

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

**BELKISS ROLIM RODRIGUES FRACON**

**Percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da  
Família quanto à classificação das famílias:  
vantagens e desafio**

**RIBEIRÃO PRETO  
2019**

**BELKISS ROLIM RODRIGUES FRACON**

**Percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da  
Família quanto à classificação das famílias:  
vantagens e desafio**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina  
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo  
para obtenção do Título de Mestre em Ciências.

**Área de Concentração:** Saúde Pública.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Luciane Loures  
dos Santos**

**RIBEIRÃO PRETO**

**2019**

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.

## FICHA CATALOGRÁFICA

Fracon, Belkiss Rolim Rodrigues

Percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família quanto à classificação das famílias: vantagens e desafio. / Belkiss Rolim Rodrigues Fracon; Orientadora, Luciane Loures dos Santos. Ribeirão Preto. - 2019.

104p.: 3il.; 30 cm

Dissertação (Mestrado) – Programa de Saúde Pública. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

1. Vulnerabilidade em Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Equidade no acesso aos serviços de saúde. 4. Visita domiciliar.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Aluno:** FRACON, Belkiss Rolim Rodrigues

**Título:** Percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família quanto à classificação das famílias: vantagens e desafio.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Ciências.

**Área de Concentração:** Saúde Pública.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## ***Agradecimentos***

Aos meus pais que incentivaram meus estudos, me deram força pra nunca desistir dos meus sonhos e por todo exemplo de vida, principalmente do meu pai que sempre foi um médico dedicado e atencioso com seus pacientes.

Ao meu marido, por toda paciência, pelo companheirismo, pela força e pelo incentivo para nunca desistir mesmo nos momentos mais difíceis.

Ao meu filho, por todo momento que estive ausente, e mesmo com pouca idade soube compreender o meu trabalho.

Aos meus sogros, por toda ajuda e pelo incentivo durante esses anos.

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Luciane Loures dos Santos, por toda paciência, dedicação e por compartilhar todo seu conhecimento e sua experiência. Sem contar com o amor com o qual sempre faz tudo. Não tenho palavras para agradecer toda a oportunidade e disposição para me orientar. Obrigada!

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Janise Braga Barros Ferreira, por disponibilizar seu tempo para ensinar e compartilhar sua expertise, contribuindo para a realização deste estudo.

Ao Prof. Dr. Amaury Lelis Dal Fabbro, ao Prof. Dr. Augustus Tadeu Relo de Mattos e à Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Regina Yoneco Dakuzaku Carretta, por terem aceitado o convite para participar da Banca de Qualificação e pelos pertinentes apontamentos que engrandeceram este estudo.

À Rosane Aparecida Monteiro, pelas importantes contribuições neste estudo.

À Equipe do Núcleo de Saúde da Família 6, pela compreensão e ajuda nos momentos em que precisei me ausentar.

Aos Médicos Residentes, por compreenderem a importância das minhas ausências e por toda força e pelo estímulo para nunca desistir.

Aos 35 profissionais da Estratégia de Saúde da Família, que me receberam, disponibilizaram seu tempo, contribuindo com o meu estudo.

E por fim, agradeço a Deus por ter colocado na minha vida todas essas pessoas que contribuíram para o meu crescimento como pessoa e profissional.

## ***Epígrafe***

“Deixe nas mãos do Senhor tudo quanto você faz, e  
todos os seus planos serão bem sucedidos.”

(Provérbios 16.3)

***Resumo***

---

---

FRACON, B. R. R. **Percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família quanto à classificação das famílias: vantagens e desafio**. 2019. 104f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2019.

**Objetivo:** Analisar a percepção dos profissionais de saúde das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre o conhecimento, a utilização, as vantagens e dificuldades encontradas na aplicação das escalas existentes sobre classificação das famílias (CF). **Casuística e Métodos:** A percepção dos profissionais foi analisada por meio da aplicação de um roteiro de entrevista semiestruturada a 35 profissionais atuantes nas equipes da ESF das Unidades de Saúde da Família vinculadas a uma universidade em Ribeirão Preto/SP. O roteiro de entrevista possuía variáveis relacionadas ao perfil do serviço de saúde e seus profissionais; o conhecimento e a utilização de instrumentos para a CF e vantagens, críticas e sugestões para a adequação deste instrumento. A análise das variáveis quantitativas foi realizada a partir da estatística descritiva, e para as associações entre variáveis categóricas foram aplicados os testes de Fisher, Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis. A abordagem qualitativa foi realizada por meio da análise de conteúdo na vertente temática, sendo identificados 16 Núcleos de Sentido e três Grandes Temas: “Característica da Assistência Domiciliar na Perspectiva dos profissionais da ESF”, “A experiência dos profissionais de saúde na utilização da CF” e “Sistema de Informação em Saúde na prática na ESF”. **Resultados:** O estudo revelou predominância do sexo feminino, com profissionais qualificados para atuar na ESF e médicos e agentes comunitários de Saúde com maior tempo de atuação nessas equipes. Todos os membros da equipe realizavam visitas domiciliares e referiram se utilizarem de alguma estratégia para priorizar os usuários e suas famílias nos seus atendimentos de forma não sistematizada, fosse por lista de pacientes acamados, necessidade de procedimentos, prioridades estabelecidas pelo Ministério da Saúde, ou pelo levantamento das necessidades durante as reuniões de equipe. A maioria conhecia a CF por cores (91%) e 52% dos profissionais utilizavam na prática. “Dificuldades da aplicação” foi o Núcleo de Sentido mais citado, devido à inexperiência de sua utilização e limitações do próprio instrumento. O segundo Núcleo de Sentido mais encontrado foi “vantagens de sua utilização”, relacionado à priorização do cuidado favorecendo a equidade. Com isso, o estudo revelou fortalezas quanto ao processo de trabalho na ESF e fragilidades relacionadas à utilização das CF. Dentre as fortalezas, está a identificação das vulnerabilidades da população favorecendo o acesso do usuário na Atenção Primária em Saúde, sem necessariamente o uso de uma escala formal para classificar as famílias. Já em relação às fragilidades, cita-se a pouca utilização das CFs pelos profissionais de saúde, visto que se tratam de Unidades de Saúde da Família vinculadas à Universidade e com espaços reservados para a Educação Permanente e para o matriciamento das equipes. **Conclusão:** O estudo, por meio de seus resultados, poderá contribuir para a adequação de novas CFs e também para a melhor formação dos profissionais.

**Palavras-Chave:** Vulnerabilidade em Saúde. Estratégia Saúde da Família. Equidade no acesso aos serviços de saúde. Visita domiciliar.

***Abstract***

---

FRACON, B. R. R. **Perception of Family Health Strategy professionals regarding the classification of families: advantages and challenges**. 2019. 104f Dissertation (Master) - Medical School of Ribeirão Preto, University of São Paulo. Ribeirão Preto, 2019.

**Objective:** This dissertation aimed to analyze the perception of health professionals of the Family Health Strategy teams regarding the knowledge, use, found in the application of the existing scales on family classification. **Casuistic and Methods:** The professionals' perception was analyzed through the application of a semi-structured interview to 35 professionals working in the FHS teams of the Family Health Units linked to a university in Ribeirão Preto-SP. The interview script had variables related to the profile of the health service and its professionals; the knowledge and use of instruments to classify families and advantages, criticisms and suggestions for the adequacy of this instrument. Quantitative variables were analyzed using descriptive statistics and Fisher's tests and the Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests were performed for associations between categorical variables. The qualitative approach was carried out by the content analysis in the thematic area and 16 Core of Sense and three Main Themes were raised: "Characteristics of Home Care in the perspective of FHS professionals", "The experience of health professionals in the use of Classification of Families "and" Health Information System in the practice of the FHS". **Results:** The result of the study revealed a female predominance, with professionals qualified to work in the FHS and physicians and community health workers with a longer time working in these teams. All the members of the team made home visits and reported using some strategy to prioritize users and their families in their non-systematized care, either by list of patients in bed, need for procedures, priorities established by the Ministry of Health by surveying the needs during team meetings. The majority knew the classification of families by color (91%) and 52% of professionals used in practice. The "Difficulties of application" was the Center of Sense most cited, referring to difficulties related to the inexperience of its use and limitations of the instrument itself. The second most found Core of Sense was "Advantages of its use" related to the prioritization of care favoring equity. Thus, the study revealed strengths regarding the work process in the FHS and weaknesses regarding the use of Classifications of Families. Among the strengths is the identification of vulnerabilities of the population favoring the access of the user in the Primary Health Care, without necessarily using a formal scale to classify the families. Regarding the weaknesses, there is little use of health professionals as the Classification of Families, since these are Family Health Units linked to the University and with spaces reserved for Continuing Education and for the matrix support of the teams. **Conclusion:** The study, through its results, may contribute to the adequacy of new Classification of Families and contribute to a better training of the professionals.

**Key words:** Vulnerability in health. Family Health Strategy. Equity in access to health services. Home visit.

## ***Lista de Figuras***

---

<b>Figura 1 -</b>	Dimensões da vulnerabilidade .....	29
<b>Figura 2 -</b>	Mapa de Ribeirão Preto/SP .....	39
<b>Figura 3 -</b>	Distritais de Saúde de Ribeirão Preto/SP .....	40

## ***Lista de Tabelas***

---

<b>Tabela 1</b> - Perfil dos profissionais entrevistados .....	50
<b>Tabela 2</b> - Profissionais que realizaram o Curso Introdutório, Especialização ou Residência Médica .....	51
<b>Tabela 3</b> - Tempo de experiência na Estratégia de Saúde da Família .....	52
<b>Tabela 4</b> - Utilização da classificação de família pelas USF e pelos seus profissionais.....	59
<b>Tabela 5</b> - Tempo em meses de atuação na Estratégia Saúde da Família e o conhecimento prévio das Classificações das Famílias.....	61

## ***Lista de Gráficos***

---

<b>Gráfico 1</b> - Faixa Etária dos entrevistados.....	50
<b>Gráfico 2</b> - Periodicidade da visita domiciliar .....	53
<b>Gráfico 3</b> - Instrumentos utilizados para priorizar as visitas domiciliares, segundo a categoria profissional .....	58
<b>Gráfico 4</b> - Conhecimento prévio dos entrevistados quanto às classificações familiares.....	60

## ***Lista de Quadros***

---

<b>Quadro 1</b> - Características da amostra.....	41
<b>Quadro 2</b> - Núcleos de Sentido e Grande Tema.....	49
<b>Quadro 3</b> - Frequência e exemplificação das falas dos profissionais por Núcleo de Sentido sobre o planejamento das Visitas Domiciliares.....	55
<b>Quadro 4</b> - Frequência e exemplificação das falas dos profissionais por Núcleo de Sentido sobre a experiência na utilização das Classificações.....	62
<b>Quadro 5</b> - Categorias do Núcleo de Sentido “Dificuldades da aplicação” .....	63
<b>Quadro 6</b> - Frequência e exemplificação das falas dos profissionais por Núcleo de Sentido sobre a experiência na utilização das classificações.....	66
<b>Quadro 7</b> - Frequência e exemplificação das falas dos profissionais por Núcleo de Sentido sobre os Sistemas de Informação .....	70

## ***Lista de Siglas***

---

<b>AB-</b>	Atenção Básica
<b>ACS-</b>	Agentes Comunitários de Saúde
<b>AD-</b>	Assistência domiciliar
<b>APS-</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CF-</b>	Classificação Familiar
<b>EP-</b>	Educação Permanente
<b>ESF-</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>FMRP-USP-</b>	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
<b>HCFMRP-USP-</b>	Hospital das Clínicas da Faculdade e Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
<b>MS-</b>	Ministério da Saúde
<b>NASF-</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>NSF-</b>	Núcleo de Saúde da Família
<b>NSF 3-</b>	Núcleo de Saúde da Família 3
<b>NSF 6-</b>	Núcleo de Saúde da Família 6
<b>PISC-</b>	Programa de Integração de Saúde na Comunidade.
<b>PNAB-</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PSF-</b>	Programa de Saúde da Família
<b>RAS-</b>	Rede de Atenção à Saúde
<b>SIAB-</b>	Sistema de Informação da Atenção Básica
<b>SIS-</b>	Sistema de Informação em Saúde
<b>SUS-</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE-</b>	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
<b>UBS-</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>USF-</b>	Unidade de Saúde da Família
<b>USP-</b>	Universidade de São Paulo
<b>VD-</b>	Visita Domiciliar

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>24</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>33</b>
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>35</b>
<b>4. CASUÍSTICA E MÉTODOS.....</b>	<b>37</b>
4.1. Tipo do estudo .....	38
4.2. Campo de estudo .....	38
4.3. População do estudo .....	41
4.4. Coleta de dados.....	42
4.5. Instrumento de pesquisa .....	42
4.6. Análise estatística.....	44
4.7. Considerações éticas.....	46
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>47</b>
5.1. Perfil dos profissionais .....	49
5.2. Prática e sistematização da Visita Domiciliar.....	52
5.3. Conhecimento e utilização das classificações das famílias e suas vantagens e desvantagens na perspectiva dos profissionais.....	57
5.3.1. Importância e adequação do instrumento.....	65
<b>6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>75</b>
<b>7. CONCLUSÕES .....</b>	<b>84</b>
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>86</b>
<b>9. APÊNDICES.....</b>	<b>91</b>
<b>10. ANEXOS.....</b>	<b>96</b>

## ***Apresentação***

Meu nome é Belkiss Rolim Rodrigues Fracon, sou filha de Rita e Florindo, tenho um irmão mais velho chamado José. Sou casada com um grande homem, companheiro, amigo, incentivador e pai, Eduardo. Tenho um filho lindo chamado José Luiz. Nasci e vivi em Votuporanga por 18 anos, moro há 14 anos em Ribeirão Preto, onde me graduei em medicina, pela Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP.

Foi no primeiro ano de graduação que descobri minha grande paixão em atuar como médica na atenção primária, por meio de uma disciplina chamada PISC - Programa de Integração de Saúde na Comunidade. Toda semana eu ficava ansiosa pelo dia da disciplina, me fazendo escolher ao final da graduação a Residência de Medicina de Família e Comunidade no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

A residência despertou ainda mais meu interesse pelo cuidado das famílias, pelo conhecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas políticas, assim como despertou meu interesse pela arte de ensinar, me levando ao mestrado.

Além disso, tive a oportunidade de ser aprovada para desempenhar atividades de preceptoria no Núcleo de Saúde da Família 6 (NSF 6) e supervisionar residentes e alunos de graduação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. O fato de trabalhar 40 horas como preceptora, foi uma das minhas maiores dificuldades para conciliar as atividades de pesquisa com minhas atividades laborais. Esta dedicação também dificultou o cumprimento dos créditos obrigatórios e optativos, assim como o agendamento das entrevistas com os participantes do estudo, pois apresentavam o mesmo horário de trabalho.

Durante o desenvolvimento da dissertação, tive a oportunidade de ajudar na elaboração de um capítulo de livro sobre Visita Domiciliar que está em fase de editoração. Essa experiência fortaleceu ainda mais meu interesse em pesquisar instrumentos que pudessem auxiliar os profissionais da Estratégia de Saúde da Família a priorizar as visitas domiciliares, quanto a seus riscos e vulnerabilidades.

Com o grande apoio e a paciência da minha orientadora, o presente estudo tem nos desafiado a aprimorar o conhecimento sobre análises que busquem aprofundar as percepções e os significados presentes na fala dos profissionais.

## ***1- Introdução***

---

A atenção básica (AB) à saúde é o ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que representa a porta de entrada no sistema público para as necessidades e problemas de saúde dos usuários; pressupõe atenção sobre a pessoa e não sobre a doença, oferecendo serviços de prevenção de doenças, promoção de saúde, tratamento, reabilitação e trabalho em equipe. É a atenção que pretende coordenar o cuidado, otimizar o uso dos recursos direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde, sendo determinante na organização de todos os demais pontos da RAS (STARFIELD, 2004).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), implantada em 1994, tem o desafio de reorganizar e consolidar a Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante da RAS, seguindo os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Considerada como uma estratégia de expansão e qualificação da AB, a ESF, a partir da reorientação do processo de trabalho, tem maior potencial para ampliar a resolutividade, causando impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, proporcionando melhor relação custo-efetividade. Estudos demonstram que quanto maior a cobertura pela ESF melhores são alguns indicadores de saúde, como aumento da cobertura vacinal, maior número de consultas de pré-natal, menor número de internações por condições sensíveis à AB, entre outros (NEVES et al., 2018).

A expansão da ESF tem ocorrido em todo território brasileiro, observando-se aumento na cobertura da população pela Saúde da Família de 45,3% em 2006 para 64,0% em 2016. Atualmente, apenas o estado de São Paulo e o Distrito Federal apresentam cobertura menor que 50% pelas equipes da ESF (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA - IBGE, 2008; MALTA et al., 2016; NEVES et al., 2018).

A APS tem como atributos fundamentos e diretrizes à acessibilidade, longitudinalidade e integralidade do cuidado. Para obtê-la como estratégia para organização do sistema de saúde, é necessário segui-los para serem abrangidos e aplicados pelos profissionais e gestores. Dentre os atributos estão: o Primeiro Contato, que constitui a APS como porta de entrada acessível ao usuário; a Integralidade, que depende da capacidade de se identificarem as necessidades percebidas e não percebidas pelas pessoas, incluindo ações de promoção e prevenção; a Longitudinalidade mostra que o cuidado em saúde deve ser contínuo e

a Coordenação, que implica no ajuste das ações propostas e as respostas frente às ações. Além disso, há os atributos derivados, como a Orientação Familiar e Comunitária e a Competência Cultural. Já a acessibilidade, localização geográfica, os horários e dias de funcionamento, bem como o processo de utilização dos serviços por parte da população, são elementos essenciais para que a APS seja considerada a porta de entrada do sistema de saúde. Sendo a família considerada um objeto de atenção, os atributos orientação familiar/comunitária e a competência cultural, que pressupõem o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico e cultural, são contemplados dentro da ESF (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; STARFIELD, 2004).

Além de outras ações que deverão ser desenvolvidas pela equipe, como promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, manutenção da saúde, práticas de cuidado e gestão de cuidado, a ESF trabalha em equipe, em território adstrito, com população definida, e é responsável pela prestação de atenção integral em todas as fases do ciclo de vida, com ações individuais e coletivas na Unidade de Saúde da Família (USF), nos equipamentos sociais e também nos domicílios (BRASIL, 2012a).

A composição das equipes que atuam na ESF tem sido estabelecida pelo Ministério da Saúde (MS), que no decorrer dos anos, vem incorporando novos profissionais com o objetivo de atender as necessidades regionais pertinentes ao processo de trabalho. Em 2004, recomendava-se que as equipes deveriam ser formadas minimamente por um médico, um enfermeiro, auxiliares de enfermagem e por agentes comunitários de saúde (ACS), além de profissionais de saúde bucal (BRASIL, 2012a). Atualmente, com a publicação de uma nova versão da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), foi incluída a presença de um gerente entre os membros da equipe (BRASIL, 2017b).

As diretrizes do MS também têm sofrido alterações no que tange ao número de pessoas que devem ficar sob a responsabilidade da equipe. Em 2012, recomendava-se que cada equipe tivesse em seu território no máximo 4.000 pessoas, de acordo com o grau de risco e vulnerabilidade social da área de abrangência. Atualmente, houve redução do número de pessoas por equipe, variando de 2.000 a 3.500 pessoas no território, divididas em micro áreas com cerca de 750 pessoas sob a

responsabilidade de todos os ACS (BRASIL, 2017b). No entanto, algumas equipes convivem com um número de famílias e usuários maior que o preconizado, em áreas populosas, com maior vulnerabilidade social e sobrecarga de atendimento. Neste sentido, ainda que seja papel da equipe promover a universalidade, faz-se necessário priorizar algumas famílias, utilizando da equidade como princípio norteador, com capacidade de apreciar e julgar com retidão, imparcialidade e justiça, indo para além da igualdade.

A partir deste contexto, é imprescindível que a equipe da ESF desenvolva um olhar para além do indivíduo, envolvendo a família e a comunidade, conforme atributo da orientação familiar, entendendo a família como parte essencial do processo saúde-doença e coadjuvante do cuidado (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Entende-se como processo saúde-doença o conjunto de relações e variáveis que produz e condiciona o estado, tanto de saúde quanto de doença. Pode-se elencar algumas variáveis que podem influenciar nesse processo como as práticas de cuidado à saúde, as crenças, os valores atribuídos às atitudes e aos comportamentos, tais como hábitos alimentares, atividade física, lazer, uso de álcool ou tabaco vivenciados e aprendidos na família.

A ESF utiliza-se de práticas como a Visita Domiciliar (VD), como instrumento essencial nesse processo, pois aproxima os profissionais de saúde da realidade das famílias, conhecendo suas adversidades e limitações, possibilitando a realização de um diagnóstico situacional mais fidedigno, a partir de dados primários, secundários e perspectiva dos próprios usuários, sendo possível identificar a estrutura física e a dinâmica das famílias, fortalecendo a relação médico-paciente (FRACON; SANTOS, 2017). Ademais, auxilia no monitoramento do estado de saúde do usuário, acompanha a evolução do plano de saúde proposto pela equipe e promove ações de prevenção e promoção à saúde em cada VD (SAVASSI; DIAS, 2006).

A VD é atribuição de todos os profissionais de saúde que atuam na ESF, principalmente entre os ACS, interlocutores entre o serviço e a comunidade, que realizam o cadastramento de novas famílias, desenvolvem ações de educação em saúde, busca ativa dos usuários que perderam seguimento e resgatam aqueles que se encontram à margem do sistema de saúde. A VD também permite que o ACS identifique as necessidades de saúde das famílias, promova a aproximação dos

usuários aos serviços de saúde, facilitando o acesso e garantindo melhor entendimento da organização do sistema de saúde (BARBOSA, 2016; FRACON; SANTOS, 2017).

A PNAB recomenda que todas as famílias devam receber ao menos uma VD mensal por parte do ACS. Mesmo que seja recomendação nacional e prática comum entre os trabalhadores da ESF, estudos nacionais evidenciam que em áreas com maior vulnerabilidade social, muitas vezes, são necessárias visitas mais frequentes. Em Minas Gerais, cerca de metade dos usuários entrevistados afirmaram que recebem visita mensalmente e aproximadamente 20% recebem visitas semanais ou quinzenais (BARBOSA, 2016; PNAB, 2012b).

Diante dessa realidade, urge a necessidade de organização do processo de trabalho para conciliar as necessidades de saúde dos usuários e o atendimento das metas estabelecidas pelos gestores municipais, estaduais e nacionais. Com esse propósito, profissionais da ESF passam a buscar e utilizar instrumentos para priorizar o atendimento e melhorar a abordagem das famílias, visando reconhecer seu modo de viver na comunidade, seus papéis, sua dinâmica, seu formato e seus padrões de comportamento e vulnerabilidade.

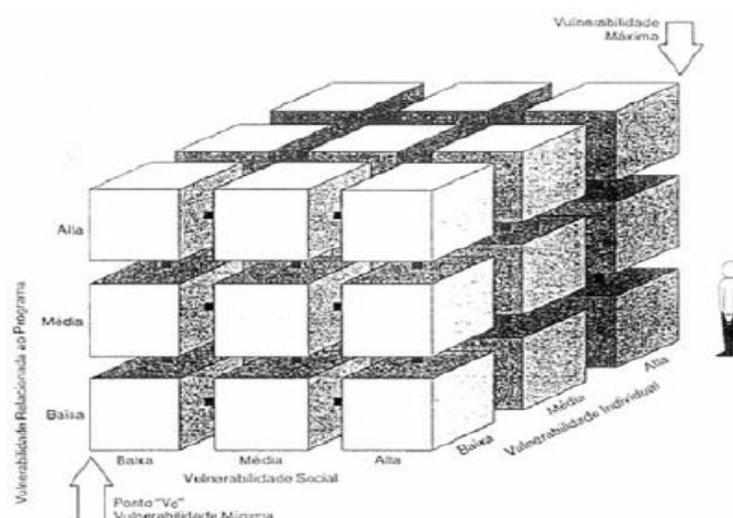
Alguns instrumentos foram criados por profissionais de saúde que possibilitavam a identificação de famílias com maior ou menor vulnerabilidade. Eles se propõem a auxiliar no diagnóstico de saúde da comunidade, na identificação das áreas de maior vulnerabilidade, no planejamento das ações e como agente facilitador do uso dos recursos existentes, favorecendo a equidade do cuidado.

Profissionais de saúde criaram em 2001 no município de Ribeirão Preto/SP um **Roteiro para Classificação de Famílias**, que classificava as famílias em cores, segundo o grau de vulnerabilidade, indicadores e marcadores de saúde (Anexo A). Segundo este roteiro, as famílias eram classificadas em vermelhas, amarelas, verdes ou azuis, de acordo com suas comorbidades como doenças crônicas não controladas, neoplasias, gestação na adolescência, assim como situações de grande vulnerabilidade como violência doméstica, usuários de drogas, desemprego, transtornos mentais, entre outras variáveis (VIEIRA et al., 2001). Já Coelho e Savassi (2004) desenvolveram a “**Escala de Risco Familiar**” para estratificação de risco familiar, baseado na ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no

município de Contagem/MG (Anexo B). A partir dos dados encontrados, as famílias eram classificadas como possuidoras de maior ou menor risco, de acordo com o escore alcançado. Ainda que alguns autores defendam que a Escala seja de fácil aplicabilidade e a disponibilidade dos dados da ficha A do SIAB facilitem o seu uso, outros pesquisadores discutiam que a Escala de Coelho apresentava lacunas, pois não considerava a presença de neoplasia, doenças crônicas transmissíveis (Tuberculose e AIDS), além de aspectos sociais importantes, como a participação das famílias em programas sociais, a higiene do domicílio e a presença de violência doméstica (COSTA, 2009).

A própria denominação de risco merece atenção, uma vez que se entende por risco a probabilidade e as chances de um evento/exposição ocorrer ou atingir determinado grupo, área, população ou indivíduo. Enquanto a vulnerabilidade expressa os potenciais de adoecimento\não adoecimento que, segundo Ayres (2009), depende da associação das três dimensões individual (aspectos biológicos, emocionais, cognitivos, comportamentais e sociais); programática (acesso, vínculo e organização dos serviços de saúde) e a dimensão social (aspectos culturais, sociais e econômicos) (AYRES, 2009; BERTOLOZZI et al., 2009) (Figura 1).

**Figura 1** - Dimensões da vulnerabilidade



Fonte (Adaptada de AYRES, 2009).

Neste sentido, o estado de vulnerabilidade está relacionado à maior necessidade de cuidado, resultado da sobreposição de fatores que produzem agravos em saúde aos indivíduos e suas famílias, diante de condições que impedem o desenvolvimento saudável. Assim, este conceito está em consonância com as práticas em saúde na ESF, que tem como foco de atuação dos indivíduos e de suas famílias inseridos em um território e contexto social e político (SHI et al., 2003; SOUZA, 2015).

Em 2006, a Escala de Coelho foi readaptada e adequada à realidade de uma USF, em Vitória/ES. Esta nova ferramenta foi denominada “Critério UFES” (Anexo C) (NASCIMENTO et al., 2010). Nessa nova versão foram acrescentadas as seguintes variáveis: higiene, drogas ilícitas e lícitas, violência familiar, doenças crônicas e presença de menores de um ano. Apesar das adequações, alguns estudos que aplicaram essa escala ressaltaram que ela não é específica para renda familiar e ainda apresenta dificuldades para sua aplicação e classificação (MEDEIROS, 2011).

Mais um instrumento foi encontrado na literatura, idealizado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, que criou uma classificação por grau de vulnerabilidade que usa a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, utilizando informações socioeconômicas e clínicas do paciente, obtidas da ficha A do SIAB, e dados referentes ao cadastramento do usuário (Anexo D) (MINAS GERAIS, 2009).

Observa-se que algumas das escalas de CF encontradas na literatura se utilizavam de dados disponíveis na ficha A do SIAB, implantadas em 1988 para acompanhar as ações e os resultados das atividades desenvolvidas pelas equipes da ESF e desativado em 2014.

Ainda que a ficha A do SIAB tenha sido substituída, atualmente, pelas fichas do E-Sus, ela foi amplamente utilizada pelas equipes da ESF. Ela era preenchida na primeira visita que o ACS fazia às famílias de sua comunidade, durante o cadastramento dessas famílias. As informações recolhidas permitiam a ESF reconhecer indicadores demográficos, socioeconômicos e biológicos referidos nas famílias da sua área de abrangência e, com isto, realizar o planejamento estratégico. A escolha e utilização da Ficha A do SIAB resultava de sua objetividade em apresentar os dados fundamentais da população, possibilitava ter informações sobre o cadastro,

condições de moradia e saneamento, situação de saúde e a produção e composição das equipes de saúde (BRASIL, 2003).

No entanto, em 2014, o MS, por meio do Departamento de Atenção Básica (DAB) e da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), diante da necessidade de utilizar uma ferramenta com informações mais detalhadas, melhorando a qualidade do uso dessas informações pelos gestores, profissionais de saúde e cidadãos, assumiu o compromisso de reestruturar o SIAB, desenvolvendo o e-SUS, que conta com dois sistemas de *software* para a captação de dados, sendo eles: o sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS-AB) e o sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PECAB), que alimentam o novo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), que substituiu o SIAB e atende aos diversos cenários de informatização e conectividade nas unidades de saúde da atenção básica.

O ponto de partida dessa reestruturação é o registro das informações em saúde de forma individualizada, permitindo o acompanhamento do histórico de atendimentos de cada usuário, assim como da produção de cada profissional da AB. Outro ponto importante é a integração dos diversos sistemas de informação oficiais existentes na AB, reduzindo a necessidade de registrar informações similares em mais de um instrumento (fichas/sistemas), o que otimiza o trabalho dos profissionais e o uso da informação para gestão e qualificação do cuidado em saúde. Outro avanço do SISAB é contemplar o registro das informações produzidas por todas as equipes da AB, incluindo as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), equipe de Consultório na Rua (CnaR), equipes da Atenção Domiciliar (AD), assim como as ações realizadas no âmbito do Programa Saúde na Escola, no Programa Academia da Saúde, e desenvolvidas pelas Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP). Nesse sistema, várias fichas foram criadas, dentre elas, a ficha de cadastro domiciliar, utilizada para registrar as características socio sanitárias dos domicílios no território das equipes de AB; a ficha de cadastro individual, utilizada para registrar características sociodemográficas, problemas e condições de saúde dos usuários no território das equipes de AB, e a ficha de atendimento individual, um instrumento de coleta de dados dos atendimentos realizados por determinado profissional. Além dessas, existem também a ficha de atendimento odontológico individual, de procedimentos, de atividade coletiva e a ficha de visita domiciliar (BRASIL, 2017c).

Novos estudos serão necessários para adequação ou criação de novas CFs, que incorporem as novas sentinelas e possibilitem a formação de um instrumento que possa auxiliar as equipes da ESF na caracterização das famílias quanto às suas vulnerabilidades, proporcionar cuidado mais equânime, ou seja, a utilização da CF como instrumento que possa auxiliar os profissionais na priorização das VD, ainda que seja “obrigatória” para todas as famílias cadastradas.

Ainda que existam instrumentos difundidos na literatura nacional que possam ser utilizados para classificar as famílias quanto à vulnerabilidade, pouco se sabe sobre a sua aplicabilidade pelos profissionais de saúde atuantes na ESF e sua percepção sobre sua utilidade na priorização do cuidado.

## ***2. Justificativa***

---

Diante da importância das famílias no processo saúde-doença, no contexto das ações da ESF e da necessidade de ferramentas que auxiliem as equipes na priorização de cuidado, faltam estudos que demonstrem a utilização de instrumentos de abordagem familiar que caracterizem sua vulnerabilidade e a percepção dos profissionais de saúde quanto a sua utilização na prática, suas vantagens e dificuldades para a sua aplicação.

### ***3. Objetivo***

---

Analisar a percepção dos profissionais das equipes da ESF sobre o conhecimento, a utilização, as vantagens e dificuldades encontradas na aplicação das escalas nacionais existentes sobre a CF quanto à vulnerabilidade.

## ***4. Casuística e Métodos***

---

#### 4.1 Tipo de Estudo

Foi realizado estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa e análise qualitativa dos dados. O estudo descritivo demanda do pesquisador dados da pesquisa, descritos com precisão em relação a determinado fato, ou seja, fornece informações mais precisas da realidade (TRIVIÑOS, 1987).

A abordagem qualitativa permite tratar exaustivamente de todo o conteúdo, sendo mais flexível e mais adaptável a situações não previstas, do que a quantitativa, que é mais objetiva e rígida (BARDIN, 2016). A experiência e a sistematização sucessiva para obter conhecimento são características da análise qualitativa, com isso propicia a criação de novas abordagens, conceitos, e categorias durante a investigação, ou seja, esse tipo de análise aprofunda os resultados quantitativos. Dessa forma, utiliza-se a análise do conteúdo temático com intuito de expandir o conhecimento sobre o objeto estudado (MINAYO, 2014).

A análise temática é dividida em três etapas:

- Pré-Análise: escolha dos documentos, retomada das hipóteses e dos objetivos. Possui como tarefas a Leitura Flutuante, Constituição do *Corpus* e Formulação e Reformulação de Hipóteses e Objetivos;
- Exploração do Material: tem em vista obter o núcleo de compreensão do texto, fazendo com que o investigador busque categorias que são expressões ou palavras significativas, em que se organiza o conteúdo da fala;
- Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação (MINAYO, 2014).

#### 4.2 Campo do Estudo

O estudo foi desenvolvido em Ribeirão Preto, um município com mais de 682.000 habitantes, no interior do Estado de São Paulo (IBGE, 2018). O sistema de saúde está dividido na rede de atenção à saúde primária, secundária e terciária, integrados por um complexo de regulação. A atenção primária está organizada em Unidade Básica de Saúde (UBS), unidades materno-infantis e USF (BRASIL, 2012a). A implantação da ESF no município se deu em 1999, com a criação do primeiro Núcleo

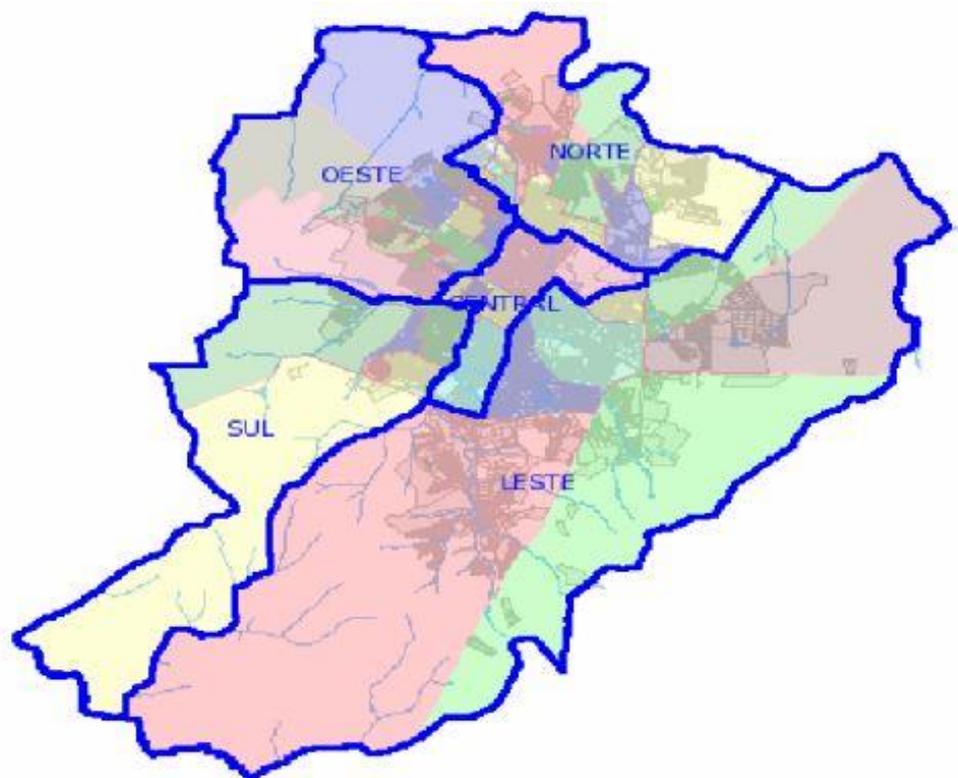
de Saúde da Família (NSF) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) (CACCIA-BAVA et al., 2008) (Figura 2).

**Figura 2** - Mapa de Ribeirão Preto/SP



Atualmente, existem 48 USF no município; dessas, 24 estão distribuídas no distrito oeste e 12 estão sob a responsabilidade administrativa e gerencial de docentes do Departamento de Medicina Social da FMRP-USP (CACCIA-BAVA et al., 2008) e da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2018). A distribuição destas unidades de saúde representa a cobertura da ESF no município de 22,3%, (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2018) (Figura 3).

**Figura 3** - Distritais de Saúde de Ribeirão Preto/SP



Foram selecionados como local de pesquisa cinco USF sob gestão compartilhada da FMRP-USP e da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, que possuíam maior tempo de atuação no distrito oeste e experiência na assistência e no ensino de graduação e pós-graduação. As USF são constituídas por uma equipe formada nos moldes do MS, ressaltando que todos os médicos possuem residência em Medicina de Família e Comunidade e são preceptores de alunos de graduação e residentes de Medicina de Família e Comunidade do Hospital das Clínicas da Faculdade e Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). Além desses profissionais, os NSF contam com a participação de docentes e residentes da Residência Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde do HCFMRP-USP.

### 4.3 População do estudo

Para analisar a percepção dos profissionais quanto ao conhecimento e aplicabilidade das escalas existentes sobre CF, foram convidados a participar da pesquisa todos os profissionais de saúde atuantes nas equipes das cinco USF selecionadas (Quadro 1).

**Quadro 1** - Características da amostra

Núcleos	USF A	USF B	USF C	USF D	USF E	Total
Médicos	1	1	1	1	1	5
Enfermeiros	1	1	1	1	1	5
Aux. Enf.	3	2	3	3	3	14
ACS	5	5	5	5	6	26
Total	10	9	10	10	11	50

As USF foram intencionalmente selecionadas, pois se buscavam profissionais com capacitação em Saúde da Família (residência ou especialização), visto que se esperava que estes profissionais tivessem a oportunidade de conhecer e/ou utilizar as CF, durante sua formação; podendo, assim, contribuir para o objetivo do estudo que foi analisar as vantagens e desvantagens da sua aplicação, compartilhar suas experiências, assim como fazer críticas e sugestões para a adequação desses instrumentos. Ademais, acreditava-se que com este número de participantes poder-se-ia ter um número satisfatório de entrevistas que pudessem formar um *corpus* que atingisse a saturação das respostas, pois a incorporação de novos participantes na pesquisa não traria novas informações e reflexões sobre o tema (BARDIN, 2016; FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Foram excluídos do estudo os residentes, estudantes e docentes que desenvolviam atividades pontuais e temporárias nas equipes selecionadas. Também foram excluídos do processo aqueles que estavam de férias ou afastados de suas atividades no período de coleta. Os cirurgiões dentistas não participaram da pesquisa, pois nem todas as USF contam com este profissional em sua equipe. Os escriturários,

seguranças e os auxiliares de serviços gerais, ainda que atuantes na equipe mínima foram excluídos da pesquisa por não serem profissionais específicos da área da saúde.

#### **4.4 Coleta de dados**

Essa etapa ocorreu no período de janeiro a junho de 2018, quando foi realizado o contato prévio com cada participante, com o objetivo de explicar o projeto e o agendamento das entrevistas nos locais escolhidos pelos participantes. Foram realizadas e gravadas 35 entrevistas, previamente autorizadas pelos participantes, após a leitura e concordância em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Anexo E). A coleta de dados foi realizada em data e horários escolhidos pelos participantes da pesquisa, nas unidades de saúde onde atuam, totalizando 735 respostas, com duração da gravação de 7 horas e 37 minutos, com cerca de 15 minutos de duração por profissional de saúde.

#### **4.5 Instrumento de pesquisa**

A análise da percepção dos profissionais quanto ao uso e à aplicabilidade das escalas sobre a CF e sua vulnerabilidade foi realizada por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado aos profissionais atuantes nas equipes das ESF selecionadas. Foi realizado um pré-teste nos meses de julho e agosto de 2017 para adequação do instrumento de pesquisa em uma USF que não foi selecionada por ser o local de atuação desta pesquisadora. Foram entrevistados sete profissionais: um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e três agentes comunitários de saúde. Tais achados, ainda que significativos, não entraram no escopo da análise; ainda assim, os profissionais leram e assinaram o TCLE. As entrevistas realizadas no pré-teste foram agendadas previamente em local e data escolhido pelos profissionais de saúde. Cada entrevista demorou em média 10 minutos, e foi realizada a gravação de áudio como meio de registro das entrevistas, com transcrição e análises preliminares. O pré-teste foi essencial, pois possibilitou o aprimoramento do instrumento de coleta, sendo incorporadas alterações em sua estrutura, incluindo

questões disparadoras, que funcionassem como lembretes e estimulassem uma conversa em que os participantes pudessem aprofundar seu discurso sobre sua percepção, seu entendimento e sua opinião sobre os tópicos abordados, ampliando e possibilitando uma análise mais profícua. Essas alterações estavam de acordo com os preceitos da análise qualitativa, que defende que o instrumento de pesquisa deverá ser modificado no decorrer do processo de pesquisa, uma vez que podem emergir temas não previstos, quando da elaboração do projeto (MINAYO, 2014). Assim, o roteiro de entrevista semiestruturado foi readequado e constou de 14 questões fechadas e 17 disparadoras, que nortearam a entrevista com o intuito de auxiliar na coleta de informações essenciais para compor a análise temática.

O roteiro se constituiu de seis tópicos intitulados (Apêndice A):

- Caracterização do serviço;
- Perfil do profissional (formação, tempo de formação, especialização e experiência profissional na ESF);
- Experiência na ESF;
- Prática e sistematização da VD;
- Utilização de Instrumento para CF (utilização e conhecimento sobre o uso das escalas);
- Importância e adequação do instrumento (adequação dos instrumentos, dificuldades de aplicação, frequência de utilização e reclassificação).

A preparação para a entrevista na pesquisa qualitativa é uma fase essencial, uma vez que não se trata de uma simples coleta de dados; é o levantamento das hipóteses. O entrevistador deve pensar em tipos de perguntas e suas variações, que podem aparecer com as respostas. Para isso, ele não deve se distrair, ou corrigir as respostas do entrevistado e tampouco contemplá-las (TRIVIÑOS, 1987). Essa adequação só foi possível, devido ao pré-teste, que possibilitou testar técnicas de entrevista e aperfeiçoar o diálogo.

## 4.6 Análise de Dados

Após a coleta e transcrição das entrevistas, a análise e interpretação dos dados procederam-se no período de julho a fevereiro de 2019. Os dados quantitativos foram inseridos no programa Epi Info™ 7.2 *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), de domínio público, seguindo uma máscara criada a partir das variáveis selecionadas, com o intuito de facilitar e padronizar a introdução dos dados. Também foi realizada a conferência dos dados utilizando a frequência relativa e tabulação cruzada na avaliação das inconsistências para consolidação dos dados finais. Após a limpeza dos dados, eles foram exportados para o Excel e analisados pelo Programa SAS 9.2.

A análise dos dados quantitativos foi realizada a partir de estatística descritiva, em que as variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequências relativas e absolutas, e as variáveis quantitativas discretas foram descritas por médias, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo. Para as associações entre variáveis categóricas foram realizados testes de Fisher e para as quantitativas os testes de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis. Para todas as análises adotou-se o nível de significância de 5%.

As entrevistas foram analisadas por meio da avaliação de conteúdo na vertente temática (BARDIN, 2016), que traz a afirmação de temas em repetidas falas dos entrevistados do estudo e lida essencialmente com textos tratados como interpretação dos resultados obtidos (MINAYO, 2014). Sendo assim, foram seguidos seus três polos cronológicos: fase pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A preparação do material exigiu tempo e afinho, uma vez que todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. As gravações foram conservadas para esclarecimento de dúvidas e checagem a qualquer momento. As transcrições foram digitadas e salvas em arquivos do *Word*® que possibilitavam a impressão, ou mesmo recorte e grifos.

Uma vez transcritas as entrevistas, foi feita leitura flutuante com a exaustividade de ler e reler todas as transcrições para constituir um *corpus* e formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, caracterizando a pré-análise. Para a constituição desse *corpus*, utilizou-se a regra da exaustividade, em que todas as ideias

foram incluídas; contudo, neste estudo, não foi usada a representatividade, pois foram utilizadas todas as falas dos participantes. Nesse sentido, especial atenção foi dada à regra da homogeneidade, uma vez que todas as entrevistas foram realizadas pelo mesmo entrevistador, utilizando os mesmos critérios.

Os participantes foram separados por cores (médico - verde, enfermeira - azul, auxiliares de enfermagem - rosa, ACS - vermelho), de acordo com sua ocupação nas USF, e numerados de 1 a 35, seguindo a ordem de entrevista, (MED1 - primeiro médico entrevistado); no intuito de não se identificar o profissional entrevistado e o local de trabalho. As entrevistas foram salvas em arquivos, referentes a cada pergunta aberta, com o objetivo de facilitar a busca pelas informações e não criar arquivos muito grandes e sobrecarregados. Para cada pergunta, criou-se uma tabela composta por quatro colunas, referente à construção de uma matriz de análise, que leva em consideração o significante, significado e o núcleo de sentido e grande tema. O título de cada tabela era referente ao enunciado da pergunta no roteiro de entrevista.

Na fase de exploração do material foi feita a codificação, sendo tratado o material segundo as regras para atingir a representação do conteúdo ou de sua expressão, ou seja, os dados brutos foram transformados sistematicamente por meio de recorte, agregados e enumerados para representar um conteúdo (BARDIN, 2016). Na codificação foi feito o recorte das unidades de registro em nível semântico ou por tema, ou seja, aquelas unidades de significação que se destacaram naturalmente do texto analisado segundo critérios relativos à teoria presente nos referenciais teóricos sobre a CF, a PNAB publicada nos anos de 2012 e 2017, Política Nacional de Atenção Domiciliar e SIAB.

A regra de enumeração utilizada foi a frequência simples, na qual todas as aparições possuem o mesmo peso, seguindo o postulado de que todos os elementos têm uma importância igual. Para a descrição e interpretação da realidade, foi considerada a significância do tema quanto maior a frequência de sua aparição, ou seja, a partir desse universo de respostas, passou-se a interpretar as falas dos participantes (Significante) e a criação do Significado, dando origem aos Núcleos de Sentido. A partir da exploração do material, os Significantes e os Significados foram extraídos e transferidos para uma tabela, em que foram formados os Núcleos de Sentido, que posteriormente foram agrupados de acordo com o seu conteúdo,

padronizando os vocábulos que pudessem expressar a fala dos profissionais de saúde e, assim, formando o Grande Tema (Apêndice B).

E, por fim, foi feito o tratamento dos resultados obtidos, para que os resultados brutos fossem significativos e válidos. Para isso, foram realizadas operações estatísticas simples de porcentagem para o estabelecimento de quadros de resultados que condensassem e colocassem em relevo as informações fornecidas pela análise. Enfatiza-se que foi realizada a análise de frequência como critério de objetividade e cientificidade, ou seja, a partir dos Núcleos de Sentido mais frequentes, foram então identificados os grandes temas, que foram disponibilizados em tabelas do *Word*® com a quantificação dos Núcleos de Sentido e Grandes Temas em números absolutos e percentuais. Após o tratamento de resultados, foi realizada a inferência dos achados, de acordo com o emissor, a mensagem, o código e a significação. Seguido da etapa de interpretação, que levou em consideração o referencial teórico escolhido (BARDIN, 2016).

#### **4.7 Considerações éticas**

Todo o projeto seguiu as diretrizes definidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola Dr. Joel Domingos Machado da FMRP-USP, de acordo com o Parecer: 1.433.212 (Anexo F). Ademais, todos os profissionais de saúde leram e assinaram o TCLE antes de iniciar a entrevista, que foi agendada em local e data definidos pelos participantes.

## ***5. Resultados***

---

Os resultados foram divididos em etapas, primeiramente foi realizada a descrição do perfil dos profissionais de saúde que participaram da pesquisa, com análise dos dados quantitativos. O segundo tópico foi referente à análise da prática da VD por parte dos profissionais entrevistados e por último foram apresentados os resultados referentes ao conhecimento das CF por esses profissionais e sua percepção quanto às suas vantagens e desvantagens. As respostas do segundo e terceiro tópicos foram avaliadas por meio de análise temática, que a partir das 35 entrevistas, geraram 735 respostas, que foram transcritas e lidas exaustivamente, com posterior identificação dos Núcleos de Sentidos e Grandes temas (Quadro 2).

Após a análise, foram formados três Grandes Temas, sendo que “A experiência dos profissionais de saúde na utilização da CF” foi a que apareceu com maior frequência, seguida do Grande Tema “Característica da Assistência Domiciliar na Perspectiva dos profissionais da ESF”; e o menos frequente “Sistema de Informação em Saúde (SIS) na prática na ESF”. Já o Núcleo de Sentido que mais apareceu foi “Dificuldades da Aplicação das CF”, que faz parte do Grande Tema “A experiência dos profissionais de saúde na utilização da CF”.

**Quadro 2 - Núcleos de Sentido e Grande Tema**

<b>Característica da Assistência Domiciliar na Perspectiva dos profissionais da ESF</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
• Indicação da VD	87	12,79
• Ferramentas de organização	66	9,71
• Frequência da Prática	40	5,88
• Obstáculos para a realização da VD	11	1,62
• Registro da VD no prontuário	3	0,44
<b>A experiência dos profissionais de saúde na utilização da Classificação das Famílias</b>		
• Dificuldades da aplicação	137	20,15
• Prática da utilização da CF na ESF	113	16,62
• Vantagens da utilização	95	13,97
• Falta de sistematização da Reclassificação das famílias	48	7,06
• Interferência da utilização da CF na prática da assistência	31	4,56
• Adequação do instrumento a prática	12	1,76
• Falta de clareza na atribuição dos profissionais	2	0,29
<b>Sistema de Informação em Saúde na prática na ESF</b>		
• Desconhecimento do SIS	16	2,35
• SIS como um entrave	10	1,47
• SIS não interfere na prática	5	0,74
• SIS como facilitador	4	0,59
<b>Total</b>	<b>680</b>	<b>100</b>

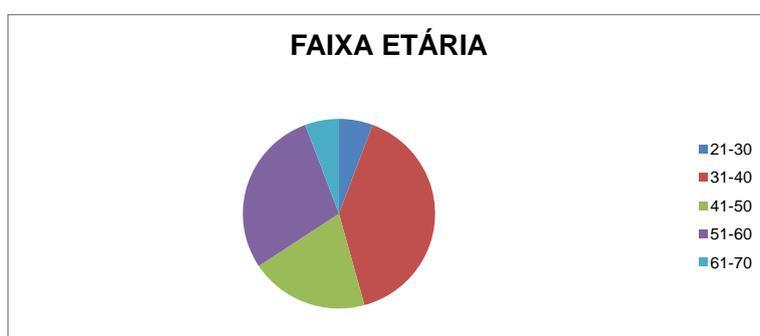
### 5.1 Perfil dos profissionais

Foram convidados a participar da pesquisa 50 profissionais de saúde que atuavam nas USF selecionadas. Desses, 35 (70%) participaram, sendo 28 do sexo feminino (80%). A participação foi unânime entre médicos e enfermeiros, mas apenas metade dos auxiliares de enfermagem e cerca de 70% dos ACS atuantes nas cinco USF no município de Ribeirão Preto/SP aceitaram o convite (Tabela 1).

**Tabela 1** - Perfil dos profissionais entrevistados, Ribeirão Preto, 2019

Variável	Total de participantes	Percentual
<i>USF</i>		
A	6	17,14
B	7	20,00
C	6	17,14
D	7	20,00
E	9	25,71
<i>Sexo</i>		
F	28	80,00
M	7	20,00
<i>Ocupação</i>		
Médico	5	14,29
Enfermeiro	5	14,29
Auxiliar de enf.	7	20,00
ACS	18	51,43

Em relação à faixa etária dos profissionais que participaram da entrevista, 40% tinham entre 31-40 anos (Gráfico 1).

**Gráfico 1** - Faixa Etária dos entrevistados

Quanto à especialização dos profissionais participantes, questionou-se a especialização para médicos e enfermeiros e o curso introdutório para os ACS (Tabela 2).

**Tabela 2** - Profissionais que realizaram o Curso Introdutório, Especialização ou Residência Médica

<b>Variável</b>	<b>Total de Participantes</b>	<b>Percentual</b>
<i>Curso introdutório</i>		
Não	1	5,88
Sim	17	94,12
<i>Especialização/Residência</i>		
Não	2	20,00
Sim	8	80,00

Todos os médicos realizaram Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, e das cinco enfermeiras entrevistadas, três (60%) realizaram Especialização em Saúde da Família, nenhuma Auxiliar de Enfermagem realizou curso relacionado à ESF e 17 ACS realizaram Curso Introdutório. O tempo médio de conclusão desses cursos e das especializações foi de 5,6 anos, variando entre 17 anos para o participante que finalizou sua formação há mais tempo e um ano para aquele que teve sua conclusão mais recente. Quanto à experiência dos profissionais, eles foram perguntados sobre o tempo de atuação na ESF e o tempo como integrante da atual equipe da Saúde da Família (Tabela 3).

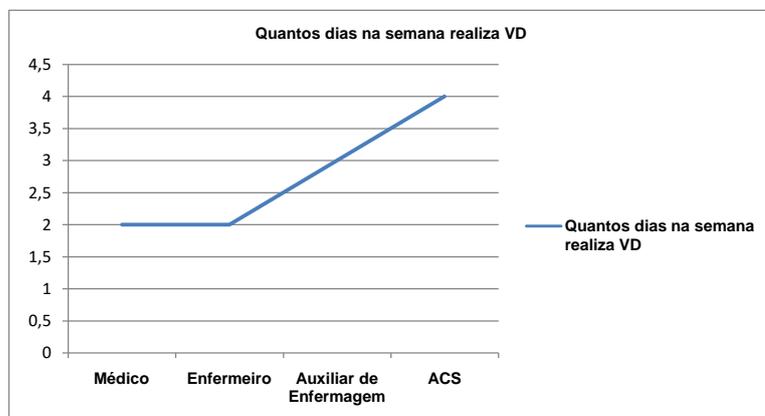
**Tabela 3** - Tempo de experiência na Estratégia de Saúde da Família

Ocupação	Variável	n	Média meses	Desvio-padrão meses	Mínimo meses	Mediana meses	Máximo meses
Médico	Idade	5	38,00	4,00	32,00	39,00	43,00
	Tempo trabalho	5	106,80	26,97	60,00	120,00	126,00
	Tempo equipe	5	82,80	42,51	24,00	84,00	126,00
Enfermeiro	Idade	5	31,60	0,89	31,00	31,00	33,00
	Tempo trabalho	5	80,00	27,94	43,00	84,00	120,00
	Tempo equipe	5	49,60	32,36	15,00	37,00	84,00
Auxiliar de Enfermagem	Idade	7	37,14	7,88	24,00	38,00	48,00
	Tempo trabalho	7	67,14	57,19	11,00	48,00	168,00
	Tempo equipe	7	50,00	38,54	11,00	48,00	120,00
ACS	Idade	18	51,28	9,94	25,00	52,00	65,00
	Tempo trabalho	18	78,39	63,07	3,00	54,00	192,00
	Tempo equipe	18	68,83	61,18	3,00	42,00	192,00

Quanto ao tempo de atuação na ESF, a média foi calculada em meses, o que representou a média de 78 meses entre os profissionais, sendo três meses referidos pelo profissional que atua há menos tempo e 192 meses (16 anos) pelo que possui maior experiência na área. Com relação ao tempo de trabalho na unidade em que atua, a média foi de 66 meses (5,5 anos), sendo de 192 meses o que trabalha a mais tempo e três meses o que trabalha a menos tempo. Observou-se que os enfermeiros foram os que possuíam menos tempo de trabalho e menos tempo de atuação na equipe estudada.

## 5.2 Prática e sistematização da Visita Domiciliar

No que tange à prática e sistematização da VD, os participantes referiram realizar as visitas, em média, três dias por semana. Destaca-se que os ACS relataram realizar as visitas cerca de quatro vezes na semana; o médico e o enfermeiro de uma a duas vezes e o auxiliar de enfermagem média de três vezes na semana (Gráfico 2).

**Gráfico 2 - Periodicidade da Visita Domiciliar**

Em relação ao planejamento, à frequência, organização e priorização das VD, foi realizada análise temática com identificação do Grande Tema “Característica da Assistência Domiciliar na Perspectiva dos profissionais da ESF”. Fazem parte desse grande tema, os Núcleos de Sentido: Indicação da VD, Ferramentas de Organização, Frequência da prática, Obstáculos para a realização da VD e Registro da VD no prontuário. O Núcleo de Sentido que mais apareceu foi a Indicação da VD (97 vezes), seguido das Ferramentas para Organização (66 vezes). O Núcleo de Sentido “Indicações das VD” está relacionado às indicações prioritárias de VD na perspectiva dos profissionais de saúde. Foram citadas várias indicações, mas, principalmente, as crianças menores de dois anos, gestantes, hipertensos, diabéticos, idosos, puérperas, recém-nascidos e acamados. Os procedimentos de enfermagem, como curativos, medicações, retirada de pontos, sondagem e aferição de pressão arterial também foram relatados pela equipe de enfermagem como situações prioritárias para a realização da VD.

Então, geralmente são visitas pedidas pelo médico para colher exames ou demanda de curativo. AUX 5.

---

Tem dia que só duas vezes por semana, depende da demanda mesmo. A gente faz a medicação prescrita. Se ela se queixa que, que precisa vê pressão a gente vê a pressão, a gente checa nas receitas e... e depois alimenta o HYGIA e escreve no prontuário. AUX 4.

Também surgiram outros aspectos que indicam a VD como: observar a dinâmica familiar, avaliar as condições sociais, econômicas e biopsíquicas, pacientes com dificuldade de leitura que precisam de informações e seguimento mais próximos, pacientes com transtornos psiquiátricos, além da busca ativa de pacientes faltosos e daqueles com má adesão medicamentosa. Destaca-se aqui que as visitas realizadas pela equipe médica não têm apenas o papel de consulta domiciliar, mas um instrumento que auxilie também na abordagem familiar e no reconhecimento do território:

...também são feitas para se conhecer a casa, a dinâmica familiar, uso das medicações, as necessidades dos acamados e as prioridades que vão surgindo, além do quadro de prioridades. MED 2

Contudo, as respostas não foram uniformes, surgindo entre os entrevistados aqueles que referiram enfoque mais clínico:

...as visitas têm um caráter mais clínico, são visitas de reavaliação de pacientes acamados ou que têm indicação de atendimento domiciliar, cuja periodicidade está relacionada ao estado clínico do paciente, semelhante ao que ocorre nos retornos dos pacientes agendados na própria unidade. Os pacientes podem ser reavaliados mensalmente ou semanalmente, depende do seu comprometimento. MED 3.

A priorização das famílias a serem visitadas também foi verificada nas falas por meio de instrumentos que fazem parte do processo de trabalho da equipe e são utilizados para facilitar a identificação das famílias que necessitam de atenção domiciliar. Foram citados pelos participantes o quadro de acamados, no qual são anotadas as famílias que necessitam de VD, a utilização de CF, como a Classificação de Coelho e Savassi, a Classificação por Cores, prioridades elencadas pelo SIAB, ou escalas, como a de grau de dependência das atividades de vida diária, como norteadores para priorização das famílias. Ainda assim, os entrevistados referiram que são consideradas as informações trazidas pelas famílias, pelos profissionais durante a reunião da equipe (Quadro 3).

É, a nossa, a nossa prioridade quando a gente começa a fazer a visita na, na área é gestante, é... criança até dois anos, hipertenso, diabético e pessoas com mais de sessenta anos. ACS 2.

**Quadro 3 - Frequência e exemplificação das falas dos profissionais por Núcleo de Sentido sobre o planejamento das Visitas Domiciliares**

Característica da Assistência Domiciliar na Perspectiva dos profissionais da ESF			
Núcleos de Sentido	Exemplos (citações da fala do participante)	Frequência	%
Indicação da VD	<p>"Bom eu faço visitas domiciliares semanalmente, eu tenho uma tarde na semana, da minha grade que eu faço visita, e... a gente no núcleo temos uma lista de pacientes acamados ou que ficam restritos no domicílio que a gente acaba fazendo as visitas, ah... e que são periódicas para cada paciente, a gente define a frequência das visitas que o paciente vai receber, conforme ah... conforme uma avaliação de risco né de cada paciente, a gravidade, a complexidade do caso, e as visitas são essas mais específicas pra consultas domiciliares, tem as visitas também que a gente faz para pacientes, pra fazer a busca ativa de pacientes de alguns casos, visitas também para conhecer as famílias, pra ver direito as condições de moradias, condições econômicas do paciente, são visitas também com esses fins que aí já são pacientes que nem sempre estão na lista que a gente tem, são outros pacientes que dependendo da demanda do núcleo a gente acaba fazendo também as visitas." MED 5</p> <p>"É, faço visitas priori, prioritariamente pacientes acamados, que precisam de curativo, domiciliar, e... algumas demandas que aparecem nas reuniões de caso, de discussão de caso. Que as vezes eu faço visitas também pra verificar a situação da família, quando tem algum... é... idoso vulnerável, uma pessoa na casa que tenha alguma vulnerabilidade, também faço visitas." ENF 1</p> <p>"Em relação a visita domiciliar, eu faço de uma a duas vezes por semana. As vezes tem as prioridades que são discutidas em reunião de família e eles passam pra gente. Se não tem isso, a gente alguns pacientes que a gente tem alguns pacientes que a gente faz visita de rotina pra aferição de pressão e cuidado que são mais os idosos." AUX 1</p> <p>"É, a nossa, a nossa prioridade quando a gente começa a fazer a visita na, na área é gestante, é... criança até dois anos, hipertenso, diabético e pessoas com mais de sessenta anos. A gente tenta fazer uma visita mensal pra todas as famílias, mas é meio difícil." ACS 2</p>	87	42,02%
Ferramentas de Organização	<p>"A gente não usa nenhuma escala ou... assim, nada... nenhum instrumento. É mais... como fala, intuitivo mesmo né. É, como a visita, pelo menos a parte médica ela vai muito em relação com o quadro clínico. Então, é... da, se olha a rotina, se tá em dia, se tem algum quadro mais agudo. Mas a gente não utiliza nada de instrumento catego, que categoriza assim né." MED 1</p> <p>"Na verdade, a gente prioriza o que, as reunião, o quadro, depois as reuniões de família, aquilo que foi discutido naquela semana." MED 2</p> <p>"Como na área prevalece idosos uso a classificação do Núcleo 3<sup>a</sup> e a VS, mas sempre priorizo idosos com maior necessidade." ENF 4</p> <p>"Então, geralmente são visitas pedidas pelo médico para colher exames ou demanda de curativo. Então, se o médico pede pra colher exame e ele fala pra quando ele quer, e a gente tem uma pastinha, um lugar tudo que anota... e cada dia é uma auxiliar que vai, né. Eee, pra fazer o curativo também é difícil a gente fazer visita por outro intuito, assim, que não for pra procedimento." AUX 5</p> <p>"Ah, essas família que hipertensa, diabética, gestante, criança menores de dois anos. Ah, pego, tem a classificação das famílias né. Então através dessa classificação ah.. ah, através dessa classificação, dependendo a cor né, se é uma família vermelha essa família tem prioridade. Então, as vezes acabo indo mais de uma vez na família vermelha, na amarela que seria um alerta né pra fazer a visita. E aí, por último a gente vai na verde. Mas, as vezes, a família que tava verde mês passado, esse mês ela pode tá amarela ou vermelha. Aí no outro mês eu procuro priorizar essa família até que ela seja verde." ACS 4</p> <p>"A gente tem uma classificação de risco né. Então a gente sempre fica mais atento a hipertenso, diabético, idoso, em geral, crianças, gestantes, criança até 24 meses. A gente tá sempre mais atento a essas famílias." ACS 8</p>	66	31,88%

## conclusão

Característica da Assistência Domiciliar na Perspectiva dos profissionais da ESF			
Núcleos de Sentido	Exemplos (citações da fala do participante)	Frequência	%
<b>Frequência da prática</b>	<p>"Faço visitas semanais ou quinzenais dependendo da demanda. É... em geral de uma a três visitas cada vez." MED 4</p> <p>"Eu faço visita dois dias na semana. É, em períodos diferentes. Então na terça de manhã e na sexta a tarde que é pra tentar abranger quem tá em casa nos dois períodos, assim. Ééé, as minhas visitas, a maioria, acaba sendo diante a alguma demanda específico." ENF 2</p> <p>"É, a gente geralmente, é... essas visitas elas saem do, da discussão de caso né. e... a gente tem uma agenda, as nossas visitas são organizadas numa agenda. E... a gente sempre prioriza é... aqueles pacientes que geralmente é passado em discussão de caso, que tão precisando mais. Mas de maneira geral, a gente visita todos. Tanto quem tem que fazer (...), curativo. Eu realizo, é... uma vez por semana, ou duas né. Depende. Mas nós temos uma frequência de... três períodos de visita por semana, entre as auxiliares." AUX 2</p> <p>"Frequência, tentamos é... uma vez por mês em todas as casas. Mas priorizamos quem tem alguma comorbidade. Pressão alta, diabetes, gestantes... não é comorbidade mas é, são casos prioritários. Crianças até 2 anos... e quando acontece alguma intercorrência diferente com certo paciente. Chegamos inclusive a ir... mais de uma vez no mesmo mês na mesma casa. Praticamente todos os dias." ACS 13:</p> <p>"É.. bom, eu priorizo é... a, hipertenso, diabéticos, gestante e idoso. A frequência eu procuro i de um, uma vez por mês a cada dois meses conforme a demanda. Tem paciente que eu vou toda semana. Tanto, tem gestante que eu vo a cada dois, três dias depende muito é, caso a caso né. Sim. Realizo todos os dias." ACS 18</p>	40	19,32%
<b>Obstáculos para a realização da VD</b>	<p>"É... frequência... por ser uma área muito grande, um número de famílias muito grande, eu tenho 275 famílias. Praticamente 185 (...) eu consigo ir... eu tenho um grupo semanal que faço parte, eu ainda participo da coleta 2 vezes por semana. Então, eu tenho, eu consigo ir mais ou menos a cada 35, 40 dias nas famílias. Aqueles que acontecem algum evento, ou alguma coisa mais específico, as vezes eu vou 2 vezes no mês. As vezes até mais. Ai eu priorizo. ... As vezes, quando não está muito quente eu faço segunda feira o dia inteiro e deixo terça que é o dia que eu tenho artesanato a tarde, para descansar e deixar os relatórios na terça de manhã pra fazer." ACS 11</p> <p>"É, eu do prioridade ao, o... aos mais necessitados né. Dependendo da família vô duas, três vezes no mês. Até mais se precisa. A organização, procuro vista... a rua in, de ponta a ponta. Mas... sai fora do trajeto, quando precisa. A minha, a frequência que (...) que é a parte nobre do coisa, é menor. Eu vo menos alí porque eu, eu priorizo os mais necessitados. Todos os dias. Quando tá... assim, dia de chuva né a gente num sai. E na sexta, também como tem reunião e eu tenho psicólogo a tarde eu, eu saio só quando tem necessidade mesmo. (...) mais serviço burocrático, sexta-feira." ACS 15</p>	11	5,31%
<b>Registro da VD no prontuário</b>	<p>"A gente faz a medicação prescrita. Se ela se queixa que, que precisa vê pressão a gente vê a pressão, a gente checa nas receitas e... e depois alimenta o HYGIA e escreve no prontuário." AUX 4</p>	3	1,44%

\*Classificação do Núcleo 3 é igual à classificação das Cores. É dada essa denominação por ter sido implantada primeiramente no NSF3.

A organização da VD, segundo os participantes, é feita de várias formas; de acordo com cada USF, alguns profissionais tomam o território como base, outros se baseiam nas necessidades dos usuários, ou ainda diante das prioridades da equipe, seja pelas solicitações dos ACS durante as discussões de família ou pelas listas de acamados. Todavia, a prática da VD pelos profissionais de saúde entrevistados também pode ser obstaculizada por diferentes circunstâncias, que estão relacionadas ao processo de trabalho, ao território e às questões climáticas como chuvas e calor intenso. Dentre as dificuldades mais citadas estão o fato de a microárea ser muito

---

grande, a necessidade de realizar visitas mensais para todas as famílias, muitas famílias não serem encontradas no domicílio, mudanças climáticas, como por exemplo, sol e chuva, o trabalho burocrático atrapalhando a realização das visitas e reuniões de equipe no período da manhã, já que as visitas domiciliares em todas as USF entrevistadas são realizadas, preferencialmente, no período matutino.

...A gente tenta fazer uma visita mensal pra todas as famílias, mas é meio difícil. Primeiro que tem muita gente que a gente não encontra, porque trabalha e é só nas férias que a gente consegue encontrar. E... e pela quantidade de família que acaba se tornando, por exemplo, minha área que é um pouco grande, então não dá pra mim visitar todas as famílias todos os meses... ACS 2.

...A gente faz de manhã, prioriza por conta do sol, mas se não tiver como, a gente faz a tarde também... ACS 6.

...Depende, por exemplo, porque agora nós temos uma parte... muito burocrática. Toda a nossa produção, por exemplo, você acabou de fazer o cadastro, aqui você tem que, por exemplo, por o cadastro no HYGIA, por o cadastro no E-SUS, no Cad SUS. Então isso leva um tempo. Por exemplo, hoje eu fiz duas visitas eu tô tentando terminando de passar essas visitas no... no computador. Fora isso existem vários, vários papéis que você tem que colocar. Então você lança a produção, mas (...) outro papel pra coloca a produção, então tem mais outro papel. Eu fiz as contas, são em torno de uns treze papéis pra você documenta tudo. ACS 14.

Quanto ao registro das visitas, vale destacar que o registro em sistemas de informação aparece nas falas de vários profissionais, principalmente, entre os ACS. Contudo, o registro e a importância do prontuário das famílias e dos usuários só aparecem entre os auxiliares de enfermagem, sendo os únicos que relataram a leitura do prontuário antes de sair para VD. Neste sentido, um médico sugeriu que a CF deveria ser sinalizada nos prontuários, para facilitar a identificação das famílias em pior situação de vulnerabilidade.

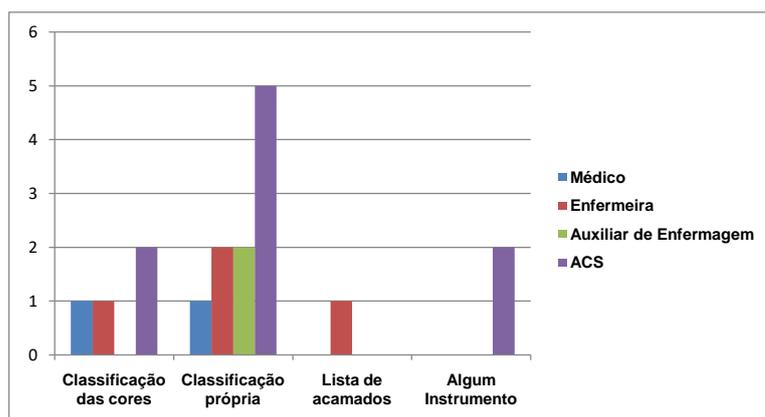
### **5.3 Conhecimento e utilização das classificações das famílias e suas vantagens e desvantagens na perspectiva dos profissionais**

Este terceiro tópico foi formado por dois Grandes Temas: “A experiência dos profissionais de saúde na utilização da CF” e o “SIS na prática da ESF”. Fazem parte do primeiro grande tema - Núcleos de Sentido: dificuldade na aplicação do instrumento (20,1%), esta apareceu 138 vezes nas entrevistas realizadas; prática da utilização da CF na ESF (16,6%); vantagens da utilização; falta de sistematização da

reclassificação das famílias e outros Núcleos apresentados no Quadro 2. O segundo Grande Tema relacionado aos SIS, incorpora quatro Núcleos de Sentido que abordam sobre o desconhecimento do SIS; SIS como entrave ou facilitador e sua interferência na prática (Quadro 4).

No tocante à utilização de instrumentos para classificar as famílias como forma de priorizar a realização das VD, menos da metade dos entrevistados (48,6%) informou que utiliza alguma ferramenta, entre eles destacam-se a classificação das cores, listas de acamados ou outros instrumentos utilizados para este fim.

**Gráfico 3** - Instrumentos utilizados para priorizar as visitas domiciliares, segundo a categoria profissional



Algumas justificativas foram apresentadas pelos profissionais que afirmaram não utilizar a CF para priorização das VD:

Não, aqui a gente não tem classificação das famílias, assim, por, por risco. Acho que num, não, nenhum instrumento. Assim, na verdade a gente acaba utilizando, se for pensar em algumas prioridades, é, pensando na física, mas não é uma escala de classificação, assim, não é um instrumento de classificação. Tá muito embasado acho que na questão física, social, mas,

assim, empírica, na verdade, sem nenhum instrumento pra avaliar. Então, da nossa (...). ENF 2.

Bom, é um, eu acho que é um instrumento que as pessoas acabam deixando de lado. Não usando, acho que não vai funcionar. (...) Não sei. E a dificuldade seria talvez em aceita, a equipe aceita né e aplica. Porque muita gente fala “mais um papel né. Mais uma coisa pra gente coloca no prontuário, mais uma ficha pra preencher”. Então, tem muita crítica né. ACS 6.

A distribuição do uso da CF por USF e de acordo com a categoria profissional está demonstrada na Tabela 4.

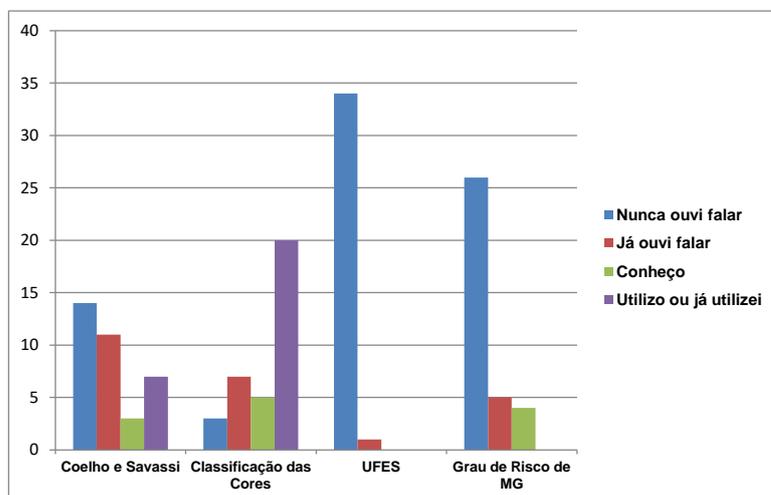
**Tabela 4** - Utilização da classificação de família pelas USF e pelos seus profissionais

Variável	Classificações		Total	Valor-p
	Não	Sim		
<i>USF</i>				
A	6 (100%)	0 (0%)	6 (100%)	
B	7 (100%)	0 (0%)	7 (100%)	
C	0 (0%)	6 (100%)	6 (100%)	<0,01
D	3 (42,86%)	4 (57,14%)	7 (100%)	
E	2 (22,22%)	7 (77,78%)	9 (100%)	
<i>Faixa etária</i>				
<=40	10 (62,5%)	6 (37,5%)	16 (100%)	0,31
>40	8 (42,11%)	11 (57,89%)	19 (100%)	
<i>Ocupação</i>				
Médico	3 (60%)	2 (40%)	5 (100%)	0,71
Enfermeiro	2 (40%)	3 (60%)	5 (100%)	
Auxiliar de Enfermagem	5 (71,43%)	2 (28,57%)	7 (100%)	
ACS	8 (44,44%)	10 (55,56%)	18 (100%)	

Observou-se que dos 35 entrevistados, 48,6% não utilizam nenhuma das CF apresentadas. No entanto, os profissionais que as utilizam estão distribuídos em três das cinco USF participantes. Destaca-se a USF C, onde 100% dos entrevistados utilizam alguma CF, seguida pela USF D e E, onde mais de 50% dos participantes declaram fazer o seu uso.

Em relação ao conhecimento das Classificações existentes, 34 entrevistados (97,1%) nunca tinham ouvido falar da Classificação de UFES, 26 (74,3%) desconheciam a Classificação de Grau de Risco, criada em MG, 14 (40%) não conheciam a Classificação de Risco de Coelho e Savassi e somente três (8,6%) nunca tinham ouvido falar da Classificação das Cores, como mostra o Gráfico 2.

**Gráfico 4 -** Conhecimento prévio dos entrevistados quanto às classificações familiares



A CF que utiliza o critério das cores, foi aplicada por 57,1% dos entrevistados e a Classificação de Risco de Coelho e Savassi por 20% dos entrevistados. O tempo de atuação na ESF não influenciou no conhecimento das CF, pois mesmo entre aqueles que tinham menos de 12 meses ou mais dez anos (120 meses) de experiência, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas (Tabela 5).

**Tabela 5** - Tempo em meses de atuação na Estratégia Saúde da Família e o conhecimento prévio das Classificações das Famílias, Ribeirão Preto, 2019

Classificação	Variável	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	Valor-p*
Não	Tempo trabalho	18	82,28	53,43	3,00	66,00	180,00	0,57
	Tempo trabalho	17	78,47	55,57	15,00	48,00	192,00	
Sim	Tempo equipe	18	59,94	46,16	3,00	60,00	180,00	0,79
	Tempo equipe	17	68,94	56,80	15,00	42,00	192,00	

Ainda que 52% dos profissionais de saúde afirmem utilizar algum tipo de CF, elas nem sempre são formais ou estruturadas:

A classificação das famílias no Núcleo ela é basicamente feita por cores, verde, amarelo e vermelho e que é decidido basicamente na discussão de caso do cadastro da família, então quando o agente comunitário faz o cadastro da família e passa pra equipe na reunião é discutido as condições socioeconômicas, culturais e também a parte biológica, a parte clínica, uma forma sumaria, basicamente vem do ponto de vista do agente comunitário, é uma discussão feita em cima das impressões, informações que o agente traz, da visita de cadastro, então assim a gente faz a avaliação da família, faz uma classificação e no decorrer do atendimento da família, a classificação pode mudar conforme a gente vai discutindo os casos, os atendimentos individuais, das visitas dos agentes, no decorrer do atendimento, do cuidado dessa família a gente também vai classificando conforme, é uma classificação dinâmica, basicamente é subjetiva e a equipe que decide a classificação como um todo, uma forma de consenso subjetivo. MED 5.

Com relação às experiências dos profissionais, a classificação, muitas vezes, é realizada no cadastro, na reunião de discussão de casos, no Projeto Terapêutico Singular e em todo caso novo. Quando ocorre nas reuniões, geralmente é feita de uma a duas vezes na semana. A maioria dos entrevistados relatou que a classificação é feita em equipe, mas alguns referiram que quem faz é o ACS, ou só o médico, ou o médico e a enfermeira. Com relação ao Grande Tema: “A experiência dos profissionais de saúde na utilização da CF”, vale ressaltar que o Núcleo de Sentido “Dificuldades da Aplicação” foi o que mais apareceu na fala dos entrevistados, independente da categoria profissional (Quadro 4).

**Quadro 4 - Frequência e exemplificação das falas dos profissionais por Núcleo de Sentido sobre a experiência na utilização das Classificações**

A experiência dos profissionais de saúde na utilização da Classificação das Famílias			
Núcleos de Sentido	Exemplos (citações da fala do participante)	Frequência	%
Dificuldades da aplicação	<p>“A gente não, não tem um controle né. Eu não sei se teria que ter alguma coisa mais visual, pra gente ver quais são as famílias que são mais, é, com a classificação de risco maior... mas a gente não faz aqui pra todas as famílias não.” MED1</p> <p>“ai, na, na, no ponto de vista prático tive a experiência durante a residência, né? Eu acho, que assim, tem algumas vantagens, mas assim, eu acho que não são tantas vantagens que, que justifique se usar como uma rotina. Talvez pra mim, preferência da residência, ter sido uma coisa muito assim, é, talvez até... muito...é, engessada, não sei se é a melhor palavra, é uma coisa era muito assim, rotineira, eu achava que tinha algumas situações que a gente fazia sem muito sentido prático, então...eu meio que aprendi a trabalhar a raciocinar, ou me organizar de avaliar as famílias sem, sem contar... mas eu nem, nem acabo colocando isso na prática porque eu acho que num...o que traz de benefício talvez num compense no, no tempo que você gasta.” MED 3</p> <p>“em teoria é... essa classificação ajudaria a priorização do agente comunitário, mais na prática eu não sei se é utilizado.” MED 4</p> <p>“...Então, não foi, não foi adiante essa classificação. A gente fez por um período e... mais a médica e eu que classificávamos, que a gente fazia as visitas, fazia a classificação. Mas eu acho que precisava da equipe toda, senta, discuti sobre aquele paciente, sobre aquela família pra pode classificar né. E, num tinha esse espaço.” ENF1</p> <p>“Eu mesma usar, não!” AUX 2</p> <p>“Não tenho experiência, mas gostaria de aprender.” AUX 6</p> <p>“Então, eu, tipo assim, tem algumas, alguns critérios que a gente já identifica pra sabe o que é vermelho. É que tem algumas, a gente tem um quadro na nossa sala de reuniões que já tem a classificação de cores de algumas enfermidades ou não. Tem algumas que eu esqueço, acabo confundindo “será que é amarelo, será que é vermelho?”. Mas aí então confirma com o quadro que a gente tem. Seria meio confuso pra mim pelo menos, pra gravar todos os... o quadro ajuda bem. E tendo também todo mundo junto ali, então... sempre tem que sabe já... já fala.” ACS 9</p>	137	31,27%
Vantagens da utilização	<p>“Eu acho que a vantagem é o agente ficar mais próximo dessa família, em primeiro lugar. E visita com maior frequência, tá trazendo os dados pra gente.” MED 2</p> <p>“ó, eu usei aquela na residência que foi a de Coelho, na verdade, assim. Acho que funcionava bem lá, na verdade, assim, era uma área bem diferente da área que a gente tem aqui no Núcleo x. Não que eu não ache que pra nessa área não precise utilizar, mas funcionava, funcionava bem porque era uma área que tinha, assim, muitas famílias vulneráveis, muitas assim, tanto do ponto de vista social, financeiro, é, muitos problemas de saúde mental, um pouco que entrava na classificação também. E acho que ajudava bastante, porque por ser uma área muito grande que a gente tinha lá, então você tinha que tentar priorizar pra você conseguir organizar o modelo de atendimento de agendamento. Então, eu acho que funciona, assim.” ENF 2:</p> <p>“eu achei que faz muito sentido e ajuda muito a gente a...a correr atrás das que mais precisam, né? E as vezes... dá mais, dá um olhar diferenciado pras famílias que tão precisando mais...eu achei muito bom.” AUX 5</p> <p>“Ah eu acho interessante porque chama a atenção da gente pra alguns critérios né. Criança até seis meses a gente classifica de</p>	95	21,68%

	vermelho, gestante, hipertenso, diabético descontrolado a gente já fica mais atento também como vermelho. São que a gente é... não, a qualquer momento a gente as vezes tem que ir atrás, fazer uma convocação tal." ACS 8		
--	--	--	--

O Núcleo de Sentido que apareceu mais vezes foi a “Dificuldade da Aplicação”, 137 vezes, (20,15%), sendo citadas dificuldades relacionadas ao processo de trabalho, ao instrumento, à experiência com o instrumento e ao registro nos sistemas de informação, como exemplificadas no Quadro 5.

**Quadro 5 - Categorias do Núcleo de Sentido “Dificuldades da aplicação”**

	<b>Exemplos (citações da fala do participante)</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Dificuldades à experiência com o instrumento	<p>“(…) como eu nem faço a classificação do ponto de vista formal, eu acho meio, meio inútil.” MED 3.</p> <p>“Então, num sei. Eu acho assim, que se fosse é, é... eu não sei. Talvez pro agente de saúde faze eu acho que ele teria que ser treinado né. Pra avaliar, tudo. Mas aí, o ideal seria a equipe. Mas é inviável né. Fica muita coisa.” ACS 6</p>	92	67,15%
Dificuldades relacionadas ao instrumento	<p>“eu acho que...que, a não ser que isso ficasse sinalizado no prontuário, não me chamaria muito a atenção. Até porque pelo número de famílias o que vai acabar acontecendo, é o seguinte, você num, você não grava, assim, é, é, eu consigo gravar mais a situação, sabendo da situação do que sabendo da família. Então ou vou lembrar mais da pessoa do que da família, né, a qual ela pertence. Vejo a pessoa e vejo que a família é daquele jeito, né? Classificar a família ali pelo número, pela cor talvez não me chama muito atenção. Então, assim, o que me chama mais a atenção é a história do que a cor que eu vou dar”. MED 3</p> <p>“Olha, acho que é, seria vantagem mais pra quem tá aqui, dentro da unidade né. Que vai pegar a pasta e vai ter um parâmetro pra saber daquela família. Porque pra gente assim, na rua... não sei. Como eu trabalho na, numa área bem vulnerável, quase todo mundo é vulnerável né. Então, só pelas condições de moradia já acaba sendo vermelho. Então, mas eu acho que, pra quem não conhece e, pega a pasta, talvez”. ACS 1</p>	27	19,70%
Dificuldades relacionadas ao registro nos sistemas de informação.	<p>“Eu acho que poderia sim. Talvez deixar bem no prontuário, na hora que a gente fosse atender. Que a gente só sabe. Pelo menos eu, que é vermelho, verde, quando a gente tá na reunião de discussão de caso né. Acho que pra todos os profissionais que pega, talvez, sinaliza.” AUX 2.</p> <p>“Foi isso que falei, incluir algo no e-SUS, e dar a classificação mais precisa.” ENF 4.</p>	12	8,75%
Dificuldades relacionadas ao processo de trabalho	<p>“...Porque a impressão que eu tinha era de que parecia que a gente ia ficar (...) toda família pra classificar, então assim, se você discutisse 4 famílias, numa reunião, você perdia 20 minutos. O tempo que você gasta para discutir a situação daquela família, você pode discutir uma família ou 2 a menos por reunião por causa do tempo</p>	6	4,37%

	gasto na classificação. Sendo que algumas nem precisavam ser classificadas.” MED 3.		
--	---	--	--

Por outro lado, alguns profissionais relataram não ter dificuldade, pois acham a classificação fácil, dentre eles, um auxiliar de enfermagem e seis ACS:

Eu...eu num, eu num achei assim dessa né? Dessa de cor eu achei que tá bem visível, tanto por que a gente tem todos os lugares escrito a classificação que tem na...na sala de reunião bem grande, a gente tem no acolhimento. Então eu não encontrei dificuldade. AUX 5.

Eu não vejo dificuldade... eu acho que é uma coisa assim, que flui na reunião. Exatamente. E é uma coisa simples. Não é nada assim muito complexo. ACS 2.

Não, porque é rotina. A gente sabia. A gente, às vezes, nem falava que era vermelho, nem amarelo, nem verde. Tinha que fala porque era... (...) porque era padrão. Mas assim, a gente já sabia o que tinha, qual que tinha problema, qual que não. ACS 14.

Oh, nessa tabela eu não vejo dificuldade. Por exemplo, tinha a outra tabela que a gente uso do Coelho, a gente não gostava de usa. Então, nessa tabela eu... eu num vejo dificuldade. ACS 16.

Outro Núcleo de Sentido que se destacou nas falas dos participantes foi “Vantagens da utilização”, aparecendo 113 vezes (16,62%). A vantagem mais citada entre os profissionais foi relacionada à identificação das famílias mais vulneráveis, tornando a equipe mais atenta para essas famílias, podendo definir o acompanhamento da família, oferecer atendimento diferenciado no acolhimento, identificar prioridades não percebidas, ajudar no levantamento de dados para os gestores municipais, auxiliar na organização do trabalho, dar atenção diferenciada no sentido da equidade do cuidado, organizar a assistência e priorizar o cuidado. Na percepção de um médico entrevistado, uma das vantagens é a utilização de critérios objetivos que auxiliem na CF, indo além da opinião e subjetividade dos profissionais. Já na opinião de um ACS, a CF possibilita englobar a visão de profissionais diferentes em relação a uma mesma família.

Na verdade a gente, como eu não aplico não tenho como eu dizer as principais vantagens, mas eu acredito que um pouco você tira da subjetividade, você transforma uma classificação baseada mais na opinião dos componentes da equipe, uma forma de você objetivar mais a classificação, isso seria uma vantagem. MED 5.

### 5.3.1 Importância e adequação do instrumento

A partir das respostas dos entrevistados sobre a importância dos instrumentos de CF e as necessidades de adequação (Apêndice A), alguns Núcleos de Sentidos foram identificados: Prática da utilização da CF na ESF, que foi o segundo mais citado (113) no Grande Tema: “A experiência dos profissionais de saúde na utilização da Classificação das Famílias”; Falta de Sistematização da Reclassificação das Famílias; Interferência da utilização da CF na prática da assistência; Adequação do instrumento; e chama a atenção o Núcleo de Sentido, citado por duas profissionais, relacionados à falta de clareza na atribuição dos profissionais. Outro Grande Tema identificado foi “Influências do SIS na prática na ESF”. Os profissionais afirmam que a CF deveria ser realizada no espaço de discussão das famílias, principalmente durante o cadastramento de novas famílias, por todos os profissionais da equipe (Quadro 6).

**Quadro 6 - Frequência e exemplificação das falas dos profissionais por Núcleo de Sentido sobre a experiência na utilização das classificações**

A experiência dos profissionais de saúde na utilização da Classificação das Famílias			
Núcleos de Sentido	Exemplos (citações da fala do participante)	Frequência	%
Prática da utilização da CF na ESF	<p>“Tá, então a gente vai classificar as famílias nas reuniões de famílias que são às segundas e quintas-feiras, nos casos novos.” MED 2.</p> <p>“Sempre que faz um cadastro novo, ou que muda o contexto .... de doença, de contexto social ou é... de saúde daquela paciente, daquela família.” MED 4.</p> <p>“Eu acho que todas as famílias deveriam ser classificadas, mas no momento do cadastro, eu acho que deveria se a primeira classificação. Mas eu acho que sempre, se o agente comunitário faz as visitas periódicas e vê alguma mudança na casa e traz pra reunião de equipe, ou a gente faz um atendimento aqui na unidade, vê que mudou a situação de saúde daquela pessoa leva pra reunião. Naquela reunião de equipe a gente pode rediscutir a classificação daquela família. Acredito que seja um processo... é um processo dinâmico, não é um processo estagnado. Você classificou, vai ser pra sempre daquela cor. Então, nas reuniões de equipe e a... a... a classificação inicial no momento do cadastro né.” ENF 1</p> <p>“Já falei também, acho que todo mundo da equipe tem que classificar.” ENF 5.</p> <p>“No ato do cadastro... e também podia ser... quando fosse passado na reunião de família, mesmo aquelas que já tão cadastradas, né? Pra revê o cadastro.” AUX 5.</p> <p>“(pausa) Eu acho que na primeira visita sim, devem ser classificadas. Pra gente saber com o que a gente vai atuar nessa família, mas não ficar muito preso a isso, tentar é, tentar mudar o olhar. Porque de repente, é que nem eu te falei, você classifica uma família de vermelho porque os pais estão desempregados, e aí você vai ver que não é tão vermelho assim.” ACS 2.</p> <p>“... nas reuniões de discussão.” ACS 3</p> <p>“... quando tem o cadastro né, classificando por cores tudo e a necessidade que aparece em cada família, cada caso né.” ACS 9.</p> <p>“A acho que no... no momento que a gente utiliza aqui mesmo. Na hora do cadastro.” ACS 18.</p>	113	25,79%
Falta de sistematização da Reclassificação das famílias	<p>“Com menos intensidade. Mas não tem uma frequência fixa. Não existe revisão de prontuário. Vai acontecendo conforme feito na reunião.” MED 2.</p> <p>“Precisa muito ter a reclassificação, quem sabe a cada 3 meses.” ENF 4.</p> <p>“Se existe .... não, é claro que existe né. Não é que ela é vermelha que ela vai ser sempre vermelha né. Por isso que é importante a gente tá sempre revisando né. Agora sim. Agora a gente se organizou pra pode tá revisando a, as nossas, as famílias que são discutidas na reunião...” AUX 2.</p> <p>“Não, não. A gente o projeto terapêutico singular, só que não, classifica ela com vermelho. Mas mesmo quando ela volta pra discussão, a gente não reclassifica ela. Fica sempre.” ACS 7.</p>	48	10,95

continua

## continuação

A experiência dos profissionais de saúde na utilização da Classificação das Famílias			
Núcleos de Sentido	Exemplos (citações da fala do participante)	Frequência	%
Interferência da utilização da CF na prática da assistência	<p>“Eu acho que interfere. Sabe porque que interfere, porque assim se é uma paciente, que é uma família vermelha, a gente dá mais prioridade ao acesso. Todo mundo vai ter acesso, só que se é uma família tranquila eu vejo que não é uma coisa, por exemplo, uma unha encravada numa família verde que ela pode voltar hoje à tarde, ela pode voltar amanhã cedo, ela pode voltar a semana que vem. Uma unha encravada numa família vermelha eu vou atender naquele momento. Porque aí eu faço como se fosse um acesso avançado. Apesar do núcleo não ser acesso avançado, naquele momento você lida através da demanda do paciente, daquilo que é necessidade dele pra chegar aonde eu quero. Será que tem sorologia, será que tem Papanicolau, será que tá gestante né. Que que tem por trás dessa unha encravada, então aí a gente traz o paciente pra perto da gente. Então eu acho que interfere sim.” MED 2.</p> <p>“...assim, o fato de dar a classificação no final não muda muito pra mim, porque a gente já deu meio que a classificação antes de chegar e dar só uma cor. Então, a gente analisa os fatores de risco e a vulnerabilidade, independente se você classifica no final. Assim, pelo menos na minha cabeça funciona assim. Talvez para outras pessoas fosse, seria importante classificar assim, eu não acho tão importante.” MED 3.</p> <p>“Acredito que não, na qualidade não. Eu acho que melhora, porque... você não vai dar menos atendimento pra um, porque o outro passou a ter uma classificação de um risco maior. Você vai manter daquele que tinha um risco menor, mas você vai dar uma atenção maior pra aquele que... você tava dando uma atenção mas que vai aumentar a atenção naquela, naquela família.” ENF 1.</p> <p>“...eu não acho que ela interfere, eu acho que ela pode contribuir. Mas eu acho que não ter a classificação não vai fazer você oferecer uma assistência pior pra família.” ENF 2</p> <p>“Sim, sim. Que eu falava das reuniões pra fazer a classificação da família, da assistência tudo. Mas eu acho que com o tempo isso acaba se perdendo. Nós já até comentamos isso em reunião. Depois não é levado à diante, a gente perde o feedback da família.” AUX 3.</p> <p>“Pra mim não muda muita coisa não.” AUX 3.</p> <p>“É. Pra mim não muda porque eu já tenho a minha classificação do que eu acho que eu tenho que dar mais atenção, do que eu. Então eu acho que pra mim não muda.” ACS 1.</p> <p>“Interferir não, né? Acho que iria ajudar. Seria muito mais interessante de se dizer. Iria ajudar, neste sentido sim.</p> <p>Talvez ele tenha uma necessidade que por eu não saber que ele tem...essa condição, eu não ajudo tanto quanto eu poderia ajudá-lo.” ACS 13.</p>	31	7,07%
Adequação do instrumento à prática	<p>“Aí, nunca pensei nisso, sabia? Se me perguntando, nunca pensei se poderia ser diferente. Como é feito hoje, eu acho que é bacana. Eu acho que ele é útil, que é bacana. Di verdade num... pensei não.” MED 2.</p> <p>“...não. Não, assim eu me adaptei muito bem a ele. Eu gostei desse sistema por cores, achei mais fácil.” AUX 5.</p> <p>“(pausa) Ah, não sei. Eu só conheço esses dois. Então... Ah, eu acho que tudo que é novo é bom aprender. Ver e tentar. Mas na minha opinião esse, tanto um quanto outro funciona.” ACS 4</p>	12	2,73%

**conclusão**

A experiência dos profissionais de saúde na utilização da Classificação das Famílias			
Núcleos de Sentido	Exemplos (citações da fala do participante)	Frequência	%
Falta de clareza na atribuição dos profissionais	“É, é porque assim, eles passam a, a... a classificação das cores daquela família. Eu vou lá fazer a visita, mas de repente eu não sei o que eu devo, o que aquela família precisa do meu serviço. Fica assim “ah porque aquela família é vermelha. Ah então precisa ir lá visitar aquela família, ver o que eles estão precisando.” Mas eu vou ver o que? É em relação a medicação, em relação a um curativo. Eu acho assim, vai se perdendo. Eu acho que durante o tempo a gente vai conhecendo essa família vai aparecendo outros problemas que talvez a gente vai resolvendo. Mas a gente acaba se perdendo, nós auxiliar de enfermagem entendeu? Porque a gente fica meio que excluído né.” AUX 3.	2	0,45%

Alguns profissionais informaram que existe interferência da utilização das CF no cuidado com o paciente, pois muda o conceito que a equipe tem sobre a família, interfere na priorização do cuidado, facilita o acesso das famílias em situação de vulnerabilidade e melhora a assistência. Contudo, uma enfermeira referiu que a classificação interfere, mas o fato de não classificar uma família não impede de oferecer assistência adequada às famílias que necessitam.

Eu não acho que ela interfere, eu acho que ela pode contribuir. Mas eu acho que não ter a classificação não vai fazer você oferecer uma assistência pior pra família. ENF 2.

Outros profissionais inferiram que o instrumento não altera sua prática, pois referem que a história do paciente e de sua família é mais relevante do que as cores de uma classificação. Ratificando este ponto de vista, um ACS defende que a CF não vai influenciar na atenção oferecida, pois todas as famílias deverão ser atendidas independentemente da classificação, fazendo valer o princípio da universalidade. Deste modo, esses profissionais não acreditam que a CF mudaria sua prática, seu olhar ou sua maneira de assistir seus usuários.

Quanto à sistematização da CF, destaca-se na fala dos entrevistados que apesar de a equipe classificar as famílias, não ocorre o processo de reclassificação. Como as famílias são dinâmicas, exige-se uma revisão sistematizada e periódica das mesmas. Essa ausência de reavaliação aparece como dificultador para a equipe. Aparentemente, a reclassificação ocorre quando há mudanças na estrutura familiar, ou em aspectos sociais e/ou clínicos, que aumentam ou diminuem a vulnerabilidade dessas famílias. Normalmente, não existe uma sistematização com relação à

periodicidade. Percebe-se maior envolvimento dos ACS no processo de reavaliar as famílias quanto ao risco e vulnerabilidade durante as VD sem, contudo, ter a participação dos demais componentes da equipe de saúde.

Eu procuro reclassifica. As minhas, eu to sempre... dando uma reclassificada. Mesmo, às vezes, uma família verde, mas aí a pessoa foi diagnosticada como hipertenso ou diabético, aí eu já passo pra vermelha. Troco a cor. ACS 18.

Neste sentido, os profissionais médicos informam que a reclassificação não ocorre de maneira sistematizada nas unidades, não havendo revisão de prontuários. Outros destacam que a reclassificação é feita, ainda que de maneira informal, quando surge alguma piora na situação das famílias, caso contrário esta acaba não ocorrendo. Quanto ao grande Tema “SIS na prática na ESF”, ainda que pouco frequente na fala dos entrevistados (5,14%), mostrou a percepção dos profissionais sobre a interferência dos SIS na CF, podendo ser um facilitador ou causar entraves em sua utilização.

**Quadro 7 -** Frequência e exemplificação das falas dos profissionais por Núcleo de Sentido sobre os Sistemas de Informação

Sistema de Informação em Saúde na prática na ESF			
Núcleos de Sentido	Exemplos (citações da fala do participante)	Frequência	%
Desconhecimento do SIS	<p>“Eu não vi, mas eu não manipulo as fichas do E-SUS.” MED 4</p> <p>“Não sei te dizer. Não tenho acesso ao SIAB e no HYGIA eu não vejo nada de classificação de cores da família não.” AUX 3</p>	16	45,71%
SIS como um entrave	<p>“É que é mais um... cadastro que você tem que preencher né. Talvez se isso fosse interligado.” MED 1</p> <p>“Quando era o SIAB, apesar do sistema ser ruim, isso era, era melhor essa classificação era diferente, era feita mais criteriosa, na minha opinião. As fichas do E-SUS tem algumas perguntas que não tinham no SIAB, mas ficam faltando algumas coisas. Eu acho que houve uma mudança, eu acho que se perdeu um pouco.” MED 2</p> <p>“Eu não acho que nenhum dos sistemas que a gente tem hoje em dia são bons para direcionar, pensando na classificação. O que melhorou com E-SUS é que eles mandam mensalmente um consolidado, que já tem o número da família que já tem umas características. Mas são mais focadas em algumas variáveis: hipertensão, diabetes, o que tem convênio, o que não tem convênio. Então, não sei se isso ajudaria muito na classificação não. Dependendo da escala que você possui, sabendo o instrumento que fosse usar, né, pra classificar.” ENF 2</p> <p>“Não, porque o.... o E-SUS ele vê números né, não vê qualidade, não vê esse tipo de trabalho que a gente oferece na atenção básica.” ACS 10</p>	10	28,57%
SIS não interfere na prática	<p>“Não, eu acho que interfere não. Porque na verdade o cadastro, assim como faz o cadastro quando era SIAB, você faz o cadastro como é hoje o E-SUS. Eu acho que... a classificação da família, ela ocorre independente do sistema. Porque você vai classificar de acordo com as informações que você colhe da, daquela família né. E não vai se o sistema que você, que vai modificar as perguntas, o seu olhar perante o.. a família. Eu acho que não interfere.” ENF 3</p> <p>“Não, não é uma interferência assim. Eu não acho que ajuda muito e não interfere muito. Eu acho que assim, é... ela é meia... eu acho que parecido sabe? Uma é muito próximo à outra sabe? Não existe uma diferenciação muito grande.” ACS 2</p>	5	14,28%
SIS como facilitador	<p>“Esses sistemas de informações constam muitos dados, muitas informações das famílias que nos ajudam a classificar, a identificar possíveis riscos, vulnerabilidade né, econômica, nível de educação, de cultura, enfim usos de substâncias álcool, drogas, eles com certeza trazem muitas informações que são usadas na hora da classificação.” MED 5</p> <p>“É, com o E-SUS hoje a gente tem mais informações né. A gente consegue visualizar muito mais coisas. Eu acho que é um sistema mais completo.” AUX 2</p>	4	11,42%

---

Também em relação aos SIS, ainda que tenham sido atualizados, não atendem as necessidades da equipe de saúde, principalmente na opinião dos ACS, pois nenhum dos sistemas sinaliza a CF. Os médicos e enfermeiros referem que a partir desses SIS é possível obter as informações e os dados necessários para realizar as classificações, que o E-SUS possui maior número de dados, entretanto não influenciam na classificação. Alguns profissionais sugerem a incorporação da classificação nos sistemas, no formato de identificadores coloridos ou alertas.

Eu acho que ajuda né, na classificação, porque eles têm a sinalização já lá, né. De amarelo, quando você tem que prestar mais atenção pra aquela, aquela condição da pessoa. Já, já tem aquela bolinha amarela né. No SIS pré-natal mesmo, se você coloca gestante, gravidez não planejada, uma bolinha amarela, entendeu? Ele já sinaliza pra você, porque as vezes é uma coisa que passa despercebido e você acaba se alertando “por que amarela? Ah é por causa disso”. Entendeu? ENF 1.

Foi isso que falei, incluir algo no e-SUS, e dar a classificação mais precisa. ENF 4.

Na opinião dos médicos, o sistema de informação colabora com a classificação familiar, mas deveria realizar a classificação automaticamente durante o seu cadastramento, a partir de *scores*. Desta maneira, elas seriam reclassificadas de acordo com as mudanças na dinâmica familiar. Ainda assim, com a mudança dos sistemas de informação do SIAB para e-SUS, alguns critérios relacionados à família foram excluídos e com isso a classificação familiar foi prejudicada.

Mudou. Mudou sim. Quando era o SIAB, apesar do sistema ser ruim, isso era, era melhor essa classificação era diferente, era feita mais criteriosa, na minha opinião. As fichas do E-SUS tem algumas perguntas que não tinham no SIAB, mas ficam faltando algumas coisas. Eu acho que houve uma mudança, eu acho que se perdeu um pouco. MED 2.

Na perspectiva dos enfermeiros, os sistemas de informação prejudicam a CF ou interferem negativamente, pois foram excluídas algumas informações do novo sistema, dificultando a busca de informações, além dos sistemas não serem interligados, dificultando também conciliar as informações existentes que auxiliariam na CF. Ademais, os atuais sistemas de informação poderiam dar visibilidade para a classificação. Por outro lado, o atual sistema de informação gera relatórios mensais com os dados consolidados das famílias, com informações sobre situações de risco definidas pelo MS, colaborando na CF, como por exemplo, o SIS pré-natal, que de

---

acordo com os riscos na gestação, uma cor fica sinalizada no sistema. A opinião sobre os SIS é divergente, variando entre categorias profissionais e serviços de saúde; uma auxiliar de enfermagem referiu que o e-SUS é um sistema mais completo, possui mais informações que o SIAB.

É, com o e-SUS hoje a gente tem mais informações né. A gente consegue visualizar muito mais coisas. Eu acho que é um sistema mais completo. AUX 2.

No entanto, os ACS acreditam que os sistemas de informação prejudicam a CF, pois não prevê a mudança do domicílio e não possuem nenhum campo que possibilite a visualização dessa classificação.

Eu vejo até dificuldade do sistema no..., numa, numa área dessa que a gente trabalha por isso. Fizeram o sistema pra quem é casa própria, pra quem não vai mudar, pra quem não faz mudança de endereço. É o que eu falo você, muda a cada mês tá mudando. Quer dizer, ajudar na classificação? Não, acho que não. ACS 3.

É, de início foi bem confuso né essa transformação porque... até que onde vinha, a fonte que vinha a informação também tá bem confusa, teve muitas mudanças. Acho que... mudo né assim .... Se que sabe a interferência da classificação? Não, da classificação não. A gente continua classificando, mas de repente num... não demonstra no.... no E-SUS, no instrumento, pra demonstra. Só tem, demonstra doenças que existem, tudo mais. Mas não tem um campo você demonstra “família amarela, família” que é a nossa que a gente utiliza. ACS 9.

Quando perguntado para os profissionais se as classificações atendiam suas necessidades, 10 pessoas (28,6%) referiram que sim, tanto que nunca pensaram que os instrumentos existentes poderiam ser diferentes, não tendo sugestões para incluir nas classificações existentes. Porém, 40% relataram que o instrumento atendia parcialmente as necessidades, e 20% disseram que não atendia (20%), ou atendia parcialmente (20%). Cerca de um terço dos participantes (11) relatou não ter experiência no uso o instrumento e não saberia responder a questão.

Os profissionais que relataram que as classificações não atendiam as necessidades incluíram critérios, tais como socioeconômicos, nível de escolaridade, faixa etária, aderência ao tratamento e as consultas, informação de exames citopatológicos atrasados ou alterados, capacidade de autocuidado, uso de substâncias psicoativas, drogadição, recebimento de “auxílios sociais”, presença das diferentes formas de violência; e que alguns critérios deveriam ter pesos diferentes.

Isso. Sempre tem. Porquê. Que que acontece. Principalmente a nossa classificação aqui do núcleo x. Que que acontece é, principalmente quando o dentista tá aqui, principalmente ele que é uma pessoa já mais vivida, tá aqui a anos, ele é bem crítico. Então é muito engraçado. Porque as vezes a gente fala assim “ah essa família é amarela”, aí ele lembra assim, porque as vezes a gente quer patologia né. No membro da equipe vê a patologia. “Ah é cardíaco, cardíaco é vermelha”, só que a parte social tá tudo bem ele trabalha, todo mundo trabalha, tá tudo redondinho, todo mundo vem na consulta. Cê entendeu. E aí, as vezes alguém fica preso “então gente será que é vermelho só porque tem o problema cardíaco, ou seria amarela ou seria verde, quer dizer, porque tá tudo redondinho? A não, mas tá vermelho tá lá no cartaz. No cartaz fala aqui, cirurgia cardíaca, problema cardíaca, doença cardíaca é vermelha, então é vermelha.” Só que aí, se entendeu que a gente fica num.. por exemplo, aí o agente “porque ele é vermelho, tem uma doença cardíaca”. Mas ele vai no médico, ele tem convênio, ele tem o SUS, ele vai lá no HC, ele segue direitinho, mas ele é vermelho tem que ficar lá. Em contrapartida eu tenho um paciente que não tem nada de fator de risco, mas é uma família que tem não sei quantos filhos, num entra lá, vai entrar como verde, mas não é verde, porque olha o problema social, ela é vermelha. Então assim, tem essas coisas, a gente se pega assim “e agora?”. Aí a gente procura sempre classificar com o nível maior. Então se acha que é amarela, “mas vamos por vermelha pra não erra?” Mas acontece direto. Falta critérios, faltam coisas no instrumento, entendeu? E se mistura muito o que é patologia com o que é problema social. E as vezes a gente fica entevado alí, e agora? Sim. Sim, porque a gente nunca bate o martelo. Se entendeu. Só que a gente procura joga pra cima. MED 2.

... um... se eu não tiver enganada, por exemplo, paciente que usa... substâncias psicoativas num tem nada. Acho que não. Mas eu teria que olhar a escala de novo pra poder... pensar sobre isso. MED 4.

Também. Fatores sociais é... eu acho que... utilização de, drogadição né. Mas eu acho que o risco social fica um pouquinho a desejar. E, as vezes, o, a... a questão social leva o paciente a um outro tipo de... de situação né, de problemas de saúde em si né. Assim, problema de saúde que envolve essas, é, assistência social também. Então as vezes a pessoa tem ali um problema social, uma casa com... e que leva ela a te alguma outro, uma questão de saúde clínica. Uma asma, alguma coisa. E isso a gente já percebe que num, que num tem muito na classificação de risco das cores. ENF 3.

Eu acho que existem muitos aspectos de capacidade de auto cuidado que eu acho que os instrumentos utilizam pouco, então essa questão, ele tem uma doença que de repente é, ele tem duas ou três situações de doenças porem ele tem uma alta capacidade de auto cuidado, uma alta rede de suporte, eu acho que isso deveria ser considerado, né porque é muito diferente a doença e a forma e os mecanismos da pessoa lidar. Eu acho que poderia ser diferente em termos de considerar a capacidade de auto cuidado, o suporte social e familiar e algumas outras questões de vulnerabilidade, eu acho que existem situações na nossa pratica que não existem nenhuma doença porem há violência, negligencia , violação de direitos que pra nos é mais que vermelho na classificação. ENF 5.

Ele poderia ser mais completo, eu vejo que tem alguma coisa assim que falta o... a, por exemplo, alguma doença que a gente acha grave, obesidade por exemplo, obesidade infantil, essas coisas. Que não tem na tabela e eu acho que é importante. Porque de repente você precisa acompanha. É... eu tenho uma paciente que ela pesa 250 quilos. A gente precisava ta acompanhando,

com mais frequência, tudo. Então, nu E-SUS, eu acho que é uma coisa grave, porque gera outras doenças, e não tem. ACS 16.

## **6. *Discussão***

---

Entre os 35 profissionais entrevistados as mulheres predominaram entre todas as categorias profissionais e a faixa etária predominante foi de 31 e 40 anos. Enquanto sempre prevaleceu o sexo feminino entre os enfermeiros, atualmente há uma crescente feminização e juvenescimento dos profissionais de saúde, especialmente os médicos. Entre os médicos brasileiros até 34 anos, as mulheres já são maioria e representam 57,1% dos médicos de família e comunidade (BARBOSA; RODRIGUES, 2006; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM, 2018).

Destaca-se a qualificação dos participantes, uma vez que a maioria dos profissionais de curso superior possuía residência médica ou especialização em Saúde da Família e os ACS possuíam Curso Introdutório. Este achado, ainda que intencional, revela discrepância em relação à realidade nacional, onde se evidenciam equipes com profissionais sem formação especializada. Dados de 250 municípios do Estado de São Paulo mostram que 45,9% dos médicos que atuavam UBS e 65,9% na ESF não tinham nenhuma formação em residência médica. Em 2017, o número de médicos de família e comunidade no Brasil estava em torno de 5.500 médicos, cerca de 1,4% do total de especialistas médicos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM, 2018; OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE PARA O SUS SP, 2008).

Os médicos e os ACS possuíam mais tempo de atuação na ESF que os profissionais da equipe de enfermagem, demonstrando maior estabilidade e menor rotatividade, o que difere do panorama nacional que apresenta maior flutuação dos médicos, com dificuldade de fixação deste profissional, sendo um dos maiores problemas enfrentados pelos gestores municipais (PIERANTONI et al., 2015).

Quanto à prática da VD, observou-se média de três VD por semana, variando de acordo com a categoria profissional. Os ACS foram os que apresentaram maior frequência de VD (quatro vezes por semana), seguidos dos auxiliares/técnicos de enfermagem (três vezes) e dos médicos e enfermeiros (uma a duas vezes).

A frequência de VD pelos ACS mostrou maior regularidade, uma vez que faz parte das suas atribuições o cadastramento de todas as famílias residentes no território, realização de ações de vigilância em saúde, como a identificação das condições de saúde, epidemiológicas e sociais das famílias cadastradas, além de orientações quanto à prevenção de doenças e promoção em saúde. Ainda que não

---

esteja definido na PNAB (BRASIL, 2012 a; 2017 b?), o número de visitas a serem realizadas pelos profissionais e quantas visitas devam ser realizadas na semana. É previsto que cada ACS deva realizar visitas para todas as famílias da sua microárea ao menos uma vez ao mês. Os dados encontrados estão de acordo com outros resultados nacionais (BARBOSA, 2016), em que metade dos usuários respondentes (50,5%) relatou receber VD mensal dos ACS e 20% recebem com frequência ainda maior (semanal e quinzenal). Contudo, esta frequência mensal nem sempre é percebida pelos usuários, que relatam espaçamento maior na sua ocorrência (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009). Os ACS justificam essa demora na realização das visitas, devido ao tamanho do território, as prioridades da equipe e a necessidade de realizar atividades burocráticas nas USF.

Os médicos relataram que as principais indicações para realização da VD estavam relacionadas com as demandas advindas das discussões de caso e para atender os acamados. A equipe de enfermagem referiu que direciona suas visitas para realização procedimentos como curativos, administração de medicamentos e coleta de sangue, enquanto os ACS buscam os pacientes com maior vulnerabilidade, ou com agravos e condições que necessitam de maior número de visitas. Esta prática está em consonância com recomendações nacionais (BRASIL, 2003, 2017b) e favorecem a equidade do cuidado e acesso aos usuários com necessidades especiais. Segundo Albuquerque e Bosi (2009), os usuários relataram que a VD diminuiu os obstáculos para o cuidado em saúde, com acesso ao diagnóstico e tratamento, favorecendo o melhor cuidado em saúde.

Ainda que o atendimento aos usuários acamados tenha se destacado na fala dos médicos, observou-se que na sua perspectiva a VD não têm apenas o papel de consulta domiciliar, mas um instrumento que auxilia também na abordagem familiar e no reconhecimento do território. A VD também foi citada pelos entrevistados como importante instrumento para inserção na comunidade, fortalecimento do vínculo, compreensão da dinâmica familiar e das condições biopsicossociais. Tais achados foram corroborados por outros estudos (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009), que também ressaltam o papel da VD no planejamento das ações, considerando o modo de vida e os recursos disponíveis pelas famílias, reforçando a descentralização das ações, um dos princípios organizativos do SUS (BRASIL, 2012b).

Observou-se que os profissionais priorizam as famílias que serão visitadas por meio de uma diversidade de instrumentos utilizados na prática, que variam entre as unidades de saúde e entre as categorias profissionais, de acordo com o seu processo de trabalho. Entre os mais citados, apareceram as listas com nome de acamados e restritos ao lar; as indicações nas discussões das famílias, lousa/quadro das prioridades das VD, pedido dos familiares, caderno ou listas contendo as famílias prioritárias definidas pelo SIAB: acamados, gestantes, crianças, hipertensos ou diabéticos (BRASIL, 2003). Vale ressaltar que os ACS entrevistados realizam as VD utilizando o território como base, e conforme a distribuição das famílias pelas quadras ou pela própria rua, tendo como norte a priorização das famílias em situação de maior vulnerabilidade.

Entretanto, a prática da assistência domiciliar pode ser dificultada por diversos fatores relacionados ao território, clima e processo de trabalho. Alguns ACS citaram dificuldades, a saber: tamanho da microárea, ausência de moradores no domicílio; mudanças climáticas, como sol, calor e chuva intensa; obrigatoriedade de visitas mensais para todas as famílias cadastradas, necessidade de realizar atividades burocráticas impedindo a VD e horário matutino das reuniões de equipe diminuindo os períodos reservados para a VD. Tais obstáculos também foram encontrados na literatura, como desvios de função, burocratização, condições precárias no ambiente de trabalho, formação profissional insuficiente e problemas com a equipe. Outros estudos também demonstraram que essas atividades internas prejudicam o desenvolvimento do trabalho dos ACS (ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, 2018; BARBOSA, 2016).

A predileção por realizar visitas no período da manhã favorece a VD, dada às condições climáticas mais favoráveis, contudo pode criar outros obstáculos, pois nesse período as donas de casas estão ocupadas com as tarefas domésticas, podendo não receber o ACS ou fazê-lo de maneira rápida e superficial nos portões das suas casas (BARBOSA, 2016).

Vale destacar que o registro da VD no prontuário surgiu no contexto da importância de adequação do instrumento, na prática e sistematização desta, apenas na fala de dois auxiliares de enfermagem. Eles reforçam o prontuário como instrumento de comunicação entre os profissionais de saúde, onde as informações

devem ser registradas facilitando a coordenação e longitudinalidade do cuidado. Corroborando a necessidade do registro, outra auxiliar de enfermagem enfatizou que o registro das informações em sistemas eletrônicos de informação e nos prontuários, etapa essencial na realização da VD, muitas vezes, não é valorizada pelos demais profissionais (FRACON; SANTOS, 2017).

Com relação ao conhecimento das classificações existentes na literatura nacional, a maioria dos entrevistados respondeu que conhecia a CF por cores. Tal achado se justifica uma vez que esta classificação foi desenvolvida há cerca de 20 anos por docentes e profissionais de saúde atuantes em USF vinculadas à universidade, onde médicos residentes, alunos de diferentes cursos de graduação e preceptores realizam estágio sob a coordenação desses docentes. A segunda classificação mais conhecida é a Coelho e Savassi, citada por todos os médicos e enfermeiros participantes do estudo. Neste sentido, como todos os médicos possuíam residência médica específica na área e a maioria das enfermeiras formação em Saúde da Família, o conhecimento das CF era esperado.

Entre as auxiliares de enfermagem que possuem formação estritamente na sua área, observou-se o desconhecimento do seu próprio papel dentro da equipe e também das classificações. A falta de capacitação para essa classe profissional reflete no atendimento direcionado para a realização de procedimentos técnicos e ações curativas desvinculados de uma assistência integral. São escassos os cursos desenvolvidos para esses profissionais e que são essenciais para a produção do cuidado pela equipe da ESF (OGATA; FRANÇA, 2010).

Para o desenvolvimento do SUS é essencial a formação dos profissionais, pois o trabalho em saúde requer compreensão da dinâmica dos determinantes do processo saúde-doença, sua complexidade, além da experiência em agir e pensar sobre este processo (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2008). Assim, a formação na graduação, pós-graduação e os processos de educação permanente (EP) nos serviços constituem esse processo continuamente. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2015) aponta o quanto é pequeno o número de trabalhadores da saúde qualificados para atender as diversas necessidades da população em geral e, além disso, a maior parte desses trabalhadores foi treinada para tratar de enfermidades agudas e não de problemas crônicos, exigindo, para isso, melhor formação.

Diante disso, para suprir esse déficit, a ESF dispõe de ferramentas específicas, que podem colaborar no manejo dos problemas na APS. Uma das soluções para essa discrepância na formação dos profissionais na ESF foi a implantação da Política da EP em Saúde, em 2004, que tem como função a aprendizagem significativa, ou seja, aprender algo que seja significativo para os profissionais dentro do processo de trabalho; transformando, assim, as práticas profissionais e a organização do trabalho; possibilitando, também, a transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde (BRASIL, 2004; CAMPOS et al., 2001).

Outra prática comum entre os profissionais da ESF quanto à busca de aprendizado e melhoria da resolutividade é a realização do apoio matricial por outros profissionais atuantes na RAS, que podem ser de outras profissões ou demais especialidades. O matriciamento realizado de maneira regular e sistemática possibilita o aumento da resolutividade dos casos atendidos, facilitando o acesso; permitindo a longitudinalidade e integralidade do cuidado. Ademais, com o apoio matricial protocolos podem ser elaborados e utilizados pela equipe da ESF para pacientes com quadros clínicos semelhantes, fortalecendo o vínculo dos usuários com a equipe.

A principal estratégia de matriciamento adotada pelo MS no Brasil é o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), fazendo parte da sua constituição uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por diversas categorias profissionais da saúde, agindo de maneira complementar com as equipes que atuam na APS (BRASIL, 2017b).

Quanto à utilização das CF, mais da metade dos entrevistados referiu não utilizar uma escala formal, sendo que a priorização das famílias é realizada a partir de critérios subjetivos, não formalizados em um único instrumento ou escala. Em apenas uma das cinco USF entrevistadas todos os profissionais de saúde relataram conhecer e utilizar a Classificação das Cores, nas demais nem todos os profissionais conheciam ou utilizavam a escala. Destaca-se que em uma USF nenhum dos entrevistados aplicava classificações, apesar de conhecê-las.

Aqueles que utilizavam, relataram que a CF possibilitava distinguir as famílias mais vulneráveis em áreas de maior pobreza e vulnerabilidade, considerando um bom instrumento para ser aplicado em áreas muito extensas e de comunidade. Informaram, ainda, que facilitava o acompanhamento das famílias, proporcionando atendimento

diferenciado no acolhimento, colaborando na organização da assistência, na priorização do cuidado e no desenho da agenda. Essas vantagens fazem parte do processo de trabalho e dos fundamentos e diretrizes das equipes de atenção básica citados pela PNAB de 2012/14, que tem como preceito a prestação de assistência integral visando não só o tratamento, mas também a prevenção de doenças e suas complicações, além de um cuidado mais equânime. Esse olhar ampliado fortalece as relações de vínculo e responsabilidade entre as equipes e a população. Todavia, os entrevistados que não usavam as classificações relataram dificuldades relacionadas ao próprio instrumento, ou sua pouca experiência na sua utilização. Também foram citados problemas relacionados ao registro nos sistemas de informação virtual e nos prontuários e, por último, os relacionados ao processo de trabalho. Eles justificaram suas respostas pela falta de tempo, de conhecimento e de um horário específico para sua utilização. Tais justificativas são corroboradas na literatura nacional, uma vez que a sobrecarga de trabalho e o excesso de demanda são comuns no contexto nacional e são causadores de insatisfação nos trabalhadores da ESF (LIMA et al., 2014). Esses obstáculos consistiram no Núcleo de Sentido “Dificuldades da Aplicação”, mais referidos pelos profissionais em toda a pesquisa, o que poderia sinalizar que as CF existentes não atendem as equipes, sendo necessárias adequações. Dos entrevistados, 40% referiram que o instrumento não atende completamente suas necessidades e 31% desconhecem o instrumento.

Nesta linha, os profissionais de saúde afirmaram que a utilização da CF não altera sua prática, pois referem que a história do paciente e de sua família é mais relevante que as cores da classificação. Ademais, todas as famílias são atendidas e visitadas pelos ACS, independente da classificação, não interferindo na sua percepção do território, na maneira de atender os pacientes e em sua rotina dentro na unidade. Ressalta-se que o princípio da universalidade foi sugerido, principalmente pelos ACS, que têm a obrigação de visitar mensalmente todas as famílias cadastradas. Entretanto, a classificação pode contribuir para a equidade do cuidado, pois famílias em situação de vulnerabilidade têm o acesso facilitado, melhorando a assistência e interferindo na prática dos profissionais. Segundo Melo (2014), com a Escala de Coelho e Savassi foi possível realizar ações para priorizar as visitas em microáreas mais vulneráveis, utilizando a ficha do SIAB, contudo se faz necessário

maior investimento em outros sistemas de avaliação das famílias e das necessidades de ações de saúde, consolidando um diálogo entre diferentes profissionais da equipe, criação de um espaço de discussão das prioridades a partir da necessidade da população local.

As adequações mais sugeridas pelos entrevistados foram relacionadas à sistematização da aplicação da CF pelos profissionais, atores envolvidos, periodicidade e inclusão de sentinelas. O cadastramento foi identificado pelos ACS como o momento ideal para a CF, no entanto os demais integrantes da equipe sugeriram as reuniões de equipe como espaço propício para levantar a situação de vulnerabilidade das famílias cadastradas. Destaca-se aqui a importância da CF *in loco* pelos ACS, que são mais próximos da família e do território, influenciando na identificação subjetiva de riscos e vulnerabilidades. Entretanto, a pluralidade de percepções dos diferentes profissionais de saúde atuantes na equipe da ESF, pode enriquecer e identificar nuances que atenuam ou agravam os resultados das classificações, evidenciando a importância dos diferentes profissionais na execução desse trabalho (BRASIL, 2012a, 2017b).

Como o funcionamento das famílias é dinâmico, sendo influenciado pelos seus integrantes e agentes externos, o processo de classificação não pode ser cristalizado. Assim, o processo de reclassificação é essencial para o acompanhamento frente às mudanças que as famílias sofrem (FRANÇA; BEZERRA; CURADO, 2017). Segundo os entrevistados, percebe-se que em alguns casos a equipe classifica as famílias, mas não as reclassifica, ou seja, não retoma o caso, etapa importante pelas alterações sofridas pelas famílias. Aparentemente, a reclassificação ocorre quando há mudanças na estrutura familiar, ou em aspectos sociais e/ou clínicos, que alteram a sua dinâmica. Normalmente, não existe uma sistematização com relação a periodicidade, local e profissionais envolvidos na discussão. Percebe-se maior envolvimento dos ACS no processo de reavaliar as famílias quanto ao risco e vulnerabilidade durante as VD; sem, contudo, contar com a participação dos demais componentes da equipe de saúde.

Além das adequações sugeridas na sistematização da aplicação da CF, alguns profissionais destacaram a necessidade de readequação do instrumento com a inclusão de sentinelas: 1) Capacidade do autocuidado dos usuários; 2) Indivíduos com

rastreamento clínico realizado e alterado; 3) Usuários que recebem auxílios sociais ou que tenham uma ampla rede de apoio; 4) Presença de violência doméstica; 5) Violência no território. Outra sugestão para adequação do instrumento à realidade local foi a criação de pesos para cada sentinela, objetividade das variáveis, que ajudaria no desenho das famílias quanto à vulnerabilidade e sua capacidade de resiliência. Ademais, com a substituição do SIAB pelo e-SUS, serão necessárias revisões para inclusão de novas sentinelas que atendam ao novo sistema de informação, ferramenta que vem sendo amplamente utilizada pelos ACS, porém desconhecida pelos auxiliares de enfermagem (MELO, 2014).

Vale ainda enfatizar que este estudo entrevistou profissionais de saúde de cinco equipes da ESF de um distrito do município de Ribeirão Preto, vinculados a uma universidade, representando uma faceta da realidade, mas que não representam a totalidade dos profissionais do município, não devendo ter seus resultados extrapolados para outras regiões. No entanto, forneceu subsídios para a discussão desta ferramenta, suas vantagens na priorização do cuidado e limitações na sua aplicabilidade secundária à falta de experiência com a ferramenta, ao processo de trabalho e ao próprio instrumento.

## ***7. Conclusão***

---

As CF são instrumentos que pretendem qualificar a assistência aos usuários e às suas famílias, favorecendo o cuidado integral e equânime. Neste estudo, foi possível observar que o conhecimento das CF foi influenciado pela formação dos profissionais, uma vez que todos que a conheciam possuíam Residência, Especialização em Saúde da Família ou tinham realizado o Curso Introdutório. No entanto, a classificação das famílias por meio de instrumentos pré-estabelecidos foi referida por metade dos entrevistados e, em apenas uma USF todos os membros referiram a aplicação das classificações como parte do processo de trabalho. Todas as equipes referiram se utilizar de alguma estratégia para priorizar os usuários e suas famílias nos seus atendimentos de forma não sistematizada, seja pelas prioridades estabelecidas pelo MS, ou pela lista de pacientes acamados ou restritos ao lar e, principalmente, pelo levantamento das necessidades durante as reuniões de equipe.

Este estudo trouxe, ainda, subsídios para discussão desta ferramenta, que apesar de ser conhecida pela maioria dos profissionais e apresentar vantagens na identificação de famílias em situação de maior vulnerabilidade, favorecendo a priorização do cuidado, apresenta limitações no seu uso, secundárias ao processo de trabalho, inexperiência na sua aplicabilidade e deficiências do próprio instrumento. Essas fragilidades apontadas poderiam ser supridas com inclusões de novas variáveis, adequações dos seus pesos e maior proximidade com os sistemas de informação. Ademais, a ESF possui fortalezas referentes ao processo de trabalho como a possibilidade de EP e matriciamento da equipe facilitando a troca de experiências e de conhecimento.

Espera-se que este estudo contribua para a criação de novas CF, que facilite sua utilização pelos profissionais e favoreça a assistência aos usuários e às suas famílias de maneira integral e mais equânime.

## ***8. Referências Bibliográficas***

---

---

<sup>1</sup>Elaboradas de acordo com as Diretrizes para Apresentação de Dissertações e Teses da USP: Documento Eletrônico e Impresso - Parte I (ABNT) 3ª ed. São Paulo: SIBi/USP, 2016.

ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad Saúde Pública**. v. 25, n. 5, p. 1103-1112, 2009.

ALONSO, C. M. C.; BÉGUIN, P. D. L.; DUARTE, F. J. C. M. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na estratégia de saúde da família: metassíntese. **Rev Saúde Pública**. v. 52, p. 14, 2018.

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saude Soc. [online]**. v. 18, n. 2, p. 11-23, 2009.

BARBOSA, A. C. Q.; RODRIGUES, J. M. **Primeiro censo de recursos humanos da atenção primária do Estado de Minas Gerais**. 1ª Ed. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde/UFMG, 2006.

BARBOSA, D. C. M. Visita domiciliar sob a percepção dos usuários da estratégia saúde da família. **Medicina (Ribeirão Preto)**. v. 49, n. 4, p. 360-366, 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016. 279p.

BERTOLOZZI, M. R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 2, p. 1326-1330, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 96 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 66p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2\\_vpdf.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf). Acesso em: 02 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Melhor em casa. A segurança do hospital no conforto do seu lar**. Caderno de atenção domiciliar. v. 1, Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012b. 11p. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/geral/CAD\\_VOL1\\_CAP1.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/CAD_VOL1_CAP1.pdf). Acesso em: 15 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. e-Gestor Informação Básica. **Informação e gestão da atenção básica.** 2017a. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml;jsessionid=9FPtwS7kM+KCENZJUY32xzX>. Acesso em: 04 nov. 2018.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017b. **Política Nacional de Atenção Básica.** Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 10 out. 2018.

BRASIL. Portal da Saúde. **e-SUS Atenção Básica. 2017.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>. Acesso em: 13 set. 2017.

CACCIA-BAVA, M. C. et al. A atenção Básica à saúde e a Estratégia Saúde Familiar. In: SANTORO, J. R. (ed.) **Ecologia e Desenvolvimento Humano.** 1ª ed. São Paulo: Funpec, 2008. p. 253-261.

CAMPOS, F. E. et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. **Rev Bras Ed Méd.** v. 25, n. 2, p. 53-59, 2001.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T.; BELISÁRIO, S. A. A formação superior dos profissionais de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 1011-1034.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. **Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares.** Rev Bras Med Família Comum. v. 1, n.2, p. 19-26, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Demografia médica.** 2018. Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=27509:2018-03-21-19-29-36&catid=3](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27509:2018-03-21-19-29-36&catid=3). Acesso em: 16 jan. 2019.

COSTA, C. M. **Aplicação da escala de risco familiar no programa de saúde da família como estratégia de priorização das visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde.** 2009. 71f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família), Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 28 fev. 2009.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública.** v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FRACON, B. R. R.; SANTOS, L. L. Visita Domiciliar. In: FOSTER, A. C. FERREIRA, J.B.B. **Atenção à Saúde da Comunidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde na FMRP-USP.** 1ª ed. Ribeirão Preto: Funpec, 2017. cap. 7, p. 131-164.

FRANÇA, E. P. F. B.; BEZERRA, H. J. M. D.; CURADO, J. C. L. G. Identificação e classificação de risco familiar em uma comunidade assistida por uma unidade de saúde da família em Recife-PE. **Rev Bras Inov Tec Saúde**, v. 7, n. 3, P. 49-59, 2017.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**. 2008. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/>. Acesso em: 15 jan. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage]. IBGE Cidades@. 2018. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=354340&search=sao-paulo|ribeirao-preto>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

LIMA, L. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Esc. Anna Nery [online]**. v. 18, n. 1, p. 17-24, 2014.

MALTA, D. C. et al. A cobertura da estratégia de saúde da família (ESF) no Brasil, segundo a pesquisa nacional de saúde, 2013. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.

MEDEIROS, T. M. **Avaliação de instrumento para classificação de risco familiar em unidades de saúde da família**. 2011. 77f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem), Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu 2011.

MELO, R. H. V. Análise de risco familiar na estratégia de saúde da família: uma vivência compartilhada entre preceptores, discentes e agentes comunitários de saúde. **Rev Bras Inov Tec Saúde [online]**. p. 58-71, 2014.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária a Saúde**. Guia Oficina 2 e 3. Análise da atenção primária à saúde e diagnóstico local. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

NASCIMENTO, F.G. et al. Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória (ES). **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2465-2472, 2010.

NEVES, R. G. et al. Tendência temporal da cobertura da estratégia saúde da família no Brasil, regiões e unidades da Federação, 2006-2016. **Epidemiol Serv Saúde**. v. 27, n. 3, p. e2017170, 2018.

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE PARA O SUS SP. **Recursos humanos atenção básica**. 2008. Disponível em:

---

<[http://www.saude.sp.gov.br/resources/crh/gadi/observ/boletins/boletim\\_out\\_2008.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/crh/gadi/observ/boletins/boletim_out_2008.pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2018.

OGATA, M. N.; FRANÇA, Y. Atuação do auxiliar de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. **Acta Paul Enferm.** v. 23, n. 4, p. 506-511, 2010.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.** v. 66, n. esp, p. 158-164, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Cuidados inovadores para condições crônicas**: organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas. Washington, DC: OPAS, 2015.

PIERANTONI, C. R. et al. Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. **Saúde Debate.** v. 39, n. 106, p. 637-647, 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DA SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO. **Relação das Unidades de Saúde.** 2018. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/rede/i16ubs.php>. Acesso em: 13 set. 2018.

SAVASSI, L. C. M.; DIAS, M. F. **Visita domiciliar.** Grupo de Estudos em Saúde da Família - AMMFC, Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <<http://www.smmfc.org.br/gesf2006/visitamarcoteorico.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

SHI, L. et al. Vulnerability and the patient-practitioner relationship: the roles of gatekeeping and primary care performance. **Am J Public Health.** v. 93, n. 1, p. 138-144, 2003.

SOUZA, R. A. Vulnerabilidade de famílias de idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.** [online]. v. 68, n. 2, p.244-252, 2015.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. 1ª ed. Brasília: Unesco, 2004. 725p.

TRIVIÑOS, N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais** - A pesquisa qualitativa em educação. Ed. Atlas, São Paulo, 1987, 175p.

VIEIRA, E. M. et al. **Classification of families according to their needs**: a strategy for managing health inequalities. In: 16TH WORLD CONGRESS OF FAMILY DOCTORS, 2001, Durban. Family Medicine: the Leading Edge Abstract book. Durban-South África: WONCA, 2001. p.188-189.

## ***9. Apêndices***

---

---

---

## **APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista Semiestruturada: "Percepção dos profissionais da Estratégia da Família quanto classificação das famílias: vantagens e desafios"**

Data de aplicação: \_\_\_\_\_

### **Identificação do Serviço**

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Tempo de funcionamento da unidade: \_\_\_\_\_

### **Perfil do Profissional de Saúde**

Identificação do profissional: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Ocupação: ( ) Médico ( ) Enfermeiro ( ) Auxiliar/Técnico de enfermagem ( ) ACS

Tempo de conclusão da sua formação \_\_\_\_\_

Realizou o Curso Introdutório (apenas para os ACS): ( ) Sim ( ) Não

Há quanto tempo: \_\_\_\_\_

Realizou especialização ou Residência em Saúde da Família (apenas para médicos e enfermeiros): ( ) Sim ( ) Não

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

### **Experiência na Estratégia de Saúde da Família:**

1. Há quanto tempo você trabalha como membro de uma equipe da Estratégia Saúde da Família? \_\_\_\_\_

2. Há quanto tempo você trabalha nesta equipe da Estratégia Saúde da Família?

\_\_\_\_\_

- a. Se o entrevistado já atuou em outras equipes da ESF, perguntar sobre as características desta unidade (unidade de ensino, parametrizada, etc)

### Prática e sistematização da Visita domiciliar

3. Fale sobre sua experiência na realização da VD (frequência, organização, priorização).
4. Como você planeja as suas visitas domiciliares?
5. Como você prioriza as famílias/usuários que precisam ser visitadas?
  - a. Utiliza algum critério? O que você acha importante priorizar?
6. Você utiliza algum instrumento para classificar as famílias para auxiliar essa priorização? Se resposta negativa, mostrar as classificações.  
 ( ) Sim                      ( ) Não
7. Você conhece esses Instrumentos de Classificações das Famílias?

### Tabela de Instrumentos de Classificações das Famílias

	Nunca ouvi falar	Já ouvi falar	Conheço	Utilizo ou já utilizei
Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi				
Classificação de Risco Familiar do NSF 3 Critério das cores				
Critério UFES				
Classificação de Grau de Risco de família de MG				
Outras				

### **Utilização de Instrumento para classificação das famílias**

8. Qual sua experiência em usar os instrumentos de Classificação das famílias?
9. Elas são aplicadas pela equipe? Frequência, quem participa, se não usa, explicar as razões.
10. Em sua opinião, quais são as principais vantagens que você encontra na utilização destas classificações?
11. Em sua experiência, quais são as dificuldades para utilização das classificações?

### **Importância e adequação do instrumento**

12. O que muda após fazer a classificação das famílias? (Olhar do profissional sobre o instrumento)
13. A classificação das famílias interfere na assistência da família ou do usuário?
14. Como a Classificação das famílias é utilizada na prática da equipe?
15. Como se dá o processo da classificação das famílias frente as mudanças que a família sofre? (Reclassificação, periodicidade)
16. Em sua opinião, quem deveria classificar as famílias?
17. Em sua opinião, quando as famílias deveriam ser classificadas?
18. Como os sistemas de informação (SIAB, E-SUS, HYGIA) interferem na utilização das classificações das famílias?
19. Você acha que o instrumento utilizado para fazer a classificação das famílias poderia ser diferente?
  - a. Em qual aspecto?
20. Os instrumentos atendem as suas necessidades?
21. Que critérios você incluiria em uma Classificação das famílias?

## APÊNDICE B - Questão 13: A classificação das famílias interfere na assistência da família ou do usuário?

SIGNIFICANTE	SIGNIFICADO	NÚCLEOS DE SENTIDO	GRANDE TEMA
<i>MED 1: Ah sim, é aquilo que eu te falei. né. Cê olha com outros olhos. Talvez você tenha que fica um pouco mais em cima de uma determinada situação do que numa outra família.</i>	O médico refere que a classificação muda o olhar que você tem da família, dando mais atenção para as famílias que precisam.	PRIORIZAÇÃO DO CUIDADO  INTERFERE	A experiência dos profissionais de saúde na utilização da Classificação das famílias
<i>ENF 5:Eu acho que a classificação , eu acho que interfere no sentido de que ele nos desperta, mas eu não tenho certeza se é a classificação em si, ou se é a discussão né, do caso, é... a apropriação do caso que nos leva a... a pensar ai essa assistência.</i>	A enfermeira relata que após a classificação ela fica mais atenta a família, ficando na dúvida se é a classificação que leva a essa identificação ou a discussão do caso.	VANTAGENS DAS CLASSIFICAÇÕES DAS FAMÍLIAS  INTERFERE	A experiência dos profissionais de saúde na utilização da Classificação das famílias
<i>AUX 3: Sim, acho que sim. Interfere bastante.</i>	Para alguns profissionais a classificação interfere, mas não exemplifica.	INTERFERE	A experiência dos profissionais de saúde na utilização da Classificação das famílias
<i>ACS 5: Não sabe dizer</i>	Alguns profissionais não souberam opinar, pois nunca utilizaram as classificações de risco e vulnerabilidade das famílias.	DESCONHECIMENTO DO INSTRUMENTO	A experiência dos profissionais de saúde na utilização da Classificação das famílias

## ***10. Anexos***

---

## ANEXO A - CLASSIFICAÇÃO DAS CORES

<b>Vermelho</b>	Pobreza extrema; Idosos solitários; Acamados; Crianças sem escola; Gestantes com acompanhamento irregular ou inexistente; Gestação de alto risco; Criança < 1 ano sem acompanhamento; Drogadição (alcooolismo e outros); Doenças graves descontroladas ou descompensadas, por exemplo: HAS com lesão de órgão alvo, IAM, AVC, DM com complicações e HIV + sem acompanhamento, etc. (aqui os casos devem ser discutidos separadamente e aqui acrescentados).
<b>Amarela</b>	Gestante em acompanhamento; Deficientes físicos; Adolescentes; Doenças graves controladas e doenças leves descontroladas (aqui também os casos devem ser discutidos e aqui relacionados). HIV + em acompanhamento; HAS tratada; Anemia em tratamento, etc.
<b>Verde</b>	Família sem qualquer agravo de saúde ou situação de risco que necessita de acompanhamento/visita mensal do Agente Comunitário de Saúde (ACS).
<b>Azul</b>	Paciente que não quer cadastro, recusando acompanhamento pelo PSF.

## ANEXO B - ESCALA DE RISCO FAMILIAR DE COELHO E SAVASSI

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

Coelho & Savassi (2004)

## ANEXO C - CRITÉRIOS DE UFES

**Quadro 2.** Dados da ficha A do SIAB e escore de pontuação de risco de acordo com o "critério UFES"/ Classificação das famílias segundo pontuação obtida.

Dados da ficha A		Escore
Acamado		3
Deficiência física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento e/ou higiene		3
Risco para desnutrição >P10		2
Uso de drogas lícitas e ilícitas		2
Desemprego		2
Doença crônica		2
Violência familiar		2
Analfabetismo		1
Menor de um ano		1
Maior de setenta anos		1
Relação morador/cômodo	Se maior que 1	3
	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0
Escore total	Classificação de risco	
Escore $\geq$ 1	R1	
Escore 7 a 8	R2	
Escore maior que 9	R3	

## ANEXO D - CLASSIFICAÇÃO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINA GERAIS POR GRAU DE RISCO

- **CrITÉrios socioeconômicos:**
  1. Alfabetização do chefe da família;
  2. Renda familiar;
  3. Abastecimento de água.
- **CrITÉrios ClÍnicos:**
  1. Crianças com situações de risco do grupo II;
  2. Adolescentes de Alto Risco;
  3. Adultos com Risco Cardiovascular Alto ou Muito Alto;
  4. Adultos Diabéticos com Risco;
  5. Adultos com Alto Risco para Tuberculose
  6. Adulto com Alto Risco para Hanseníase;
  7. Adultos com Risco Grave para Saúde Mental;
  8. Gestantes de Alto Risco;

PONTUAÇÃO FINAL PARA CLASSIFICAÇÃO POR GRAU DE RISCO		CRITÉRIOS SÓCIO-ECONÔMICOS				
		Nenhum dos fatores de risco	Presença de um dos fatores de risco	Presença de dois fatores de risco	Presença de três fatores de risco	
		P	0	1	2	3
CRITÉRIOS CLÍNICOS	Nenhum dos componentes tem alguma condição ou patologia	0	0	1	2	3
	Apenas 1 dos componentes tem 1 patologia ou condição	1	1	2	3	4
	2 ou mais componentes têm 1 patologia ou condição	2	2	3	4	5
	1 ou mais componentes têm concomitantemente 2 ou mais condições ou patologias	3	3	4	5	6
		PONTUAÇÃO TOTAL	GRAU DE RISCO			
		0	Sem Risco			
		1	Risco Baixo			
		2 - 3	Risco Médio			
		≥ 4	Risco Alto			

---

## **ANEXO E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

**TITULO DO PROJETO:** “Percepção dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família quanto à classificação das famílias: vantagens e desafios”.

### **PESQUISADORES RESPONSÁVEIS:**

Belkiss Rolim Rodrigues – [belkissrodrigues@hotmail.com](mailto:belkissrodrigues@hotmail.com) – 3289-4527

Luciane Loures dos Santos – [luloures@fmrp.usp.br](mailto:luloures@fmrp.usp.br) – 3602-2712

Você está sendo convidado a participar do estudo “Percepção dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família quanto à classificação das famílias: vantagens e desafios” que será desenvolvido pelas pesquisadoras do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

Essa pesquisa tem como objetivo geral identificar aspectos da classificação das famílias pelos profissionais da ESF de Ribeirão Preto, o que poderá contribuir para a melhoria da assistência e da organização dos serviços de saúde do seu município.

Sua participação na pesquisa será por meio da resposta de uma entrevista gravada que terá duração de aproximadamente 30 minutos e será realizada na unidade de saúde em data e horário definido por você. Caso você se sinta cansado ao responder a esta entrevista, nós nos comprometemos a interromper a pesquisa.

Somente você e os pesquisadores terão acesso às informações sobre sua participação e os dados de sua identificação e suas respostas serão mantidos em sigilo e privacidade. Estas informações serão utilizadas exclusivamente para este estudo e as análises serão realizadas de forma global, sem a identificação individual dos participantes. O material coletado na pesquisa será arquivado no Departamento de Medicina Social do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP).

Os resultados finais da pesquisa poderão ser divulgados em publicações ou eventos científicos, sendo que os dados pessoais dos participantes do estudo não serão revelados o que garante o completo anonimato.

Nesse estudo não haverá despesas financeiras para os participantes, nem qualquer tipo de ressarcimento. Serão garantidos esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa sobre a metodologia e resultados obtidos. Você também tem o direito à indenização conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente da participação na pesquisa.

A sua participação é voluntária e você poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem que isto prejudique ou coloque em risco seu emprego no Serviço de Saúde do Município.

Os pesquisadores responsáveis pela pesquisa poderão ser contatados pelos telefones (16)3602-2433 ou (16)3602-3070 ou no endereço Avenida Bandeirantes, 3900 - Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – 2º andar do Hospital das Clínicas da FMRP. E em caso de dúvidas ou esclarecimentos, você poderá também contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola - CSE/FMRP/USP, pelo telefone (16) 3602-0009.

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido esclarecido sobre as condições do estudo, especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos procedimentos a que serei submetido, aos riscos e benefícios do trabalho, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e condições que me foram assegurados e manifesto livremente minha vontade de participar do referido estudo.

Local \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura ou impressão digital direita do participante ou responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pela pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pela pesquisa

## **ANEXO F - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

CENTRO DE SAÚDE ESCOLA  
DA FACULDADE DE MEDICINA  
DE RIBEIRÃO PRETO -



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família quanto à classificação de risco das famílias: vantagens e desafios

**Pesquisador:** Luciane Loures dos Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 51737415.9.0000.5414

**Instituição Proponente:** Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.433.212

**Apresentação do Projeto:**

Resposta da pesquisadora às pendências apontadas no parecer anterior.

As modificações sugeridas foram realizadas de forma adequada.

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar a percepção dos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família quanto ao conhecimento, utilização, vantagens e dificuldades encontradas na aplicação das escalas existentes sobre classificação das famílias quanto à sua vulnerabilidade.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** as entrevistas poderão gerar desconfortos e atrapalhar a rotina dos profissionais.

**Benefícios:** a equipe da ESF poderá se beneficiar dos resultados do estudo no planejamento de ações de visita domiciliar quanto à vulnerabilidade das famílias.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo descritivo, transversal, com abordagem qualitativa e quantitativa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Modificações realizadas foram adequadas.

**Recomendações:**

**Endereço:** TERESINA 660

**Bairro:** SUMAREZINHO

**CEP:** 14.055-380

**UF:** SP

**Município:** RIBEIRÃO PRETO

**Telefone:** (16)3802-0009

**E-mail:** csecuiaba@fmrp.usp.br

**CENTRO DE SAÚDE ESCOLA  
DA FACULDADE DE MEDICINA  
DE RIBEIRÃO PRETO -**



Continuação do Parecer: 1.433.212

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Recomendo aprovação do projeto.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Acatado o parecer em aprovar o projeto.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_637373.pdf	22/12/2015 15:16:29		Aceito
Outros	CartaCEPalterada.pdf	22/12/2015 15:14:49	Luciane Loures dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/12/2015 15:11:03	Luciane Loures dos Santos	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	22/12/2015 15:09:44	Luciane Loures dos Santos	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	22/12/2015 15:08:59	Luciane Loures dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP2015.pdf	22/12/2015 15:08:18	Luciane Loures dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostonovassinada.pdf	22/12/2015 15:06:31	Luciane Loures dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	AutorizacaoCassiaassinada.pdf	04/12/2015 16:10:53	Luciane Loures dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Autorizacaodirecaoacademica.pdf	04/12/2015 16:10:36	Luciane Loures dos Santos	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: TERESINA 690

Bairro: SUMAREZINHO

CEP: 14.055-380

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3602-0009

E-mail: csecuiaba@fmp.usp.br