



inicia com a apresentação de perguntas diretamente à família, associada a informações coletadas pela observação da realidade e por questionamentos a outras instituições que atuam na área.

Para que este diagnóstico da comunidade seja adequado são necessárias informações referentes aos aspectos demográficos, sócioeconômicos, sócio culturais, do meio ambiente e sanitário. Todas as famílias são cadastradas, através de visitas aos domicílios, realizadas pela equipe, em especial pelo ACS. Nessas visitas são observadas as atividades diárias da família, sua alimentação, seus hábitos de higiene, a situação domiciliar – condições de moradia, de saneamento e condições ambientais e os possíveis fatores de risco à saúde. São necessárias também informações sobre detalhes dos aspectos familiares como composição da família, sua renda, a ocupação de seus membros, as condições de acesso aos sistemas de saúde e educacional, a mortalidade e a morbidade referidas, bem como outras informações relacionadas aos riscos presentes ou potenciais para integrantes da família ou para a dinâmica de seu funcionamento.

Essa etapa inicia o vínculo dos membros da Unidade de Saúde com a família; é uma relação que precisa ser desenvolvida da forma mais interativa, aberta e amável possível, evitando-se demonstrações de preconceitos, ou posicionamentos pessoais referentes aos hábitos de vida ou à composição da família.

O entrevistador deverá posicionar-se com afetividade, mas com firmeza, não se portando como um mero inquisidor, pois, a partir desse momento, ele passa a ser um novo elemento que interage com aquela família visando a manutenção ou a recuperação da saúde de seus membros e da qualidade da dinâmica familiar.

Como base para a elaboração de roteiros para estas entrevistas e para a coleta de dados pela observação direta da realidade, é importante incluir o seguinte conjunto de informações, que não representam um limite máximo de conteúdo:

i. Coletando dados

• **Demográficos:**

- Endereço
- Idade
- Sexo
- Origem dos membros da família (nascimento e movimentação geográfica)

• **Sócioeconômicos:**

- Renda (mesmo que em muitos casos não seja confiável).
- Condições de trabalho/ocupação/estudo dos integrantes da família (não confundir desempregado com desocupado; por exemplo, um adolescente que não estuda e nem trabalha não deve ser considerado como desempregado, mas, sim, como desocupado, condição diferente para um adulto na mesma situação).



- Condições de moradia (tipo da habitação, número de cômodos ou peças, energia elétrica e saneamento básico – abastecimento, tratamento e armazenamento da água, destino dos dejetos e do lixo).
- Escolaridade.
- Comunicação (telefone, televisão, rádio e outros).
- Serviços de saúde que normalmente acessam (inclusive planos de saúde).
- Transporte que mais utiliza.
- **Sócio culturais:**
 - Estrutura familiar (composição, papéis, hierarquia, etc. Cuidado no formular tais questões. Em muitos momentos, é preferível observar a maioria desses aspectos durante a entrevista do que formular questões embaraçosas que servirão muito mais para afastar o entrevistado)
 - Religião (atentar para a religião explicitada, bem como, para a frequência e o tipo de participação)
 - Participação de grupos comunitários (associação de moradores, cooperativas, sociedade de classe, clube de serviço e outros)
- **Meio Ambiente:**
 - Referentes à condição das águas (rios, lagoas e mar); da terra (solo e vegetação, uso de agrotóxico); do ar (poluição) e do clima (umidade e temperatura)
- **Mortalidade e Morbidade:**
 - Mortalidade (óbitos na família, com o grau de parentesco, distinguindo os membros da família que moram na mesma casa dos que habitam fora, a causa referida e a data)
 - Morbidade e condições de risco (gestação, alcoolismo, fumo, dependência de outras drogas, deficiência física e mental, hipertensão arterial, diabetes, distúrbios mentais, hanseníase, epilepsia, tuberculose, malária, doença de chagas e outras condições prevalentes na área)

ii. Entrevistando as famílias

- Leia atentamente a ficha do cadastro, antes de realizar a entrevista. Esta conduta proporcionará uma relação mais segura e dinâmica com o(s) entrevistado(s);
- Ao ser recebido na residência visitada, identifique-se prontamente a quem veio lhe atender, esclarecendo sobre a utilização e a importância das informações que serão coletadas. Caso não possa ser recebido no momento, solicite um horário possível para a entrevista;
- Seja amável, atencioso (a), respeitoso (a), mas, ao mesmo tempo, seguro (a) o bastante para convencer sobre a importância do trabalho que está sendo realizado. Porém, jamais emita comentários pessoais sobre as respostas dadas;
- Antes de preencher qualquer item, pergunte o nome do entrevistado, chamando-o sempre pelo nome. Converse um pouco sobre o trabalho da equipe, a



localização da unidade, aspectos gerais da comunidade, enfim, descontraia o processo da entrevista, interaja com o entrevistado, sem perder, no entanto, muito tempo para tal atividade;

- Preencha o cadastro atentamente, de forma legível e a lápis, para que possa ser corrigido, sempre que necessário, e anote exatamente o que foi respondido. Qualquer dúvida, pergunte novamente, até que a resposta seja clara e compreensível;
- Permaneça sempre atento ao entrevistado, às pessoas presentes e ao ambiente. Existem perguntas que não precisam ser feitas e, às vezes, são até constrangedoras. Nestes casos, basta observar e registrar.

c. Diagnóstico das condições de vida e de saúde da comunidade

A partir do cadastramento a equipe realiza, juntamente com as lideranças comunitárias locais, e com grande participação dos Agentes Comunitários de Saúde, o diagnóstico da comunidade, com o objetivo de:

- identificar os problemas de saúde mais prevalentes na área de abrangência;
- construir, junto com as famílias, um diagnóstico psicossocial e de saúde, que detecte situações de vulnerabilidade de saúde, social ou familiar, chamadas situações de risco, que deverão ser priorizadas

A equipe deverá consolidar as informações que compõem o cadastramento das famílias e utilizar diversas fontes de informação, que possibilitem melhor identificação da área trabalhada, sobretudo as oficiais, como dados do IBGE, cartórios e secretarias de saúde. Devem também ser valorizadas fontes qualitativas e de informações da própria comunidade, instituições locais bem como grupos sociais organizados, que possam auxiliar a ESF a elaborar, posteriormente, um planejamento factível e adequado às reais necessidades da população local.

A ESF precisa estar atenta aos fatores causais relacionados aos processos patológicos identificados nos indivíduos, referentes ao seu contexto familiar ou ambiental e, ao mesmo tempo, às respostas desses indivíduos ao seu meio.

É importante identificar as microáreas de risco, ou seja, áreas que possuem fatores de risco e/ou barreiras geográficas ou culturais (tudo aquilo que dificulta ou impede a chegada e a interlocução da comunidade com o serviço de saúde), ou ainda áreas com indicadores de saúde muito ruins. A identificação dessas áreas, pessoas ou famílias que precisam de atenção especial é muito importante para que sejam programadas ações específicas e atividades de acompanhamento mais permanente. Seja porque já existe uma situação de desequilíbrio instalada, ou porque estão sujeitas a situações de maior risco de adoecer ou morrer.

O enfoque de risco traduz a probabilidade de alguém, algumas famílias ou alguma área específica terem mais chance de sofrer um dano à sua saúde, qualquer que seja o risco - físico, ambiental, social ou mental.



Em face do diagnóstico da realidade local, faz-se necessária a elaboração de um plano de ação, a partir de discussões com as famílias envolvidas sobre o enfrentamento dos problemas mais prevalentes, como também de construção de estratégias para sua prevenção. Cabe, ainda, à ESF organizar atividades permanentes de promoção da saúde, tanto nos espaços da Unidade de Saúde quanto do domicílio e das demais áreas disponíveis e potenciais para tais ações.

A atenção à saúde das famílias adscritas deve ser desenvolvida de forma integral, racional e tecnicamente apropriada, estimulando seus membros, sempre que possível, à prática de autocuidados.

i. Consolidando os dados

Após a coleta dos dados e preenchimento do cadastro, é fundamental que a ESF consolide-os e converta-os em informações a serem analisadas, quando da elaboração do diagnóstico da área, norteando sua programação e o processo permanente de avaliação da realidade local.

Dessa forma, no final do processo de coleta de dados, devem estar disponíveis:

- a distribuição da população por faixa etária e por sexo e sua distribuição geográfica;
- as condições de moradia, inclusive os aspectos ligados ao saneamento básico;
- o grau de escolaridade e o tipo de ocupação dos membros da área;
- a identificação das lideranças locais, dos grupos religiosos e das formas de organização social da localidade;
- localização de recursos hídricos, de elementos poluentes e de outras informações importantes para o conhecimento da realidade local.

Entretanto, para que o diagnóstico da comunidade esteja completo, é preciso definir as MICROÁREAS DE RISCO, ou seja, áreas que possuem fatores de risco e/ou barreiras geográficas e culturais ("tudo aquilo que impede ou dificulta a chegada da comunidade ao serviço de saúde") e/ou indicadores de saúde muito ruins, para que sejam programadas ações específicas para cada uma delas, assim como atividades de acompanhamento de forma permanente.

Ao se utilizar termos como RISCO, FATORES DE RISCO e MICROÁREAS DE RISCO, é interessante que se esclareça um pouco mais o uso desses termos. Quando se trabalha com o ENFOQUE DE RISCO, objetiva-se a atenção à saúde das pessoas, famílias e comunidades, baseada no conceito de RISCO, o qual traduz a probabilidade de alguém, ou de um grupo populacional, de sofrer um dano em sua saúde. Tal conceito baseia-se na maior probabilidade de um grupo de pessoas adoecer ou morrer, ou seja, de ser mais vulnerável a determinados agravos, como resultado de uma série de características biológicas, genéticas, ambientais, psicológicas, sociais, econômicas e outras que, interrelacionadas, conferem um risco próprio a esse grupo específico.



FATOR DE RISCO à saúde é algo (coisa ou acontecimento) que favorece o surgimento ou o agravamento de uma doença, qualquer que seja ela – física, mental ou social. O grupo populacional que apresenta maior risco à saúde é chamada de GRUPO DE RISCO e caracteriza-se pela possibilidade de adoecimento permanente, de maneira mais fácil que os demais, o qual deve ser merecedor de maior atenção. Para cada risco existe um grupo de risco específico, que deve ser diagnosticado.

ii. Mapeando a área de atuação da ESF

A partir da definição das microáreas de risco e das demais informações contidas no diagnóstico comunitário da área de abrangência da ESF, pode-se elaborar o MAPEAMENTO local, ou seja, a representação (no papel) da área da atuação da equipe, contendo suas principais informações geográficas (residências, ruas, estradas, estabelecimentos escolares, religiosos e de saúde, características geográficas – rios, montes, córregos e outras) e populacionais (grupos específicos a serem priorizados).

O resultado desse mapeamento – o MAPA da área, contendo as microáreas de risco e as barreiras geográficas, é de suma importância para a programação das ações, para a elaboração do roteiro das visitas, para a execução e o acompanhamento das atividades na comunidade, e para o permanente processo de avaliação dos resultados.

O mapa da área pode ser feito de duas formas. A primeira, que dá origem ao mapa chamado de estático, apresenta as características permanentes da região, ou seja, ele é aquele mapa que, a princípio, modifica-se muito pouco com o tempo, pois contém informações geográficas, institucionais e outras que levam muito tempo para se modificarem.

A outra forma dá origem ao mapa inteligente, caracterizado pelo dinamismo, pela possibilidade de ser modificado permanentemente. Este mapa modifica-se de acordo com as alterações na área, e indica, por exemplo, a localização das gestantes, de menores de 1 ano, dos idosos, dos desnutridos ou dos casos de diarreia. Enfim, representa um retrato momentâneo da área de abrangência que deve servir para estudos sobre a realidade local, para o direcionamento das atividades da equipe, para a apresentação de mudanças positivas ou negativas decorrentes das ações e outros fins.

É importante lembrar que ambos os mapas devem apresentar, com clareza, os limites da área geográfica, ou seja, os pontos de referência que separam as áreas entre si, tais como rios, serras, ruas, estradas e outros. Além desse aspecto, a ESF precisa estar atenta para a utilização de símbolos representativos (ícones) que devem ser acompanhados de uma adequada legenda explicativa ao lado do mapa, assim como para a utilização dos pontos cardinais, com vistas à orientação de sua posição.

Outro aspecto que merece destaque é a possível poluição visual, caso sejam utilizadas muitas informações no mesmo mapa. Nesse caso, recomenda-se a elaboração de



mais de um mapa está indicada, o que facilita a melhor apresentação dos dados, sua visualização e o seu estudo.

d. A programação das atividades da ESF

A partir do momento em que a equipe dispõe das informações referentes a sua área de abrangência, sendo possível elaborar um diagnóstico sanitário local, a programação das atividades deve ser realizada, num processo de discussão com a comunidade.

A programação é o plano de trabalho da equipe, contendo suas atividades e as tarefas a serem desenvolvidas em um determinado período e incluindo os recursos necessários para se atingir os objetivos propostos.

A ESF necessita possuir uma programação própria, tendo em vista não só a necessidade de organização das atividades e tarefas a serem cumpridas, como também sua posterior avaliação. Essa programação possibilita ainda a racionalização dos recursos disponíveis.

A programação das atividades da ESF precisa conter:

- os problemas priorizados⁶, já tendo sido identificados no momento do diagnóstico local;
- os objetivos a serem atingidos, de acordo com as necessidades da população e as possibilidades da equipe;
- as atividades a serem realizadas e o detalhamento de sua realização;
- as metas a serem atingidas, que representam os objetivos quantificados;
- os recursos necessários para a realização das atividades;
- o tempo que será despendido com tais atividades, de acordo com um cronograma de trabalho e os resultados esperados.

A programação deve estar sob permanente avaliação⁷, devendo nela serem observados os resultados obtidos frente às ações desenvolvidas, com base nos objetivos e nas metas previamente estabelecidos.

O dinamismo do processo de planejamento faz com que ele acompanhe as mudanças existentes na comunidade, sendo possível, dessa forma, readequar, sempre que necessário, as atividades da ESF às reais necessidades locais. A comunidade é extremamente dinâmica em seu processo de desenvolvimento e uma equipe de Saúde da Família precisa, assim, manter-se tão dinâmica quanto ela.

⁶Para a priorização de problemas a serem enfrentados, cabe a permanente lembrança de sua importância para a população, bem como os riscos nele existentes, da mesma forma a possibilidade de serem passivos de intervenção. De pouco adianta priorizar um problema se ele não pode ser alterado, reduzido ou eliminado.

⁷Sugere-se ser semestral, quando não ocorrer nenhum fato relevante que exija encurtar este prazo.



e. Acompanhamento e avaliação das atividades da ESF

A avaliação, assim como todas as etapas do PSF, deve considerar a realidade e as necessidades locais, a participação popular e o caráter dinâmico e perfectível da proposta - que traz elementos importantes para a definição de programas de educação continuada, aprimoramento gerencial e aplicação de recursos, entre outros.

O resultado das avaliações não deve ser considerado como um dado exclusivamente técnico, mas sim como uma informação de interesse de todos (gestores, profissionais e população). Por esta razão, devem ser desenvolvidas formas de ampliação da divulgação e discussão dos dados obtidos no processo de avaliação. É importante ressaltar que os instrumentos utilizados para a avaliação devem ser capazes de aferir:

- alterações efetivas do modelo assistencial;
- satisfação do usuário;
- satisfação dos profissionais;
- qualidade do atendimento/desempenho da equipe;
- impacto nos indicadores de saúde.

Por sua vez, o acompanhamento do desenvolvimento e a avaliação dos resultados da atuação das ESF podem ser realizadas através de um sistema de informações, que permita o monitoramento do desempenho das equipes, no que se refere à sua resolutividade, à melhoria do perfil epidemiológico e à eficiência das decisões gerenciais. Para tanto, deve contar com os seguintes instrumentos: cadastro familiar, cartão de identificação, prontuário familiar e ficha de registros de atendimentos.

O Ministério da Saúde tem colocado à disposição dos municípios, através do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), o software do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), cuja alimentação é obrigatória para o recebimento dos incentivos federais para o PSF e PACS.

Cabe às Secretarias Estaduais de Saúde, em parceria com os escritórios regionais do DATASUS, apoiar os Municípios na implantação deste software, viabilizando a capacitação das ESF para sua utilização. O SIAB deve ser compreendido pelos municípios como um importante instrumento para planejar e para avaliar o trabalho das ESF. Ele possibilita a imediata identificação dos problemas das famílias e das comunidades assistidas, permitindo que os profissionais de saúde e os gestores locais tomem medidas em tempo oportuno para o enfrentamento destes problemas.

Os Sistemas de Informações sobre Mortalidade - SIM; Nascidos Vivos - SINASC; Agravos de Notificação - SINAN, Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN e Programa Nacional de Imunização - SIPNI constituem também instrumentos fundamentais para o acompanhamento e avaliação da atenção básica. As Equipes de Saúde da Família precisam, assim, estar comprometidas com a implantação, a alimentação e a utilização local destes sistemas.



3. Reorganização dos métodos e da rotina de trabalho

a. A organização da demanda

As Unidades de Saúde trabalham atualmente "afogadas" pelo que se costuma chamar de demanda espontânea. Isso se deve, em grande parte, ao fato da sua base de atuação ser a clínica individual.

No início da implantação do PSF é comum verificar um aumento da demanda da Unidade. Isso porque muitas demandas reprimidas começam a ser "descobertas" nos domicílios e referidas à USF. Mas, à medida que os problemas de saúde coletivos vão sendo identificados e uma abordagem coletiva eficiente é colocada em prática, verifica-se uma tendência de "desafogamento" da unidade, por essa demanda espontânea.

A abordagem coletiva pode se dar através do trabalho com grupos na própria USF ou na comunidade, visando realizar trabalhos de promoção da saúde específicos para cada fase da vida: grupo dos bebês, de grávidas, de adolescentes, de idosos. Também pode ser realizado o monitoramento de doenças crônicas através de grupos, como é o caso do diabetes, hipertensão, obesidade, alcoolismo, entre outros. Além do trabalho com grupos, a assistência integral prestada através de consultas médicas e de enfermagem, realizadas de acordo com protocolos de conduta clínica, constitui importante elemento de reorganização das rotinas de trabalho, contribuindo para a organização do fluxo de demanda.

Outro fator que contribui na reordenação dos fluxos de demanda é a assistência domiciliar prestada pela equipe, principalmente as visitas de rotina dos ACS, que através de um processo de educação permanente, vão monitorando as situações de risco, avaliando aquelas as que precisam ser referidas à unidade e resolvendo uma parte, que diz respeito a situações emocionais aflitivas, de aconselhamento, de necessidade de contato social, por exemplo no caso dos idosos.

b. O trabalho em equipe

Um dos pressupostos mais importantes do PSF é promover o trabalho de equipe, o que requer o estabelecimento de respeito profissional muito grande entre todos os membros e a percepção de que a formação dos demais profissionais não é subalterna à formação médica.

A concentração de poder e status na figura do médico, associada à sua formação excessivamente técnica, acaba por remeter ao plano secundário a prática clínica e a vivência humanista dos demais membros da equipe. A proposta do PSF visa uma integração mais efetiva entre as práticas clínicas e as abordagens coletivas, incorporando a contribuição clínica da enfermagem e a introdução do trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

Um equívoco grave é confundir o trabalho do ACS com o trabalho do auxiliar de enfermagem. O papel do ACS não é derivativo da clínica: ele detém enquanto membro da comunidade, um conhecimento ímpar sobre sua dinâmica, seus potenciais, valores, dificuldades. Assim, funciona como um elo de ligação permanente da ESF com as famílias



e a comunidade em geral. O trabalho em equipe exige o estabelecimento de novas rotinas, por parte dos profissionais. A prática evidencia a necessidade de se reservar horários – diários ou semanais – para a discussão e o encaminhamento conjunto de cada caso, naquilo que está ao alcance de cada profissional.

c. A atenção domiciliar

Elemento central no PSF, a visita domiciliar não inclui consultas no domicílio; isso só acontece quando é estritamente necessário, sendo realizada pelo médico ou pelo enfermeiro (a), de acordo com a situação do doente.

A visita domiciliar é realizada cotidianamente pelo ACS que garante o vínculo e o acesso ao contexto familiar e social. O resultado de cada visita é repassado à equipe, fazendo com que o encaminhamento de cada caso seja coerente com essa realidade. A visita também tem por finalidade monitorar a situação de saúde das famílias, principalmente daquelas que enfrentam qualquer situação de risco bem como atender às pessoas doentes, que estão acamadas ou têm qualquer ordem de dificuldade para se locomover até a USF. A ESF deve agendar as visitas segundo uma programação semanal da USF, priorizando situações e grupos de risco e as solicitações dos ACS. O trabalho dos ACS racionaliza o uso dessa modalidade de atenção.

A internação domiciliar também é uma prática incentivada pelo PSF, mas não substitui a internação hospitalar tradicional. Deve ser sempre utilizada no intuito de humanizar e garantir maior qualidade e conforto ao paciente. Por essa razão, só é indicada quando as condições clínicas e familiares do paciente permitirem, ou assim o exigirem. Deve ser realizada sob anuência do hospital de referência, e a remoção do paciente para este hospital deve ser feita sempre que necessária, com o devido acompanhamento por parte da ESF.

d. O trabalho com grupos

Trabalhar com grupos não é tão simples. Exige alguns conhecimentos básicos, como garantir a voz a todos os participantes e, acima de tudo o respeito e o sigilo das questões tratadas durante as reuniões.

É o respeito e a garantia de que o grupo pode dar suporte a todo o tipo de sentimento que ali é expressado que vai tecendo um vínculo e um espaço para a troca de vivências das pessoas no grupo. Ou seja, o trabalho em grupo é fundamental para a abordagem das questões de saúde coletiva, mas exige capacitação, no sentido de garantir efetivamente uma postura de respeito e troca de vivências, no intervalo das quais, as informações técnicas possam ser transmitidas e elaboradas.

A ESF deve lançar mão do trabalho com grupos de pessoas através dos ciclos vitais. Mas também deve acompanhar os diversos grupos da população mais vulneráveis – crianças, gestantes, idosos, portadores de necessidades especiais – por meio de ações programadas com o objetivo de minimizar ou reduzir os riscos.



O trabalho educativo é importante componente da atenção à saúde, mas também não é fácil de ser dimensionado e avaliado. Pressupõe troca de experiências e um profundo respeito às vivências e à cultura de cada um. Geralmente é menos valorizado que o trabalho clínico, talvez devido à dificuldade de mensuração de seus resultados sob uma perspectiva imediatista. No entanto, possui um potencial revolucionário, sendo capaz de, quando bem realizado, traduzir-se em resultados incomensuráveis para a promoção de uma vida saudável.

As atividades de educação em saúde podem lançar mão de inúmeras técnicas de trabalho criativo, de palestras à campanhas, oficinas, teatro, mamulengos, vídeos, literatura de cordel, feiras, caravanas, vivências, gincanas, contadores de histórias, mutirões, passeatas, programas de rádio, grupos de auto-ajuda, trabalhos corporais, capoeira, grupos de caminhadas, entre outros. O importante é a utilização de elementos da cultura local para mobilizar e sensibilizar as comunidades sobre cuidados de saúde e situações que interferem nas suas condições de saúde, a exemplo de saneamento básico, problema de drogas, alcoolismo, necessidade de mudanças de hábitos, prática de exercícios, dentre outros.

e. A Educação Permanente

O processo de educação permanente deve ser realizado, preferencialmente, em serviço, de forma supervisionada, contínua e eficaz, de modo a poder atender efetivamente às necessidades e responder de forma dinâmica aos problemas.

A educação permanente é um importante mecanismo no desenvolvimento da própria concepção de equipe e de vinculação dos profissionais com a população, além de possibilitar o aperfeiçoamento profissional – que caracteriza e fundamenta todo o trabalho do PSF. A Coordenação do PSF, juntamente com a ESF, deve elaborar um Projeto de Educação Permanente visando uma melhor qualificação da equipe em atividades, que digam respeito ao nível primário de atenção.

Da mesma forma que o planejamento local das ações de saúde responde ao princípio de participação ampliada, o planejamento das ações educativas precisa estar adequado às peculiaridades locais e regionais, à utilização dos recursos técnicos disponíveis e à busca da integração com as universidades e instituições de ensino e de capacitação de recursos humanos.

A formação em serviço deve ser priorizada, uma vez que permite a melhor adequação entre os requisitos da formação e as necessidades de saúde da população atendida. Desta forma, o ideal é iniciar a educação permanente desde o treinamento introdutório da equipe, mobilizando, em função das realidades de cada contexto, os meios pedagógicos e de comunicação disponíveis, a exemplo das técnicas de educação a distância.