

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

CRISTIANE MAGALHÃES DA COSTA

A aplicação da escala de risco familiar no Programa de Saúde da Família como estratégia de priorização das visitas domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde

Rio de Janeiro
2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

CRISTIANE MAGALHÃES DA COSTA

A aplicação da escala de risco familiar no Programa de Saúde da Família como estratégia de priorização das visitas domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde

Dissertação apresentada a Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Hésio de Albuquerque Cordeiro.

Rio de Janeiro

2009



UNIVERSIDADE
Estácio de Sá

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

A dissertação

**APLICAÇÃO DA ESCALA DE RISCO FAMILIAR NO PROGRAMA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA DE PRIORIZAÇÃO DAS VISITAS
DOMICILIARES PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

elaborada por

CRISTIANE MAGALHÃES DA COSTA

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora foi aceita pelo Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Rio de Janeiro, 28 de fevereiro de 2009.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Hesio de Albuquerque Cordeiro
Presidente
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Luís Guilherme Barbosa
Universidade Estácio de Sá

Profª Drª Fátima Helena do Espírito Santo
Universidade Federal Fluminense

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que contribuíram, incentivaram e acreditaram na execução desta pesquisa, em especial ao meu orientador **Prof. Hésio Cordeiro**, que com sua experiência abrilhantou este trabalho.

Ao meu co-orientador **Prof. Luis Guilherme**, pelas colocações pertinentes e espírito de colaboração em todos os momentos.

A minha amiga e professora **Fátima Helena**, por tudo que fez por mim até o momento, apoio e ensinamentos constantes. Seu exemplo de capacidade e profissionalismo marcando definitivamente minha vida profissional.

À equipe do **PSF-Emydio Cabral**, que abriu suas portas, contribuindo na execução deste trabalho, em especial aos agentes comunitários de saúde, que aceitaram participar da pesquisa.

Aos colegas de mestrado, onde juntos tivemos a oportunidade de aprender e fazer novos amigos.

Aos professores que, com muita competência, nos acompanharam.

A **Aline Luna**, secretária do mestrado, sempre pronta a nos ajudar.

À **minha família**, pois sem o apoio de cada um deles eu não teria chegado até aqui, em especial e **minha mãe** pela compreensão da “ausência” e apoio constante.

Ao meu amor, **Luis Paulo**, pela paciência, compreensão, apoio e incentivo fundamentais nesta caminhada.

E é claro, a **Deus**, que colocou cada uma destas pessoas no meu caminho e me deu condições de continuar.

RESUMO

O Programa de Saúde da Família foi implantado focando o rompimento do modelo passivo de atenção à saúde. Com sua expansão, observou-se que a demanda populacional tem sobrecarregado o trabalho dos profissionais. Pensando-se em sistematizar ações, utilizando instrumento diferencial de atuação, este estudo objetivou identificar as estratégias de priorização das Visitas Domiciliares utilizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde e os benefícios da aplicação da Escala de Risco Familiar de Coelho (2002), no PSF Emydio Cabral – RJ. Os dados foram obtidos com a realização de dinâmica, aplicação da Escala de Risco Familiar e de formulário semi-estruturado. Diante dos resultados, observamos que todos os agentes participantes do estudo utilizaram, para priorizar as suas visitas, a presença de um componente familiar com diagnóstico patológico e a preocupação em “agilizar” exames e consultas médicas. Das 1.668 famílias analisadas, 1.512 não foram consideradas de risco de acordo com a escala. As 157 famílias consideradas de risco foram divididas em R1- 105, R2 - 31 e R3- 20 famílias. A priorização dos agentes não atingiu 32 famílias com classificação em R1, 04 com R2 e 02 com R3, tendo como principal motivo à dificuldade de priorizar as famílias que apresentavam apenas problemas sociais como risco. Em relação aos benefícios, a Escala demonstrou ser um instrumento simples, prático, de fácil preenchimento e treinamento, podendo ser utilizado por todos os profissionais, pois consegue estabelecer perfil de risco e priorização das famílias que apresentam maior risco na comunidade alcançando o princípio da equidade estabelecido pelo SUS.

Palavras chave: Visitas domiciliares, Risco Familiar, Programa de Saúde da Família.

ABSTRACT

The Family Health Program was implemented with the focus on breaking the passive model of health care, with its expansion, it was observed that the demand has overwhelmed the population of working professionals. Think of systematic actions using differential instrument of action, this study aimed to identify strategies for prioritization of home visits used by Community Health Agents and the benefits of the Family Risk Scale Coelho (2002), the PSF Emydio Cabral -- RJ. Data were obtained with the implementation of dynamic, application of the Family Risk Scale and semi-structured form. With the results we observed that all players participating in the study used to prioritize your visits to the presence of a component family with pathological diagnosis and care to "expedite" medical examinations and consultations. Of the 1,668 families analyzed, 1512 were not considered at risk according to the scale. The 157 families considered at risk were divided into 105-R1, R2 - 31 and R3-20 families, of which the priority of the agents did not reach 32 families with classification in R1, 04 to 02 and R2 with R3, the main reason the difficulty of prioritizing the families who had only social problems such as risk. Regarding benefits, the scale proved to be a simple, practical, easy to fill and training, can be used by all professionals, it established the risk profile and priority of families with higher risks in the community reaching the principle of equity of SUS.

Keywords: home visits, Risk, Family, the Family Health Program.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB: Atenção Básica

ACS: Agente Comunitário de Saúde

AP: Área Programática

AVC: Acidente Vascular Cerebral

DAB: Departamento de Atenção Básica

DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DM: Diabetes Mellitus

ERF: Escala de Risco Familiar

ESF: Equipe de Saúde da Família

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

OMS: Organização Mundial de Saúde

MS: Ministério da Saúde

NOB: Norma Operacional Básica

PACS: Programa de Agentes Comunitário de Saúde

PSF: Programa de Saúde da Família

SANDU: Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência

SESP: Serviço Especial de Saúde Pública

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

SIS: Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS: Sistema Único de Saúde

VD: Visita Domiciliar

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1. Objetivos da visita domiciliar fim e da visita domiciliar meio	18
Quadro 2. Escala de Risco Familiar elaborada por Coelho	22
Quadro 3. Etapas utilizadas para coleta de dados	33
Tabela 01. Famílias classificadas por equipes	46
Tabela 02. Riscos encontrados nas famílias analisadas	47
Tabela 03. Risco familiar por equipe	49
Tabela 04. Escores apresentados por equipe	49

LISTA DE ANEXOS E APÊNDICES

Apêndice I. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	63
Apêndice II. Formulário para cadastramento das famílias do PSF	64
Apêndice III. Consolidado da “Dinâmica Folha Verde”	65
Anexo I. Ficha A do SIAB	66
Anexo II. Protocolo do Comitê de Ética e Pesquisa	70
Anexo III. Foto do PSF Emydio Cabral	73
Anexo IV. Mapa de localização do PSF Emydio Cabral	74

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 QUESTÃO NORTEADORA	12
1.2 OBJETIVOS	13
1.2.1 Objetivo Geral	13
1.2.2 Objetivos Específicos	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DAS VISITAS DOMICILIARES	14
2.2 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	15
2.3 VISITAS DOMICILIARES	16
2.4 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA	19
2.5 FICHA A DO SIAB	20
2.6 ESCALA DE RISCO FAMILIAR	21
2.7 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	24
2.7.1 O Cotidiano do Agente Comunitário de Saúde	26
2.7.2 A Legislação do Agente Comunitário de Saúde	28
2.7.3 A Capacitação do Agente Comunitário de Saúde	29
3 METODOLOGIA	31
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	31
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO	31
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	32
3.4 COMITÊ E ÉTICA E CONSENTIMENTO	32
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS	33
3.6 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS	36
4 DISCUSSÕES DOS RESULTADOS	38
4.1 PRIORIDADES ESTABELECIDAS PELOS ACS PARA REALIZAÇÃO DAS VISITAS DOMICILIARES	38
4.2 DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA PRIORIZAÇÃO E REALIZAÇÃO DAS VISITAS DOMICILIARES	41
4.3 APLICAÇÃO DA ESCALA DE RISCO FAMILIAR DE COELHO	46
4.4 BENEFÍCIOS DA ESCALA DE RISCO FAMILIAR DE COELHO	50
4.5 ALTERAÇÕES SUGERIDAS PARA A ESCALA DE RISCO FAMILIAR	51
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	57

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Cristiane Magalhães da Costa, assumo nos termos da legislação atinente, inteira responsabilidade sobre as fontes consultadas e citadas no trabalho intitulado “**A aplicação da escala de risco familiar no programa de saúde da família como estratégia de priorização das visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde**”, isentando o professor orientador Dr. Hésio de Albuquerque Cordeiro, e o Programa de Pós-Graduação Saúde da Família, da Universidade Estácio de Sá, de qualquer responsabilidade.

Estou ciente que, nos termos de deliberação do Colegiado do Programa, o plágio importa reprovação.

Rio de Janeiro, 28 de fevereiro de 2009.

Cristiane Magalhães da Costa

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa centra-se no estudo das estratégias de priorização das visitas domiciliares (VD) utilizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a aplicabilidade da Escala de Risco Familiar de Coelho (2002) no Programa de Saúde da Família (PSF).

O Programa de Saúde da Família é uma proposta adotada pelo Governo Federal, desde 1994, buscando alcançar os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) através da reorganização da prática da Atenção Básica (AB) voltando-se para a promoção da saúde, e a prevenção de agravos, bem como ações clínicas de tratamento e reabilitação dos problemas de saúde (BRASIL, 1997).

Um dos diferenciais do programa é a atuação de uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Estes profissionais devem apresentar capacidade para desenvolverem diversas atividades, de forma dinâmica, como a avaliação permanente através do acompanhamento dos indicadores de saúde de cada área de atuação. Para tanto, devem estar preparados para conhecer a realidade sócio-demográfica e epidemiológica das famílias pelas quais são responsáveis, identificar situações de risco, elaborar um plano local para enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença, prestar assistência integral, realizar visitas domiciliares e desenvolver processos educativos (BRASIL, 1997).

Com a expansão do projeto por todo território nacional, a demanda populacional tem sobrecarregado os profissionais de saúde, dificultado o planejamento local das atividades e o cuidado integrado. Segundo dados do Departamento de Atenção Básica (DAB), em 1998 a cobertura populacional pelas equipes era de aproximadamente 10.459.000 pessoas, em 2008 alcançamos um pouco mais de 93.000.000.

Com isso, o dilema passou a ser: quem visitar primeiro? Seria possível privilegiar famílias de maior risco sem perder a qualidade da atenção às famílias de menor risco?

Dentro desta problematização, torna-se evidente a necessidade de sistematizar ações utilizando instrumentos que possibilitem priorizar as visitas domiciliares enquanto ação indispensável dentro do processo de trabalho das equipes.

Organizar as visitas domiciliares permitiria definir parâmetros para o acompanhamento da evolução dos casos familiares, considerando sua situação de risco e otimizaria o tempo das equipes.

Seguindo os passos de Flávio Lúcio Coelho, Médico de Família de Contagem – MG, que em 2002 elaborou uma escala de risco familiar para estabelecer prioridades em suas VD, surgiu o interesse e a oportunidade, no mestrado, de aprofundar o estudo desta inquietação sobre a priorização das visitas domiciliares, buscando, assim, elaborar esta dissertação.

1.1 QUESTÕES NORTEADORAS

Quais as estratégias de priorização das visitas domiciliares utilizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde?

Quais as dificuldades encontradas pelos agentes na realização das Visitas domiciliares?

Quais os benefícios da aplicação da Escala de Risco Familiar de Coelho (2002), no Programa de Saúde da Família para priorização das Visitas Domiciliares?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Identificar quais as estratégias de priorização das visitas domiciliares são utilizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde e os benefícios da aplicação da Escala de Risco Familiar de Coelho (2002), no Programa de Saúde da Família.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar quais as dificuldades encontradas e quais as estratégias de priorização das visitas domiciliares utilizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde do PSF – Gouveias, AP 5.3;
- Elaborar o perfil de risco das famílias cadastradas pelos ACS participantes da pesquisa, utilizando os dados da Ficha A do SIAB de cada família;
- Classificar as famílias de acordo com os escores estipulados pela Escala de Risco Familiar de Coelho;
- Identificar os benefícios da aplicabilidade da Escala de Risco Familiar de Coelho (2002), tendo como base os resultados da priorização feita pelos ACSs e a indicada pela Escala.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DAS VISITAS DOMICILIARES

Segundo Mendes (1996), no Brasil, o desenvolvimento da visita domiciliária manteve estreita relação com a enfermagem. Suas primeiras atividades são descritas no início do século XX, com a criação do Serviço de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro, voltado às áreas de fisiologia e materno-infantil. Na década de 40, surgiram algumas iniciativas do Estado em relação à atenção à saúde. Em 1942, houve o desenvolvimento do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que desenvolveu ações de saneamento básico e de assistência à saúde (inclusive assistência domiciliária) como estratégia para atingir os indivíduos e suas famílias em comunidades rurais da Amazônia e da região onde atuava a Companhia Vale do Rio Doce (Minas Gerais e Espírito Santo). Em 1949, foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) que atendia apenas trabalhadores que possuíam Previdência Social. O Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo criou, em 1967, seu sistema de visita domiciliária para atender os pacientes com doenças crônicas.

Somente na década de 90, houve um crescimento significativo da atenção domiciliária, com o processo de construção do SUS, e posteriormente, o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família, que vem transformando esta realidade sobre os pilares da universalização, integralidade, descentralização e participação popular.

2.2 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A partir da promulgação da Constituição Federal em 1988, foram definidas como diretrizes do SUS a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade, (BRASIL,1998)

O Brasil, nos anos 90, passa a experimentar um processo de reformulação do setor de saúde, com a valorização do tema família, propiciando a reorganização das políticas e ações de saúde. Os princípios do SUS colocam o Brasil ao lado de países que pautam seus sistemas em valores de solidariedade e de cidadania, como a universalização e a adoção do conceito de saúde como direito de todos e dever do Estado (NEGRI, 2002).

O PSF surge, nesta nova perspectiva, como uma estratégia de reforma do modelo assistencial, visto que proporciona mudanças importantes nas ações, na organização dos serviços e na prática da assistência à saúde. Originou-se da decisão do Ministério da Saúde, em 1991, de executar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como providência para enfrentar os graves índices de mortalidade infantil e materna no Nordeste. A criação do PACS recuperou diferentes experiências no país e o pioneirismo dos agentes comunitários do Ceará propiciou que o programa alcançasse dimensões nacionais. Os agentes teriam a responsabilidade de acompanhar de 150 a 200 famílias. A partir destas ações, a família passa a ser encarada como uma unidade de ação programática de saúde e não mais somente a pessoa e, sendo assim, foi introduzida a noção de área de cobertura por família (NEGRI, 2002).

Em março de 1994, iniciou-se, então, a formulação das diretrizes do PSF com intuito de promover a reorganização da prática de assistência com novos critérios de aproximação, provocando reflexos em grande parte da organização dos serviços de saúde. Com 32 equipes, o PSF começou a receber tratamento prioritário do Ministério da Saúde a partir de 1996, porém, a

sua grande expansão acontece a partir de 1998 com a implementação da Norma Operacional Básica do SUS – NOB 96 (BRASIL 1996).

Atualmente, considerado com estratégia, a população atendida já passa dos 93 milhões de brasileiros acompanhados por mais de 29.300 mil equipes do PSF, espalhadas por aproximadamente 5.235 municípios dos 5.560 existentes no Brasil (DATASUS, 2008).

O princípio operacional do PSF de adscrição de clientes, ao estabelecer um vínculo da comunidade com as unidades básicas de saúde da família, tem recuperado a relação de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e os usuários do serviço (SOUZA, 2000).

2.3 VISITAS DOMICILIARES

Com o advento do Programa Saúde da Família no Brasil, as visitas domiciliares aparecem como uma das principais diretrizes da estratégia pela possibilidade de ingresso no ambiente familiar e conhecer melhor a realidade para assim estabelecer planos de ações pertinentes ao cenário. Uma série de pacientes com impossibilidades de locomoção, vítimas de acidente vascular cerebral (AVC), paraplégicos, deficientes mentais que se recusam a deixar o domicílio, dentre outros casos, hoje, podem ter contemplado seu direito ao cuidado e ao atendimento, (POLAK, 1998).

Segundo Nogueira (1997), a VD é um método de trabalho junto às famílias, tendo como vantagens: proporcionar ao indivíduo o conhecimento no seu próprio meio ambiente, atentando-se para as condições de habitação, relações afetivas e sociais; facilitar a adaptação e planejamento da família conforme seus próprios recursos; proporcionar melhor relacionamento do profissional

com a família, pois ela é menos formal do que as atividades desenvolvidas nos serviços de saúde; proporcionar maior liberdade para que os clientes explorem seus problemas, pois o tempo dedicado a eles é bem maior do que no contexto institucional, além de outros.

A VD permite ao profissional estabelecer um relacionamento afetivo e amistoso com a comunidade envolvida, pois ele está adentrando em seu lar, sua casa, sua intimidade, mantendo assim interações, um relacionamento interpessoal, que permite obterem dados mais fidedignos sobre a saúde das famílias. Para isso é necessário estabelecer confiança entre os membros da equipe de saúde e os da família a fim de que se sinta segura das ações desenvolvidas pelos profissionais e, em casos de problemas ou dúvidas, solicite ajuda, explicações e orientações.

Quanto mais efetivo for o relacionamento e o envolvimento do profissional com a família, maior será o reconhecimento do profissional. Para proporcionar assistência à saúde com qualidade, é necessário entender cada família como única, pertencente a um contexto social e cultural específico que condiciona diferentes formas de viver e adoecer. Para atender as necessidades vividas pelas famílias, os profissionais de saúde utilizam-se da VD como instrumento de interação, resolutividade, cuidando de forma adequada e proporcionando-lhes meios para terem uma vida mais saudável.

Coelho (2002) inova, ao discutir a necessidade de priorização de visitas para determinados pacientes considerados em situação de risco, dividindo-a de duas formas: a visita domiciliar fim, com objetivos específicos de atuação e a visita domiciliar meio, na qual realiza-se a busca ativa, de prevenção e promoção da saúde.

Quadro 1: Objetivos da Visita Domiciliar Fim e da Visita Domiciliar Meio

Visita Domiciliar Fim	Visita Domiciliar Meio
1 – Na propaganda política;	1 – Busca ativa em demanda reprimida
2 – Na internação domiciliar;	2 – Educação para a saúde mais individualizada;
3 – Na atenção domiciliar terapêutica;	3 – Estimular o cuidado com a saúde;
4 – Na visita a pacientes acamados;	4 – Apontar necessidades de ações de promoção à saúde;
5 – Na atenção ao parto.	5 – Estabelecer canais permanentes de comunicação.

Objetivos da visita domiciliar fim e da visita domiciliar meio (COELHO, 2002).

Para que se consiga uma melhor relação, a espontaneidade deve ser uma marca na visita domiciliar, compreendendo-se que é um momento impregnado de imaginários trazidos a partir do reconhecimento do papel do antigo médico da família. Os problemas devem ser atraídos de forma progressiva, sendo este um verdadeiro exercício de hermenêutica aprofundado na leitura dos objetos e dos silêncios, com uma semiologia repleta de interfaces e sujeitos. Ao final, deve-se sempre proporcionar encaminhamentos e atribuições bem claros, (COELHO, 2002).

De acordo com a portaria GM nº 648, de 29/03/2006, no seu anexo 1, são atribuições comuns a todos os profissionais da Equipe da Saúde da Família (ESF): “realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário”. Também consta como uma das atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde: “acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe”.

Na ESF não está definido parâmetro para a frequência de visita domiciliar para os profissionais da equipe, salvo para os ACS que se estabelece o parâmetro de 01 (uma) visita domiciliar/ família/ mês. O relatório, ao parear os dados relativos à VD, favorece a reflexão sobre o procedimento devendo ser entendido como um indicador de mudança para o novo modelo assistencial.

2.4 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Segundo Branco (1996), as informações são utilizadas para orientar tomadas de decisão. Assim, elas refletem as concepções, os valores, as intenções, a visão de mundo e outras particularidades daquele que as está utilizando, portanto elas são importantes para subsidiar o processo de decisão das ações.

Com a consolidação da implantação do SUS, houve a necessidade de uma melhor estruturação dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), para que os mesmos seguissem a lógica do acompanhamento integral pregada pelo novo sistema de saúde, assegurando a avaliação permanente da situação de saúde da população e dos resultados das ações executadas, fundamental para o acompanhamento, controle e repasse de recursos. Desta forma, os municípios passaram a ser também responsáveis pela produção, organização e coordenação das informações em saúde. (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1995).

Para monitoramento e avaliação das ações e serviços realizados pelas equipes de saúde da família, o Ministério da Saúde (MS) implantou, em 1998, junto aos municípios e estados o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Esse foi criado com o propósito de subsidiar as três esferas administrativas do SUS com informações, visando à agilização e consolidação dos dados coletados. O sistema tem potencial para detectar desigualdades, microlocalizar problemas sanitários, avaliar intervenções, agilizar o uso da informação, produzir indicadores a partir da identificação de problemas e consolidar progressivamente as informações, (MORAES, 2001).

O SIAB foi criado como um instrumento para gestão de sistemas locais de saúde. É um sistema de informação que coleta dados e possibilita a construção de indicadores populacionais referentes a áreas de abrangências definidas, (BRASIL, 2000).

Composto por módulos, o SIAB contempla o cadastramento das famílias, por meio do qual são levantados dados de escolaridade, condições de moradia, saneamento básico e problemas de saúde referidos na Ficha A. Em outro módulo, refere-se à situação de saúde e acompanhamento de grupos de risco nas Fichas B e C. Finalmente, contempla um módulo para notificação de agravos e registro de produção na Ficha D. Para consolidação dos dados, existem relatórios denominados SSA2, SSA4, PMA2 e PMA4. A finalidade desses relatórios é permitir o conhecimento da realidade sócio-sanitária da população acompanhada, avaliar a adequação dos serviços de saúde oferecidos e readequá-los, sempre que necessário, visando melhorar a qualidade prestada pelos mesmos. Além desses, o SIAB ainda cadastra as equipes que atuam no PSF, sendo a base para o repasse dos incentivos financeiros do MS para os municípios, (MELLO, 2001).

Todos os membros que compõem a equipe manuseiam as fichas do SIAB, sendo responsáveis pela atualização e inserção de seus dados e avaliação da realidade sócio-sanitária, visando ações que melhorem a qualidade do serviço prestado.

2.5 FICHA A DO SIAB

A Ficha A do SIAB (ANEXO I) é preenchida na primeira visita que o ACS faz às famílias de sua comunidade. As informações recolhidas permitem à ESF reconhecer indicadores demográficos, socioeconômicos e nosológicos referidos nas famílias da sua área de abrangência e, com isto, realizar o planejamento estratégico.

Essa ficha de cadastramento das famílias acompanhadas deverá ser atualizada anualmente a exceção de dados de nascimentos, óbitos, mudanças de atividade profissional (ocupação) e

ocorrência de doenças pela família. Essa ficha fornece dados sobre o número de indivíduos na família por sexo e idade, ocupação, frequência escolar, condições de moradia, saneamento e morbidade referida, (BRASIL, 1997)

A escolha da Ficha A do SIAB em trabalhos científicos resulta de sua objetividade em apresentar os dados fundamentais para se estabelecer um corte dinâmico da população que se pretende abordar. Sua utilização representa a incorporação de um instrumento básico cotidiano no planejamento das ações e, como dito, nas pesquisas científicas, (COELHO, 2002).

2.6 ESCALA DE RISCO FAMILIAR

A introdução do Programa Saúde da Família é uma tentativa de reorganizar a atenção básica no país, que instituiu a Visita Domiciliar, como instrumento diferencial da atuação dos profissionais do PSF. Para estabelecer prioridades na visita, Flávio Lúcio Coelho, Médico de Família de Contagem – MG, elaborou uma Escala de Risco Familiar (ERF) baseada na Ficha A do SIAB. Tal escala se baseia em sentinelas de risco que são avaliadas na primeira visita domiciliar pelo ACS. A mesma foi aplicada por ele em diferentes comunidades e microáreas, demonstrando diversas proporções de famílias classificadas como risco 1, 2 ou 3. Os resultados ressaltam a aplicabilidade da escala como instrumento de priorização tanto das visitas domiciliares quanto do investimento da equipe.

Para análise e elaboração do diagnóstico da população adscrita, foram levados em conta as variáveis pessoais relativas a agravos e condições de saúde, relacionados à idade e escolaridade; atributos a família, como número de pessoas no domicílio em relação ao número de cômodos. Com isso, foram estipulados escores conforme mostra o quadro abaixo:

Quadro 2 - Escala de Risco Familiar elaborada por Coelho (2002):

Dados da Ficha A		Escore
Acamado		3
Deficiência Física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição (Grave)		3
Drogadição		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de seis meses		1
Maior de 70 anos		1
Hipertensão Arterial Sistêmica		1
Diabetes Mellitus		1
Relação:	Se maior que 1	3
Morador/cômodo	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0
Escore 5 ou 6 = (R1)		Sendo: R1 – risco menor a R3 – risco máximo
Escore 7 ou 8 = (R2)		
Maior que 9 = (R3)		

Escala de Risco Familiar elaborada por Coelho (2002).

Os escores selecionados por Coelho (2002) relatam problemas enfrentados no cotidiano das famílias brasileiras e encontrados diariamente pelas ESF durante as VDs como “desafios gerados pela realidade urbana”, os quais requer uma ação intersetorial mais efetiva, principalmente nos problemas referentes a situações de abuso de álcool, drogas, violência interfamiliar, inclusão de deficientes físicos e doentes mentais, surgindo assim uma nova agenda básica de trabalho do PSF.

Publicações do Ministério da Saúde (2006) propõem que o PSF seja ideal para assistir as populações de risco, usuárias do serviço público de saúde e que, dentro desta concepção, inclua a visita domiciliar como ferramenta para suporte familiar, durante a qual os profissionais contribuirão para o reconhecimento da rede de apoio que as famílias possuem, dentro e fora da comunidade.

Duarte (2000) sugere que durante a visita domiciliar a uma residência em que haja um idoso a equipe deverá avaliar as necessidades, sejam estas relacionadas ao idoso, sua família e/ou

seu ambiente, bem como realizar um gerenciamento efetivo da saúde deste cliente, visando à identificação de agravos através da intervenção precoce sobre situações de risco que possam comprometer a saúde e capacidade funcional do idoso, de modo a manter sua independência, o convívio familiar e a qualidade de vida pelo maior tempo possível.

Em relação às condições de saneamento e relação morador/cômodo, Cohen (2004), relata evidências científicas referentes à habitação do ponto de vista ambiental como determinante da saúde. A habitação constitui um espaço de construção de saúde e consolidação de seu desenvolvimento em uma local saudável no qual o ponto central está na preocupação com o processo gradual de melhoria da qualidade de vida. A família tem seu assento na habitação e, com isso sua casa é o espaço essencial, o veículo de construção e desenvolvimento da saúde da família.

Segundo Souza (2002), na presença de pacientes com deficiência física e mental na família, deve-se recomendar que a equipe realize VD com mais frequência que as recomendadas pelo MS, para que haja uma maior participação, orientando e acompanhando a reabilitação, o uso de medicações, identificando precocemente dificuldades, alterações de comportamento e outros sinais crônicos da agudização do quadro. O diálogo e a orientação à família para a inserção de deficientes na sociedade pode minimizar estigmas existentes.

2.7 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Diante da estratégia de mudança do modelo assistencial lançado pelo SUS, o ACS se constitui um facilitador que age para melhorar e mobilizar a capacidade da população de cuidar de sua própria saúde, favorecendo o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos e a participação

nos serviços de saúde. Portanto, torna-se um ator imprescindível para que se possa promover a integralidade nas ações de saúde.

Para o Ministério da Saúde (1997), o ACS é considerado um trabalhador que faz parte da equipe de saúde da comunidade onde mora, sendo um profissional preparado para orientar as famílias sobre os cuidados com sua própria saúde e da comunidade.

O Agente Comunitário de Saúde integra as equipes do PACS e PSF, realiza atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas em saúde nos domicílios e coletividade, em conformidade com as diretrizes do SUS, e estende o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de produção da cidadania (Ministério da Saúde, 2003, p.10).

Há o reconhecimento do ACS como profissional de saúde em vários países, que passam a promover sua integração às equipes básicas de saúde. No Brasil, a inserção dos ACS nos serviços de saúde avançou significativamente nos últimos anos, quando o Ministério da Saúde recebeu apoio financeiro de Agências Internacionais para que começassem a capacitar e utilizar estes profissionais. Outro fator que veio contribuir para este avanço é o custo relativamente elevado dos serviços de profissionais de saúde com escolaridade em nível superior, bem como pela sua baixa disponibilidade para trabalhar nas periferias e zonas rurais. O ACS bem preparado torna-se importante para desenvolver cuidados básicos em saúde (CORREA, 1995).

Os ACS são pessoas escolhidas na própria comunidade onde irão atuar e, geralmente, pertencentes ao mesmo nível sócio-cultural. Devem preencher os pré-requisitos de maioridade, alfabetização e disponibilidade de tempo integral para o desenvolvimento de suas atividades.

O trabalho dos ACS visa facilitar a percepção do processo saúde-doença-cura no contexto da área adscrita de sua atuação, de maneira a possibilitar um atendimento mais humano, integral e eficaz. Isso se dá, principalmente, durante a realização de uma visita domiciliar, quando o ACS estabelece um olhar diferenciado, facilitado pela convivência estabelecida com a comunidade que

permite uma maior proximidade com a família, podendo perceber outras situações relacionadas a problemas identificados.

Com o desenvolvimento deste olhar diferenciado, percebe questões que estão além do indivíduo, na família e na comunidade, identifica fatores que comprometem direta ou indiretamente a condição de saúde. O fato de sentir de perto a mesma realidade enfrentada pelas famílias cria, quase sempre, um fator facilitador para a sequência do trabalho.

Ao realizar atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde por meio de ações educativas, de acordo com as diretrizes do SUS, os ACS estendem o acesso às ações e serviços de informação, promoção social e proteção da cidadania, (BRASIL, 2003).

Silva (2004) aponta que, pelo fato de o ACS estar próximo da comunidade e da equipe de saúde, pertencendo a esses dois territórios, pode agir como facilitador da criação de vínculos, da reorganização do trabalho em equipe, da ampliação do acesso aos serviços de saúde e atuar como facilitador da comunicação entre a comunidade e os profissionais de saúde.

O agente é uma peça importante para o desenvolvimento do PSF, assim sendo, cuidar desse trabalhador e valorizá-lo é de fundamental importância, pois “aqueles que atuam e promovem saúde, ou seja, trabalhadores é um bem público, uma utilidade pública”. (Machado, 2000, p.5).

2.7.1 O Cotidiano do Agente Comunitário de Saúde

O agente comunitário de saúde, em seu trabalho diário, desenvolve várias atividades no Programa Saúde da Família. Ferraz (2005) encontrou como principais atividades desenvolvidas pelos ACS a visita domiciliar e as ações de educação em saúde em PSF de Porto Alegre. Na fala dos agentes, as orientações que mais costumam prestar às famílias referem-se à higiene; ao calendário vacinal; aos cuidados com recém-nascidos, puérperas, gestantes; uso correto das

medicações; acompanhamento de idosos, crianças e grupos de risco. Participam na formação de grupos dos programas de saúde e busca ativa de faltosos.

O Ministério da Saúde preconiza como uma das principais atividades para o agente comunitário a visita domiciliar. É por meio dela que o agente melhor conhece as necessidades das famílias e, principalmente, desenvolve o trabalho educativo. A visita domiciliar é o instrumento ideal para a educação em saúde, pois a troca de informações se dá no contexto de vida do indivíduo e de sua família. As orientações não estão prontas, pois cada casa apresenta uma realidade e é baseada nessa realidade que acontece a troca de informações, (VASCONCELOS, 1998).

Segundo o relato de um dos agentes no estudo de Ferraz (2005): “muitas vezes as pessoas não percebem seus problemas, no entanto, durante uma VD, é possível observar as condições do pátio, da casa e iniciar uma conversa sobre questões de saúde”. Nessas ocasiões, o agente tem a oportunidade de identificar problemas e orientar, “trocar idéias”, no mesmo “papo” sobre cuidados em saúde.

Nos PSF visitados por Ferraz (2005), um dado interessante é que o número de VD realizadas por dia é em média de sete a nove, ficando abaixo da média recomendada pelo Ministério da Saúde, que é de no mínimo oito visitas diárias. A maioria dos agentes relatou ter um número elevado de famílias sob sua responsabilidade e atividades administrativas que tomam grande tempo. Essas atividades administrativas citadas consistem em: atuar na recepção da unidade de saúde, realizar o agendamento de consultas, organizar pastas e prontuários, controlar materiais e almoxarifado e o preencher fichas do SIAB.

Esse baixo número de VD/dia determina que os agentes priorizem as famílias que necessitam de um maior acompanhamento, como aquelas com pessoas em tratamento médico, com tuberculose, AIDS, doença mental, gestantes, puérperas e crianças em risco nutricional.

Além do excesso de famílias, o número de horas dispensadas para essa atividade é insuficiente. Neste sentido, é necessário estabelecer prioridades para proporcionar o atendimento adequado a cada família no contexto do PSF, garantindo que as famílias com maior risco não fiquem sem acompanhamento adequado.

2.7.2 A Legislação dos Agentes Comunitários de Saúde

Desde a implantação do PACS, os Agentes Comunitários de Saúde vêm se organizando em busca do reconhecimento legal da profissão pois, com a expansão da saúde da família e a consequente incorporação destes trabalhadores às equipes multiprofissionais, houve uma ampliação das aspirações do reconhecimento de sua identidade profissional e de seus direitos trabalhistas e sociais.

A organização dos Agentes Comunitários propiciou a edição do Decreto Federal nº 3.189/99, que fixava as diretrizes para o exercício de suas atividades e, posteriormente, a Lei nº 10.507 de 2002 que criara a profissão de Agente Comunitário de Saúde, tendo esta definido que o exercício da profissão dar-se-ia exclusivamente, no âmbito do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2001)

Ao contrário dos outros membros da equipe, o ACS não precisa ter conhecimentos prévios na área. Depois de aprovado na seleção, o agente recebe treinamento sobre as ações que deverá desenvolver e estará sob constante supervisão de seu enfermeiro supervisor. Qualquer membro da comunidade que se enquadre no perfil estabelecido pode inscrever-se e se submeter ao processo seletivo instituído pela Secretaria Municipal de Saúde e ou processo congênere. (BRASIL, 2001)

O processo de profissionalização desses trabalhadores considerou as novas perspectivas delineadas para a educação profissional no Brasil (Lei Federal Nº 9.394/96), que apontava para a necessidade de elevação da escolaridade e para uma concepção de formação. (BRASIL, 2003).

Atualmente, o registro das atividades dos Agentes Comunitários é pautado, também, pela Portaria 648, de 28 de março de 2006. (BRASIL, 2006) que define as atribuições comuns a todos os profissionais e atribuições específicas dos ACS.

Em 06 de outubro de 2006 a Lei nº 11.350 revogou a Lei nº 10.507 de 2002 que criou a profissão de Agente Comunitário de Saúde. Porém, no artigo 3º, define as atividades dos ACS que são a “prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal”. (BRASIL, 2006, p.1-2)

2.7.3 Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde

Realizando uma análise dos aspectos referentes à capacitação dos ACS, encontramos inicialmente dois manuais do Ministério da Saúde que eram utilizados em sua formação: o “Manual do Agente Comunitário de Saúde” e o “Caderno de Atenção Básica nº 02”. O primeiro enfatizava o conceito de saúde; condições de vida que promovem ou deixam de promover a saúde; saúde e vida comunitária; as atividades do ACS; importância do trabalho do ACS. O segundo documento discutia aspectos gerais da proposta; integração das equipes; discussão das atividades a serem desempenhadas; aspectos da atenção integral a saúde individual e coletiva. Porém, no cotidiano do processo de trabalho, exigia-se um conhecimento prévio da área de abrangência, a ser construído por meio de diagnóstico da comunidade, com base nos aspectos

demográficos, socioeconômicos ambientais e sanitários, bem como a compreensão dos indicadores do SIAB. Sendo assim foi sugerido à Coordenação Estadual do Programa que antes de se iniciar as atividades das equipes, os ACS e os demais membros participassem de uma capacitação específica denominada de “Treinamento Introdutório”.

Neste treinamento são utilizados métodos participativos, como a Metodologia da Problematização e o Método Baseado em Problemas (PBL), acompanhadas por atividades práticas avaliadas posteriormente pelos instrutores.(BRASIL 2000)

Durante a trajetória do PSF, foram implantados vários programas do Ministério da Saúde, enfatizando a Educação Continuada nas equipes, entre eles: o desenvolvimento de “Pólos de Capacitação e Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para Saúde da Família” (BRASIL 2002), alcançando de 1998 a 2001 o total de 1.344 cursos de qualificação para ACS. Em 2003 o MS aprova a “Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde”, com o papel fundamental de propor o processo de capacitação dos trabalhadores de saúde.

A qualificação do ACS deve superar a multiplicação de conteúdo propostos pelas instituição de formação, como estratégia de habilitá-los para o reconhecimento da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidade e deve ser baseada em construção compartilhada pautada na demanda de suas atividades e ações, de forma a possibilitar a reflexão do saber, saber ser e saber fazer (NUNES, 2002).

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este estudo caracteriza-se por uma abordagem quanti-qualitativa de caráter exploratório de campo propondo-se a analisar quais as estratégias de priorização das visitas domiciliares utilizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde e os benefícios da aplicabilidade da Escala de Risco Familiar de Coelho (2002), no Programa de Saúde da Família

Constituindo-se em uma pesquisa exploratória, busca-se observar, descrever e documentar certos aspectos de uma situação que naturalmente ocorre, (POLIT e HUNGLER, 1995).

Segundo Gil (2002), a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, descrevendo as características de determinadas populações ou fenômenos com vistas a torná-lo mais explícito.

De acordo com Minayo (1993), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário utilizado foi o PSF Emydio Cabral, pertencente à Área Programática (AP) 5.3, localizado no Conjunto Gouveias, Paciência sub-bairro de Santa Cruz, Zona Oeste da cidade do

Rio de Janeiro. Esta unidade foi convertida do modelo assistencial para o modelo Programa de Saúde da Família em maio de 2007.

O módulo dispõe de um total de oito equipes divididas em cores: lilás, marrom, azul, amarela, vermelha, verde, laranja e rosa. Possui também 04 equipes de saúde bucal. A escolha se deu por ser uma comunidade da qual já fiz parte de trabalhos voluntários relacionados à Pastoral da Criança há aproximadamente 15 anos.

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo foram inicialmente doze Agentes Comunitários de Saúde, sendo posteriormente excluídas duas ACS que não conseguiram completar as escalas no prazo estipulado, alegando sobrecarga de trabalho. Assim, no total, os sujeitos foram 10 ACS que compõem as equipes do PSF Emydio Cabral, todas do sexo feminino, com faixa etária variável. O quantitativo de agentes não foi previamente estipulado, sendo inserido no estudo os que concordaram em participar da pesquisa, sendo identificados pelas iniciais ACS e por números arábicos (ACS1, ACS2...) preservando o anonimato dos mesmos.

3.4 COMITÊ DE ÉTICA E CONSENTIMENTO

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá, sendo aprovado em 24 de maio de 2008, pelo protocolo 1574.0.000.308-08. (ANEXO II)

Os ACS participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, bem como os riscos e benefícios de participação no estudo, sendo solicitado posteriormente, por escrito, o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (APÊNDICE I), de acordo com o item IV da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

O período de coleta dos dados foi de junho a outubro de 2008, seguido da realização da análise dos dados nos meses de novembro e dezembro do mesmo ano.

De acordo com Turano (2003), alguns passos devem ser seguidos para realização da pesquisa de campo. Na construção do quadro abaixo, a coluna “Procedimentos Técnicos” foi utilizada para abordar as sugestões do autor referente aos passos a serem seguidos e na coluna “Operacionalização dos Procedimentos”, os passos seguidos para coleta dos dados deste estudo.

QUADRO 3 - Etapas Utilizadas para Coleta de Dados:

Procedimentos Técnicos:	Operacionalização dos Procedimentos:
1. Idas de Acluturação e ambientação ao campo.	1. Visita ao local e apresentação ao grupo.
2. Entrevistas preliminares e rearranjos das questões.	2. Realizado “Projeto Piloto”, aplicação e ajustes.
3. Seleção dos sujeitos e convite para participação.	3. Encontro com o grupo de ACS para apresentação do projeto.
4. Marcação das entrevistas.	4. Acordo de encontros semanais
5. Uso de recinto reservado.	5. Estipulado local para realização do estudo de acordo com disponibilidade da unidade.
6. Estabelecimento da aproximação.	6. Realizado dinâmica da “Folha Verde”
7. Explicação do Termo de Consentimento	7. Leitura compartilhada com os ACS do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”.
8. Coleta dos dados.	8. Iniciado a coleta dos dados.
9. Apresentação paulatina das questões do roteiro.	9. Preenchimento do formulário e Escala de Risco para posterior análise.
10. Observação/auto-observação total da entrevista.	10. Observação do comportamento/interesse dos participantes.
11. Disponibilidade do entrevistador pós-entrevista.	11. Compromisso de retorno dos resultados a unidade.

Inicialmente, foi realizada visita à unidade e contato com os enfermeiros das equipes, demonstrando os objetivos do estudo e os convidando a participar, de forma a estabelecer um

vínculo de confiança com os profissionais, facilitando a inserção e interação no campo da pesquisa.

Conforme apresentado por Minayo (1993), a interação torna-se imprescindível porque o relacionamento entre os sujeitos, seja do entrevistador/entrevistado, observador/observado ou mesmo do pesquisador/pesquisado, é o que permitirá a construção de novo conhecimento a partir do que é tido como conhecido, pois a busca de respostas, a dúvida e incertezas são razões para se realizar a pesquisa.

A realização da pesquisa foi precedida de um estudo piloto no mês de maio/08 no qual três ACS de outro módulo, pertencentes à mesma AP, preencheram os instrumentos de avaliação com dez famílias. Posteriormente, foi realizada uma discussão sobre o tema e aplicabilidade de cada item e estratégia para coleta de dados, identificando dúvidas a respeito do preenchimento e aceitabilidade do instrumento como um todo.

Após contato com a coordenadora técnica da unidade, foi apresentado o projeto aos agentes e convite para participação no estudo, sendo acordado um cronograma com encontros semanais para coleta dos dados com os interessados.

No primeiro encontro foram apresentados os objetivos da pesquisa, os instrumentos e o termo de consentimento. Inicialmente o grupo foi formado com quatro ACS. Nos encontros subsequentes, os agentes inicialmente participantes foram disseminadores e convidaram os demais agentes, mostrando que os impressos eram de fácil preenchimento e os benefícios do trabalho para a unidade, finalizando dez participantes do estudo.

A pesquisa foi estruturada em quatro etapas:

Primeira etapa: foi realizada uma dinâmica rotulada com “Folha Verde”, em que os participantes colocavam de um lado da folha de papel ofício verde as principais dificuldades

encontradas para priorização e realização das VD e do outro lado as prioridades estabelecidas por eles para realização destas visitas. O objetivo principal da dinâmica foi à descontração do grupo.

Segunda etapa: aplicação do formulário semi-estruturado (APÊNDICE II), buscando identificar a estratégia de priorização utilizada para visita domiciliar das famílias cadastradas.

Houve dificuldade para entrega dos formulários preenchidos, justificada pelos ACS como sobrecarga de tarefas. Estes foram entregando conforme sua disponibilidade para preenchimento.

Terceira etapa: avaliação do perfil de risco, através da aplicação da Escala de Risco Familiar de Coelho (QUADRO 2), das famílias cadastradas pelos ACS participantes da pesquisa, tendo como fonte de dados a ficha A do SIAB (ANEXO I). Esse passo foi realizado de forma individual com cada agente devido à dificuldade na entrega do primeiro formulário. O somatório dos escores foi realizado e as famílias classificadas em:

Risco 0: escore inferior a 5;

Risco 1: escore 5 ou 6;

Risco 2: escore 7 ou 8;

Risco 3: escore 9 ou maior.

As famílias foram identificadas pelo seu número de registro e identificação das equipes pela cor, garantindo o anonimato destas, sem identificação por nome ou endereço.

Quarta etapa: foi adicionado ao formulário semi estruturado o escore obtido na avaliação de cada família pela ERF e comparado com as prioridades estabelecidas pelos ACS.

3.6 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

A técnica de análise dos dados utilizada foi a Análise de Conteúdo. Segundo Deslandes (2001), pode-se definir a análise de conteúdo como um conjunto de instrumentos metodológicos que se presta ao estudo das comunicações e que partindo da escolha e definição de determinados indicadores, permite a inferência de variáveis. São estas variáveis que auxiliam na compreensão e interpretação das condições que possibilitaram a construção de uma comunicação ou de suas conseqüências. Ou, como define Bardin, (1977, p.42):

“Designa-se sob o termo Análise de Conteúdo um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.” (Bardin, 1977, p.42)

Ou seja, mais importante que os dados numéricos ou a descrição dos textos em si, são as inferências que podem ser construídas a partir do tratamento dado a eles. Assim, “a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)” (BARDIN, 1977).

O que se pretende quando da realização da análise de conteúdo é poder inferir as condições de produção ou certas variáveis de um tipo de comunicação tomado por objeto de análise. É a partir das variáveis inferidas que se dá o trabalho de interpretação, atividade que dá conclusão ao trabalho de análise de conteúdo e constitui seu objetivo final.

A análise de conteúdo pode ser organizada em três pólos cronológicos ou etapas. A primeira etapa, denominada pré-análise, é uma fase de organização que tem como objetivo operacionalizar e sistematizar as idéias iniciais. Bardin (1977) considera esta fase como período de instituições.

A pré-análise possui três objetivos: (1) a escolha dos documentos a serem analisados; (2) a formulação de hipóteses e objetivos; e (3) a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. As atividades empreendidas nesta fase são abertas e não estruturadas, havendo uma interrelação entre elas. Após a escolha do material, o passo seguinte é a realização de uma leitura flutuante, quando surgem impressões e orientações para a análise. Este é um trabalho preparatório da análise, no qual se escolhem os índices que serão organizados sistematicamente em indicadores.

Após a pré-análise, parte-se para a segunda etapa, a exploração do material, quando se administram sistematicamente as orientações e decisões tomadas na pré-análise. Nesta fase, é feito um recorte do material a ser analisado, através de uma grelha de categorias definidas na pré-análise que são projetadas sobre os conteúdos.

Por fim, a terceira etapa compreende o tratamento dos resultados obtidos e o trabalho de inferência e interpretação. Assim, ao fim da análise, obtém-se a elaboração de um elo entre os dados do texto e a teoria prévia do analista.

A análise deste estudo foi realizada através da leitura dos dados obtidos com o preenchimento da “folha verde” na dinâmica, o formulário semi-estruturado e a aplicação da Escala de Risco Familiar. Posteriormente, foi construído um “mapa de associação de idéias”, que segundo Spink e Lima (2000), tem o objetivo de dar subsídio ao processo de interpretação e facilitar a comunicação dos passos do processo interpretativo. Após a análise do mapa foi realizada a divisão dos dados em categoria e subcategorias.

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com a revisão de literatura observamos que compete ao ACS, no exercício de sua prática, a capacidade de mobilizar e articular conhecimentos, habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho. Porém, em suas atividades diárias, estes “agentes facilitadores” encontrarão dificuldades para realizarem estas ações e muitas vezes conseguirão com a prática elaborar mecanismos para resolverem seus problemas e priorizarem suas ações.

Neste estudo, conseguimos através dos instrumentos, captar algumas dificuldades encontradas pelos ACS para priorização e realização das VD e as prioridades estabelecidas por eles para realização destas visitas. De acordo com a orientação dos passos sugeridos por Turano (2003) e por Bardin (1977), após a coleta de dados deve-se analisá-los através de categorias e subcategorias, com a finalidade de atingir os objetivos propostos no presente estudo.

4.1 PRIORIDADES ESTABELECIDAS PELOS ACS PARA REALIZAÇÃO DAS VD

Nesta primeira categoria serão apresentadas as prioridades estabelecidas pelos ACS para realização das VD em sua prática profissional.

Durante a dinâmica foi observado que todos os agentes participantes do estudo utilizaram para priorizar a realização de suas VD a presença de um componente familiar com diagnóstico patológico, conforme podemos observar:

“Prioridades como prematuros, hipertensos, diabéticos, tuberculose, soros positivos [...]” (ACS 1)

“Hipertensos, diabéticos, tuberculose [...]” (ACS 4)

Diante da base de trabalho do PSF, torna-se clara a importância de um olhar que transcenda o biológico. Para compreender as dimensões biopsicossociais das famílias e priorizar as VD, é essencial conhecer a história de cada paciente.

A visão da maioria dos agentes ainda permanece voltada apenas na perspectiva biomédica, priorizando basicamente a doença e não associando/analizando os riscos sociais, deixando para segundo plano a oportunidade de atuar na prevenção e promoção da saúde.

Como visto, uma das responsabilidades dos ACS está na "abordagem integral da família" e o "desenvolvimento de ações de educação e vigilância à saúde", entre outras, para isso, os agentes comunitários de saúde devem, então, ser capacitados sobre os diferentes aspectos do processo saúde-doença. Além do saber biomédico, precisam ser incorporados, a sua formação, outros saberes que favoreçam o processo de interação dos agentes com as famílias, bem como a identificação de necessidades. A compreensão do processo saúde-doença em todas as suas dimensões (biológica, social, política, econômica e cultural) é importante para o planejamento adequado das ações de saúde com base na realidade em que se encontram as famílias (Nunes, 2002).

Entretanto, a formação dos profissionais de saúde está pautada no modelo de educação tradicional e Flexeriano dos cursos médicos, que enfocam fortemente os aspectos biológicos, fragmentam o saber e se reproduzem em uma prática compartimentada, técnica e reparadora (Saupe & Wendhausen, 2003). Esta prática não contempla a participação dos usuários, das famílias e da comunidade no seu próprio processo de recuperação e tampouco estimula a participação comunitária para a transformação dos determinantes de saúde. A maioria dos trabalhadores da ESF é formada nesse modelo e são esses os profissionais que estão capacitando os agentes comunitários, inspirados no modelo biomédico de saúde.

Com base neste pressuposto, devemos elaborar o processo de capacitação e educação permanente dos agentes comunitários de saúde para que possam exercer efetivamente suas atribuições.

Outra prioridade, estabelecida pelos ACS, que encontramos no estudo, está focada na preocupação em “agilizar” exames e consultas médicas em pacientes que estão há algum tempo sem avaliação médica.

“[...] hipertensos, diabéticos e idosos que estão há mais de 6 meses sem consulta também priorizo...” (ACS 2)

“[...] hipertensos e diabéticos que não são consultados há bastante tempo, priorizo para marcação de consultas [...]” (ACS 6)

Ao analisamos as falar destes agentes observamos que para eles, ao conseguirem agendar uma consulta médica ou um exame estarão realizando de forma satisfatória suas atribuições com aquela família. Fazer parte da equipe de saúde e conseguir acesso a consultas e exames coloca o agente em um lugar de prestígio dentro da comunidade. Nunes et al (2002) comenta sobre esta sensação de poder na construção da identidade do ACS, ficando nesta relação o agente no lugar favorecido e a comunidade no lugar de dependente. Segundo o autor, esta dependência da comunidade para o agente não é algo ruim, ao contrário é sinal de afinidade e confiança depositada nele.

Devemos lembrar que a construção social deste novo sistema de saúde exige mudanças, não apenas estruturais, mas também mudanças na concepção da participação comunitária, saindo do quadro de passividade e sendo responsável pela participação do processo saúde/doença. O paradigma sanitário passa a privilegiar esta produção social da saúde. A prática sanitária não se fixa na atenção médica meramente curativa, hoje trabalhamos com o conceito ampliado de saúde, onde a promoção, a prevenção, a participação comunitária e a educação em saúde são primordiais.

4.2 DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA PRIORIZAÇÃO E REALIZAÇÃO DAS VD

Durante a realização da dinâmica com os agentes, em um segundo momento, perguntou-se sobre os problemas que os ACS vêm encontrando para realização das VD. Nesta subcategoria, concentramos as falas dos ACS que referiam as dificuldades na continuidade da assistência pela falta de médico nas equipes.

“Falta de médico, dificuldade para realizar VD com médico, agendamento de consultas que ficam para datas distantes, falta de credibilidade no programa, devido estes fatores. Demora para marcação de exames, demora pra conseguir vaga para encaminhamento de pacientes.” (ACS 1)

“[...] falta de médico, demanda muito grande de pessoas que necessitam de consultas [...]” (ACS 6)

“Falta de médico, pois muitos usuários necessitam de VD de médico [...]” (ACS 9)

As Unidades de PSF funcionam de acordo com as normas definidas na Portaria nº 648 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Para a implantação das Equipes de Saúde da Família, é necessário haver uma equipe multiprofissional. Inicialmente a ESF era composta por, no mínimo, 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde, e a partir de 2006, o número de ACS foi ampliado para 12 ACS por equipe de Saúde da Família, (BRASIL, 2006).

No entanto, a realidade tem mostrado que na prática não é bem isso que vem acontecendo. Na unidade do PSF Emydio Cabral, no momento da realização do estudo, encontramos das oito equipes apenas três com médico.

Cabe ressaltar que tal problema reflete diretamente a qualidade da assistência prestada. Sem a assistência médica do programa a população procura os prontos-atendimentos, que também sofrem com a falta de médicos, e assim segue até chegar aos hospitais, sobrecarregando

as emergências com problemas que poderiam ser facilmente resolvidos nos PSF. Vejamos uma fala que traz tal percepção:

“[...] algumas famílias preferem o atendimento de emergência 24 hs.” (ACS 10)

O Ministério da Saúde preconiza que a própria Unidade de Saúde da Família deva solucionar 85% dos casos de saúde de sua área, afinal, a proposta é inverter a pirâmide atual que superlota as emergências dos grandes hospitais, porém com o número reduzido de profissionais e sobrecarga dos mesmos, esta meta fica comprometida.

Em outra subcategoria das dificuldades relatadas pelos ACS, encontramos a falta de apoio e interação entre os diversos profissionais que compõem o PSF:

“Falta de apoio no nosso trabalho” (ACS 3)

“[...] muita cobrança no trabalho, pouco apoio e orientação.” (ACS 6)

A estratégia do PSF requer um ACS atuante e capaz de realizar ações que sejam de sua competência profissional. Portanto, toda equipe deve estar envolvida e comprometida com a proposta inicial, de reestruturação da Atenção Básica, através de ampla divulgação das informações e orientações voltadas à promoção de saúde e prevenção de doenças.

Como exemplo, relato da Coordenadora do PSF de Itapeva - SP:

“[...] quando os ACS são motivados a qualidade do seu trabalho melhora muito, eles participam do planejamento das ações da equipe e elaboram um roteiro, onde a equipe dá o suporte que eles solicitam”. (RET-SUS, 2007)

A prática no PSF deve ser desenvolvida por uma equipe interdisciplinar, na medida em que se participa, integra conhecimentos específicos de cada área com o objetivo comum de promover e manter a saúde da população. Menegolla (2003) relata que a colaboração dos companheiros de equipe é imprescindível para o bom andamento das orientações e cuidados prestados a população. Uma forma de integrar a equipe é a “reunião de equipe” que é entendida como um instrumento de trabalho fundamental ao desenvolvimento de uma nova prática social

em saúde é o momento de troca social do coletivo em torno da programação das atividades e da exposição de dificuldades no cotidiano do trabalho dos ACS.

Compreendemos a expansão do PSF para além de um trabalho técnico hierarquizado, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diversos poderes, possibilitando autonomia e criatividade de todos os envolvidos, favorecendo assim, maior integração da equipe e desta com a comunidade. Caso a integração entre os componentes das equipes não aconteça, corremos o risco de não avançarmos no modelo de saúde que nos propomos praticar.

Outro fator que surgiu como subcategoria se refere a “sobrecarga de trabalho e o acúmulo de trabalho burocrático”. Com a implantação de uma unidade do PSF em uma comunidade, os ACS iniciarão seu trabalho pelo mapeamento do território, adscrição da clientela, cadastramento e acompanhamento das famílias.

Para continuidade do trabalho, os agentes deverão manter os dados registrados, o preenchimento da ficha A é muito importante, pois ele é um documento que servirá para base de trabalhos e desenvolvimento do perfil da área. A alimentação pelos ACS do SIAB permitirá o acompanhamento contínuo das atividades desenvolvidas visando à melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Estes trabalhos burocráticos tomam tempo e nem sempre são apreciados pelos profissionais de saúde, porém é com base nas informações do nível local que o nível central tomará as decisões, interferindo assim no plano de gestão, pois as novas medidas são tomadas de acordo com as informações fornecidas.

Referente à sobrecarga de trabalho, a Portaria nº 648 recomenda que cada ESF tenha até 12 ACS, e que cada agente comunitário acompanhe no máximo 750 pessoas, favorecendo uma cobertura de 100% da área adscrita. Na unidade onde a pesquisa foi realizada, encontramos ACS com mais de 200 famílias ultrapassando o número de 750 pessoas para cada agente.

De acordo com os ACS do estudo, este número de pessoas demanda uma sobrecarga de trabalho muito intensa, como podemos perceber nas falas:

“Muitos pacientes, falta de tempo (aceleração no trabalho)” (ACS 2)

“[...] dificuldade de realizar acompanhamento de todos.” (ACS 5)

Os ACS relataram que a sobrecarga de trabalho piora quando não encontram ninguém em casa e precisam retornar várias vezes, aumentando ainda mais o desgaste físico.

“[...] pessoas que acordam tarde, pessoas que trabalham” (ACS 7)

“[...] pessoas que trabalham e que não tem tempo para nos atender...” (ACS 8)

“Disponibilidade de horário do usuário [...]” (ACS 9)

“[...] casas fechadas, pessoas que trabalham [...]” (ACS 10)

Considerando a jornada de trabalho diária de oito horas, o que significa na prática, dedicação integral ao PSF, todos os dias da semana, de segunda à sexta-feira, observa-se que a sobrecarga pode dificultar o processo de trabalho, comprometendo a qualidade da atenção. Além disso, os profissionais estão sujeitos a uma dinâmica laboral particular de viver e trabalhar na mesma comunidade, que pode gerar pressões e sobrecarga adicionais. Silva (2008), em seu estudo encontrou altas proporções de ACS com níveis moderados ou altos de exaustão emocional.

Um dos desafios do coordenador técnico e dos integrantes das equipes é a supervisão da relação famílias/ACS e o trabalho diário da motivação destes profissionais a fim de manter a qualidade da atenção prestada.

Como subcategoria, também podemos citar o tempo dispensado com orientações a pacientes com Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

As doenças crônico-degenerativas são modificações lentas que agredem diretamente ao corpo. Hoje em dia, doenças como DM e HAS respondem por um grande número de mortes passíveis de prevenção.

Segundo Aranha e Martins (1993), o corpo é parte integrante da totalidade do ser humano. É através dele que participamos do real no trabalho, na arte, na família, na política. É através do corpo que o homem exerce sua ação transformadora. O corpo é a pessoa se expressando.

A orientação realizada por estes profissionais deve ser incentivada e valorizada. O individuo deve conhecer muito além dos sinais e sintomas, deve-se explorar o sentido que ele dá a doença e a visão que tem dela. Conhecendo seus hábitos e estilo de vida, o ACS olhará de forma circular e não linear sobre a causa da doença. Assim suas ações sobre as famílias tenderão a provocar mudanças, por isso devemos incentivar a orientação popular fornecida por estes agentes.

Chiesa e Veríssimo (2003) relatam que quando as informações de saúde são transmitidas por um profissional universitário, a interação comunicativa se torna prejudicada, em decorrência das diferenças sociais e culturais dos profissionais universitários e alguns segmentos da população, encontrando-se uma prática a partir de ordens, ao invés de conselhos argumentados.

De acordo com a regulamentação profissional e o Ministério da Saúde (2001), os ACS devem estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, atuando como educador, de forma a orientar a população sobre os fatores de risco, complicações, tratamentos, bem como medidas preventivas das doenças crônicas, objetivando uma melhor qualidade de vida.

4.3 APLICAÇÃO DA ESCALA DE RISCO FAMILIAR DE COELHO

Em relação aos dados quantitativos obtidos com a aplicação da ERF, foi utilizada a estatística descritiva com distribuição absoluta e relativa.

Depois de concluído o preenchimento do formulário, iniciamos a classificação com 1.738 famílias, tendo como base a Ficha A dos 10 ACS participantes do estudo, porém durante o preenchimento dos instrumentos, 70 famílias foram excluídas, devido falta de dados pela não atualização da Ficha A.

Tabela 01: Famílias Classificadas por Equipes

<i>Equipes</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Lilás	404	24,2
Marrom	357	21,3
Laranja	346	20,7
Rosa	304	18,4
Vermelha	257	15,4
Total	1668	100%

Conforme demonstrado na tabela 01, o maior número de famílias analisadas encontra-se na equipe lilás (404 famílias), seguida da equipe marrom (357 famílias), laranja (346 famílias), rosa (304 famílias) e vermelha (257 famílias), totalizando 1.668 famílias classificadas.

Das 1.668 famílias analisadas, podemos visualizar na tabela 02 que 1.512 não foram consideradas de risco de acordo com a ERF, ou seja, apresentaram somatório dos escores inferior a 5 pontos. Porém das 157 famílias consideradas de risco pela escala, 105 apresentaram risco baixo, classificado como R1 com somatório dos escores entre 5 a 6, apresentando como principais problemas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e presença de maior de 70 anos na família, geralmente acamados.

Classificada como R2, 31 famílias apresentaram escores entre 7 e 8 no somatório, apresentando, além dos problemas mencionados no R1, problemas relacionados a desemprego e drogadição na família.

Em relação às famílias que apresentaram maior risco social- R3, 20 estão neste grupo e apresentaram escore acima de 9. Associado aos problemas relacionados, encontramos também baixas condições de saneamento e alta relação morador/cômodo.

Tabela 02: Riscos Encontrados nas Famílias Analisadas

<i>Risco</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
R0	1512	90,6
R1	105	6,3
R2	31	1,9
R3	20	1,2
Total	1668	100%

Ao cruzarmos os dados obtidos na classificação das famílias pela ERF com o preenchimento do formulário as priorizações dos agentes não atingiram 32 (30,5%) das famílias com classificação em R1, 04 famílias (13%) com R2 e 02 (10%) com R3. Um dos motivos principais para o ocorrido, que chamou muita atenção durante a dinâmica e na aplicação da escala, foi que os ACS tiveram dificuldades para priorizar as famílias que apresentavam apenas problemas sociais como risco, principalmente relacionado a desemprego, baixas condições de saneamento e alta relação morador/cômodo. Apenas classificavam como prioritária as famílias que apresentavam associadas a estes fatores uma patologia clínica.

Martin (1998) aponta que a situação de risco pessoal e social de uma família é entendida como a situação vivida pela família em desvantagem, que lhe determina características gerais de múltiplos problemas, o que a incapacita de funcionar adequadamente na sociedade mais ampla.

Um ACS deve ser capaz de identificar áreas de risco e que, de acordo com o problema encontrado, deverá organizar palestras ou outras atividades com a comunidade a fim de

solucioná-lo. Nada mais lógico, afinal este profissional pertence ao grupo afetado pelos problemas, vive a mesma realidade e está comprometido com a comunidade, (RET-SUS, 2007).

O ACS, quando bem preparado, desempenha suas funções sem nenhum impedimento e, dentre suas atribuições, está a de reconhecer os problemas de saúde prevalentes e identificar os riscos aos quais a população está exposta.

No manual do curso introdutório do ACS encontramos o conceito de risco, situação de risco, fatores de risco e áreas de risco. Apesar de “risco” ser apresentado na maioria dos capítulos como uma situação dinâmica, ainda é uma dificuldade para o ACS, que mora e faz parte do cotidiano da comunidade, identificá-lo. A avaliação do risco é a primeira das ações sugeridas ao ACS e, portanto, um conceito chave que deve ser trabalhado na capacitação e, diariamente, com o agente.

Tabela 03: Risco Familiar por Equipes

<i>Risco</i>	<i>Rosa</i>		<i>Laranja</i>		<i>Lilás</i>		<i>Vermelha</i>		<i>Marrom</i>	
R0	288	94,7	319	92,2	388	96,0	242	94,2	275	78,0
R1	11	3,6	19	5,5	09	2,2	13	5,1	51	14,3
R2	03	1,0	03	0,9	05	1,2	02	0,7	16	4,5
R3	02	0,7	05	1,4	02	0,6	0	0	11	3,2
Total	304	100%	346	100%	404	100%	257	100%	357	100%

Ao analisarmos a tabela 03, “Risco familiar por equipes”, das cinco equipes participantes do estudo, quatro apresentaram perfil de risco semelhante, ou seja, alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DM e HAS), presença de maiores de 70 anos e desemprego. Em relação à equipe marrom, esta apresentou percentuais bem elevados nas famílias classificadas em R1/R2/R3, merecendo destaque à precariedade nas condições de saneamento, altos índices de desemprego e presença de drogadição na área de atuação dos agentes.

Em relação aos percentuais obtidos em cada escore e analisados por equipes, podemos observar melhor na tabela 04, pois podemos visualizar um grande número de diabéticos e hipertensos na comunidade estudada, justificando a necessidade de orientações á população.

Tabela 04: Escores Apresentados por Equipes:

	<i>HAS</i>	<i>Def. Física</i>	<i>Def. Mental</i>	<i>DM</i>	<i>Droga-dição</i>	<i>Desemp</i>	<i>Baixo saneam</i>	<i>Maior 70 anos</i>	<i>Acama do</i>	<i>Menor 6 meses</i>	<i>Analfabeto.</i>
Rosa	134	11	07	44	09	10	01	29	03	03	0
Laranja	117	08	17	33	10	30	06	17	04	07	12
Lilás	163	05	05	34	03	17	0	39	05	04	06
Vermelha	85	05	04	45	0	13	0	21	05	10	01
Marrom	79	04	04	07	28	77	84	47	01	09	25
Total	578	33	37	163	50	147	91	153	18	33	44

4.4 BENEFÍCIOS DA ESCALA DE RISCO FAMILIAR DE COELHO

Com aplicação da escala, pudemos observar que ela é uma ferramenta de avaliação e acompanhamento da realidade social e econômica no contexto de vida de cada família, reconhecendo as reais necessidades de saúde no contexto da ESF, identificando, não apenas as famílias que estariam sob risco e que precisariam de uma maior atenção por parte dos serviços, mas uma forma de identificá-las e trabalhar com a prevenção e a promoção da saúde.

Além da utilização na prática com os ACS, a escala pode ser utilizada:

- a) como uma ferramenta de gestão, pois ao analisarmos o perfil de risco das famílias por agentes, por equipes, por microárea e na área total de abrangência do PSF, podemos apresentar os dados para o nível central ou utilizá-los para comparar com PSF de área vizinhas ou de outros municípios;
- b) para auxiliar os profissionais a realizarem seu planejamento das atividades locais, priorizando as áreas de maior risco ou maior necessidade de prevenção e promoção;

- c) para apontar a prevalência de patologias, idosos, crianças, gestantes, etc. na área, sendo elaborado campanhas específicas;
- d) como parâmetro para organização da Ficha A dos ACS, mantendo as famílias organizadas por risco.
- e) para priorizar as visitas domiciliares, consultas, exames e intervenções dos ACS ou de outros profissionais que compõem as equipes, principalmente os profissionais de nível superior, pois, na maioria das vezes, a demanda é bem acima da capacidade tanto de médico quanto para enfermeiros de realizarem estas VD. A ordem é priorizar, dentre famílias, as que têm maior risco.

Neste estudo observamos que, das 1.668 famílias analisadas, apenas 20 apresentaram maior risco (R3), possibilitando que os profissionais de nível superior, além de auxiliarem os ACS em seus trabalhos com as famílias de risco, possibilita a organização e a realização de VD às famílias prioritárias.

Desta forma, observa-se que a Escala de Risco Familiar de Coelho é um instrumento válido para o aperfeiçoamento, agilidade e qualidade no trabalho de atendimento às famílias inscritas no PSF, proporcionando maior eficácia nas ações, na organização dos serviços e na prática da assistência à saúde.

4.4 ALTERAÇÕES SUGERIDAS PARA A ESCALA DE RISCO FAMILIAR DE COELHO

Durante a utilização da ERF houve sinalização dos agentes referente aos “pontos negativos da escala”, principalmente por que algumas famílias priorizadas pelos ACS para

realização das VD não foram priorizadas pela ERF, com isso propusemos algumas modificações na Escala de Coelho (2002) para melhor adequação à realidade das famílias atendidas.

Segundo Castiel (1996), uma escala de risco deve sempre se materializar na constatação de que o risco é “proteiforme”, ou seja, envolve diferentes aspectos, dentre eles: os econômicos (desemprego, miséria), ambientais (poluição), de condutas pessoais (alimentação, atividade física), dimensões interpessoais (sexualidade) e criminais (eventos vinculados à violência urbana).

Observamos, durante a aplicação da escala, que algumas famílias não haviam sido classificadas na Escala de Coelho (2002), pois apresentavam integrantes com outras doenças crônicas não transmissíveis como tuberculose, câncer, cirrose, etc., não sendo consideradas de risco pela escala.

Segundo Monterio (2005), a estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que as DCNT já são responsáveis por 58,5% de todas as mortes e por 45,9% da carga total global de doenças, expressas por anos perdidos de vida saudável. Para melhor captação e acompanhamento destes pacientes sugiro que os escores “Hipertensão Arterial Sistêmica” e “Diabetes Mellitus” sejam substituídos por “Doenças Crônicas”.

Relacionado ao escore saneamento básico, a questão da higiene nos espaços do domicílio perpassa os aspectos relacionados somente ao ambiente externo, como o saneamento básico, estando relacionada a aspectos culturais e comportamentais, devendo ser classificada pela escala e trabalhada pela equipe. Desta forma, no escore “Baixas Condições de Saneamento”, seriam substituídas por “Baixas Condições de Higiene”.

Pacientes que se apresentam isolados socialmente por depressão, “Síndrome do Pânico”, ou outras patologias que já fazem parte do cotidiano das comunidades e que causam algum tipo

de isolamento, poderiam ser adicionadas ao escore “Deficiência Mental”, substituído por “Isolamento Social/ Deficiência Mental”.

Em relação à “Drogadição”, a sugestão seria modificar para “Uso de Drogas Lícitas e Ilícitas”, visto que o etilismo e o tabagismo são fatores de risco dentro de um ambiente familiar, e não somente o uso de drogas ilícitas.

Segundo Sabry (1999), o tabagismo e o etilismo têm sido relacionados com a prevalência de várias doenças ou distúrbios, sendo o tabagismo responsável por 1/5 das mortes por doenças cardíacas. Ressalta ainda que o hábito de fumar vem sendo relacionado com maior prevalência de hipertensão arterial, bem como está associado ao desencadeamento de doenças pulmonares.

A presença de pacientes com dificuldade de locomoção faz parte do cotidiano das comunidades, seja por sequelas neurológicas e ortopédicas, obesidade ou idade avançada. Como sugestão seria a substituição do escore “deficiência física” por “Dificuldade de Locomoção”,

Relacionado ao escore “Maior de 70 anos na família” encontramos um ponto de divergência, pois há uma série de classificações para considerar a pessoa idosa. Costuma-se mencionar a idade de 65 anos como determinante da velhice, pois é nesse período que a pessoa encerra sua vida economicamente ativa, com a chegada da aposentadoria, entretanto a OMS mediante estudos e levantamentos estatísticos mundiais elevou essa estimativa para 75 anos, por causa do aumento progressivo da longevidade e da expectativa de vida.

Cercada de formalidades, a velhice cronológica considera idoso o indivíduo, a partir do momento em que este alcança uma idade estipulada, independentemente de suas características pessoais. Por tratar-se de um critério objetivo, geralmente é o adotado pelas legislações, como por exemplo, a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que “*dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências*”, reza em seu artigo 2º que

“considera-se idoso, para os efeitos desta lei, a pessoa maior de sessenta anos de idade”. Outro exemplo pode-se encontrar na Lei nº 10.741/2003, que rege o Estatuto do Idoso, em seu artigo primeiro reza: *”É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.*

Como sugestão para modificação dos escores da escala de Coelho (2002), deveria ser considerada a idade estipulada de 60 anos, pois conseguiríamos trabalhar a prevenção e a promoção da saúde com esta faixa etária.

Outro item verbalizado pelos ACS é a preocupação com idosos que moram sozinhos segregados do convívio familiar, que muita das vezes não estão acamados, não são hipertensos, não possuem diabetes, mas apresentam risco de queda, não conseguem tomar seus medicamentos sozinhos, etc. Uma atuação da escala seria sinalizar estes idosos e inseri-los em uma “rede de apoio” que incluiriam vizinhos, associações, ONGs, etc. A formação destas redes é de suma importância para a assistência a esta população específica e auxilia diretamente o PSF.

Foi visualizada também a necessidade de um escore relacionado à “Violência Familiar” que se tornou um grave problema constante e observado nas famílias, além de sua considerada relevância no campo da Vigilância da Saúde, conforme referido por autores como Soares (1999).

As alterações sugeridas para a Escala de Coelho (2002) permitiram identificar maior número de famílias de risco mínimo, as quais precisarão de atenção especial dos profissionais de saúde. Serão alvos dos programas de promoção à saúde e prevenção de agravos ofertados pela unidade. Estas atuações evitarão que as famílias de risco mínimo venham a se tornar de risco máximo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com revisão bibliográfica realizada, há poucos trabalhos utilizando ERF para priorizarem atendimentos e visitas domiciliares, principalmente utilizando o ACS como manipulador deste instrumento. Apesar da ausência de estudos que permitam comparações entre diferentes regiões e impossibilidade de generalização dos resultados, acredita-se que os dados obtidos através deste estudo permitiram o alcance dos objetivos propostos.

A aplicação da ERF neste estudo demonstrou ser um instrumento simples, prático, de fácil preenchimento e treinamento, podendo ser utilizado por todos os profissionais, priorizando as famílias que apresentam maior risco na comunidade alcançando o princípio da equidade do SUS. É uma ferramenta de avaliação e acompanhamento da realidade social e econômica no contexto de vida de cada família, reconhecendo as reais necessidades de saúde no contexto da ESF, identificando não apenas as famílias que estariam sob risco e que precisariam de uma maior atenção por parte dos serviços, mas também direcionando o trabalho, a prevenção e a promoção da saúde.

Porém, a escala necessita de adequação à realidade das comunidades do Rio de Janeiro. A proposta de substituições de escores na Escala de Coelho (2002) tem o sentido de adaptá-la ao contexto social local e buscar redefinir a classificação das famílias, segundo o enfoque de risco, reconhecendo a possibilidade que novos estudos sejam realizados levando em consideração as alterações sugeridas.

Conseguimos visualizar com este estudo algumas dificuldades encontradas pelos ACS em realizarem as VD, agora precisamos trabalhar estes facilitadores para que se tornem profissionais com capacidade de visão ampliada às necessidades e riscos sociais, e não somente trabalhadores classificadores de risco, mas, sobretudo, responsáveis pela saúde individual e coletiva,

trabalhando o social para que as pessoas possam de fato se mobilizar e acharem alternativas práticas que permitam o enfrentamento das situações que a vulnerabilizam sem, contudo, retirar do Estado, do setor saúde e dos profissionais de nível superior a responsabilidade pela proposição e execução de políticas públicas condizentes com as reais necessidades sociais de saúde construídas e reconstruídas nos cenários de vida dos grupos sociais em nosso país.

Estas são mudanças que almejamos no modelo assistencial, para isso busca-se a compreensão de riscos sociais e atuação dos ACS e participação comunitária na solução dos problemas.

Para implantação da Escala de Risco Familiar no cotidiano dos ACS necessitamos do engajamento dos profissionais de saúde, comprometimento dos gestores e educação permanente em serviço. Dialogar com os desafios de transformação e mudanças, para melhoria da assistência, deve ser o compromisso de todos nós, profissionais de saúde, pois desejamos um SUS de qualidade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M.C.P. O desafio do trabalho em equipe na atenção a saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 5, n.9, p. 150-153, ago. 2001.
- ARANHA e MARTINS. *Filosofando*. São Paulo: Moderna, 1993.
- BARDIN, L.. *Análise de conteúdo*. Lisboa: edições 70, 1977.
- BRANCO, M.A.F. Sistema de informações em saúde no nível local. *Caderno de Saúde Pública*, v. 12, p. 267- 270, 1996.
- BRASIL. Cap.2 Seção II. Art. 196 da Ordem Social. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1998.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. . *Portaria nº 2.203 de 1996. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do SUS 01/96*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Caderno de Atenção Básica – PSF*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Reorganização do Sistema de Saúde Mental: uma experiência do Qualis 2*. Revista de Promoção da Saúde. Ano 2, n. 3, p. 446, 2000.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Sistemas de Informação da atenção básica*. 2 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual do sistema de informação da atenção básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei n 1.0.216 de 06 de abril de 2001. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, 2001.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. *Guia Prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, p.128, 2001.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS*. Secretaria Executiva, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. O sistema de saúde brasileiro In: *Seminário Internacional tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relatório de gestão 1998-2002*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde (ACS) – Versão Preliminar*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Educação. *Referencial curricular para curso técnico de agentes comunitários de saúde: área profissional saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *A Política de Saúde Mental do Ministério*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. *Atenção Básica e Saúde da Família*. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica>>. Acesso em: 05 de nov. de 2006.

BULCÃO, L.G. O ensino médico e os novos cenários de ensino aprendizagem. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.1, p.61-72, 2004.

CASTIEL, L. D., 1996. *Moléculas, Moléstias e Metáforas: O Senso dos Humores*. São Paulo: Unimarco.

COELHO, F.L.G. *Visita Domiciliar*. In: I Congresso Mineiro de Medicina de Família e Comunidade: Qualidade e Transformação. Belo Horizonte, 23 a 25 de Maio de 2003. Palestra.

COELHO, F.L.G. et al. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 745-57, fev. 2002.

COHEN, S. C. Habitação saudável no Programa de Saúde da Família: uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n. 3, jul. 2004.

CORREIA, M. E. Um pouco de história. In: Ministério da Saúde. *O trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1995.

CUNHA, I.C.K.O. *Organização de serviços de assistência domiciliar de enfermagem*. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. Ó. R. A educação em saúde na prática do PSF. *Manual de enfermagem*. Disponível em: <www.ids-saude.org.br/enfermagem>. Acesso em: 17 fev. 2003.

DATASUS. *Informações de Saúde: Indicadores de Saúde*. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>. Acesso em 20 jan. 2004.

DESLANDES, Suely Ferreira Et. Alli. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 18º ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D. *Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000. cap1, p. 3-17.

EPSJV - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. *Texto de Apoio em Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003

EEPSJV – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. *Texto de Apoio em Políticas de Saúde*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

FAJARDO, A.P. *Agentes Comunitários de Saúde: Discurso e Prática em Saúde Bucal Coletiva*. 2001. 158 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2001.

FERRAZ, L.; ALVES, D.R.G.C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n.2. dez 2005.

FLEURY, S. (org). *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FORTUNA, C. M. *O trabalho de equipe numa Unidade Básica de Saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades em busca do desejo, devir e de singularidades*. 1999. 236 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1999.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. Sistema de informações em saúde. *Informe Epidemiológico SUS*, v.4, p. 85-92, 1995.

GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) *Dados Demográficos do Censo 2000*. Disponível em <www.ibge.gov.br> . Acesso em: 06 fev. 2005.

_____. *População e Domicílio: Censo 2000 com divisão territorial*. Disponível em <www.ibge.gov.br> . Acesso em 06 fev. 2005.

MACHADO, M.H. *Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde 2000.

MARTIN, V.B.; ANGELO, M. *O significado do conceito saúde na perspectiva de famílias em situação de risco pessoal e social*. São Paulo, 1996.

MELLO, M.H.P.; GOTLIEB, S.L.D. O sistema de informação de atenção básica como fonte de dados para o sistema de informação sobre mortalidade e sobre nascidos vivos. *Informe Epidemiológico SUS*, v. 10, p. 7-18, jan./ mar. 2001.

MENDES, E. V. O Sistema Único de Saúde: um processo social em construção. In: *Uma agenda para a saúde*. São Paulo. HUCITEC, p.57-98, 1996.

MENEGOLLA, I.A.; FUKUOKA, E. & RODRÍGUEZ, I.H.. Investigação de óbitos de crianças menores de 5 anos na Terra Indígena Guarita, Município de Redentora/RS. *Revista Brasileira de Epidemiologia* Suplemento Especial: 229, 2002.

MONTEIRO, C.A.; MOURA, E.C.; JAIME, P.C.; LUCCA, A.; FLORINDO, A.A.; FIGUEIREDO, I.C.R.; BERNAL, R.; SILVA, N.N. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por meio de entrevistas telefônicas: métodos e resultados no Município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública* 39. No prelo 2005.

MORAES, I.H.L.M.; SANTOS, S.R.R.F.R. Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas. *Informe Epidemiológico SUS*, v. 10, p. 49-56, jan./ mar. 2001.

MORAES, S. A.; SOUZA, J.M.P. Diabetes mellitus e doença isquêmica do coração: estudo tipo caso-controle. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 364-71, ago. 1996.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993.

NEGRI, B. *A política de saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites*. Brasília, DF: Ed.MS, 2002.

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

NUNES, M. O.; TRAD, L.B.; ALMEIDA, B.A.; HOMEM, C.R.; MELO, M.C.I. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:1639-46.

PEDROSA, J.I.S.; TELES, J.B.M. Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v.35, n.3, p. 1-15, jun. 2001.

PEREIRA, M. J. B. et al. *Assistência Domiciliar: instrumento para potencializar processo de trabalho na assistência e na formação*. Observatório de recursos Humanos em Saúde no Brasil. v.2. 2001.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integridade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Org). *Os sentidos da integridade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, p. 65-112, 2001.

POLAK, Y.N.; SOUZA, M.M.F.; CANALI, J.F. Cuidado domiciliar e o processo de redefinição da identidade do adulto em CAPD. *Cogitare Enferm*, Curitiba, V.3, n.1, p. 61-65, 1998.

POLIT & HUNGLER, B.P. *Fundamentos da pesquisa em enfermagem*. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RAMALHO, V.J.G. & TAMAYO, M.I.P. História de la hospitalizacion a domicilio, p. 13-22. In: GLEZ, M.D.D. *Hospitalizacion a domicilio*. Hoechst Marion Roussel, Espanha 1998.

RET-SUS. *Revista das Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, ano 2, n. 26, mar. 2007

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Coordenação de Área de Planejamento. *Plano estratégico para organização da rede assistencial das áreas programáticas*. Rio de Janeiro, 2003/2005. Disquete.

SABRY, M.O.D.; SAMPAIO, H.A.C.; DA SILVA, M.G.C. Tabagismo e etilismo em funcionários da Universidade Estadual do Ceará. *J Pneumol* 1999;25: 313-20.

SILVA, I.Z.Q.J.; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no PSF: Investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Revista interface – Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 25-38, set. 2004.

SILVA, P.R. Menezes. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Rev. Saúde Pública*, 2008

SOARES, Barbara Musumeci. *Mulheres invisíveis — violência conjugal e novas políticas de segurança*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1999.

SOUZA, H.M. Programa saúde da família: entrevista. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 53, n. especial, p. 7-16, 2000.

SOUZA, M. A. A enfermagem reconstruindo sua prática, mais que uma conquista no PSF. *Revista Brasileira de Enfermagem*: Brasília, v. 53, n. especial, p. 25-30, dez. 2000.

SPENCER, J.C. The usefulness of qualitative methods in rehabilitation issues of meaning, of context and of change. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 74, p. 119-126, 1993.

SPINK, M.J.; LIMA, H. *Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da pesquisa*. In: Spink MJ, organizador. *Práticas discursivas e produção dos sentidos no cotidiano - aproximações teóricas metodológicas*. 2ª Ed. São Paulo: Cortez Editora; 2000. p. 93-122.

TAKAHASHI. R.F; OLIVEIRA. M.A.C *A visita domiciliária no contexto da saúde da família*. Manual de Enfermagem. Disponível em <www.idssaude.org.br/enfermagem> (acesso em 20/11/06).

TURANO, Egberto Ribeiro. *Tratado de metodologia da pesquisa clínico qualitativa*. São Paulo: Vozes, 2003.

VASCONCELOS, E.M. Educação popular em tempos de democracia e pós-modernidade: uma visão a partir do setor saúde. In: COSTA, M.V. et al. *Educação popular hoje*. São Paulo: Loyola, p.63-92, 1998.

WENDHAUSEN, A.; SAUPE, R. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2003 Jan-Mar; 12: 17-25.

APÊNDICE I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar do projeto de estudo das estratégias de priorização das visitas domiciliares utilizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde e a aplicabilidade da Escala de Risco Familiar de Coelho no Programa de Saúde da Família. **Sua participação não é obrigatória.** Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, **mas se desistir a qualquer momento não causará nenhum prejuízo a você.**

Sua participação consistirá em preencher um formulário contendo itens de como é feita à visita domiciliar na sua unidade. É um instrumento simples, objetivo, cujo preenchimento não tomará muito do seu tempo. As informações obtidas nessa pesquisa são confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Como não haverá identificação no questionário, seu anonimato será preservado quando os dados forem divulgados.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e e-mail do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu, _____, portador da cédula de identidade nº _____, concordo, de livre e espontânea vontade em participar da pesquisa.

Rio de Janeiro, de de 2008.

Participante da pesquisa

Enf. Cristiane M. Costa

Tel: 7632-7833

E-mail: enfriscosta@gmail.com

APÊNDICE III:

DINÂMICA FOLHA VERDE	
COMO PRIORIZO MINHAS VISITAS DOMICILIARES?	QUAIS AS DIFICULDADES QUE ENCONTRO PARA REALIZAR MINHAS VD(S)?
“Prioridades como prematuros, idosos, hipertensos, diabéticos, tuberculose, soros positivos, alcoólatras, dependentes químicos (visitas até 1 vez por semana). As visitas são divididas por ruas, os demais visita 1 vez por mês.”	“Falta de médico, dificuldade para realizar VDs com médico, agendamento de consultas que ficam para datas distantes, falta de credibilidade no programa, devido estes fatores. Demora para marcação de exames, demora pra conseguir vaga para encaminhamento de pacientes.”
“Acamados, hipertensos, diabéticos, deficientes físicos ou mentais, violência doméstica, drogas e alcoolismo, crianças menores de 5 anos. Visita as residências perguntando sobre a saúde dos moradores e orienta à respeito dos procedimentos do PSF, marcação de consultas, exames e especialidades. Agenda uma conversa com a enfermeira pra agilizar exames e identificar o problema. Hipertensos, diabéticos e idosos que estão há mais de 6 meses sem consulta também prioriza atendimento médico”	“Muitos pacientes, falta de tempo (aceleração no trabalho)”
“Geralmente já sai da unidade com VD(s) programadas. Visita 1 vez por semana pacientes que considera de risco - acamados.”	“Falta de apoio no nosso trabalho”
“Hipertensos, diabéticos, crianças menores de 2 anos, cadeirantes e deficientes físicos, idosos, tuberculose e gestantes.”	“Dias de chuva, áreas sem saneamento básico, conflito milícia/tráfico/polícia”
“As visitas são separadas por ruas. Visita as famílias 1 vez por mês. Prioriza os hipertensos, diabéticos, crianças, acamados, cadeirantes, gestantes, tuberculose, estas são visitadas até 3 vezes ou mais por mês”	“dificuldade de realizar acompanhamento de todos, pois muitos acham chato as nossas visitas”
“Os idosos que não tomam a medicação de forma correta. Hipertensos e diabéticos que não são consultados a bastante tempo, para marcação de consultas. Crianças recém-nascidas para vacinação e aleitamento.”	“Rejeição do PSF na época do cadastramento, mas com o passar do tempo as pessoas estão mudando sua opinião. Falta de médico, demanda muito grande de pessoas que necessitam de consultas. Muita cobrança no trabalho, pouco apoio e orientação”
“Hipertensos, diabéticos e crianças”	“Tempo para fazer essas visitas devido papeis para preencher, informações para colocar no computador. Pessoas que acordam tarde, pessoas que trabalham”
“Hipertensos, diabéticos, bebês, gestantes, tuberculosos, famílias que precisam de um momento para conversar à sós pois já se estabeleceu um vínculo de amizade”	“Micro-área distante do PSF. Microárea com pessoas idosas em sua maioria hipertensos ou diabéticos. Pessoas que trabalham e que não tem tempo para nos atender, verificarmos e identificarmos os problemas. Pessoas que não sabem o modo de trabalho do PSF e não se interessam em saber.”
“Acamados, deficientes, bebês, diabéticos, hipertensos e gestantes.”	“Falta de médico, pois muitos usuários necessitam de VDs de médico. Cobrança da direção com burocracia, deixando à desejar com humanidade e solidariedade, que no meu conceito é o mais importante no PSF”
“Idosos”	“Disponibilidade de horário do usuário. Dificuldade em atender as necessidades no momento em que o usuário precisa. Outras atribuições que são dadas aos ACSs que roubam o tempo que deveríamos assistir ao paciente”
“Acamados, idosos, deficientes (físico, mental e visual), crianças, hipertensos, diabéticos e gestantes.”	“Chuvas, falta de saneamento, casas fechadas, pessoas que trabalham. Algumas famílias preferem o atendimento de emergência 24 hs”

SITUAÇÃO E MORADIA

TIPO DE DOMICÍLIO 3

Tijolo Tapia Revestida Tapia Não Revestida Madeira Material Aproveitado Adobe Outros (Especificar) CÔMODOS 2

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

11 - Energia Elétrica Sim Não

12 - Abastecimento de Água Rede Pública Poço ou Nascente Outros (Especificar)

13 - Melhor Horário/Dia para Visitas Manhã Tarde Noite Sábado Domingo Utiliza? Sim Não

14 - Plantas Medicinais Cultiva? Sim Não

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

DATA KIT ODONTO 11

RENDA FAMILIAR 12

Até 1/2 Sal. Mín. Mais de 1/2 até 1 Sal. Mín. Mais de 1 até 2 Salários Mínimos Mais de 2 até 5 Salários Mínimos Mais de 5 Salários Mínimos Ignorada Não Respondeu

EM CASO DE DOENÇA PROCURA 13

Hospital Público Unidade de Saúde Rede Privada Farmácia Auxílio Espiritual Outros (Especificar)

MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA 14

Rádio Televisão Jornal Revista Internet Outros (Especificar)

MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA 15

Ônibus Caminhão Carro Carroça Trem Meirô Bicicleta Animal Marítimo Alternativo Outros (Especificar)

PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS 16

Cooperativas Associações Grupos Religiosos Conselhos Comunitários Outros (Especificar)

ANIMAIS DOMÉSTICOS 17

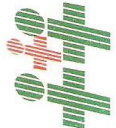
Possui animais em casa? Sim Não Cachorro Gato Cão Gato Galinha/Pato Porco Cavalo Outros (Especificar)

Sofrem ataques de morcegos? Sim Não

ANOTAÇÕES

Condição de Saúde Bucal (C.S.B.)		15 - Grupos de Saúde	
11 - Dor (D)	12 - Mucosa (M)	01 - Hipertensão	05 - Tuberculose
1 - Sem dor	1 - Normal	02 - Pré-Natal	06 - Idoso
2 - Espontânea	2 - Lesão não cicatrizada a mais de 15 dias	03 - Diabete	07 - Aleitamento
3 - Provocada	3 - Presença de fenda Líbio-Palatal	04 - Hanseníase	08 - Desnutrição
19 - Interferência (I)	14 - Necessidade de Prótese (NP)	16 - Doenças ou Condições Referidas	
S - Sim	1 - Sem Necessidade	01 - Alcoolismo	10 - Transtorno Mental
N - Não	2 - Uma Prótese Total	02 - AIDS	11 - Epilepsia
	3 - Duas Próteses Totais	03 - Câncer	12 - Gestante
	4 - Uma Prótese Parcial	04 - Chagas	13 - Hipertensão Arterial
	5 - Duas Próteses Parciais	05 - Def. Física	14 - Hanseníase
	6 - Comunicação de Total Com Parcial	06 - Def. Mental	15 - Malária
17 - Situação Profissional		07 - Def. Visual	16 - Tuberculose
1 - Emprego Formal		08 - Def. Auditiva	17 - Violência Doméstica
2 - Emprego Informal		09 - Diabete	18 - Tentativa de Suicídio
3 - Desempregado			99 - Outros (Informar na OBS)
4 - Aposentado			

LEGENDA (Continuação)



**Saúde onde
você mora**
Saúde da Família - SUS



DOCUMENTOS											
04	NOME DO CIDADÃO:		MUNICÍPIO DE NASCIMENTO:		UF:	NACIONALIDADE: <input type="checkbox"/> BRASILEIRO: <input type="checkbox"/> ESTRANGEIRO:		REGISTRO DA FAMÍLIA:			
	PAÍS DE ORIGEM:		DATA DE ENTRADA NO BRASIL:	NÚMERO DA PORTARIA:	DATA DE NATURALIZAÇÃO:		TIPO DE CERTIDÃO: <input type="checkbox"/> NASCIMENTO: <input type="checkbox"/> CASAMENTO: <input type="checkbox"/> DIVÓRCIO: <input type="checkbox"/> DE ÍNDIO:		DATA DE EMISSÃO:		
	NOME DO CARTÓRIO:		LIVRO:		FOLHAS:		TERMO:		DATA DE EMISSÃO:		
	IDENTIDADE:		UF:	ORGÃO EMISSOR:	ZONA:		SEÇÃO:		CPF:		
	CTPS NÚMERO:		UF:	CTPS DATA DE EMISSÃO:	TÍTULO DE ELEITOR:		DOCUMENTOS:		<input type="checkbox"/> NÃO POSSUI <input type="checkbox"/> NÃO INFORMOU		
	NÚMERO DO CNS:		PIS / PASEP:		Nº DA DEC. DE NASCIMENTO VIVO (DN):		Nº DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO):				
	NOME DA MÃE:		NOME DO PAI:								
05	NOME DO CIDADÃO:		MUNICÍPIO DE NASCIMENTO:		UF:	NACIONALIDADE: <input type="checkbox"/> BRASILEIRO: <input type="checkbox"/> ESTRANGEIRO:		REGISTRO DA FAMÍLIA:			
	PAÍS DE ORIGEM:		DATA DE ENTRADA NO BRASIL:	NÚMERO DA PORTARIA:	DATA DE NATURALIZAÇÃO:		TIPO DE CERTIDÃO: <input type="checkbox"/> NASCIMENTO: <input type="checkbox"/> CASAMENTO: <input type="checkbox"/> DIVÓRCIO: <input type="checkbox"/> DE ÍNDIO:		DATA DE EMISSÃO:		
	NOME DO CARTÓRIO:		LIVRO:		FOLHAS:		TERMO:		DATA DE EMISSÃO:		
	IDENTIDADE:		UF:	ORGÃO EMISSOR:	ZONA:		SEÇÃO:		CPF:		
	CTPS NÚMERO:		UF:	CTPS DATA DE EMISSÃO:	TÍTULO DE ELEITOR:		DOCUMENTOS:		<input type="checkbox"/> NÃO POSSUI <input type="checkbox"/> NÃO INFORMOU		
	NÚMERO DO CNS:		PIS / PASEP:		Nº DA DEC. DE NASCIMENTO VIVO (DN):		Nº DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO):				
	NOME DA MÃE:		NOME DO PAI:								
06	NOME DO CIDADÃO:		MUNICÍPIO DE NASCIMENTO:		UF:	NACIONALIDADE: <input type="checkbox"/> BRASILEIRO: <input type="checkbox"/> ESTRANGEIRO:		REGISTRO DA FAMÍLIA:			
	PAÍS DE ORIGEM:		DATA DE ENTRADA NO BRASIL:	NÚMERO DA PORTARIA:	DATA DE NATURALIZAÇÃO:		TIPO DE CERTIDÃO: <input type="checkbox"/> NASCIMENTO: <input type="checkbox"/> CASAMENTO: <input type="checkbox"/> DIVÓRCIO: <input type="checkbox"/> DE ÍNDIO:		DATA DE EMISSÃO:		
	NOME DO CARTÓRIO:		LIVRO:		FOLHAS:		TERMO:		DATA DE EMISSÃO:		
	IDENTIDADE:		UF:	ORGÃO EMISSOR:	ZONA:		SEÇÃO:		CPF:		
	CTPS NÚMERO:		UF:	CTPS DATA DE EMISSÃO:	TÍTULO DE ELEITOR:		DOCUMENTOS:		<input type="checkbox"/> NÃO POSSUI <input type="checkbox"/> NÃO INFORMOU		
	NÚMERO DO CNS:		PIS / PASEP:		Nº DA DEC. DE NASCIMENTO VIVO (DN):		Nº DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO):				
	NOME DA MÃE:		NOME DO PAI:								

ANEXO II – PROTOCOLO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 192887	
Projeto de Pesquisa A Aplicação da Escala de Risco Familiar, no Programa de Saúde da Família, como Estratégia de Priorização das Visitas Domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde.					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.06 - Saúde Coletiva - Diag.				Grupo Grupo III	Nível Diagnóstico
Área(s) Temática(s) Especial(s)					Fase Não se Aplica
Unitermos Escala de Risco Familiar, Programa de Saúde da Família, Visitas Domiciliares, Agentes Comunitários de Saúde					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 16	Total Brasil 16	Nº de Sujeitos Total 16	Grupos Especiais		
Placebo NÃO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável CRISTIANE MAGALHAES DA COSTA			CPF 051.775.197-67	Identidade 111158390	
Área de Especialização SAÚDE DA FAMÍLIA			Maiores Titulação MESTRANDA	Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço ESTRADA DO CAMPINHO, 138, BLOCO 24, CASA 2			Bairro CAMPO GRANDE	Cidade RIO DE JANEIRO - RJ	
Código Postal 23070-220	Telefone / 76327833		Fax	Email enfcriscosta@gmail.com	
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados, sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.					
Data: ____/____/____			<i>Cristiane Magalhães da Costa</i> Assinatura		
Instituição Onde Será Realizado					
Nome SMS RIO CMS LINCOLN DE FREITAS FILHO		CNPJ 29.468.055/0036-32	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Orgão PSF EMÍDIO CABRAL		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço RUA ALVARO ALBERTO 601		Bairro Santa Cruz	Cidade Rio de Janeiro - RJ		
Código Postal 23550040	Telefone (21)33954747		Fax	Email celfilho@rio.rj.gov.br	
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como responsável pela execução tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: <i>Galvina Aparecida da Silva</i>			<i>Galvina Aparecida da Silva</i> Assinatura		
Data: <i>11/05/2008</i>					
Vinculada					
Nome Universidade Estácio de Sá / UNESA - RJ		CNPJ 34.075.739/0001-84	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Orgão MESTRADO SAÚDE DA FAMÍLIA		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço Rua do Riachuelo 27, 6º andar		Bairro Arcos da Lapa	Cidade Rio de Janeiro - RJ		
Código Postal 21230010	Telefone (21) 3231-6135		Fax (21) 3231-6135	Email comite.etica.pesquisa@estacio.br	
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares.					
Nome: _____			Assinatura		
Data: ____/____/____					

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 09/05/2008. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

CRISTIANE MAGALHAES DA COSTA

Bem-vindo ao SISNEP

ANDAMENTO DO PROJETO CAAE- 1574.0.000.308-08

Título do Projeto de Pesquisa

A Aplicação da Escala de Risco Familiar, no Programa de Saúde da Família, como Estratégia de Priorização das Visitas Domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	30/05/2008 15:20:44	27/06/2008 10:23:12		

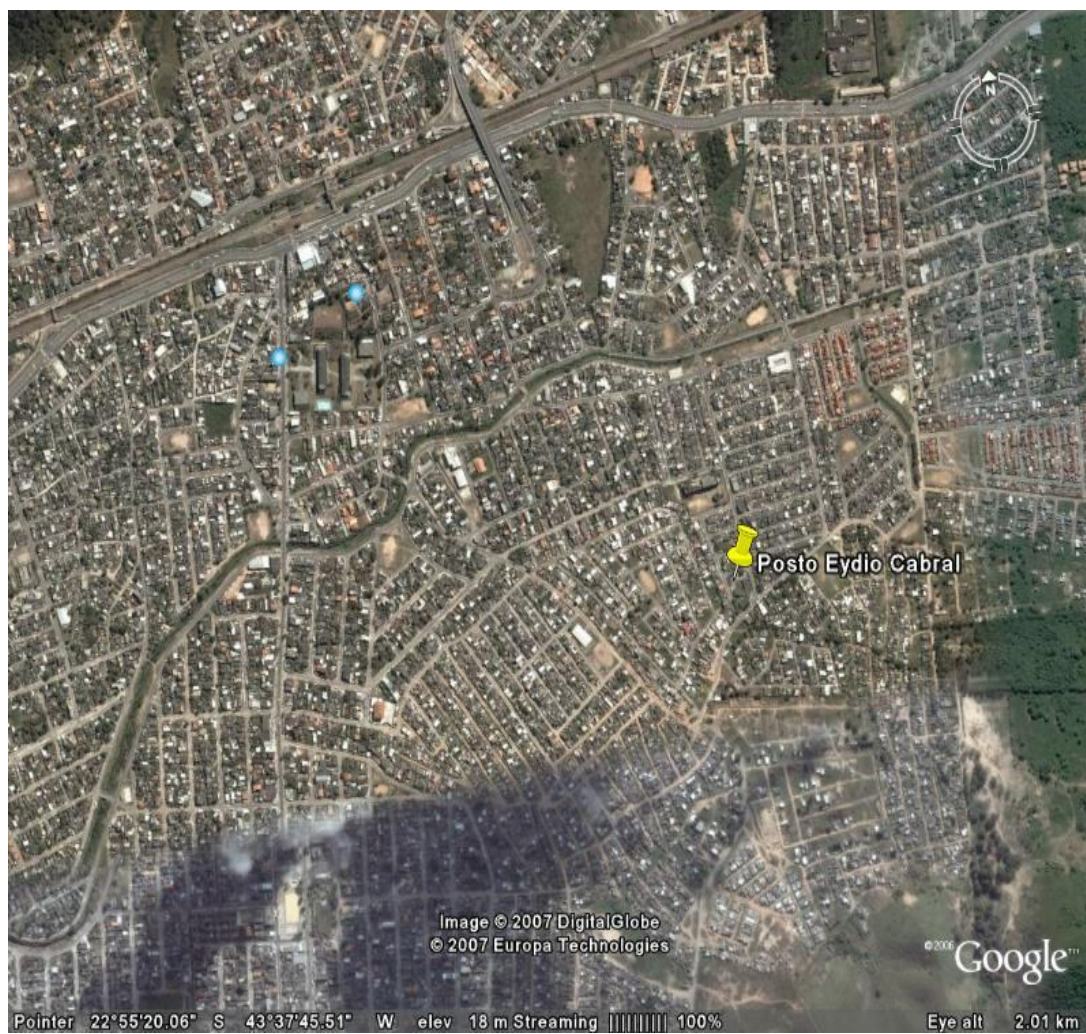
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	09/05/2008 10:06:12	Folha de Rosto	FR192887	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	30/05/2008 15:20:44	Folha de Rosto	1574.0.000.308-08	CEPV
3 - Protocolo Aprovado no CEP	27/06/2008 10:23:11	Folha de Rosto	0080	CEP

[Voltar](#)

ANEXO III – FOTO DO PSF EMYDIO CABRAL



ANEXO IV – MAPA DA LOCALIZAÇÃO DO PSF EMYDIO CABRAL



Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)