RENATA CASAGRANDE GUZELLA

**APRAZAMENTO DAS VISITAS DOMICILIARES DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE A PARTIR DO OLHAR DA EQUIDADE**

Versão corrigida da Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária no Sistema Único de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Cuidado em Atenção
Primária em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr^a Anna Maria Chiesa

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Comunicação e Artes da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

**SÃO PAULO
2015**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Guzella, Renata Casagrande

Aprazamento das visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde a partir do olhar da equidade / Renata Casagrande Guzella. São Paulo, 2015.
104p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Anna Maria Chiesa

Área de concentração: Cuidado em Atenção Primária em Saúde

1. Atenção primária à saúde. 2. Saúde da família.
3. Enfermagem. 4. Equidade. I. Título.

Nome: Renata Casagrande Guzella

Título: Aprazamento das visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde a partir do olhar da equidade.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Mestrado Profissional em Atenção Primária da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Em primeiro lugar, dedico este trabalho a Deus por me dar o folego de vida. Sem Ele nada teria sentido. Dou honra e glória Aquele que me sustenta e me dá a alegria diária.

Ao Sérgio, companheiro de todos os momentos, pelo amor, compreensão, estímulo e carinho ao longo do período de elaboração deste trabalho.

E ao pequeno Noah, que ainda no meu ventre me inspira a ser uma mulher melhor.

À minha família, os amores da minha vida a quem dedico todas as minhas vitórias. Em especial a minha mãe Leda pela referência de mulher e guerreira que sempre foi. Valeu a pena!

AGRADECIMENTOS

À orientadora e amiga, Prof^a Dr^a Anna Maria Chiesa, pela competência e respeito com que conduziu este processo, do alvorecer da ideia até a sua síntese, compartilhando de seus conhecimentos sem me deixar desistir.

À UBS de estudo e toda equipe que me apoiaram na realização neste trabalho.

À APS Santa Marcelina que possibilitou a realização deste sonho. Em especial à Adriana Marega e aos colegas do Núcleo Técnico que me incentivaram, me apoiaram e me compreenderam em muitas das minhas ausências.

E a minhas colegas do Mestrado Profissional por sofremos e rimos em todos os momentos desta caminhada.

*“Mas a respeito do Filho, diz: O teu trono, ó Deus, subsiste para todo o sempre;
cetro de equidade é o cetro do teu Reino.*

*Amas a justiça e odeias a iniquidade; por isso Deus, o teu Deus, escolheu-te dentre
os teus companheiros, ungindo-te com óleo de alegria”*

(Hebreus 1. 8-9)

Guzella RC. Aprazamento das visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde a partir do olhar da equidade. [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

RESUMO

Introdução: A Estratégia de Saúde da Família, a partir de 2009, se tornou a principal proposta de modelo de Atenção Primária no Brasil. Tem ocupado uma posição de centralidade no sistema de saúde, não só como porta de entrada, mas também como coordenadora do cuidado. Através da estruturação deste nível de atenção há maior possibilidade de efetividade e equidade nos serviços de saúde. Este estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da Zona Leste do município de São Paulo com um quantitativo de famílias maior do que o preconizado pelos documentos oficiais. **Objetivo Geral:** Propor critérios para priorizar a realização das visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a partir da identificação da vulnerabilidade familiar. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caso, em que os dados foram coletados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para aplicação da Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi. Posteriormente, os dados foram tabulados no Programa do Software Microsoft Excel® e analisados após a criação de um escore, que sistematizou a dimensão quantitativa e qualitativa das necessidades desta população. A partir do referencial teórico da equidade, foi sugerido um aprazamento das visitas domiciliares (VD) dos ACS considerando as vulnerabilidades familiares apresentados e posteriormente, foi produzida uma ferramenta para o planejamento das visitas nas diferentes realidades. Neste estudo, o termo “risco” foi interpretado como vulnerabilidade dado que a escala considera, além das perspectivas epidemiológicas, os aspectos voltados para as condições sociais de vida dos sujeitos. **Resultados:** A população atendida por esta UBS é 2611 famílias com 9265 pessoas, em que 97,5% são dependentes exclusivamente do SUS. A totalidade das famílias foi avaliada sendo que, 1350 (52%) apresentaram risco familiar habitual (R0), 599 (23%) foram classificadas com risco baixo (R1), 341 (13%) risco médio (R2) e 321 (12%) risco alto (R3). A Equipe 1 apresentou maior número de famílias em risco em comparação com a Equipe 2, evidenciando a heterogeneidade dentro da mesma UBS, padrão que se repetiu ao analisar as microáreas separadamente. Por exemplo, a microárea 3 apresentou maior proporção de famílias classificadas com maior risco, diferentemente da microárea 7, que tem a menor quantidade de famílias e menor proporção de risco familiar. Assim, partindo das singularidades, foram propostos cinco *clusters* de microáreas para diferentes aprazamentos de visita. Os cronogramas tiveram o tempo fixado em trinta minutos por VD, não ultrapassando a 101 horas mensais para esta atividade, e sendo fixadas em visitas quinzenais para as famílias em R3. A fim de reproduzir este estudo nas diferentes realidades, uma planilha no Software Microsoft Excel® está disponibilizada para a realização do aprazamento das visitas domiciliares a partir dos distintos riscos familiares. **Conclusões:** Para um atendimento que respeite o princípio do SUS da equidade, é necessário identificar as condições de vulnerabilidade das famílias para o enfermeiro planejar em conjunto com o ACS as visitas domiciliares, de forma a atender as necessidades de saúde da população considerando as várias dimensões individuais e coletivas do processo saúde-doença.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Enfermagem, Equidade em Saúde.

Guzella RC. Scheduling of home visits by Community Health Workers from the perspective of equity. [Dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015 .

ABSTRACT

Introduction: The Family Health Strategy, since 2009, became the main proposal for primary care model in Brazil. It has occupied a position of centrality in the health system, not only as a gateway but also as care coordinator. Through the organization of this level of attention there is a greater chance of effectiveness and equity in health services. This study was conducted in a primary care unit (PCU) in eastern São Paulo area with a number of families higher than recommended by official documents. **General Objective:** To develop criteria for prioritizing Community Health Workers (CHW) from the identification of familial risk. **Methodology:** This was a case study, in which data were collected from the Primary Care Information System (PCIS) for implementation of the Coelho-Savassi's Family Risk Scale, tabulated in Microsoft ExcelTM program and analyzed after the creation of a score, which systematized the quantitative and qualitative dimension of the needs of this population. From the theoretical framework of equity, it was suggested the scheduling of home visits (HV) of the ACS considering the risks presented family and later was made a tool for planning visits in the different realities. In this study, the term "risk" was interpreted as vulnerability for the scale to consider, addition to the epidemiological perspective, the targeted aspects as social living conditions of the subjects. **Results:** The population served by this PCU were 2,611 families with 9,265 people, of which 97.5% depends exclusively of the public health system. All of the families were assessed and, in 1,350 (52%) the family risk was usual (R0), 599 (23%) were classified as low risk (R1), 341 (13%) as medium risk (R2) and 321 (12 %) as high risk (R3). Team 1 had more risk in families compared to Team 2, showing the heterogeneity within the same PCU pattern that was repeated to analyze the micro areas separately. For example, the micro area 3 showed a higher proportion of families classified as high risk, unlike micro-area 7, which has the smallest number of households and smaller proportion of familial risk. Thus, based on the singularities we proposed five clusters of micro areas for different scheduling visit. Schedules have time set at thirty minutes per VD, not to exceed 101 hours per month for this activity, and biweekly visits for families in R3. In order to reproduce this study in the different realities, a Microsoft ExcelTM spreadsheet is available to carry out the scheduling home visits from different family risks. **Conclusions:** For a service that respects the Unified Health System's principle of equity, it's important to identify the risks and the most vulnerable families for nurses to plan together with the CHW home visits in order to meet the health needs of the population considering the various individual and collective dimensions of the health- disease process.

KEYWORDS: Primary Health Care, Family Health Strategy, Nursing, Equity in Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Mapa do Município de São Paulo e a Distribuição das Coordenadorias de Saúde.	63
Figura 2 –	Mapa da Coordenadoria Leste e dos Distritos Administrativos.	63
Figura 3 –	Mapa do Índice de Necessidades em Saúde do Município de São Paulo.	66
Figura 4 –	Mapa do Distrito Administrativo da Cidade Tiradentes e da Rede de Atenção à Saúde	74
Figura 5 –	Visão Aérea do Território da UBS Sucesso	75
Figura 6 –	Ferramenta Tecnológica para aprazamento das visitas domiciliares dos ACS segundo o risco familiar	91

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Distribuição das Famílias segundo o risco da ERF-CS apresentado, por equipe	77
--------------------	--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Sentinelas de Risco e Escore de pontuação de risco	53
Quadro 2 –	Classificação do Risco Familiar de acordo com a pontuação	54
Quadro 3 –	Etapas da Coleta de Dados e Desenvolvimento do Estudo	61
Quadro 4 –	Componentes e Indicadores do Índice de Necessidades em Saúde	65
Quadro 5 –	Distribuição estimada das famílias da UBS Sucesso por risco familiar, considerando-se os critérios da ERF-CS para uma população hipotética de 200 famílias na UBS Sucesso	84
Quadro 6 –	Aprazamento da visita do ACS a partir do risco familiar da ERF-CS para uma população hipotética de 200 famílias na UBS Sucesso	84
Quadro 7 –	Aprazamento das Visitas Domiciliares por microárea segundo a partir do risco familiar da ERF-CS para a UBS Sucesso	86
Quadro 8 –	Cronograma 1 de aprazamento das visitas segundo o risco familiar e escore calculado para a UBS Sucesso.	87
Quadro 9 –	Cronograma 2 de aprazamento das visitas segundo o risco familiar e escore calculado para a UBS Sucesso.	88
Quadro 10 –	Cronograma 3 de aprazamento das visitas segundo o risco familiar e escore calculado para a UBS Sucesso.	88
Quadro 11 –	Cronograma 4 de aprazamento das visitas segundo o risco familiar e escore calculado para a UBS Sucesso.	89
Quadro 12 –	Cronograma 5 de aprazamento das visitas segundo o risco familiar e escore calculado para a UBS Sucesso.	89

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição da população cadastrada da UBS Sucesso por ACS.	75
Tabela 2 –	Distribuição das prioridades elencadas pelo Ministério da Saúde por equipes da UBS Sucesso.	76
Tabela 3 –	Distribuição das Famílias de acordo com a ERF-CS.	79
Tabela 4 –	Distribuição do tempo e quantidade média de visitas por microárea	80

LISTA DE SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AB	Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
AIS	Ações Integradas de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar
PAS	Programa de Assistência à Saúde
SES-SP	Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo
Qualis	Qualidade Integral à Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
ERF-CS	Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SISVAN	Sistema de Vigilância Nutricional
UBS	Unidade Básica de Saúde
COHAB	Companhia Metropolitana de Habitação de São Paulo

CDHU	Companhia de Desenvolvimento Habitacional e Urbano do Estado de São Paulo
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
CEI	Centro de Educação Infantil
SASF	Serviço de Assistência Social à Família
AMA	Atendimento Médico Ambulatorial
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial Adulto II
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
NIR	Núcleo Integrado de Reabilitação
MA	Microárea

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	31
1.1	SUS – O DIREITO À SAÚDE	32
1.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SEUS ATRIBUTOS	35
1.3	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL	39
1.3.1	Estratégia Saúde da Família (ESF)	42
1.3.2	A Estratégia Saúde da Família em São Paulo	46
1.4	NECESSIDADES DE SAÚDE E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	49
1.5	A ESCALA DE RISCO FAMILIAR DE COELHO-SAVASSI – INSTRUMENTO PARA O LEVANTAMENTO DAS DISTINTAS NECESSIDADES	53
2	FINALIDADE E JUSTIFICATIVA	57
3	OBJETIVOS	59
3.1	GERAL	60
3.2	ESPECÍFICOS	60
4	MÉTODO	61
4.1	CENÁRIO	64
4.1.1	A Periferia	64
4.1.2	A Zona Leste de São Paulo, em especial, a Cidade Tiradentes	64
4.2	SUJEITOS	69
4.3	TÉCNICA DE COLETA DE DADOS:	71
5	REFERENCIAL TEÓRICO DE ANÁLISE	72
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	75
6.1	O DIAGNÓSTICO DO TERRITÓRIO	76
6.2	IMPLICAÇÕES NO TRABALHO DO ACS	82
6.3	PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DAS VISITAS DOMICILIARES DOS ACS NA PERSPECTIVA DA EQUIDADE	85
6.4	FERRAMENTA TECNOLÓGICA PARA IMPLANTAÇÃO DO APRAZAMENTO DAS VISITAS DOMICILIARES	94
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
9	ANEXO	107

APRESENTAÇÃO

Meu nome é Renata Casagrande Guzella, tenho 34 anos, casada e estou grávida do Noah. Sou enfermeira formada pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) há 12 anos.

Todo o meu processo de formação acadêmica foi voltado para a saúde coletiva. Realizei iniciação científica na área de gênero, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Findada a graduação iniciei o curso de Aperfeiçoamento e Especialização em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da mesma Universidade, que teve duração de 1 ano. Posteriormente realizei a Residência Multiprofissional em Saúde da Família ministrada pela Faculdade Santa Marcelina, por 24 meses. Em outubro de 2014 conclui o curso de Especialização em Gestão de Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Iniciei como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) em 2007 na Zona Oeste de São Paulo, pela Fundação Faculdade de Medicina parceira da prefeitura. No ano de 2011, me aventurei a trocar de cenário e fui trabalhar no extremo da Zona Leste da cidade de São Paulo, pela APS Santa Marcelina, também como enfermeira da ESF. Concomitantemente, em 2013, ministrei aula para enfermagem no curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família pela prefeitura de São Bernardo do Campo. No ano de 2014, participei como orientadora do curso de Especialização em Saúde da Família à distância pelo programa UNASUS. Atualmente, atuo como preceptora de enfermagem na APS Santa Marcelina.

Desde que conclui a graduação acreditava que para iniciar no curso de pós-graduação *Strictu Sensu* era preciso conhecer a realidade e o buscar o que me incomodava no cotidiano da mesma.

Quando ingressei no Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária no Sistema Único de Saúde era enfermeira em uma equipe de Estratégia de Saúde da Família e me incomodava com a realidade da Unidade de Saúde que estava alocada. Esta que foi o cenário deste estudo, era localizada em uma região de grande vulnerabilidade social, em que a população cadastrada era maior que o preconizado pelos documentos oficiais. A equipe de saúde estava sobrecarregada

pelas demandas da população, principalmente os agentes de saúde por terem que responder para uma população que já tinha que conviver com diversos “nãos” da sociedade. Mesmo com as limitações, a cerca da governabilidade sobre os determinantes do processo, meu desejo era de poder contribuir para este serviço.

Desta forma, ansiava e espero poder colaborar através deste produto com o desenvolvimento de tecnologias que possam contribuir para a melhoria do processo de trabalho e auxiliar no alcance dos princípios e diretrizes do SUS.

1. INTRODUÇÃO

1.1 SUS – O DIREITO À SAÚDE

A Constituição Brasileira de 1988 ao criar o Sistema Único de Saúde (SUS) traz um novo conceito para a saúde no Brasil, por reconhecê-la como um direito de todo cidadão e dever do Estado. Tal conceito inicia a superação e rompimento com o padrão a condição anterior de política social, que excluía milhões de brasileiros aos serviços de atenção à saúde que não tivessem carteira de trabalho assinada, ou condições de pagar por serviços privados¹.

O SUS, regulamentado pelas Leis Federais 8080 e 8142 sancionadas em 1990, reafirmou a bandeira do movimento da reforma sanitária que lutava pelos princípios da universalidade, equidade, atenção integral, descentralização e participação popular, visando à superação das desigualdades sociais através da construção de um Sistema resolutivo e democrático².

Impulsionado pela sociedade civil, este movimento que surgiu em meados da década de 1970, reuniu diversos setores da sociedade, incluindo os movimentos de base, trabalhadores da saúde, a classe intelectual pela academia e a sociedade civil em um amplo movimento social. Adotava a concepção política e ideológica da saúde como uma questão social a ser abordada por políticas públicas³. Com a ampla manifestação da sociedade, durante o período de redemocratização do país, a luta pelo direito à saúde influenciou a elaboração da Constituição de 1988⁴.

De acordo com os preceitos do bem-estar social e da racionalidade organizativa, os princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade) e as diretrizes organizativas (descentralização, regionalização, hierarquização e a participação popular) se articulam e se complementam no ideário e na organização do sistema¹.

A **Universalidade** garante o direito a todos os cidadãos ao acesso, de forma indiscriminada, ao conjunto de ações e serviços de saúde¹. A **integralidade** por sua vez, pressupõe considerar as dimensões do processo saúde-doença no campo individual e coletivo, e as ações continuadas nas diferentes esferas de atenção visando garantir a promoção, a prevenção, a cura e reabilitação dos indivíduos¹.

Para Pinheiro (2002 apud Spinelli², 2008, p.105), a integralidade é a resultante da interação democrática dos sujeitos nos diferentes níveis de atenção do sistema. O terceiro princípio é o da **equidade**, que corresponde à resposta do serviço de saúde às diferentes necessidades da população. Àqueles que necessitam mais será ofertado mais, aos que precisam menos será dado menos, de forma a proporcionar igualdade de oportunidade. Ou seja, devem ser ofertadas ações e serviços de saúde com o objetivo de reduzir as disparidades regionais e sociais na busca de um maior equilíbrio.⁵ Justifica a prioridade aos que apresentam o maior risco de adoecer devido às desigualdades sociais aos bens, renda e serviços¹.

Por sua vez a **descentralização** remete a transferência de responsabilidade de gestão para o nível local. Ao município é atribuída a responsabilidade da prestação direta ou coordenação da maioria dos serviços relativos à atenção básica. Esta foi a mudança mais significativa do SUS no aspecto político-administrativo¹. A **regionalização** diz respeito à forma de organizar a rede de serviços de saúde, com diferentes complexidades tecnológicas, a partir de um território e população, a fim de distribuí-los de forma mais racionalizada e equânime em regiões sanitárias municipais ou intermunicipais.

A organização do Sistema de Saúde é chamada de **hierarquização**. Tem o objetivo de ordenar o sistema por nível de atenção, e estabelecer fluxo entre a rede de serviços, de forma a coordenar através da atenção primária o acesso aos serviços mais especializados. Este princípio foi superado pela estratégia de organização por Rede de Atenção à Saúde coordenada pela Atenção Primária, em que a concepção do modelo piramidal hierárquico é substituído por uma rede de serviços horizontal, com diferentes pontos de atenção de distintas densidades tecnológicas⁶.

Por fim, a diretriz organizativa da **participação comunitária** direciona a democracia participativa através da presença nos colegiados de gestão dos serviços e nas três esferas de governo, mediante a inserção da população nas Conferências e Conselhos de Saúde.

Impulsionado pelo processo de descentralização e hierarquização do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) – como é chamada no

Brasil – tem recebido grande destaque no sistema de saúde brasileiro. É consenso entre os entes federativos do governo, academia, trabalhadores de saúde e instituições de saúde que a Atenção Primária à Saúde como base do sistema de saúde é essencial para seu bom desempenho⁷.

Tendo em vista todas essas dimensões e instâncias, o SUS proposto se tornou a maior política de inclusão social de nosso país, buscando a atenção à saúde de forma ampla, a fim de responder as necessidades da população brasileira. Porém, desde a década de 1990, esse Sistema idealizado vem se deparando com várias limitações da corrente neoliberal do Estado brasileiro e, portanto, ainda precisa superar diversos desafios.

Neste estudo me proponho a recortar um dos seus aspectos relativos à organização do modelo assistencial, em particular na APS. Portanto, apresenta-se a seguir uma recuperação da implantação da Atenção Primária à Saúde no mundo e no Brasil, para posteriormente olhar de perto o desafio do acesso com equidade frente às diferentes necessidades de saúde.

1.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SEUS ATRIBUTOS

A Atenção Primária à Saúde como forma de organização do sistema de saúde não é um conceito recente. Em 1920, na Grã Bretanha, Lord Dawson, contrapõe-se ao modelo flexneriano americano e propõe uma nova organização do modelo de atenção inglês. O documento relata uma organização regionalizada dos serviços de centros de saúde primários e serviços domiciliares que, caso não resolvesse o problema com os recursos disponíveis, encaminhava aos centros de saúde secundários, serviços suplementares e hospitais de ensino⁸. Lago & Cruz (2001, apud Andrade⁸, 2006, p. 783), descrevem como se aproximava dos conceitos atuais de Atenção Primária à Saúde:

“O Centro de Saúde Primário é a instituição equipada com serviços de medicina preventiva e curativa, conduzida por um médico generalista do distrito. O Centro de Saúde Primário deveria se modificar de acordo com o tamanho e complexidade das necessidades locais, assim como da situação de cidade.” (p.783)

Diante de um contexto acirrado da crise monetária internacional e em específico do setor da saúde, decorrente dos altos gastos das demandas por serviços especializados, do grande número de internações hospitalares, e da falta de acesso aos serviços, buscou-se implementar mudanças do modelo assistencial para melhorar a racionalização e utilização dos recursos¹⁰⁻¹¹. Em 1978, em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, a Organização Mundial da Saúde (OMS) junto ao Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) promoveram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.

Como produto do referido encontro, foi redigida uma Declaração Oficial que assumia a APS como assistência fundamental ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade⁸. Assinado por 134 países, incluindo o Brasil, propôs uma meta de atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000”.

Neste mesmo documento a APS foi definida como:

“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade (...). É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central(...). É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local

onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.”(p.3)¹²

A declaração de Alma-Ata abarca uma proposta de instituir serviços locais de saúde focados nas necessidades de saúde da população, com uma abordagem interdisciplinar e de participação social. A APS seria igualmente válida para todos os países, independente da situação econômica, social ou cultural, embora pudesse adotar diversos formatos.

Segundo Starfield (2002), a OMS em 1996, através da Carta Lubliana, adotou o seguinte conjunto de princípios para construir a base dos serviços de saúde, de forma que estes deveriam ser:

- “dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional;
- direcionados para promoção e proteção da saúde;
- centrado nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde, assumindo responsabilidade por sua saúde;
- focados na qualidade, incluindo a relação custo efetividade;
- baseados no financiamento sustentável, permitindo a cobertura universal e acesso equitativo;
- direcionados para a atenção primária.”(p.19-20)¹³

Para a APS ser compreendida como forma de organizar o sistema, esta precisa apresentar quatro atributos essenciais ou estruturais: o primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação; três derivados: focalização na família, orientação comunitária, e competência cultural¹³⁻¹⁵.

O **primeiro contato** envolve a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde¹³⁻¹⁵.

A **longitudinalidade** pressupõe a existência de uma fonte reguladora de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua de confiança e humanização entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. Diz respeito à garantia da continuidade da atenção com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante¹³⁻¹⁵.

A **integralidade** implica no reconhecimento adequado, pela equipe de saúde, dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças e a prestação de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e da palição, além da responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde¹³⁻¹⁵.

A **coordenação do cuidado** estabelece o melhor plano de cuidado a partir das informações dos problemas e necessidades de saúde do indivíduo. É responsável em “juntar tudo” e dialogar com os demais níveis de atenção à saúde para o cuidado integral¹³⁻¹⁵.

A **centralidade na família** considera a família como o sujeito da atenção dos profissionais de saúde ao mesmo tempo que é parceira no cuidado de seus membros. Ela é o primeiro local de identificação e explicação para o adoecimento de seus membros, além de receber o maior impacto do mesmo. Este atributo busca a interação da família com a equipe de saúde para o conhecimento integral de sua dinâmica, seus problemas e necessidades de saúde, e das suas potencialidades no cuidado¹³⁻¹⁵.

A **orientação comunitária** prevê o reconhecimento das necessidades das famílias no contexto físico, econômico e social em que vivem, a partir de uma análise situacional numa perspectiva populacional e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde proximais e intermediários¹³⁻¹⁵.

A **competência cultural** convida para uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população com suas singularidades culturais e as escolhas das pessoas e das famílias¹³⁻¹⁵.

Desta forma, para a garantia dos resultados e qualidade da atenção é fundamental a presença destes sete atributos. E para ser reconhecida como estratégia, a APS deverá desenvolver as funções de: resolubilidade, comunicação e responsabilização¹³⁻¹⁵.

Resolubilidade: significa que ela deve ser capaz, segundo o sua competência, de enfrentar e resolver os agravos e problemas prevalentes da população do território e, encaminhá-la de forma adequada para os diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde¹³⁻¹⁵.

Comunicação: constitui ter condições para ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes membros e componentes das redes¹³⁻¹⁵.

A função de **responsabilização** envolve o conhecimento e o relacionamento da população adscrita, o exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária nos microterritórios¹³⁻¹⁵.

1.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Desde o início o século XX, experiências de APS no Brasil foram instituídas, e segundo Mendes (2012), pode ser registrada por ciclos de desenvolvimento¹⁵.

O primeiro ciclo iniciou com a criação dos Centros de Saúde pela Universidade de São Paulo na segunda década do século XX. Apresentavam uma divisão radical entre as ações curativistas e preventivas. Tinham uma população adscrita e utilizavam a educação sanitária, promoção da saúde e prevenção de doenças, de forma segmentada da atenção médica^{9,15}.

O segundo ciclo iniciou nos anos 40 com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e implantação das unidades de APS, que executavam ações preventivas e curativas restritas ao campo das doenças infecciosas. O terceiro surgiu na metade da década de 60, desenvolvido nas Secretarias Estaduais de Saúde, focalizava as ações na prevenção de doenças voltadas, especialmente, para o grupo materno-infantil e para as doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase¹⁵.

Nos anos 70, iniciou o quarto ciclo influenciado pelo cenário internacional da Conferência de Alma-Ata e sua proposta de APS. Com aportes conceituais e práticos para a organização dos serviços de saúde, além de inspirar e fortalecer as primeiras experiências de implantação no nível municipal. Neste momento, instituições acadêmicas e Secretarias de Saúde realizavam os primeiros projetos-pilotos de medicina comunitária, como o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), cujo objetivo era levar o acesso à saúde às populações excluídas, através de uma medicina simplificada. Assim, a cobertura da APS se expandiu como programa de atenção primária seletiva no país^{10-11,15}.

A atenção curativa no Brasil ficava a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado em 1974 durante o regime militar. Uma grande parte dos cidadãos brasileiros era excluída do direito à saúde, pois esta era restrita aos trabalhadores e seus dependentes que contribuíam com a previdência social, prevalecendo a lógica de cidadania regulada. Para os demais restava a atenção ambulatorial de programas e a atenção hospitalar prestada pelas entidades filantrópicas^{9,15}.

O quinto ciclo surgiu na década de 1980, com a crise da Previdência Social, que levou à criação das Ações Integradas de Saúde (AIS), a partir de convênios entre estados e municípios custeados por recursos da previdência social. Levou para dentro das unidades de APS parte da cultura de atenção médica do INAMPS, porém sem impacto suficiente para melhorar a qualidade dos serviços oferecidos à população, predominando ainda o enfoque simplista e medicalizante, desconectado da perspectiva integral. Em 1987, as AIS foram substituídas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)^{9,11,15}.

Cabe lembrar que até este momento histórico havia a total dicotomia preventivo-curativo.

O sexto ciclo da APS no Brasil, surge com a criação do SUS, e da reorientação do modelo assistencial, que passa a ser de forma universal – direito de todos os cidadãos; equânime – segundo as necessidades de saúde; e integral – numa rede de serviços de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação. Implantado a partir da descentralização e da municipalização das unidades de saúde^{11,15}.

Na primeira metade da década de 1980, a discussão dos cuidados primários de saúde foi afastada por ter assumido um caráter de um programa de medicina simplificado para os pobres em vez de uma proposta de reorientação do sistema de saúde. Então após 20 anos, para diferenciar deste conceito, foi criada no Brasil uma terminologia própria de Atenção Básica para definir APS^{7,17}.

Criado no início da década de 1990, o PACS (Programa de Agentes Comunitários da Saúde) tinha como finalidade estender a cobertura das ações de saúde voltadas ao grupo materno-infantil para as populações rurais e da periferia urbana, destacando-se o foco da redução da mortalidade infantil. Neste momento foi grandemente criticada por ser contraditório à universalidade e integralidade do SUS, além de ter sido endossada por organismos internacionais. Porém, em 1993, ampliou seus objetivos passando a articular o serviço com a comunidade e realizar ações educativas¹⁵. Mudou o enfoque do indivíduo como unidade de ação programática de saúde para a família¹⁶. A partir de 1994, começaram a se formar as primeiras equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários da saúde (ACS) e dando início ao sétimo ciclo de desenvolvimento da APS na saúde pública brasileira¹⁵.

A implantação do PSF significou mais que uma expansão quantitativa da porta de entrada do sistema, visto que se buscou a dimensão qualitativa dos atributos, já citados, da APS. Assim, em 1997, o PSF é apresentado como o novo modelo assistencial da Atenção Básica no SUS, reforçados pela Norma Operacional Básica (NOB – SUS 01/96) ¹⁷.

Publicada em 1996, a NOB – SUS 01/96 começa a apontar para a reordenação do modelo de atenção centrada não apenas no financiamento, mas também nos resultados esperados. Traz a importância do vínculo entre serviços e usuários, de forma a privilegiar os núcleos familiares e comunidade, além de ressaltar a integralidade das ações e a necessidade de incorporação do modelo epidemiológico no modelo clínico. Especifica o financiamento da assistência básica através do Piso Assistencial Básico (PAB), incluindo o Programa Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde ^{11,18}.

Em 1998, no Manual para a organização da Atenção Básica, o Ministério da Saúde define a AB como:

“um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (...) A ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente” (p.9) ¹⁹

Em 2006, foi editado o Pacto pela Saúde, composto por três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, acordado entre os três níveis de gestão do SUS (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde). Agregado aos pactos anteriores, destacou a necessidade de se respeitar as especificidades loco-regionais na organização e desenvolvimento da Saúde da Família como estratégia prioritária para reorganização e fortalecimento da Atenção Básica ^{11,20}.

Também no ano de 2006, a Portaria n. 648, regulamentou a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), e estabeleceu a revisão das diretrizes e normas da organização da Atenção Básica, para o Programa de Saúde da Família (PSF) e para o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) ⁷. Em 2011, a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro revogou a Portaria 648 e revisou as diretrizes e normas

para a organização deste nível de atenção à saúde. Desta forma, em 2012 a PNAB revista foi publicada²¹.

Para a PNAB, as ações em saúde devem ser desenvolvidas em equipe, dirigidas a uma população em um território bem delimitado, pelas quais assume as responsabilidades sanitárias, considerando suas características locais, utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o local de maior contato dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social⁷.

Desta forma, o PSF deixa de ser um programa e passa a se chamar Estratégia Saúde da Família (ESF) assumindo o papel principal da Atenção Básica no Brasil, pois adquiriu a posição do centro do sistema, comunicando-se com toda a rede de atenção à saúde, de forma a coordenar o cuidado, permanente e sistemático, das pessoas e famílias residentes em sua área de abrangência, a partir da construção de vínculos, de forma a conhecer o território e as condições de vida, possibilitando a gestão do cuidado no lugar certo, no tempo certo e com qualidade, para responder com resolubilidade e menor custo às necessidades de saúde da população.

1.3.1 Estratégia Saúde da Família (ESF)

Assim, a ESF foi adotada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, com maior potencial de ampliar a resolatividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, com importante custo-efetividade. Para isso a PNAB define algumas especificidades, como: a existência da equipe multiprofissional; quantidade de ACS para garantir cobertura de 100% da população, não ultrapassando 750 pessoas por ACS; e determinou que:

“Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de **equidade** [grifo nosso] para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe” (p.55)²¹

A ESF além de mudar o foco da atenção da doença para o indivíduo, considerando o seu modo de vida, sua família, o território em que vive e seus determinantes, passa a preconizar a atenção à saúde ofertada por uma equipe multiprofissional (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e o agente comunitário de saúde) que trabalha de forma articulada (interdisciplinar) se responsabilizando pelo acompanhamento permanente e sistemático de um número de famílias residentes em um território adscrito²²⁻²³. Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal.

Em 2008, foram criados pelo Ministério da Saúde os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de apoiar as equipes da ESF na consolidação da Atenção Básica, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade das ações. Buscam contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. Podem compor esta equipe: médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; pediatra; psicólogo; psiquiatra; terapeuta ocupacional; geriatra; médico do trabalho; médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas²¹.

A PNAB (2012)²¹ estabeleceu as seguintes atribuições para a equipe de Saúde da Família:

- I. Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;*
- II. Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;*

- III. Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- IV. Realizar ações de atenção a saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- V. Garantir da atenção a saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;
- VI. Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- VII. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- VIII. Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
- IX. Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;
- X. Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- XI. Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
- XII. Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;
- XIII. Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- XIV. Realizar ações de educação em saúde a população adscrita, conforme planejamento da equipe;
- XV. Participar das atividades de educação permanente;
- XVI. Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- XVII. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e
- XVIII. Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Outras atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica poderão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.” (p.43-5)

Como podemos observar a equipe de saúde da família é responsável pelo conhecimento, cuidado e acompanhamento das famílias cadastradas em sua área de abrangência, de forma dinâmica, contínua e permanente, levando em consideração características locais e os indicadores de saúde da população.

A adscrição da clientela possibilita o vínculo e co-responsabilização entre equipe e comunidade aumentando a capacidade de dar respostas às necessidades de saúde da população da área de abrangência. A equipe deixa de esperar a população chegar até o serviço e passa a ir até a comunidade, com um papel ativo através do ACS²³.

A Portaria 2.448, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, também define as atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica. As responsabilidades do Agente Comunitário de Saúde são:

I - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

II - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

III - orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

*V - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. **As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês;***

VI - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

VII - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, como por exemplo, combate à Dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e

VIII - estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe.

É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas Unidades Básicas de Saúde, desde que vinculadas às atribuições acima. (p.48-50, grifo nosso)²¹

Cabe ressaltar que a política do PACS e mesmo a PNAB de 2006 davam a entender que só deveria visitar “cada família uma vez ao mês”, porém a PNAB (2012) avança no princípio da equidade ao dar a liberdade ao ACS visitar mais de uma vez as famílias que necessitam mais e espaçar o tempo de retorno para aquelas que necessitam menos ao definir que as visitas domiciliares às famílias cadastradas deveriam ser **em média** uma vez ao mês.

Os registros das ações dos agentes comunitários de saúde são realizadas em impressos padronizados que são guardados no prontuário familiar. Os demais membros da equipe registram o cuidado efetuado em prontuários individuais de cada integrante da família também arquivados no prontuário familiar, que contém informações e a composição geral da mesma, o que facilita aos profissionais da ESF a referência permanente à constituição familiar.

A equipe de ESF tem contato próximo e cotidiano com a comunidade, e passa a conhecer os principais aspectos das configurações do sistema familiar, principalmente como referência para as questões de saúde. O agente comunitário desenvolve sua atuação fazendo o exercício de olhar as situações “de fora”, como profissional de saúde, e “de dentro”, como morador da mesma comunidade. Portanto, o trabalho do ACS tem seu maior campo de atuação na visita domiciliar (VD) identificando os fatores de risco, necessidades de saúde ou problemas na comunidade; encaminhando à Unidade de Saúde os casos necessários; e realizando as ações educativas e preventivas. Assim, é imprescindível a participação da equipe para ampliar sua capacitação e supervisionar suas intervenções.

1.3.2 A Estratégia Saúde da Família em São Paulo

A implantação da Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo foi diferente do que aconteceu no território nacional.

Na década de 1980 havia forte mobilização popular no município, que reivindicava por melhorias e ações mais efetivas para o setor da saúde. Na zona leste da cidade era onde mostrava maior organização com o “Movimento de Saúde da Zona Leste”, que contava com a participação da população, comunidades eclesiais de base e médicos sanitaristas²⁴⁻²⁵.

Entretanto, apesar do avanço na dimensão da participação social, na década de 1990 o município de São Paulo não se alinhou às perspectivas do SUS na dimensão do modelo assistencial. Enquanto o país inteiro caminhava para a mudança do modelo da saúde e implantação do Programa Saúde da Família, o município de São Paulo reforçava as limitações do modelo biomédico baseado na cooperativa médica, de forte caráter privado, conhecido como PAS (Plano de Assistência à Saúde)²⁵. No entanto em 1996, como fruto da mobilização popular, o

Ministério da Saúde junto a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP) e a entidade filantrópica Casa de Saúde Santa Marcelina estabeleceram uma parceria para a implantação das primeiras equipes de saúde da família em Itaquera, Zona Leste do Município de São Paulo²⁴⁻²⁶.

Este projeto nomeou-se Qualis (Qualidade Integral à Saúde) e constituiu 40 equipes de saúde da família que trabalhavam de forma integrada com os diferentes conhecimentos dos profissionais e da sabedoria popular^{24,25}.

As equipes se reuniam com a comunidade para a discussão das propostas do Programa e dos principais problemas e necessidades da população²⁴.

Esta iniciativa deslocou o foco da doença e do cuidado médico para o usuário através do trabalho multiprofissional e intersetorial, o que impactou de forma significativa nesta população ao gerar 31 cooperativas de trabalho, construção de lixeiras coletivas, creches, construção de duas Casas de Parto entre outras conquistas²⁵.

Após o êxito desta experiência, a SES-SP em parceria com a Fundação Zerbini expandiu e implantou o Projeto Qualis II, em novembro de 1997, nas Zonas Sudeste (Sapopemba) e Zona Norte (Vila Nova Cachoeirinha) do município de São Paulo²⁴⁻²⁶.

A partir do ano 2000, inspiradas no sucesso anterior, novas parcerias foram criadas com a SES- SP para a Zona Sul do município. Desde 2001 a implantação da ESF passou a ser diretriz da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e as equipes do Qualis foram gradativamente municipalizadas, com enorme expansão de novas equipes. Em meados do ano 2002, a SMS assumiu a responsabilidade do Programa em que a cobertura era de 872.000 pessoas distribuídas em 218 equipes²⁶.

Atualmente na cidade de São Paulo, a Estratégia de Saúde da Família mantém a forma operacional baseada na parceria da SMS com instituições privadas não lucrativas, com mais de 1300 equipes alocadas em 451 Unidades Básicas de Saúde²⁷.

É verdade que o município obteve vários avanços, contudo ainda necessita de muito investimento por não se tratar de um processo acabado, mas em constante construção para responder às necessidades de saúde da população nos diferentes territórios da cidade.

Afinal, o que são necessidades de saúde? Como responder a elas? Qual relação há entre elas e os serviços de saúde? Discutiremos sobre estes aspectos no próximo capítulo.

1.4 NECESSIDADES DE SAÚDE E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

O conceito de saúde é produzido conforme a sociedade e o momento histórico, relacionado às formas de pensar o mundo. Ou seja, reflete a conjuntura social, política, e econômica e cultural de cada lugar e época²⁸⁻²⁹.

Na antiguidade até a civilização grega, havia uma concepção do processo saúde-doença em que a causa estava relacionada à punição ou a recompensa de entidades sobrenaturais. As intervenções assumiam um caráter mágico-religioso. A primeira interpretação que substituiu a causalidade divina pela física foi formulada por Hipócrates, (que viveu 460 anos antes de Cristo) e definiu que havia quatro fluidos (humores) no corpo e o adoecimento era resultado do desequilíbrio (excesso ou falta) de algum desses elementos e suas relações com o meio natural e social²⁹.

A cultura grega introduziu a explicação racional do processo saúde-doença, considerando que a sazonalidade, o trabalho e a posição social influenciavam no adoecimento. Até este momento não havia doença, mas sim doentes²⁹.

A Idade Média foi marcada por muitas guerras e forte influência da Igreja Católica, que foi um grande obstáculo para o desenvolvimento científico e avanço do conhecimento científico e da medicina. A doença era vista como purificação e a cura estava relacionada ao favor divino, se merecido. As epidemias significavam castigo divino para os pecados da sociedade. É neste período que surgem os primeiros hospitais, hospícios e asilos²⁹.

Entre o final do século XV e início do XVI, conhecido como Renascimento, houve a queda gradativa da restrição da Igreja Católica e o avanço da Revolução Científica. A partir do século XVII, o desenvolvimento da anatomia, fisiologia e da patologia humana contribuíram para os avanços na compreensão das doenças e das curas.

O final do século XVIII foi marcado pela Revolução Industrial na Inglaterra e Alemanha, que provocaram mudança na estrutura da sociedade através da urbanização. A aglomeração de pessoas com condições de trabalho e moradia ruins facilitaram a difusão de micro-organismos de doenças infectocontagiosas e o surgimento de epidemias. Surge então, o sanitarismo na Inglaterra, a medicina social na França e a polícia médica na Alemanha.

Com a medicina social surgem as primeiras investigações sistemáticas sobre a saúde e as condições de vida, assim como as propostas de intervenção. Inicia-se uma preocupação com as condições de vida, qualidade do ar, da água, esgotos etc²⁹.

Após a Revolução Industrial, o corpo começa ser considerado como meio de produção pelo capitalismo emergente. A medicina passou a considerar a economia, a cultura e o social do processo saúde-doença²⁹.

No século XIX, paradoxalmente o avanço proporcionado pela identificação dos microorganismos (teoria dos germes) representou a predominância do pensamento causal do ambiente físico e social para o biológico da doença, de forma a legitimar a medicalização. A saúde passou a ser vista como ausência de doença e a cura era baseada na eliminação dos sintomas. Neste momento, há um retrocesso na medicina social e surge a Teoria da Unicausalidade, que incentivava preponderantemente a prática de controle de doenças infecciosas²⁹.

No século XX, os avanços tecnológicos proporcionaram um maior controle das doenças infectocontagiosas. O mercado de equipamentos tecnológicos para o diagnóstico e tratamento estava em pleno crescimento. Porém, frente ao adoecimento crônico da população, a teoria da unicausalidade passa a ser insuficiente²⁹.

Em 1948, a Organização Mundial de Saúde define a saúde como “o estado do mais completo bem estar-físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Assim a doença passa a ser relacionada a um conjunto dos fatores, surgindo o modelo multicausal, que avançou no conhecimento dos condicionantes da saúde e da doença.

Porém, a crítica a esta concepção está em naturalizar as relações entre ambiente, hospedeiro e o agente, sem considerar as relações sociais e o tempo histórico em que ocorrem. Na América Latina surge uma nova teoria que passa a considerar a determinação da estrutura social nos processos de produção de saúde ou doença, superando a simples relação de causa-efeito.

A Teoria da Determinação Social define o Processo Saúde-Doença como *“decorrência do processo de trabalho, das relações de produção e da classe social – componentes estruturais das sociedades capitalistas. Os fenômenos da saúde e*

doença expressam as condições concretas de trabalho e de reprodução da vida de uma dada classe social.”(p.37)²⁹

Na concepção do SUS há um salto conceitual na Lei Orgânica da Saúde 8080 de 1992 ao considerar que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o meio ambiente, a alimentação, a habitação, a educação, a renda, o lazer, o meio de transporte, o trabalho, o acesso a bens e serviços essenciais de saúde.

As diferentes compreensões do processo saúde-doença estão intimamente relacionadas às formas de organizar as ações e os serviços de saúde e às formas de ler as necessidades de saúde de uma determinada população.

Segundo o referencial da saúde coletiva que se baseia na Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, as necessidades de saúde são heterogêneas e geradas no contexto das relações de reprodução social, que determinam o padrão do processo saúde-doença^{28,31}.

Campos (2009 apud Campos²⁸, 2013, p.277), afirma que podemos identificar as necessidades de saúde:

“(…) no conjunto da vida social desse indivíduo (formas de produzir, de partilhar e de consumir o que é socialmente produzido – formas de trabalhar e modos de viver – do indivíduo, família e da classe/grupo social à qual pertencem; relações que o indivíduo, a família e a classe/grupo social à qual pertencem estabelecem com outras pessoas, outros grupos e com as instituições sociais do território; características do território onde vive – ambientais, geográficas e sociais) e também devem ser identificadas nas consequências dessas formas de trabalhar e viver no corpo biopsíquico dos indivíduos e das famílias – as doenças – das diferentes classes/grupos sociais aos quais pertencem.” (p.277-8)

As necessidades de saúde devem ser o foco de atuação da atenção básica, assim como do planejamento das ações de saúde. É fundamental o conhecimento da população usuária do sistema de atenção à saúde para poder romper com a gestão fragmentada, baseada na oferta indiscriminada e, sobretudo, avançar na modificação dos determinantes pela possibilidade de articulação intersetorial¹⁴.

O reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde estão estreitamente vinculados aos conceitos de integralidade e equidade do SUS, uma vez que as equipes de saúde são provocadas e estimuladas a traduzir e entender as necessidades, para realizarem ações articuladas e complementares. Na ESF, é responsabilidade de todos os profissionais da equipe a identificação, em seu

território, das características sociais e epidemiológicas, problemas de saúde e vulnerabilidade das famílias.

1.5 A ESCALA DE RISCO FAMILIAR DE COELHO-SAVASSI – INSTRUMENTO PARA O LEVANTAMENTO DAS DISTINTAS NECESSIDADES

Na perspectiva da equidade, o atendimento às necessidades de saúde da população demanda ações diferenciadas, a fim de superar as desigualdades que, em determinado contexto histórico social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que essas necessidades diferenciadas sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas³². Portanto é fundamental que o gestor local conheça as reais necessidades de seu território e as características de sua população cadastrada para a organização do serviço de saúde.

Em resposta à perspectiva de se estabelecer prioridades para o atendimento domiciliar e para a atenção da população adscrita segundo o princípio de equidade, foi desenvolvida no município de Contagem, Minas Gerais, a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (ERF-CS) como um instrumento de estratificação^{33,34}.

Tal instrumento utiliza dados disponíveis na rotina das equipes de saúde da família e da Ficha A do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), que é preenchida pelo ACS no momento do cadastro e atualizada nas visitas subsequentes, se necessário²¹. Esta permite a equipe reconhecer as condições de vida das pessoas de sua área de abrangência, a partir de indicadores demográficos, sócio-econômicos e de saúde-doença, que permitem o melhor planejamento para as intervenções. Estes dados foram nomeados como Sentinelas de Risco^{33,34}.

Segundo Savassi, Lage e Coelho (2012), baseado no Manual do SIAB e em outras definições da Organização Mundial de Saúde, as Sentinelas de Risco foram definidas e classificadas segundo relevância epidemiológica, relevância sanitária e impacto na dinâmica familiar:

- ⇒ Acamado: pessoa restrita ao seu próprio domicílio, devido inabilidade ou incapacidade de se locomover a um serviço de saúde (Relevância epidemiológica e impacto na dinâmica familiar);
- ⇒ Deficiências Física e Mental: deformidade ou condição física ou mental de duração longa ou permanente que, de dificulta ou impede uma pessoa da realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer³³. (Relevância epidemiológica e impacto na dinâmica familiar);

- ⇒ Baixas condições de saneamento: fatores do meio físico que exercem ou podem exercer efeitos deletérios sobre o homem. São considerados quando presentes ao menos uma das seguintes situações: lixo a céu aberto, água sem tratamento e esgoto a céu aberto (Relevância epidemiológica, relevância sanitária);
- ⇒ Desnutrição Grave: Percentil menor que 0,1 (Peso Muito Baixo para a Idade), conforme a classificação por percentil de Peso/Idade proposta pelo Sistema de Vigilância Nutricional (SISVAN) estabelecidos para crianças menores de 7 anos (Relevância epidemiológica, relevância sanitária e impacto na dinâmica familiar);
- ⇒ Drogadição: Utilização compulsiva de drogas lícitas e /ou ilícitas, que apresentem potencial para causar dependência química (Relevância epidemiológica e impacto na dinâmica familiar);
- ⇒ Desemprego: definida por qualquer situação que não seja trabalho independente da profissão de origem ou de remuneração, assim como a realização de tarefas domésticas caracteriza o trabalho doméstico, ainda que este não seja remunerado (Relevância epidemiológica, relevância sanitária e impacto na dinâmica familiar);
- ⇒ Analfabetismo: todo o indivíduo que não sabe ler e escrever no mínimo um bilhete a partir da idade escolar (Relevância epidemiológica, relevância sanitária e impacto na dinâmica familiar);
- ⇒ Menor de seis meses: criança com idade até 5 meses e 29 dias (Relevância epidemiológica e impacto na dinâmica familiar);
- ⇒ Maior de 70 anos: toda pessoa com 70 anos completos (Relevância epidemiológica e impacto na dinâmica familiar);
- ⇒ Hipertensão Arterial Sistêmica: indivíduos que não estejam em uso de medicação anti-hipertensiva e apresentem pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg (Relevância epidemiológica e impacto na dinâmica familiar);
- ⇒ Diabetes Mellitus: pessoas que apresentem doença metabólica caracterizada por hiperglicemia e associadas ou não a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, cérebro, coração e

vasos sanguíneos (Relevância epidemiológica e impacto na dinâmica familiar);

⇒ Relação morador/cômodo: É definida pelo número de moradores na residência dividido pelo número de cômodos do domicílio (Relevância epidemiológica, relevância sanitária e impacto na dinâmica familiar);

Tais sentinelas de risco foram selecionadas devido aos impactos na utilização de serviços de saúde, influência socioeconômica e nas inter-relações entre os indivíduos do núcleo familiar e no trabalho.

A ERF-CS é aplicada às famílias adscritas, que pontuam a partir do Escore de Risco conforme Quadro 1, sendo que as sentinelas de caráter individual (por exemplo acamado, hipertensão arterial, diabetes melitos, etc) deve ser multiplicada pelo número de indivíduos portador da condição.

Quadro 1 – Sentinelas de Risco e Escore de pontuação de risco^{33,34}

Dados da ficha A SIAB (Sentinelas de Risco)		Escore de risco
Acamado		3
Deficiência Física		3
Deficiência Mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição grave		3
Drogadição		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Indivíduo menor de seis meses de idade		1
Indivíduo maior de 70 anos de idade		1
Hipertensão Arterial Sistêmica		1
Diabetes Mellitus		1
Relação número de moradores/ número de cômodos	Se maior que 1	3
	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0

Fonte: Coelho e Savassi (2004)

A partir da soma desses valores, cada família é classificada em R1 risco menor, R2 risco médio ou R3 risco máximo (Quadro 2)^{33,34}. As famílias com soma menor que 5 foram denominadas com risco habitual por não significar a ausência do mesmo.

Quadro 2 – Classificação do Risco Familiar de acordo com a pontuação^{33,34}

Escore total	Risco Familiar
5 e 6	R1- Risco Menor
7 e 8	R2- Risco Médio
Acima de 9	R3- Risco Máximo

Fonte: Savassi LCM, Lage JL, Coelho FLG (2012)

Apesar da escala ERF-CS utilizar a palavra risco, refere-se muito mais ao conceito de vulnerabilidade por considerar os aspectos voltados para as condições sociais de vida dos sujeitos, além das perspectivas epidemiológicas.

Segundo Ayres (1999), o **risco** está relacionado às “*chances probabilísticas de susceptibilidade, atribuíveis a um indivíduo qualquer de grupos populacionais particularizados, delimitados em função da exposição aos agentes (agressores ou protetores) de interesse técnico ou científico*”³⁵, ou seja, o risco identifica as probabilidades de exposição de determinados grupos à infecção. No entanto, na saúde, a vulnerabilidade é um indicador da iniquidade e da desigualdade social³⁵. Está relacionada às condições que podem deixar as pessoas em situação de fragilidade e expô-las ao adoecimento como os aspectos de vida (particular e coletiva), as condições socioambientais em que vivem e a falta de respostas institucionais às necessidades de saúde.

Assim a vulnerabilidade supera o conceito clássico de risco de caráter individual e probabilístico para um conjunto de aspectos que vão além do individual, incluindo fatores coletivos e as respostas institucionais que levam à suscetibilidade a doenças e agravos. Oferece para a Saúde Coletiva um potencial instrumento para avançar nas práticas de saúde³⁶.

Portanto, neste estudo ressaltamos que o termo “risco” foi interpretado como vulnerabilidade.

2. FINALIDADE E JUSTIFICATIVA

Este estudo busca caracterizar o grau de vulnerabilidade familiar de uma população, a partir da Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi, tomando-se por base o referencial teórico da saúde coletiva.

A saúde coletiva olha para o processo saúde-doença do indivíduo como processo social, observa que o adoecer e manter-se saudável é resultado direto das formas de produção e reprodução social, como produto do modo de vida e trabalho, e das diferentes exposições aos potenciais de fortalecimento e desgaste.

As periferias das grandes cidades são caracterizadas pela rápida expansão demográfica, com precário acesso a infraestrutura de transporte, educação, saúde, lazer, saneamento básico, coleta de lixo, entre outros; para responder as necessidades desta população. Desta forma, estes sujeitos se encontram em uma condição de exclusão social e de maior vulnerabilidade. Esta falta de acesso impacta como potencial de desgaste na saúde destes indivíduos, e como consequência gera maior densidade de demandas aos serviços de saúde.

Por se tratar de um Mestrado Profissional este trabalho volta-se aos problemas reais do local de trabalho da autora. Portanto, pretende embasar o planejamento das visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na Zona Leste de São Paulo, a partir das vulnerabilidades das famílias identificadas, a fim de garantir a gestão e o cuidado ofertado na atenção básica como respostas às necessidades de saúde, de acordo com os princípios do SUS e da APS.

Segundo Kadt³⁷, o gestor não pode enfrentar as iniquidades de saúde locais se não as identificar e entender. Portanto, este estudo pleiteia oferecer a caracterização da área como subsídio para a gestão local e municipal desta Unidade Básica de Saúde. E por fim, propor um planejamento das visitas domiciliares dos ACS baseado o princípio da equidade.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- ✓ Propor critérios para priorizar a realização das visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde a partir da identificação da vulnerabilidade familiar.

3.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Caracterizar a vulnerabilidade familiar da população da UBS Sucesso segundo o SIAB e a Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi.
- ✓ Propor um aprazamento das visitas domiciliares dos ACS baseado o princípio da equidade para a UBS Sucesso e para as diferentes realidades.
- ✓ Ofertar uma ferramenta tecnológica para o aprazamento das visitas domiciliares dos ACS a partir da vulnerabilidade familiar.

4 MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso descritivo, analítico e propositivo sobre uma Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo, que aqui representa a Atenção Básica oferecida neste contexto. Segundo Severino³⁸, o caso escolhido para a pesquisa deve ser representativo de situações análogas, para posteriormente ser apto a uma generalização e inferências.

Segundo Yin³⁹, o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa utilizada para descrever fenômenos individuais, sociais, organizacionais ou políticos, inseridos em algum contexto da vida real. Desde a década de 1970, este tipo de estudo é cada vez mais frequente nas pesquisas do campo das ciências sociais.

Minayo⁴⁰ afirma que o estudo de caso é uma estratégia de investigação qualitativa que busca “mapear, descrever e analisar o contexto, as relações a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão.” (p.164)

Segundo Gil⁴¹, este tipo de estudo possui algumas vantagens como: possibilita estudar uma caso em profundidade, enfatiza o contexto em que ocorrem os fenômenos, é flexível, favorece a formulação de hipóteses e entendimento do processo, possibilita o aprimoramento, a construção e a rejeição de teorias, além de estimular o desenvolvimento de novas pesquisas.

Yin³⁹ ainda afirma o estudo de caso é apropriado quando as questões de pesquisa são do tipo “como” ou “por que” de um conjunto de fatos contemporâneos e o pesquisador tem pouco ou nenhum controle.

Esta metodologia foi adotada para se compreender como é possível avaliar as condições de vulnerabilidade das famílias de uma área adscrita, para posterior realização de uma proposta de planejamento das visitas domiciliares dos ACS segundo os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade.

Assim, conforme o Quadro 3, a partir do levantamento de dados secundários do SIAB e aplicação da Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi, se caracterizou a área de abrangência da UBS em estudo e para ofertar uma atenção mais equânime. Com base nos documentos oficiais da Secretaria de Saúde, foi proposto um aprazamento das visitas domiciliares dos ACS segundo o grau de vulnerabilidade das famílias cadastradas do território. Por fim, este estudo propõe

uma ferramenta para o planejamento das visitas domiciliares dos ACS que pode ser utilizada, a partir das vulnerabilidades familiares nos diferentes territórios.

Quadro 3 – Etapas da Coleta de Dados e Desenvolvimento do Estudo

Etapa 1	Levantamento dos dados das famílias no SIAB Fácil e aplicação da ERF-CS no conjunto total de famílias
Etapa 2	Tabulação dos dados no <i>Excel</i> , criação do Escore e análise dos riscos familiares
Etapa 3	Análise do impacto no trabalho das ACS
Etapa 4	Proposição de novo aprazamento das visitas domiciliares dos ACS a partir do risco familiar para UBS Sucesso e para um cenário padrão conforme Documento Norteador do Município de São Paulo
Etapa 5	Construção de uma ferramenta tecnológica para aplicação do aprazamento a partir do Risco Familiar da ERF-CS

Todas as etapas acima mencionadas serão descritas a seguir de forma pormenorizada.

4.1 CENÁRIO

4.1.1 A Periferia

“Subúrbio (do latim suburbium, literalmente sub-cidade) ou periferia (num sentido genérico, quer dizer “tudo o que está ao redor”) é um termo muito utilizado para designar as áreas em redor das áreas centrais de um dado aglomerado urbano, seja ele um município, distrito ou outra qualquer instância política.”⁴²

Decorrente do crescimento acelerado e desorganizado das cidades, os centros urbanos se tornaram áreas ricas em equipamentos sociais e ofertas de empregos, o que gerou uma disputa territorial e, portanto, sua valorização. Este modelo privou a população de menor renda de inserção efetiva nas áreas centrais da cidade.

Assim, nas periferias distantes, geograficamente e economicamente, dos grandes centros, encontram-se as moradias desvalorizadas pelo mercado imobiliário, com condições básicas de urbanidade, muitas vezes irregulares e ilegais; com estrutura que impacta sobremaneira o aparecimento de problemas respiratórios, dermatológicos, infecciosos e de convivência, comprometendo também a saúde mental dos indivíduos.

Nestes lugares há uma grande precarização e privação do acesso à educação, saúde e lazer. As chamadas, muitas vezes, de “terra sem dono”, têm se deparado com o problema do aumento do uso de drogas e da violência.

4.1.2 A Zona Leste de São Paulo, em especial, a Cidade Tiradentes

São Paulo é a cidade mais populosa e o principal centro financeiro do Brasil. Devido a sua complexidade administrativa, está dividida em 31 subprefeituras que, de forma descentralizada, tem como função dar apoio gerencial e administrativo às decisões do prefeito. Os territórios das subprefeituras são divididas em distritos, que, eventualmente, podem ser subdivididos em subdistritos (chamados de “bairro”)

Com relação ao setor da saúde, a cidade conta com as Supervisões Técnicas de Saúde que estão agrupadas em seis regiões, chamadas de Coordenadorias de Saúde: Oeste, Norte, Centro, Sul, Sudeste e Leste (Figura 1).

Figura 1 – Mapa do Município de São Paulo e a Distribuição das Coordenadorias de Saúde.

FONTE: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/mapa.png>

O cenário deste estudo está localizado no território da Coordenadoria Leste (Figura 2), especificamente no distrito administrativo da Cidade Tiradentes, local da inserção profissional da autora.

Figura 2 – Mapa da Coordenadoria Leste e dos Distritos Administrativos. São Paulo, 2015

FONTE: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/index.php?p=5406>

O distrito da Cidade Tiradentes se constituiu como um “bairro dormitório”. No final da década de 1970, o poder público iniciou um processo de aquisição dessas terras, que até o momento era ocupado por eucaliptos e pela Mata Atlântica.

Na década de 1980, conjuntos habitacionais começaram a ser construídos pelo COHAB (Companhia Metropolitana de Habitação de São Paulo), pela CDHU (Companhia de Desenvolvimento Habitacional e Urbano do Estado de São Paulo) e por grandes empreiteiras. Formando o maior complexo habitacional da América Latina com cerca de 40 mil unidades. Além da “cidade formal”, existe um contingente de pessoas que habitam favelas e loteamentos clandestinos e irregulares.

Segundo dados da prefeitura de São Paulo, o distrito da Cidade Tiradentes possui uma população de 219.868 habitantes, com uma alta concentração populacional de 16.309,67 hab/Km⁴³. Mais de 50% dos seus habitantes vivem em setores de alta e altíssima vulnerabilidade social, índice acima da média da Zona Leste que é de 30,4%⁴⁴.

Como medida de comparação do desenvolvimento econômico e social entre os países, o IDH – Índice de Desenvolvimento Humano foi criado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a partir de três componentes básicos: renda, longevidade e educação.

Em 2002, a cidade de São Paulo fez algumas adaptações para o cálculo do IDH de seus subdistritos. Considerou o rendimento do chefe de família, em substituição ao PIB per capita; a taxa de mortalidade em face à esperança de vida ao nascer; e a taxa de alfabetização combinada com os anos estudados, ao invés de matrículas por nível de ensino e taxa de alfabetização de adultos. O município apresentou um IDH muito alto (0,805), porém este não é um dado homogêneo por toda a cidade. Nos distritos mais centrais em geral apresentam IDH superior a 0,9, mas ao se afastar do centro apresenta valores muito inferiores. A Cidade Tiradentes apresentou IDH 0,46, padrão considerado baixo para os índices do PNUD e parecidos com outros 37 distritos de periferia da Zona Sul, Norte e Leste da cidade de São Paulo, em que os valores ficaram abaixo de 0,499⁴⁴.

Em 2008, foi publicada a terceira edição do Índice de Necessidades em Saúde no município de São Paulo, desenvolvido para identificar as áreas e grupos

populacionais que devem ser priorizados para a oferta de serviços de saúde. Foi construído a partir de 20 indicadores de condições de vida e saúde⁴⁵.

Quadro 4 – Componentes e Indicadores do Índice de Necessidades em Saúde. São Paulo, 2007⁴⁵

Componentes	Indicadores
Crianças e Adolescentes	1. Proporção de Crianças e Adolescentes na população residente 2. Coeficiente de Mortalidade Infantil 3. Coeficiente de Mortalidade por Infecção Respiratória Aguda (< 5 anos) 4. Proporção de Gestantes Adolescentes (< 20 anos)
Gestantes	5. Taxa de Fertilidade Total 6. Razão de Mortalidade Materna 7. Coeficiente de Incidência de Sífilis Congênita 8. Proporção de Pré-Natal Inadequado (menos de 7 consultas)
Adultos	9. Prevalência de Hipertensão Arterial (20 a 59 anos) 10. Prevalência de Diabetes (20 a 59 anos) 11. Taxa de Mortalidade por Doenças Crônicas relacionadas à Hipertensão e Diabetes (30 e 59 anos) 12. Taxa de Mortalidade por Acidentes (20 e 59 anos)
Idosos	13. Proporção de Idosos na População Residente (maiores ou igual a 60 anos) 14. Mortalidade Precoce em Idosos (% de óbitos de 60 a 69 anos em relação ao total de óbitos em 60 anos e mais) 15. Taxa de Mortalidade de Idosos por Pneumonia (60 anos e mais) 16. Taxa de Mortalidade de Idosos por Acidente (60 anos e mais)
Doenças de Notificação compulsória	17. Coeficiente de Incidência de Dengue 18. Coeficiente de Incidência de Tuberculose Pulmonar Bacilífera 19. Coeficiente de Incidência de Leptospirose 20. Coeficiente de Incidência de Meningite

Fonte: http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/ceinfo/INS_3edicao_Junho2008.pdf

Os Distritos Administrativos do município foram categorizados em três agrupamentos de distritos segundo níveis de necessidades: 30 distritos com alta necessidade para expansão de serviços de saúde; 47 com média e 19 com baixa necessidade (Mapa 4)⁴⁵.

Figura 3 – Mapa do Índice de Necessidades em Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2008

Fonte: http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/ceinfo/INS_3edicao_Junho2008.pdf

Como podemos observar o Distrito Administrativo da Cidade Tiradentes além de apresentar IDH baixo, também se encontra entre os que possuem alta necessidade para expansão de serviços de saúde.

4.2 SUJEITOS

Localizada no distrito da Cidade Tiradentes, extremo da Zona Leste de São Paulo, a UBS *Sucesso*^A está locada em um território de área não legalizada, fruto de invasões e venda irregular de loteamentos a partir de 1996, caracterizado pela pobreza e falta infraestrutura.

Desde o início de seu funcionamento, houve um aumento da densidade demográfica por migração da população de baixa renda do centro do município para a periferia e ao mesmo tempo pela chegada de migrantes nordestinos. Assim, fruto da mobilização da comunidade, por volta do ano 2000, foi fundada esta UBS.

A urbanização da região é precária e as ruas, quase em sua totalidade, são de terra e em má conservação. Segundo dados do SIAB, a cobertura do sistema de esgoto corresponde a cerca de 90%, porém com grande frequência há suspensão do fornecimento por problemas de manutenção. Há um córrego não canalizado que corta o bairro. A coleta de resíduos sólidos atende 97% da população, acontecendo duas vezes por semana, por meio de coleta pública com caminhão de lixo em algumas ruas com melhor acesso e caçambas distribuídas pelo bairro nas demais regiões. Cerca de 95% das residências possuem energia elétrica, porém parte delas com ligação irregular e ilegal. A maioria das casas é de alvenaria, somente 2% são de madeira ou material reaproveitado.

Esta UBS é uma unidade de Estratégia de Saúde da Família, administrada pela Organização Social de Saúde Santa Marcelina. Para desenvolver o trabalho conta com duas equipes, cada uma composta por um médico, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde. No quadro de trabalhadores ainda, há seis auxiliares administrativos, um orientador de fluxo, uma gestora e serviços terceirizados de limpeza e segurança de patrimônio. A equipe do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) é composta por uma Psicóloga, uma Nutricionista, uma Fonoaudióloga, duas Terapeutas Ocupacionais e duas Fisioterapeutas. Estão presentes semanalmente às segundas e quinzenalmente às quartas-feiras para instrumentalizar a ESF e acompanhar famílias ou indivíduos em situação de risco ou demandas específicas. Esta UBS não conta com o serviço de

^A Nome fictício dado à UBS de estudo.

odontologia na Unidade, no entanto as equipes de saúde bucal das UBS vizinhas disponibilizam algumas vagas para urgência e tratamentos dentários.

A população atendida por esta UBS é de 9265 pessoas, conforme dado do SIAB de fevereiro de 2015. Em sua maioria, parda, com baixa renda, aproximadamente 11% recebem Bolsa Família e 97,5% dependentes exclusivamente do Sistema Único de Saúde. A densidade populacional é 3,6 pessoas/domicílio, considerada alta quando comparada com a média nacional de 2,9, segundo o IBGE 2010.

4.3 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS:

Por se tratar de um Mestrado Profissional em Atenção Primária, este estudo buscou olhar para os reais problemas do campo de atuação da autora, através do aperfeiçoamento da reflexão e prática tecnológica para poder ofertar um produto que respondesse a essa realidade.

Os dados secundários que serviram de base para o presente estudo referiam-se ao mês de fevereiro de 2015, disponíveis no sistema de informação informatizado SIAB. Assim, por não se tratar de dados primários e não apresentar riscos aos sujeitos, este projeto não foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de São Paulo, nem do município. No entanto, foi solicitado a autorização do gestor local para as coletas de dados (Anexo 1) e trocado o nome da UBS para garantir o anonimato.

O levantamento das famílias e dos riscos familiares foi realizado segundo a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi por ser instrumento prático, de fácil aplicação e útil para a estratificação da vulnerabilidade e priorização das ações da equipe de saúde da família.

Estes dados foram tabulados no Programa *Excel*[®] e se criou um escore que correlacionasse a vulnerabilidade familiar e o quantitativo de famílias em cada microárea. Por entender que quanto maior a vulnerabilidade familiar, proporcionalmente, maior as necessidades de saúde e de acompanhamento pelo ACS, os números de famílias dos riscos (R0, R1, R2 e R3) foram multiplicados respectivamente por 1, 2, 3 e 4. Ou seja, o valor do escore corresponde à soma do número das famílias com risco habitual (R0) multiplicado por 1, o das famílias com risco baixo (R1) multiplicado por 2, o das famílias com risco médio (R2) multiplicado por 3 e o número das famílias com risco alto (R3) multiplicado por 4. Desta forma o escore deixou evidente a complexidade de cada microárea.

Posteriormente, foi avaliado como se dava a organização das visitas domiciliares dos ACS, com relação a quantidade de visitas ao dia, tempo destinado para esta atividade e o impacto no trabalho.

Por fim, com base no Documento Norteador da Atenção Básica do município de São Paulo e no referencial teórico da equidade foi proposto uma reorganização desta atividade priorizando o tempo de visita de 30 minutos e os riscos familiares

apresentados para uma área hipotética de 200 famílias com a média dos riscos familiares da UBS e para cada microárea da UBS Sucesso.

5. REFERENCIAL TEÓRICO DE ANÁLISE

O princípio do SUS da **equidade** foi adotado como categoria de análise para este estudo. No entanto, para se entender este princípio, primeiro será necessário analisar as iniquidades de saúde.

Devido à forma acelerada do processo de urbanização sem adequação da infraestrutura, principalmente nas áreas metropolitanas, grandes parcelas da população passaram a viver em precárias condições de vida, de ambiente e de trabalho gerando enormes iniquidades em saúde⁴⁶.

Whitehead⁴⁷ afirma que as iniquidades em saúde são derivadas das diferenças, injustas e evitáveis, das condições em que os indivíduos nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Condições estas chamadas de Determinantes Sociais da Saúde.

Com base no modelo de Dahlgren e Whitehead apud Pellegrini (2014)⁴⁸, a saúde da população está sujeita aos determinantes biológicos, como a herança genética, idade, sexo (que não podem ser modificados por meio das políticas públicas), e pelos determinantes sociais de saúde (produtos das ações humanas e que portanto, podem ser modificáveis), que são comportamentais, como estilo de vida e alimentação (influenciadas pelos determinantes culturais e econômicos), e também pelas redes sociais e ao acesso à educação, habitação, transporte, saneamento básico, emprego, lazer.

O setor da saúde é fundamental e estratégico para contribuir com a redução das iniquidades de uma população e melhorar as condições de saúde. Na ação conjunta com outros setores por meio da intersetorialidade contribui para diminuir os níveis de exposição e vulnerabilidade diante dos riscos⁴⁷.

A equidade, do ponto de vista semântico, se aproxima da igualdade, no entanto para o campo da saúde estas são contrapontos, significando desigualdade justa⁴⁹.

Para a Organização Panamericana em Saúde⁵⁰, equidade na saúde, significa reduzir as diferenças evitáveis e injustas ao mínimo possível e, nos serviços de saúde, diz respeito a oferecer cuidados de acordo com as necessidades (equidade

de acesso e utilização). Isso porque as iniquidades em saúde não podem ser reduzidas, nem eliminadas ao responder com a igualmente a todos³⁷.

Na dimensão ética e moral a abordagem da equidade em saúde, quando se refere a diferenças evitáveis e desnecessárias, adota recursos para promover justiça⁵¹. Em outras palavras, visa diminuir as disparidades sociais e regionais existentes por meio das ações e serviços de saúde.

Entende-se como desafio identificar as necessidades de saúde de uma determinada população, com base nos dados da realidade de forma a revelar a magnitude do problema e as possíveis causas disparadoras, para que sejam desencadeadas as diferentes intervenções, de forma a transformar as relações excludentes⁵².

Busca-se compreender o acesso baseado na necessidade, priorizando os segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer em decorrência às formas de vida e trabalho. Portanto, é importante considerar a discriminação positiva para com os grupos sociais vulneráveis, de forma a assegurar o acesso às ações e serviços de saúde¹. Desta forma, baseado na equidade, o planejamento das ações deve dar subsídios para ampliar os poderes dos diferentes indivíduos e grupos de forma a atuarem nos processos geradores da saúde-doença⁵².

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 O DIAGNÓSTICO DO TERRITÓRIO

Para a qualificação das ações individuais e coletivas da equipe de saúde é fundamental a realização do mapeamento do território. Identificar os recursos sociais disponíveis, como igrejas, escolas, centros comunitários, redes de saúde e definição das áreas de maiores e menores riscos fazem parte deste processo⁷. Esse reconhecimento permite conhecer a rede de instituições sociais que influenciam na construção dos comportamentos e atendem as necessidades.

A UBS Sucesso está localizada no distrito da Cidade Tiradentes, Zona Leste de São Paulo tendo como Rede de Atenção à Saúde é composta por: dois Atendimento Médico Ambulatorial (AMA), um Unidade de Pronto Atendimento, um Hospital Municipal, um Centro de Apoio Psicossocial Adulto II (CAPS), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e o Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR), conforme Figura 4. No entanto, para se deslocar para qualquer um destes equipamentos é necessário um meio de transporte (público ou particular) devido à longa distância.

Figura 4 – Mapa do Distrito Administrativo da Cidade Tiradentes e da Rede de Atenção à Saúde. São Paulo, 2015.

Fonte: <http://buscasaude.prefeitura.sp.gov.br> (2015)

Na Figura 5 podemos observar a extensão do território. Nele não há pré-escolas ou escolas de nível fundamental e médio, somente cinco Centro de Educação Infantil (CEI), um Serviço de Assistência Social à Família (SASF) que

Tais dados demonstram que a quantidade de pessoas e famílias acompanhadas são superiores ao que está preconizado pelo PNAB que propõe 4000 pessoas por equipe, com a média recomendada de 3000, não ultrapassando a 750 cadastrados por ACS³⁴, sendo que o número de pessoas cobertas pelas equipes deve ser tanto menor quanto maior for a vulnerabilidade. Da mesma forma o recomendado pelo Documento Norteador da Atenção Básica do município de São Paulo⁵³ estipula aproximadamente 800 famílias e de 3000 a 3500 pessoas por equipe, com um limite máximo de 200 famílias por ACS.

Além do quantitativo de pessoas e famílias na área de abrangência foram levantadas as prioridades programáticas definidas pelo Ministério da Saúde (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das prioridades elencadas pelo Ministério da Saúde por equipes da UBS Sucesso. São Paulo, SP, 2015

PRIORIDADES	EQUIPE 1	EQUIPE 2
Menor de 1 ano	82	76
Gestante	55	56
Hipertenso	437	486
Diabéticos	135	129
Tuberculose	1	1
Hanseníase	0	0

Fonte: SIAB, fevereiro, 2015.

Como podemos observar na Tabela 2, as equipes não apresentam grande diferença no perfil das prioridades programáticas. Na Equipe 1 a prevalência de crianças menores de um ano é maior e de hipertensos menor com relação a Equipe 2.

Trata-se de uma fotografia da realidade da UBS Sucesso, que impacta na qualidade da atenção prestada e por isso, deve ser levada em consideração no planejamento das atividades dos membros das equipes.

No modelo da Estratégia Saúde da Família, os profissionais da saúde, principalmente os agentes comunitários têm contato direto com as famílias, identificando a forma em que elas vivem e correlacionando os seus problemas de saúde, podendo delinear intervenções mais específicas junto às equipes. Segundo

Starfield¹³ a Atenção Primária à Saúde pode avaliar o papel dos múltiplos e interativos determinantes da doença e da saúde por estar mais próximo do modo de vida dos pacientes. Assim, conhecer os focos de vulnerabilidade possibilita o planejamento das intervenções com potência para a melhoria dos determinantes de saúde.

A identificação dos grupos prioritários é fundamental para se obter impacto nas intervenções³⁷. De acordo com a proposta do modelo de vigilância à saúde, a classificação das famílias tem como princípio o fato de que diferentes grupos populacionais estão expostos em graus variados aos determinantes do processo saúde-doença, o que demanda assistência à saúde diferenciada às suas necessidades⁵⁴.

Para isso, este estudo ampliou a caracterização da área para um olhar sobre o risco e vulnerabilidades destas famílias cadastradas através da ERF-CS, em que R0 corresponde às famílias com risco habitual, R1 risco menor, R2 risco médio e R3 risco alto (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição das Famílias segundo o risco da ERF-CS apresentado, por equipe. São Paulo, 2015.

FONTE: A autora (2015)

A aplicação da ERF-CS possibilitou observar que das 2611 famílias avaliadas na UBS *Sucesso*, 1350 (52%) apresentaram risco familiar habitual (R0), 599 (23%) foram classificadas com risco baixo (R1), 341 (13%) risco médio (R2) e 321 (12%)

risco alto (R3). No entanto, quando analisado cada equipe separadamente, a Equipe 1 possui 633 (48%) das famílias cadastradas com risco habitual, 300 (23%) com risco baixo, 181 (14%) com risco médio, 204 (15%) com risco alto, enquanto a Equipe 2 apresentou 717 famílias (55%) com risco habitual, 299 (23%) com risco baixo, 160 famílias (12%) com risco médio (R2) e 117 (9%) com risco alto. Como pode-se observar, a Equipe 1 apresenta maior número de famílias em risco em comparação com a Equipe 2, evidenciando a heterogeneidade dentro da mesma Unidade (Gráfico 1).

Estudos^{28,51-53} também demonstram que as áreas são heterogêneas e apresentam distintos riscos familiares. Porém, vale ressaltar que estes apresentam menor proporção de famílias em risco: Nakata⁵¹ em estudo realizado em uma UBS no Rio Grande do Sul, relatou 68% das famílias com risco habitual (R0), 19% com baixo risco (R1), 8% risco médio (R2) e 4,2% alto risco (R3); Souza⁵² avaliou uma UBS em Londrina que apresentou 89% de suas famílias com risco habitual, 7% com risco baixo, 3% risco médio e 1% risco alto; Menezes⁵³ relata em outra UBS de Londrina que 86% das famílias não possuíam risco, 9% risco baixo, 3% médio risco e 2% alto risco.

Como pode se observar a área de estudo apresenta um cenário muito distinto dos demais estudos relatados, com riscos familiares muito maiores. O Estudo que apresentou maior proporção de famílias com risco foi de Nakata⁵¹ com 32% das famílias com algum risco familiar, sendo que somente 4,2% apresentaram risco alto, enquanto a UBS Sucesso possui 48% de suas famílias com risco, sendo que 12% são risco alto. Portanto, trata-se de uma área de grande vulnerabilidade, o que justificaria ter menor quantidade de pessoas e famílias cadastradas, segundo a PNAB²¹. Porém não é o que vimos, e esta é uma decisão política e governamental de revisão do território e ampliação do número de equipes.

Assim como a população cadastrada das equipes é heterogênea, quando as microáreas (MA) são observadas de perto e comparadas entre si, é possível visualizar a grande disparidade com relação ao risco familiar (Tabela 3). A partir do risco familiar das microáreas (MA) foi calculado um escore para sintetizar a dimensão quantitativa e qualitativa das necessidades das MA por meio de um indicador sintético (Tabela 3), uma vez que quanto maior o risco familiar maior serão as necessidades de saúde e conseqüentemente gerará maior impacto no trabalho

do ACS. O valor é resultado da soma do número de família multiplicado pela pontuação do risco, em que R0 corresponde a 1 ponto, R1 a 2 pontos, R2 a 3 pontos e R3 a 4 pontos. Este dado possibilitou a visualização das vulnerabilidades apresentados nas microáreas.

Tabela 3 - Distribuição das Famílias de acordo com a ERF-CS. São Paulo, SP, 2015.

	MA	R0		R1		R2		R3		Total de Famílias	Escore
		N	%	N	%	N	%	N	%		
Equipe 1	1	141	51%	67	24%	37	13%	33	12%	278	518
	2	122	47%	62	24%	42	16%	35	13%	261	512
	3	89	34%	62	24%	40	15%	71	27%	262	617
	4	116	48%	53	22%	36	15%	36	15%	241	474
	5	165	60%	56	20%	26	9%	29	11%	276	471
Equipe 2	6	120	48%	69	27%	33	13%	29	12%	251	473
	7	140	61%	46	20%	26	11%	16	7%	228	374
	8	137	56%	56	23%	30	12%	22	9%	245	427
	9	151	57%	57	21%	36	13%	23	9%	267	465
	10	169	56%	71	24%	35	12%	27	9%	302	524
Total		1350	52%	599	23%	341	13%	321	12%	2611	

A partir deste escore ficam evidentes as diferenças entre todas as microáreas, principalmente entre as 3 e 7. A microárea 3 apresentou maior proporção de famílias classificadas com Risco 3, ou seja, maior risco, diferentemente da microárea 7, que tem a menor quantidade de famílias e apresentou menor proporção de famílias em risco.

Estes dados impactam diretamente no trabalho das agentes comunitárias de saúde, uma vez que as necessidades de saúde destas populações são determinadas pelas condições de vida e trabalho. Ou seja, a demanda da ACS da microárea 3 é diferente da microárea 7, assim como a complexidade das visitas realizadas.

6.2 IMPLICAÇÕES NO TRABALHO DO ACS

Segundo o Documento Norteador da Prefeitura de São Paulo⁵³, o ACS deverá ter no máximo 200 famílias cadastradas e visita-las dentro do mês em um período de 26 horas semanais (104 horas mensais), com média de 30 minutos cada VD de forma a garantir “o vínculo e o acesso ao contexto familiar e social”.

Na UBS Sucesso não é possível atender ao que foi preconizado pelo número excessivo de famílias. Ao realizar a divisão do número de famílias cadastradas pelo número de dias úteis e as horas de trabalho pelo número de visitas, estes ACS realizam de 11 a 15 VDs por dia, com duração de 21 a 27 minutos cada, com média de 24 minutos, considerando 20 dias úteis no mês (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição do tempo e quantidade média de visitas por microárea. São Paulo, SP, 2015

	Microáreas	Famílias	Média de VD/dia	Média de tempo/VD em minutos
Equipe 1	MA 1	278	14	22
	MA 2	261	13	24
	MA 3	262	13	24
	MA 4	241	12	26
	MA 5	276	14	23
Equipe 2	MA 6	251	13	25
	MA 7	228	11	27
	MA 8	245	12	25
	MA 9	267	13	23
	MA 10	302	15	21
TOTAL		2611	13	24

Vale ressaltar, que não foi considerado o tempo de deslocamento até o domicílio, nem as características familiares, colocando todos em um patamar de igualdade o que não é verdadeiro, pois como vimos há diferentes perfis de vulnerabilidade familiar, e, portanto, acaba sendo desconsiderado o princípio da equidade. Conforme Kadt³⁷, as iniquidades na saúde são geradas justamente pela falta de resposta às necessidades de determinada população em decorrência de uma distribuição igualitária de recursos que não consideram a distribuição heterogênea das necessidades.

O Agente Comunitário de Saúde é considerado o elo entre a comunidade e o serviço de saúde. A população cadastrada, busca em primeiro lugar o ACS, quer seja para uma informação, uma reclamação ou para a solução de um problema e espera uma resposta deste profissional, em uma relação de cobranças e exigências nem sempre tranquila⁵⁸.

O ACS é morador da comunidade e, muitas vezes, convive com problemas semelhantes aos demais moradores. Faz parte do seu processo de trabalho a vigilância e a promoção da saúde através das visitas domiciliares mensais, em que se depara com as situações de vida precárias e as desigualdades sociais, identifica as necessidades de saúde da população cadastrada e leva para a discussão com a equipe de saúde.

Esta sobreposição de papéis (morador e profissional da saúde), frequentemente causa sofrimento no ACS pelas responsabilidades inerentes a ele, como a pressão exercida pela própria comunidade, que reconhece nele um aliado e porta-voz de suas necessidades e a cobrança no cumprimento das metas⁵⁹.

Segundo Glowinkowski & Cooper (1987 apud Wai⁶⁰, 2007, p.85) há dois tipos de sobrecarga de trabalho: a quantitativa e a qualitativa. A primeira diz respeito ao número excessivo de tarefas que vai além da disponibilidade do trabalhador, enquanto a qualitativa está relacionada à dificuldade no trabalho quando o trabalhador se depara com demandas maiores que suas habilidades.

Para que as metas mensais sejam cumpridas há um desgaste físico, mental e emocional das ACS. Segundo Cheavegatti (2008), Ferraz e Aerts (2005) e Freitas et al. (2007) apud Croccia (2009)⁶¹, a exigência numérica por cumprimento da meta mensal (100% das famílias cadastradas) compromete o trabalho dos ACS ao privilegiar a quantidade em detrimento da qualidade das visitas, o que gera insatisfação destes profissionais.

Estudos^{62,63} apontam para o esgotamento profissional (*burnout*) e sofrimentos mentais comuns do agente comunitário de saúde decorrentes do desgaste físico e emocional em que os indivíduos são submetidos no ambiente de trabalho.

O termo *burnout* foi utilizado 1974, pela primeira vez pelo o psiquiatra Freudenberger, que descreveu como um conjunto de sintomas de esgotamento ou exaustão resultante de grande dedicação e esforço no trabalho^{62,63}. A partir da

década de 1990 se tornaram cada vez mais frequente as pesquisas sobre esgotamento profissional⁶³. Trata-se de uma síndrome com três dimensões: **Exaustão emocional** caracterizado pelo sentimento esgotamento e de desgaste emocional, **Despersonalização**, que diz respeito ao afastamento psicológico e insensibilidade emocional como estratégia defensiva e a **Redução da realização pessoal** que é a insatisfação com o seu trabalho, traduzido pela sensação de incapacidade e incompetência (Maslasch e col., 2001e Benevides-Pereira, 2003 apud Telles, 2009⁶²).

Em um estudo⁶² realizado na região centro-oeste do município de São Paulo, evidenciou altas proporções de ACS com níveis moderados ou altos de exaustão emocional e decepção que estão diretamente relacionados com os transtornos mentais comuns como transtornos depressivos, ansiosos e neuróticos.

Lunardelo (2004)⁵⁹, Ferraz e Aerts (2005)⁶⁴ e Wai (2007)⁶⁰ apontam para o desgaste do ACS com a problemática do excesso do número de famílias cadastradas, o tempo insuficiente para a realização das visitas domiciliares e a adequação das atividades de acordo com as características da população de cada local.

Cabe ao enfermeiro, em conjunto com outros membros da equipe, supervisionar, planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS²¹.

Um estudo realizado por Santos⁶⁵, aponta que um número expressivo de agentes comunitários de saúde não expõem suas opiniões nas reuniões de equipe, mesmo participando diariamente delas.

A reunião de equipe é o momento em que o ACS pode encontrar suporte para lidar com as adversidades do cotidiano de trabalho e buscar formas de enfrentamento para cada situação e por isso deve ser ouvido e valorizado. Desta forma, o aprazamento das visitas domiciliares dos ACS se mostra como uma ferramenta para ajudar a mitigar o processo de desgaste no trabalho deste profissional de forma a possibilitar a autonomia da equipe, qualificar o trabalho do ACS, além de responder equitativamente às necessidades de saúde da população cadastrada.

6.3 PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DAS VISITAS DOMICILIARES DOS ACS NA PERSPECTIVA DA EQUIDADE

A partir do exposto, para que a UBS Sucesso reorganize o processo de trabalho dos ACS, de forma a atender minimamente o princípio da equidade no cuidado, será imprescindível um novo olhar para esta população considerando as vulnerabilidades e necessidades que podem ser expressas no adoecimento de um ou mais membro da família decorrente ao grau de vulnerabilidade.

Segundo Kadt³⁷, os gestores locais deveriam ter instrumentos para detecção de grupos prioritários e implantação de atividades específicas de acordo com as políticas de saúde.

A aplicação da ERF-CS oferece subsídios para a equipe destinar tempo e intervenções diferenciadas, conforme os riscos apresentados pelas famílias de seu território de abrangência, buscando ter uma agenda de prioridades de acordo com o princípio da equidade.

Uma visão mais completa do território e a identificação das diferentes vulnerabilidades dentro de área de abrangência de uma UBS são passos importantes para estabelecer critérios objetivos de priorização das ações em saúde, otimização dos recursos humanos e resposta às necessidades encontradas, o que contribui para diminuir as iniquidades⁷.

A partir da aplicação da ERF-CS foi possível identificar a heterogeneidade da área de abrangência da UBS Sucesso e a necessidade da realização de uma redivisão das famílias cadastradas, levando em consideração os riscos familiares e a distância entre a microárea e a Unidade, de forma que estes sejam inversamente proporcionais ao quantitativo de famílias. Em outras palavras, a microárea com maior distância e maior risco familiar deverá ter o menor número de famílias cadastradas, para que a equipe possa oferecer a melhor atenção à saúde para esta população.

Como podemos observar, a identificação das vulnerabilidades familiares chama a atenção para as mudanças estruturais e a necessidade de expansão da ESF no territórios de maior vulnerabilidade, mantendo-se os números recomendados pelo Ministério da Saúde²¹ e pelo Documento Norteador de São Paulo³⁷.

Tendo em vista a perspectiva de utilização da proposta deste estudo para outros cenários de ESF, foi realizado a simulação de uma área com o limite de famílias cadastradas proposto pelo Documento Norteador do Município de São Paulo³⁷, ou seja, 200 famílias por ACS, mantendo as mesmas características de risco apresentado na média da UBS Sucesso (Quadro 5).

Quadro 5 – Distribuição estimada das famílias da UBS Sucesso por risco familiar, considerando-se os critérios da ERF-CS para uma população hipotética de 200 famílias na UBS Sucesso

R0	R1	R2	R3	Total	Escore
52% das Famílias	23% das Famílias	13% das Famílias	12% das Famílias	100% das Famílias	
103	46	26	25	200	372

Levando em consideração que a PNAB (2012) reforça que *“as visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a **média** de 1 (uma) visita/família/mês”*²¹ (grifo nosso), o que permite que algumas famílias sejam visitadas em um prazo mais longo, outras mais curto, este estudo propõe um método para atender de forma mais equitativa as necessidades das famílias com os recursos humanos existentes, concentrando nos mais necessitados.

Segundo Coelho & Savass³⁴, a partir da análise do risco familiar é possível se estabelecer diferentes estratégias para priorizar as visitas domiciliares em locais com maior vulnerabilidade. Assim, foi realizado um exercício de prospecção do aprazamento das visitas domiciliares dos ACS (Quadro 6) para este cenário hipotético de 200 famílias.

Quadro 6 – Aprazamento da visita do ACS a partir do risco familiar da ERF-CS para uma população hipotética de 200 famílias na UBS Sucesso

	R0	R1	R2	R3	Total
Periodicidade da Visita	A cada 45 dias	A cada 30 dias	A cada 30 dias	A cada 15 dias	-
Quantidade de Famílias	103	46	26	25	200
Tempo em horas	34	23	13	25	95
Quantidades de visitas domiciliares	69	46	26	49	187

Com base no mesmo Documento o cálculo do tempo de visita proposto foi de 30 minutos considerando o deslocamento até os domicílios e o princípio da equidade que se refere a ofertar mais ao que tem maior vulnerabilidade.

Foi sugerido um novo aprazamento de Visitas Domiciliares para as famílias R0 espaçando para 45 dias essas famílias. Assim, a cada mês a ACS terá a possibilidade de acompanhar $\frac{2}{3}$ das famílias R0 cadastradas com uma visita de 30 minutos. O cálculo de tempo investido em visitas no mês para R0 foi: $\frac{(\frac{2}{3} \times \text{Número de Família}) \times 30 \text{ minutos}}{60 \text{ minutos}}$. As famílias R1 e R2, manterão a visita mensal e portanto, todas as famílias serão visitadas no período, com o tempo previsto a partir da equação: $\frac{\text{Número de Família} \times 30 \text{ minutos}}{60 \text{ minutos}}$. Por fim, as famílias com alto risco (R3) serão visitadas quinzenalmente, portanto duas vezes no mês, com o tempo das visitas determinado com cálculo: $\frac{2 \times \text{Número de Família} \times 30 \text{ minutos}}{60 \text{ minutos}}$.

O tempo total destinado para as visitas corresponde à soma do tempo determinado para cada grupo de risco. Com isso, o total de horas dos ACS para realizar as VDs não ultrapassa o que é preconizado pelo Documento Norteador⁵⁰ de 104 horas mensais. Ressalta-se que é necessário deixar uma margem de segurança para que as crianças menores de 1 ano, gestantes, usuários com diagnóstico de tuberculose e hanseníase e egressos hospitalares, que não estão em risco familiar, sejam visitados pelo menos uma vez por mês, dado que estes são grupos que apresentam uma vulnerabilidade maior e necessitam de uma atenção especial.

Segundo a PNAB²¹, o redirecionamento do modelo da atenção básica estabelece a necessidade de transformação do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, atribuindo aos seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras.

Com base nesta afirmação e na realidade da UBS Sucesso, foi proposto um agrupamento das microáreas segundo as complexidades apresentadas (evidentes através do escore calculado), e cinco *clusters* de aprazamento das visitas (Quadro 7), com o objetivo de organizar o processo de trabalho das ACS a partir da vulnerabilidade familiar da ERF-CS e do princípio da equidade.

Em todos os clusters, o foco é manter o tempo dedicado como a variável dependente e o elemento norteador dos cronogramas. Ou seja, foi padronizado a duração média de 30 minutos por visita domiciliar e o tempo total destinado para esta atividade igual ou abaixo de 101 horas mensais. Restando tempo para que as crianças menores de 1 ano, gestantes, usuários com diagnóstico de tuberculose e hanseníase e egressos hospitalares, independente do risco familiar, sejam visitados pelo menos uma vez por mês dado que estes são grupos que apresentam uma vulnerabilidade maior e necessitam de uma atenção especial.

Quadro 7 – Aprazamento das Visitas Domiciliares por microárea segundo a partir do risco familiar da ERF-CS para a UBS Sucesso

		R0	R1	R2	R3	EScore/ Total de Horas/ VD
MA1 Cronograma 4	Retorno	A cada 90 dias	A cada 45 dias	A cada 30 dias	A cada 15 dias	518
	Famílias	165	67	37	33	
	Horas mensais	28	22	19	33	101
	Visitas Domiciliares	55	45	37	66	203
MA 2 Cronograma 4	Retorno	A cada 90 dias	A cada 45 dias	A cada 30 dias	A cada 15 dias	512
	Famílias	122	62	42	35	
	Horas mensais	20	21	21	35	97
	Visitas Domiciliares	41	41	42	70	194
MA 3 Cronograma 5	Visitas Domiciliares	A cada 90 dias	A cada 60 dias	A cada 45 dias	A cada 15 dias	617
	Famílias	89	62	40	71	
	Horas mensais	15	16	13	71	115
	Visitas Domiciliares	30	31	27	142	229
MA 4 Cronograma 3	Retorno	A cada 90 dias	A cada 30 dias	A cada 30 dias	A cada 15 dias	474
	Famílias	116	53	36	36	
	Horas mensais	19	27	18	36	100
	Visitas Domiciliares	39	53	36	72	200
MA 5 Cronograma 3	Retorno	A cada 90 dias	A cada 30 dias	A cada 30 dias	A cada 15 dias	471
	Famílias	165	56	26	29	
	Horas mensais	28	28	13	29	98
	Visitas Domiciliares	55	56	26	58	195
MA 6 Cronograma 3	Retorno	A cada 90 dias	A cada 30 dias	A cada 30 dias	A cada 15 dias	473
	Famílias	120	69	33	29	
	Horas mensais	20	35	17	29	100
	Visitas Domiciliares	40	69	33	58	200
MA 7 Cronograma 1	Retorno	A cada 45 dias	A cada 30 dias	A cada 30 dias	A cada 15 dias	374
	Famílias	140	46	26	16	
	Horas mensais	47	23	13	16	99
	Visitas Domiciliares	93	46	26	32	197
MA 8 Cronograma 2	Retorno	A cada 60 dias	A cada 30 dias	A cada 30 dias	A cada 15 dias	427
	Famílias	137	56	30	22	
	Horas mensais	34	28	15	22	99
	Visitas Domiciliares	69	56	30	44	199
MA 9 Cronograma 3	Retorno	A cada 90 dias	A cada 30 dias	A cada 30 dias	A cada 15 dias	465
	Famílias	151	57	36	23	
	Horas mensais	25	29	18	23	95
	Visitas Domiciliares	50	57	36	46	189
MA 10 Cronograma 4	Retorno	A cada 90 dias	A cada 45 dias	A cada 30 dias	A cada 15 dias	524
	Famílias	169	71	35	27	
	Horas mensais	28	24	18	27	96
	Visitas Domiciliares	56	47	35	54	193

Para a determinação do cronograma foi realizado a soma do tempo dispensado para cada grupo de famílias, considerado a visita domiciliar do ACS com média de 30 minutos e o tempo total limite de 101 horas, a partir dos seguintes cálculos:

- Nas visitas domiciliares com espaçamento de 90 dias, a ACS terá a possibilidade de acompanhar $\frac{1}{3}$ das famílias cadastradas do risco a cada mês:
$$\frac{(\frac{1}{3} \times \text{Nv?mero de Famv?lia}) \times 30 \text{ minutos}}{60 \text{ minutos}}.$$
- Quando a visita é a cada 60 dias, o cálculo foi baseado em $\frac{1}{2}$ das famílias do risco:
$$\frac{(\frac{1}{2} \times \text{Nv?mero de Famv?lia}) \times 30 \text{ minutos}}{60 \text{ minutos}}.$$
- Para as VDs a cada 45 dias, são considerados $\frac{2}{3}$ das famílias cadastradas com o risco:
$$\frac{(\frac{2}{3} \times \text{Nv?mero de Famv?lia}) \times 30 \text{ minutos}}{60 \text{ minutos}}.$$
- Todas as famílias do risco são atendidas para a visita mensal :
$$\frac{\text{Nv?mero de Famv?lia} \times 30 \text{ minutos}}{60 \text{ minutos}}.$$
- Por fim, as famílias com alto risco (R3) serão visitadas quinzenalmente, portanto duas vezes no mês:
$$\frac{2 \times \text{Nv?mero de Famv?lia} \times 30 \text{ minutos}}{60 \text{ minutos}}.$$

Com base na PNAB (2012)²¹, o redirecionamento do modelo de atenção impõe:

“a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho.”

Desta forma, somente a MA 7 se assemelha com a microárea hipotética (com 200 famílias) quanto ao Escore, e portanto, poderá manter o mesmo aprazamento proposto (Quadro 8).

Quadro 8 – Cronograma 1 de aprazamento das visitas segundo o risco familiar e Escore calculado para a UBS Sucesso.

Aprazamento		R0	R1	R2	R3	Total
		45 dias	30 dias	30 dias	15 dias	
Microárea 07	Famílias	140	46	26	16	228
	Horas mensais	47	23	13	16	99
	Visitas Domiciliares	93	46	26	32	197

Da mesma forma, as demais áreas foram agrupadas pelo Escore, gerando os diferentes cronogramas. Para a microárea 8, com o Escore 427, foi sugerido o Cronograma 2 demonstrado no Quadro 9.

Quadro 9 – Cronograma 2 de aprazamento das visitas segundo o risco familiar e escore calculado para a UBS Sucesso.

Aprazamento		R0	R1	R2	R3	Total
		60 dias	30 dias	30 dias	15 dias	
Microárea 08	Famílias	137	56	30	22	245
	Horas mensais	34	28	15	22	99
	Visitas Domiciliares	69	56	30	44	199

O Cronograma 3 (Quadro 10) agrupou as microáreas 4, 5, 6 e 9, com os respectivos escores 474, 471, 473 e 465.

Quadro 10 – Cronograma 3 de aprazamento das visitas segundo o risco familiar e escore calculado para a UBS Sucesso.

Aprazamento		R0	R1	R2	R3	Total
		90 dias	30 dias	30 dias	15 dias	
Microárea 04	Famílias	122	62	42	35	241
	Horas mensais	20	21	21	35	97
	Visitas Domiciliares	41	41	42	70	194
Microárea 05	Famílias	165	56	26	29	276
	Horas mensais	28	28	13	29	98
	Visitas Domiciliares	55	56	26	58	195
Microárea 06	Famílias	120	69	33	29	251
	Horas mensais	20	35	17	29	100
	Visitas Domiciliares	40	69	33	58	200
Microárea 09	Famílias	151	57	36	23	267
	Horas mensais	25	29	18	23	95
	Visitas Domiciliares	50	57	36	46	189

O Cronograma 4 (Quadro 11) responde a necessidade das microáreas 1, 2 e 10 com Escores 518, 512, 523, respectivamente.

Quadro 11 – Cronograma 4 de aprazamento das visitas segundo o risco familiar e escore calculado para a UBS Sucesso.

Aprazamento		R0	R1	R2	R3	Total
		90 dias	45 dias	30 dias	15 dias	
Microárea 01	Famílias	165	67	37	33	278
	Horas mensais	28	22	19	33	101
	Visitas Domiciliares	55	45	37	66	203
Microárea 02	Famílias	122	62	42	35	261
	Horas mensais	20	21	21	35	97
	Visitas Domiciliares	41	41	42	70	194
Microárea 10	Famílias	169	71	35	27	302
	Horas mensais	28	24	18	27	96
	Visitas Domiciliares	56	47	35	54	193

Por fim, para a microárea 3, que apresenta grande número de famílias com alto risco familiar (R3), com Escore de 617, foi proposto o Cronograma 5 (Quadro 12).

Quadro 12 – Cronograma 5 de aprazamento das visitas segundo o risco familiar e escore calculado para a UBS Sucesso.

Aprazamento		R0	R1	R2	R3	Total
		90 dias	60 dias	45 dias	15 dias	
Microárea 03	Famílias	89	62	40	71	262
	Horas mensais	15	16	13	71	115
	Visitas Domiciliares	30	31	27	142	229

Como podemos observar a microárea 3 apresenta um Escore muito maior do que as demais áreas não sendo possível obedecer este critério. Portanto, o tempo para as demais atividades necessita ser revisto para que seja possível a realização das visitas.

Todos os ajustes foram realizados com a finalidade de responder as diferentes necessidades de forma equânime.

Cabe ressaltar que as famílias classificados como risco habitual, devem ser consideradas como foco de vigilância pelos profissionais de saúde, sendo

acompanhadas com olhar de promoção à saúde e prevenção de novos agravos para que seu risco no futuro não venha se agravar.

6.4 FERRAMENTA TECNOLÓGICA PARA IMPLANTAÇÃO DO APRAZAMENTO DAS VISITAS DOMICILIARES

Com o objetivo de instrumentalizar e auxiliar o trabalho das equipes, a partir da proposta deste estudo, está disponibilizado uma Planilha de *Excel* como recurso tecnológico para o aprazamento das visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde, a fim de auxiliar no cálculo da quantidade de visitas domiciliares e de horas previstas baseadas no risco familiar (Figura 6).

Figura 6 – Ferramenta Tecnológica para aprazamento das visitas domiciliares dos ACS segundo o risco familiar.

APRAZAMENTO DAS VISITAS DOMICILIARES DOS ACS SEGUNDO O RISCO FAMILIAR						
1º Passo: Aplique a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi.						
2º Passo: Distribua no Quadro abaixo.						
DISTRIBUIÇÃO DAS FAMÍLIAS SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DA ESCALA DE RISCO FAMILIAR DE COELHO-SAVASSI						
Coloque abaixo a quantidade de famílias de cada risco						
R0	R1	R2	R3	Total de Famílias		
				0		
3º Passo: Defina qual o aprazamento desejado (90, 60, 45, 30 ou 15 dias) para cada Risco, colocando na tabela abaixo o total de famílias do Risco.						
DISTRIBUIÇÃO DAS FAMÍLIAS SEGUNDO O RISCO FAMILIAR E APRAZAMENTO VISITAS DOMICILIARES DESEJADA						
Escolha SOMENTE UM aprazamento para cada risco e coloque o NÚMERO DE FAMÍLIAS nas células correspondentes						
	R0	R1	R2	R3	Total	
90 Dias					0	
60 Dias					0	
45 Dias					0	
30 Dias					0	
15 Dias					0	
4º Passo: Conferir se o planejamento do total de horas para visitas domiciliares e a quantidade de visitas mensais se enquadram no esperado para a microárea						
APRAZAMENTO DAS VISITAS DOMICILIARES DOS ACS SEGUNDO O RISCO FAMILIAR						
	90 Dias	60 Dias	45 Dias	30 Dias	15 Dias	Total
Total de Horas	0	0	0	0	0	0
Visitas Domiciliares	0	0	0	0	0	0
ATENÇÃO: Sugere-se que o total de horas em visita não ultrapasse a 100 horas devido a margem de segurança para as visitas mensais das prioridades (menores de um ano, gestante, usuários com tuberculose e hanseníase) que não estejam em risco familiar. Da mesma forma, o total de visitas mensais não deve ultrapassar de 208, para que seja respeitado o tempo preconizado de 30 minutos.						

SUGESTÕES DE APRAZAMENTO	
R0	90 ou 60 ou 45 ou 30 dias
R1	60 ou 45 ou 30 dias
R2	45 ou 30 dias
R3	15 dias

Para o uso deste recurso, primeiramente a equipe de saúde da família deverá aplicar a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi e completar os dados no primeiro quadro.

O segundo passo será escolher o aprazamento para cada risco, que pode variar segundo as características locais de cada UBS. Para as equipes que tiverem poucas famílias em risco poderão estreitar o aprazamento, porém aquelas que

possuírem grande contingente de famílias em riscos deverão espaçar o retorno das visitas domiciliares das famílias com risco habitual e priorizar aquelas com maior risco.

A partir do princípio da equidade, é recomendado que as visitas domiciliares para as famílias com risco habitual sejam realizadas a cada 30, 45, 60 ou 90 dias. Enquanto aquelas que apresentarem “Risco Baixo” propomos que sejam visitadas em 30, 45 ou 60 dias. Para as famílias com “Risco Médio” sugerimos o aprazamento em 30 ou 45 dias. E por fim, aquelas que apresentarem “Risco Alto” aconselhamos visitas a cada 15 dias.

Após definido o aprazamento, o número total das famílias deverá ser colocado no segundo quadro e automaticamente o terceiro quadro é preenchido com o quantitativo de visitas domiciliares no mês e o total de horas previstas para esta atividade, considerando que para cada visita domiciliar será preconizado 30 minutos.

Desta forma poderão ser testados os diferentes aprazamentos para o planejamento desta atividades dos ACS, lembrando que o total de horas não deverá ultrapassar a 100 devido a margem de segurança para as visitas mensais das prioridades (menores de um ano, gestante, tuberculose e hanseníase) que não estejam em risco familiar. Da mesma forma, o total de visitas mensais não deve ultrapassar de 208, para que seja respeitado o tempo preconizado de 30 minutos.

Este produto final do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde visa auxiliar o planejamento das visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo o princípio da Equidade, a fim de melhorar a qualidade do acesso aos serviços de saúde. Para ter acesso a esta ferramenta tecnológica e aplicá-la clique no link:
<https://drive.google.com/file/d/0B7sKk1GKkorSV05UU2hqLVQ3Snc/view?usp=sharing>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde superou o modelo de saúde excludente, hierárquico e centralizado vigente no Brasil, para um sistema que, além de ser inclusivo, se preocupa com os preceitos do bem-estar social acerca das necessidades reais da população com uma racionalidade organizativa.

Da mesma forma a Atenção Primária no Brasil tem ocupado uma posição essencial de centralidade no sistema de saúde, não só como porta de entrada, mas também como coordenadora do cuidado. A estruturação do nível primário em saúde possibilita a obtenção da efetividade e equidade nos serviços de saúde¹³.

Em conformidade com os princípios da APS proposto por Starfield, a Política Nacional da Atenção Primária estabeleceu a ESF como estratégia prioritária deste nível de atenção orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

As ações em saúde passaram a ser desenvolvidas em equipe, dirigidas a uma população em um território bem delimitado, pelas quais assume as responsabilidades sanitárias, considerando suas características locais, utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o local de maior contato dos usuários com o sistema de saúde.

Em outras palavras, a ESF ocupa a posição do centro do sistema, comunicando-se com toda a rede de atenção à saúde, de forma a coordenar o cuidado, permanente e sistemático, das pessoas e famílias residentes em sua área de abrangência, a partir da construção de vínculos, de forma a conhecer o território e as condições de vida, possibilitando a gestão do cuidado no lugar certo, no tempo certo e com qualidade, para responder com resolubilidade e menor custo às necessidades de saúde da população.

O reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde estão estreitamente vinculados aos conceitos de integralidade e equidade do SUS, uma vez que as equipes de saúde são provocadas e estimuladas a traduzir e entender as necessidades, para realizarem ações articuladas e complementares.

Este estudo buscou responder a necessidade da UBS Sucesso de atender a uma população adscrita de alta vulnerabilidade e em um quantitativo maior do que o preconizado pelos documentos oficiais.

Para isso lançou mão da Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi, que possibilitou a caracterização da área de forma qualitativa, ampliando o olhar da doença estabelecida para a vulnerabilidade familiar. A construção do escore possibilitou sistematizar as dimensões quantitativa e qualitativa das necessidades das famílias cadastradas oferecendo maior visibilidade às diferenças entre as microáreas e o impacto das proporções das famílias com as diferentes vulnerabilidades.

A ERF-CS apesar de ser uma escala que necessita ser validada, demonstrou ser uma importante ferramenta para a Atenção Primária à Saúde de grande utilidade para a equipe de ESF por possibilitar que ela passe a ter maior compreensão sobre a relação entre os determinantes de saúde e as situações vividas por elas, oferecendo subsídios para a equipe destinar tempo a intervenções diferenciadas, conforme os riscos apresentados pelas famílias de seu território de abrangência, buscando ter uma agenda de prioridades de acordo com o princípio da equidade.

A aplicação da ERF-CS, a discussão dos casos e a construção do aprazamento das visitas domiciliares dos ACS constrói um ambiente democrático dentro da equipe, no qual todos têm voz ativa, e buscarão responder as necessidades de saúde do território.

Neste estudo, a identificação dos riscos familiares neste território de grande vulnerabilidade chama a atenção para as necessidades de mudanças estruturais e a necessidade de expansão da ESF em conformidade com o preconizado pela PNAB.

Uma vez que esta decisão é governamental, a redivisão da área de abrangência entre os ACS levando-se em consideração as famílias vulneráveis e o escore proposto neste estudo é uma possibilidade, que permitiria a divisão da sobrecarga de trabalho e uma atenção mais equânime à população.

Porém mesmo assim, se mantêm as iniquidades entre elas ao se manter o mesmo critério de visitas domiciliares para todos os cadastrados com a meta de uma visita por família ao mês.

Uma vez que as microáreas são muito heterogêneas, o aprazamento proposto neste estudo nos faz menção à autonomia da equipe em responder as

necessidades de saúde das famílias de forma equânime, segundo suas características. Áreas de maior vulnerabilidade devem ser vistas com maior frequência (aqui sugerido a cada quinze dias) e aquelas que não possuem vulnerabilidade ou apresentam vulnerabilidade menor podem ter suas visitas com maior espaçamento.

Para auxiliar no planejamento do cronograma, está disponível a Planilha de Aprazamento como um recurso tecnológico, a fim de auxiliar no cálculo da quantidade de visitas domiciliares e de horas previstas baseadas no risco familiar para as diferentes realidades.

A área de estudo, assim como as demais, se trata de um território vivo que se modifica dia-a-dia, portanto as características das famílias são mutáveis assim como a vulnerabilidade das áreas. Portanto recomenda-se que tal avaliação com a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi seja aplicada semestralmente ou anualmente, para o reconhecimento das distintas necessidades e possibilitar a operacionalização do cuidado baseado na equidade, ainda que por meio do planejamento das visitas. Famílias que foram identificadas como risco baixo podem elevar esta graduação e necessitar de novos cuidados. Portanto, estas devem ser consideradas como alvos de vigilância pelos profissionais de saúde, sendo acompanhadas com olhar de promoção à saúde e prevenção de novos agravos para que seu risco no futuro não venha se agravar.

Por fim, para que a proposta deste trabalho seja legitimada serão necessárias oficinas com as equipes para a instrumentalização do uso da Escala e apropriação da ferramenta num processo de educação permanente e posteriormente, a aplicação do aprazamento para que seja avaliado o impacto no serviço, os avanços e as limitações.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vasconcelos CM, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In Campos GW, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. P. 531-562.
2. Spinelli MAS, Müller Neto JS, Schrader FT, Venites V. As práticas avaliativas entre a racionalização do sistema e as demandas dos usuários: o caso do SUS Cuiabá. In Pinheiro R, Silva Junior AG, Mattos RA, organizadores. Atenção Básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMR/UERJ: ABRASCO; 2008. P. 105-127.
3. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. TheLancet.com. may 2011. P. 11 -31. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>
4. Calipo S, Soares CB. Saúde como direito. In Soares CB, Campos CMS, organizadores. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. Barueri: Manole; 2013. P. 3-48.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Ministério Saúde, 2000. 44p. Il.
6. Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002. 92 p.
7. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção para entender a gestão do SUS: Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília; 2011.
8. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In Campos GW, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. P. 783-836.
9. Matta GC, Morosini MVG. Atenção Primária à Saúde. In: Dicionário da educação profissional em saúde/ Organizado pela Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. 308p.
10. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública. 2006;22(6):1171-81.
11. Gil CRR, Maeda ST. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In Soares CB, Campos CMS, organizadores. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. Barueri: Manole; 2013. P. 325-47.

12. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Cuidados primários de saúde – relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – Alma Ata, 1978. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância; 1979.
13. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
14. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na APS: o imperativo da consolidação da ESF. Brasília: CONASS/OMS/MS, 2012. 512p.
15. Paim JS. Gestão da atenção básica nas cidades. In: Neto ER, Bógus CM. Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003b. P.183-212. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Serviços de saúde, 3).
16. Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2005 [citado 2014 jul.15];13(6):1027-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>.
17. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Manual para a Organização da Atenção Básica. Brasília, 1998. 39p.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília, 2006. 72p.
20. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. Cadernos Cefor. Série Textos. São Paulo: Cefor; 1992.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012. 110p.
22. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Rev Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health. 21(2), 2007, 164-176.
23. Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2005;13(6):1027-34
24. Capistrano Filho D. O programa de saúde da família em São Paulo. Estudos avançados [Internet]. 1999 [citado 2015 fev 20]; 13(35): 89-100. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v13n35/v13n35a08.pdf>
25. Guedes JS, Santos RMB, Di Lorenzo RAV. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no estado de São Paulo (1995–2002). Saúde Soc. 2011;20(4):875–83

26. Marsiglia RMG. Universalização do acesso ao Sistema Único de Saúde no Brasil: desafios para a Atenção Primária à Saúde . Cad. Ter. Ocup. [Internet]. 2012 [citado 2014 jul.15];20(3):317-325. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/676>.
27. São Paulo. Prefeitura São Paulo. [citado 2014 jul. 24] Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=1936.
28. Campos CMS, Soares, CB. Necessidades de Saúde e o Cuidado de enfermagem em Saúde Coletiva. In Soares CB, Campos CMS, organizadores. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. Barueri: Manole; 2013. P. 265-92.
29. Pereira IC, Oliveira MAC. Atenção primária, promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde: um diálogo necessário. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2014. 109p.
30. Brasil. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes – Lei orgânica da Saúde [Internet]. Brasília; 1990 [citado 2014 jun. 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
31. Barros DG, Chiesa AM. Autonomia e necessidades de saúde na sistematização da assistência de enfermagem no olhar da saúde coletiva. Rev Esc Enfermagem USP. 2007;41(n. Esp): 793-8
32. Egry EY. Necessidades de Saúde como objeto da Tipesc. In: Garcia TR, Egry EY (orgs.). Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2010. P.70-7.
33. Savassi LCM, Lage JL, Coelho FLG. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi. J Manag Prim Health Care [Internet]. 2012; 3(2):179-185. Disponível em: www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/download/66/65
34. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. RBMFC [Internet]. 2004 [CITADO 2014];1(2):19-26. <http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/issue/view/2>.
35. Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In Barbosa RM; Parker RG organizadores. Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder. São Paulo: Editora 34; 1999. P. 49-72.
36. Sanches AIM, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? Ciência & Saúde Coletiva. 2007;12(2): 319-24.

37. Kadt E, Tasca R. Promovendo a equidade. Um novo enfoque com base no setor da saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1993.
38. Severino AJ. Metodologia científica: teoria da ciência e prática da pesquisa. 19 São Paulo: Atlas; 2000.
39. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Trad. Ana Thorell. Revisão Técnica Claudio Damasceno. 4ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. P.212.
40. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: uma pesquisa qualitativa em saúde. 11ed. São Paulo: Hucitec, 2008. P.143-169.
41. Gil AC. Estudo de Caso: fundamentação científica – subsídios para coleta e análise de dados – como redigir o relatório. São Paulo: Atlas, 2009. 148p.
42. Wikipedia: a enciclopédia livre [Internet] Florida: Wikimedia Foundation, 2014. [citado 24 jul. 14]. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Periferia>>
43. São Paulo. Prefeitura São Paulo. [citado 2014 jul. 24] Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/cidade_tiradentes/historico/index.php?p=94
44. São Paulo. Secretaria de Assistência Social da População da Cidade de São Paulo, Centro de Estudos da Metrópole. Mapa da Vulnerabilidade Social da População da Cidade de São Paulo [Internet]. CEM/CEBRAP, SESC, SAS-PMSP, vol 1, 2004 [citado em 2014 jul. 24] Disponível em: [http://www.fflch.usp.br/centrodametropole/antigo/v1/MV/Leste-B-\(18-38\).pdf](http://www.fflch.usp.br/centrodametropole/antigo/v1/MV/Leste-B-(18-38).pdf)
45. São Paulo. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde (SMS). Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. Índice de Necessidades em Saúde por Distrito Administrativo do Município de São Paulo [Internet]. 3ª edição. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde (SMS); 2008. [citado em 2014 jul.24] Disponível em: http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/ceinfo/INS_3edicao_Junho2008.pdf
46. CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Rio de Janeiro: 2008.
47. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: World Health Organization; 1990.
48. Pellegrini Filho A, Buss PM, Esperidão MA. Promoção da Saúde e seus Fundamentos: Determinantes Sociais de Saúde, Ação Intersetorial e Políticas Saudáveis. In: Paim JS, Almeida-Filho N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro : MedBook; 2014. P. 305-26.
49. Pinheiro MC, Westphal MF, Akerman M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. Cad.

- Saúde Pública [Internet]. 2005 [Citado 2015 out 20];21(2):449-58. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v21n2/11.pdf>.
50. OPAS. Organização Panamericana de Saúde. La cooperacion de la Organizaciion Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma del sector dalud. Wahington, 1997.
 51. Paim J. Equidade e Reforma em Sistema de Serviços de Saúde: o caso do SUS. Saúde e Sociedade. 2006; 15(2): 34-46.
 52. Chiesa AM, Westphal MF, Akerman M, Doenças respiratórias agudas: um estudo das desigualdades em saúde. Cad. Saúde pública [Internet]. 2008 [cited 2014 Jun 24];24(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/05.pdf>
 53. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Atenção Básica e PSF. Documento Norteador: Compromisso das Unidades Básicas de Saúde com a população. São Paulo: 2005
 54. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil: Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. 2004 [cited 2015 set 20]. Disponível: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Saude.pdf>
 55. Nakata PT, Koltermann LI, Vargas KR, Moreira PW, Duarte ERM, Rossete-Cruz I. Classificação de risco familiar em uma Unidade de Saúde da Família. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013;21(5):[07 telas].
 56. Souza EC, Santana CP, Cavalcante PS, Bortoletto MSS, Mathias TAF. Classificação de famílias segundo situações de risco. Cogitare Enferm. 2013;18(1):50-6.
 57. Menezes AHR, Cardelli AAM, Vieira GB, Martins JT, Fernandes MV, Marrero TL. Classificação de risco familiar segundo escala de Coelho e Savassi – Um relato de experiência. Cienc Cuid Saúde. 2012;11(1):190-5.
 58. Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2007 [citado 2015 out 20];41(3):426-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/12.pdf>.
 59. Lunardelo SR. O trabalho do agente comunitário de saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.
 60. Wai MFP. O trabalho do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família: fatores de sobrecarga e mecanismo de enfrentamento [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

61. Croccia M. A representação do “trabalho” na vida do agente comunitário de saúde. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2009.
62. Telles SH, Pimenta AMC. Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde e Estratégias de Enfrentamento. Saúde Soc. [Internet]. 2009 [citado 2015 out 28];18(3):467-78. <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n3/11.pdf>.
63. Silva ATC. Estudo sobre esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde no município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.
64. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2005 [2015 out 28]; 10 (2):347-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a12v10n2.pdf>.
65. Santos LPGS. A atuação do agente Comunitário de Saúde em São Bernardo do Campo: Possibilidades e limites para a Promoção da Saúde [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

São Paulo, 7 de outubro de 2013.

ASSUNTO: Projeto de Pesquisa “Aprazamento das visitas domiciliares dos agentes comunitários de a partir do olhar da equidade”

Eu, Flavia Jaqueline Lorenz, gerente da Unidade de Saúde onde se realizará a pesquisa “Aprazamento das visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde a partir do olhar da equidade” estou ciente que a colaboradora Renata Casagrande Guzella, orientada por Dra. Anna Maria Chiesa utilizará os dados do SIAB para basear a sua pesquisa. Cabe esclarecer que tais dados encontram-se disponíveis a quem possa interessar no Sistema de Informação Oficial da área da Saúde (DATASUS) e por este motivo não foi necessário que a referida pesquisa fosse submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,

Gerente da Unidade de Saúde