,5	546	4,1	827	7,2	909	7,4	696	5,1
Renda total										
Sem renda	127	2,9	357	12,1	448	14,8	177	7,2	268	8,5
Até ¼ do salário	77	1,7	87	2,9	95	3,1	43	1,8	52	1,6
De ¼ até ½ salário	90	2	114	3,9	164	5,4	99	4	327	10,3
De ½ até 1 salário	716	16,1	875	29,7	655	21,6	804	32,8	628	19,8
De 1 até 2 salários	868	19,5	721	24,4	973	32,1	556	22,7	1010	31,9
De 2 até 3 salários	517	11,6	333	11,3	266	8,8	199	8,1	375	11,8
De 3 até 5 salários	537	12,1	182	6,2	93	3,1	309	12,6	258	8,1
Mais de 5 salários	1509	34	281	9,5	337	11,1	261	10,7	253	8
Total	19434	100	13199	100	11515	100	12252	100	13665	100

Fonte dos dados brutos: IBGE, Censo demográfico (2010).

Com relação à cobertura por serviços de APS por área de abrangência de EMAD, pode-se observar que a proporção de setores censitários cobertos por ESF da área 1 é a menor (11,2%), comparada com as áreas 2 (72,3%), 3

(41,4%), 4 (60%) e 5 (72%). No entanto, a área com maior número de setores descobertos foi a número 5, visto que a área 1 tem grande cobertura por serviços de APS do tipo tradicional (71,7%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Proposta de distribuição de EMAD, considerando a cobertura de serviços de APS em Juiz de Fora, no ano de 2010.

EMAD	Regiões	Tipo de cobertura por APS								Setores considerados	
		ESF		Tradicional		PAC		Descoberto			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	5, 6 e 7	17	11,2	109	71,7	0	0	26	17,1	152	100
2	1, 2 e 3	115	72,3	39	24,5	0	0	5	3,2	159	93
3	8, 9 e 14	53	41,4	31	24,2	29	22,7	15	11,7	128	95,5
4	4 e 13	69	60	24	20,9	0	0	22	19,1	115	95,8
5	10, 11 e 12	95	72	4	3	0	0	33	25	132	99,2
Total Juiz de Fora		349	49,4	207	27,3	29	4,3	101	17,4	686	97

Fonte dos dados brutos: Secretaria Municipal de Saúde (2010).

Nas catorze regiões administrativas de Juiz de Fora, como também entre as cinco áreas de abrangência de EMAD delimitadas, os grupos sociais que apresentaram piores condições socioeconômicas são os mesmos que também não possuem espaço domiciliar adequado para o uso de SAD e tem reduzida capacidade de acesso a esses serviços.

DISCUSSÃO

Após a territorialização das áreas das EMAD, foi realizado um estudo das características socioeconômicas e demográficas dessas regiões, a partir do CENSO. Na análise, emergiram as distintas realidades populacionais entre a EMAD central e as de periferia foram caracterizadas pela diferença na proporção de idosos, nas condições domiciliares, nos níveis de instrução e de renda, e na cobertura por serviços de saúde de apoio.

Ressalta-se que a EMAD 1 (central) se sobressaiu das demais por possuir características socioeconômicas melhores como: maior porcentagem de indivíduos com renda maior que 5 salários mínimos, níveis de instrução elevados, melhores condições domiciliares para saneamento básico para AD. As demais áreas possuem perfis socioeconômicos semelhantes, no entanto podem-se destacar as regiões 2 e 3 com piores indicadores sociais. Outro aspecto importante foi a concentração de hospitais e de APS do tipo tradicional na região 1, enquanto nas demais regiões era prevalente uma maior cobertura por serviços de atenção primária dos tipo ESF e PAC.

As diferenças encontradas nas áreas de abrangência das EMAD são aspectos fundamentais a serem considerados para a dinâmica dos SAD e podem colaborar para o planejamento de ações voltadas à realidade da população coberta por cada EMAD. A região central possui baixa cobertura pela ESF e a população acessa o sistema de saúde, primordialmente, por meio de hospitais e clínicas especializadas pela proximidade territorial. Nesse caso, propõe-se que um SAD vinculado a um serviço hospitalar facilitaria o acesso dessa população. No entanto, supõe-se que as EMAD vinculadas diretamente aos hospitais teriam alguma dificuldade de acompanhar a população que se encontra na periferia, principalmente nas regiões rurais.

Outra proposta que surge em virtude dessas dificuldades territoriais seria que as EMAD fossem vinculadas a serviços de atenção secundária (ex. UPA) com referência para atenção primária e terciária. Isso poderia ser uma alternativa viável do ponto de vista territorial, além de oferecer um serviço de saúde mais integral e equânime dentro das características de ofertas dos SAD delimitadas na portaria 2.529 de 2011.¹

Vale ressaltar que o hospital é um serviço de importância para a referência de usuários para AD. Nos casos em que ele serve como porta de entrada exclusiva, o acesso a esses serviços ficam condicionados pela demanda do hospital. Dessa forma, a AD não se constituiria um processo de mudança efetiva do modelo, mas sim uma forma diferente de utilização do sistema, seguindo a mesma lógica de acesso por populações e grupos específicos.

Portanto, deve-se ter cuidado ao propor o hospital como único meio de referência e porta de entrada para a AD, isso poderia restringir o acesso da população periférica aos SAD, ou ainda da população com necessidades de saúde que não são atendidas em ambiente hospitalar e são referenciadas ao SAD, a partir de outros serviços de saúde.

Logo, as referências para AD devem partir não apenas dos serviços hospitalares, mas também da APS, pois contribuiriam para a mudança do modelo e para a redução de iniquidades em saúde. O acesso à AD, por meio da APS, também contribuiria para se atingir o princípio da universalidade, além de favorecer o conhecimento mais aprofundado das necessidades dos indivíduos em seu meio e a abordagem generalista que não condiciona a demanda por especialidades médicas.

No entanto, caso haja a falta de cobertura por serviços de APS, isso implicaria na dificuldade de acesso aos outros níveis de atenção, visto que APS é considerada a porta de entrada do sistema de saúde.¹⁶

Outra vantagem de se admitir indivíduos referenciados a partir da APS seria que o SAD trabalha com o conceito de área de abrangência e de população adscrita, da mesma forma que a ESF. Isso poderia auxiliar no processo de territorialização dos SAD no âmbito municipal caso utilizasse os dados de cobertura de APS como subsídios para a divisão territorial das EMAD. As Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) teriam o conhecimento de quais EMAD estariam vinculadas para facilitar a referência e contrarreferência para esses serviços.

Além disso, a inclusão das atividades domiciliares realizadas pela APS (AD tipo 1, delimitadas por Brasil¹) pode ser considerada uma tentativa de integração e articulação do modelo de AD aos três níveis de atenção à saúde, a partir da ESF e ampliação do acesso, característico dos serviços de Atenção Primária.

O planejamento de serviços equânimes com base nas necessidades de saúde deve levar em consideração as diferentes características socioeconômicas, demográficas e culturais dos indivíduos e dos diversos grupos populacionais, conforme foi analisado e visualizado nas tabelas 01 e 02 deste estudo.

Os dados desta pesquisa apontam que os idosos que

viviam em piores condições domiciliares para AD eram aqueles que em tese mais precisariam desses serviços do ponto de vista clínico e socioeconômico (seja por incapacidades funcionais, pela renda inferior ou baixo nível de escolaridade) e do desenvolvimento de ações interseoriais socioeconômicas. Isso indica a pertinência de uma discussão mais aprofundada sobre quais seriam os critérios de admissão mais adequados para os SAD.

Para tal, será necessário o levantamento de outros indicadores sobre a população com condições domiciliares inapropriadas para receber um cuidado domiciliar de qualidade. A análise do acesso aos SAD deve estar pautada não apenas nos indicadores individuais de adoecimento ou de prestação de serviços de saúde, como também a aspectos relacionados à política, educação, cultura, lazer, transporte, território, renda, entre outros.

CONCLUSÃO

Este trabalho teve como objetivo propor uma delimitação para as áreas de abrangência de EMAD para a população de Juiz de Fora (MG), com base nos critérios propostos na lei 1.533 de julho de 2012. Após a delimitação das áreas, foi realizado o estudo, considerando as condições de saneamento e moradia, as características socioeconômicas, demográficas e de acesso à rede de serviços de saúde para a análise da acessibilidade da população idosa aos SAD no município.

A diferença absoluta nas condições domiciliares encontradas entre as áreas de abrangência das EMAD chegou a 21,1%. As principais causas de inadequação foram a ausência de meio de comunicação acessível no domicílio, de rede de esgoto e de água encanada. No entanto, deve-se levar em consideração que algumas exigências legais, como a facilidade de acesso para veículos e ambiente com janela, específicos para o paciente, não foram abordadas neste trabalho, o que sugere que o percentual de domicílios sem condições para AD seja superior ao encontrado.

Com relação à cobertura por serviços de saúde, foi verificado que as EMAD periféricas apresentaram melhores coberturas pela ESF do que as EMAD localizadas em regiões centrais. Nessas, há predomínio de população descoberta por APS ou quando há o serviço é do tipo tradicional. Contudo, nessas áreas estão concentrados os serviços hospitalares e especializados e melhores condições socioeconômicas.

As distintas realidades populacionais entre a EMAD central e as de periferia foram caracterizadas pela diferença na proporção de idosos, nas condições domiciliares, nos níveis de instrução e de renda, e na cobertura por serviços de saúde de apoio. Isso pode colaborar para o

planejamento de ações voltadas à realidade da população coberta por cada EMAD.

Portanto, para a implantação do SAD, no município de Juiz de Fora, este estudo aponta que é importante que a gestão analise e considere a delimitação das áreas de abrangência das EMAD sob o ponto de vista das diversas realidades populacionais apresentadas entre as EMAD (aspectos socioeconômicos e demográficos da população e condições domiciliares); bem como as características dos serviços de apoio, como a atenção primária, secundária e terciária de cada região, com a finalidade de primar pela descentralização do SAD no município e pela equidade e integralidade na assistência à saúde, bem como pelo atendimento das necessidades de saúde da população, de acordo com a realidade local.

Por fim, apesar da divisão territorial para as EMAD proposta neste trabalho apontar algumas características importantes para a implantação do SAD, essa ainda necessita de maior análise do ponto de vista social e local. O uso de limites geográficos político-administrativos, para se delimitar as áreas de abrangência de serviços de saúde, contribui para a organização e gestão desses serviços, no entanto possui limitações. São necessários padrões de serviços mais flexíveis e transversais que possam se adequar às diferentes realidades sociais e necessidades encontradas desse grupo populacional.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Diário Oficial da União. Ministério da Saúde [Internet]. 2011out. [citado 2012 julho 27]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html>.
2. Brasil. Lei 1533 de 16 de julho de 2012. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. 2012, jul. [citado 2013 fevereiro 20]. Diário Oficial da União. Ministério da Saúde Disponível em: <http://www.lainformatica.com.br/arquivos/portaria_1533.pdf>.
3. Brasil. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. [Internet]. 2007. [citado 2012 julho 27]. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcaad19.pdf>>.
4. Floriani CA, Schramm FR. Atendimento domiciliar

ao idoso: problema ou solução? Cad. Saúde Pública [Internet]. 2004 ago.[citado 2013 fevereiro 22]; 20(4):986-994. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n4/13.pdf>>.

5. Kerber NPDC, Kirchhof ALC, Cezar-vaz MRB. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliária. *Enferm.* [Internet]. 2008 jun. [citado 2013 janeiro 30]; 17(2): 304-312. Disponível em: <<http://repositorio.furg.br:8080/jspui/bitstream/1/1165/1/Vinculo%20e%20satisfa%C3%A7%C3%A3o%20de%20usu%C3%A1rios%20idosos%20com%20a%20aten%C3%A7%C3%A3o%20domicili%C3%A1ria.pdf>>.

6. Lacerda MR. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família – na perspectiva da área pública. *Ciência & Saúde Coletiva.* [Internet]. 2010 [citado 2012 julho 27];15(5):2621-2626. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15n5/v15n5a36.pdf>>.

7. Machado ALG, Silva MJ, Freitas CHA. Assistência domiciliária em saúde: um olhar crítico sobre a produção científica de enfermagem. *Rev Bras Enferm, Brasília.* [Internet]. 2011 abr. [citado 2012 julho 27]; 64(2):365-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a23v64n2.pdf>>.

8. Shepperd S, Doll H, Angus RM, Clarke MJ, Iliffe S, Kalra L, et al. Atención domiciliar para evitar los ingresos al hospital. *Biblioteca Cochrane Plus.* [Internet]. 2008 [citado 2012 julho 27]; 4. Disponível em: <<http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD007491>>.

9. Santos LR, Leon CGRMP, Funghetto SS. Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. *Ciência & Saúde Coletiva.* [Internet]. 2011[citado 2013 janeiro 28]; 16(1):855-863. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a17v16s1.pdf>>.

10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº11 de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. *Diário Oficial da União.* [Internet]. 2006 jan. [citado 2012 julho 25]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html>.

11. Stelmake LL, Nogueira VMR. O cuidado domiciliar na política nacional de saúde. *Libertas.* [Internet]. 2010 dez. [citado 2013 fevereiro 20]; 10(2):148-171. Disponível

em: <<http://www.editoraufjf.com.br/revista/index.php/libertas/article/download/1877/1325>>.

12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios. Resultados do universo. [Internet]. 2011 [citado 2012 julho 27]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf>.

13. Gadelha CAG, Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciênc. Saúde Coletiva.* [Internet]. 2011 [citado 2013 fevereiro 24]; 16(6):3003-3016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600038&lng=en&nrm=iso>.

14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Síntese das Etapas da Pesquisa. [Internet]. 2010 [citado 2012 julho 22]. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/imagens/pdf/censo2010/sintese/sintese_censo2010_portugues.pdf>.

15. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Endereço eletrônico. [Internet]. 2013 [citado 2013 janeiro 12]. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>.

16. Mendes ACG, Miranda GMD, Figueiredo KEG, Duarte PO, Furtado BMASM. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. *Ciênc. Saúde Coletiva.* [Internet]. 2012 [citado 2013 fevereiro 16]; 17(11):2903-2912. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100007&lng=en&nrm=iso>.

Submissão: agosto de 2013

Aprovação: maio de 2015
