



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Secretaria Municipal de Saúde

Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde

Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade

Tainá Pereira da Silva

Aplicação da Escala de Risco Familiar em uma Clínica da Família na Rocinha

Rio de Janeiro

2025

Aplicação da Escala de Risco Familiar em uma Clínica da Família na Rocinha



Trabalho apresentado como requisito para obtenção do título de Enfermeiro Especialista no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.^a Ma. Gabriela Moição Azevedo.

Rio de Janeiro

2025

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a cada pessoa que colaborou na construção da Tainá, Enfermeira de Família e Comunidade, que hoje se forma, após dois intensos anos de aprendizado. Cada paciente que me permitiu aprender com suas queixas, cada agente comunitário de saúde que me guiou e me ensinou sobre o território e cada enfermeira preceptora que me orientou e me apoiou nas conduções dos casos clínicos em que tive dúvida. Obrigada por tanto aprendizado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a Deus pela conquista de ingressar nessa residência. Foi a realização de um sonho que iniciou no meu 4 período da faculdade, quando conheci a Atenção Primária à Saúde e entendi que esse seria meu lugar dentro da Enfermagem.

Agradeço aos meus pais que sempre oram, abençoam e se alegram com as minhas conquistas. Eu sou a continuação do sonho dos meus pais.

Agradeço ao meu namorado Neto, que acompanhou toda minha angústia quando estava estudando para a prova de residência, enxugou minhas lágrimas quando achei que tudo daria errado, quando achei que não conseguiria entrar na vaga e após ingressar nessa pós-graduação, me acolheu todas as vezes que precisei. Nem todos os momentos na residência foram animados e leves, mas sempre contei com seu apoio para enxergar uma situação desafiadora de outra forma.

Agradeço a minha preceptora direta Fernanda e minhas preceptoras indiretas, Leoana, Laís, Maria Beatriz e Sabrina, por cada dia de ensinamento teórico, cada discussão de caso, cada técnica prática de cuidado de Enfermagem e cada posicionamento na luta diária que é ser enfermeira. Obrigada a cada uma, que com suas singularidades, me mostraram a importância de ser uma Enfermeira de Família e Comunidade vista como referência para a população e dentro da equipe de saúde.

Agradeço a equipe Cachopinha por me receber, me ensinar e me permitir ser a Enfermeira da equipe durante esses dois anos.

Por fim, agradeço às minhas R-irmãs que estiveram comigo desde o começo da residência, todas dividindo as mesmas alegrias e angústias de viver esse momento tão importante na nossa carreira. Obrigada por cada momento de risada, de passeio, de ajuda e de acolhimento. Márcia, Raquel e Camylla, sem vocês na minha rotina, com certeza tudo seria mais difícil. Amo vocês e espero levar essa amizade para toda a vida e que nossos caminhos continuem se cruzando pela Enfermagem.

RESUMO

SILVA, Tainá Pereira. **Aplicação da Escala de Risco Familiar em uma Clínica da Família na Rocinha**. 2025. 48 f. Tese em Enfermagem de Família e Comunidade – Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

As equipes de saúde da família prestam atendimento ao usuário e sua família nos seus diferentes ciclos de vida, de maneira integral e equânime, considerando a dinâmica familiar e as condições de vulnerabilidade às quais o indivíduo e/ou família estão expostos, dispondo da visita domiciliar como um recurso para manejar esse cuidado. Para auxiliar no processo de definição e priorização das visitas domiciliares, bem como na alocação de recursos, de acordo com as necessidades de cada equipe e/ou microárea, pode-se lançar mão da aplicação da Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (ERF-CS) que determina o risco social e de saúde para o qual a família está exposta. Portanto, o objetivo deste trabalho é analisar os desdobramentos da aplicação da Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (ERF-CS), pela pesquisadora, como possibilidade de utilização do instrumento para o planejamento de futuras visitas domiciliares, a critério de cada equipe. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada com agentes comunitários de saúde atuantes em uma Unidade Básicas de Saúde (UBS) localizadas no bairro da Rocinha, município do Rio de Janeiro (RJ), Brasil (BR), através de questionário virtual pela plataforma *Google Forms*. Os resultados da pesquisa, com base nos relatos dos profissionais entrevistados, demonstram que a estratificação de risco das famílias na APS apresenta diversas vantagens, como a promoção da equidade, o fortalecimento do vínculo entre equipe e usuários e a facilitação na implementação de ações de saúde mais efetivas. Em síntese, a aplicação da ERF-CS, demonstra grande potencial na ESF, favorecendo a organização situacional e permitindo uma visualização rápida e clara do risco de vulnerabilidade das famílias.

Palavras chave: Visita domiciliar; Vulnerabilidade social; Saúde da Família.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Tabulação das unidades de registro.....	15
Figura 2 –	Card Interativo.....	19

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Escala de Risco Familiar.....	9
Quadro 2–	Classificação das famílias segundo a pontuação.....	9
Quadro 3–	Concepções de saúde e fatores de risco, na visão dos agentes comunitários de saúde.....	21
Quadro 4–	Reflexões sobre vulnerabilidade e equidade na visão dos agentes comunitários de saúde.....	22
Quadro 5–	Visitas domiciliares: planejamento, estratificação de risco e definição de prioridades.....	24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ERF-CS	Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi
OMS	Organização Mundial da Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
US	Unidades de Registro
UR	Unidades de Significação
VD	Visita domiciliar

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
JUSTIFICATIVA.....	13
OBJETIVO.....	14
3.1. Objetivo Geral.....	14
3.2. Objetivos Específicos.....	14
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
METODOLOGIA.....	16
RESULTADOS.....	19
6.1. Resultados da atividade educativa.....	19
6.2. Resultados da pesquisa.....	23
DISCUSSÃO.....	29
CONCLUSÃO.....	32
REFERÊNCIAS.....	34
APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	38
APÊNDICE B - Roteiro para Entrevista Semi-Estruturado.....	40
APÊNDICE C - Carta convite.....	43
APÊNDICE D - Termo de Anuência Institucional.....	44
APÊNDICE E - Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD).....	45
APÊNDICE F - Declaração Negativa de Custos.....	46
APÊNDICE G - Orçamento detalhado.....	47
APÊNDICE H - Currículo dos pesquisadores envolvidos no projeto.....	48

1. INTRODUÇÃO

A família é o primeiro grupo social a qual o indivíduo pertence, e como instituição, passou por transformações no seu conceito, resultando nas diferentes configurações de família que hoje conhecemos. Temos boa parte de nossa identidade construída a partir da cultura e dos valores da família a qual pertencemos, que por sua vez, tem sua dinâmica afetada por circunstâncias sociais, como emprego, escolaridade e território onde vivem (Freitas, 2021).

Entende-se território não só como um espaço geográfico, mas como uma rede de serviços que se estrutura em regiões e municípios, com potencial para promover saúde. Quando há conhecimento das condições físicas e socioculturais do território, através da territorialização e do mapeamento dos dispositivos, por meio das visitas domiciliares e ações coletivas no território, é possível identificar as condições de vulnerabilidade às quais uma família pode estar submetida (Souza; Gomes; Zanetti, 2020).

A vulnerabilidade deve ser compreendida como uma construção social, influenciada por desigualdades estruturais e contextos específicos, sendo um fenômeno multifacetado que integra aspectos sociais, políticos e individuais (Ayres, 2023).

Os estados de vulnerabilidade, seja social, ambiental e/ou econômico interconectam e se expressam na condição de vulnerabilidade em saúde, fazendo-se necessário um olhar atento a todos os riscos que essa condição pode expor ao indivíduo (Florêncio; Moreira, 2021).

Como forma de minimizar iniquidades em saúde, há no Brasil políticas e recursos, como o próprio Sistema Único de Saúde (SUS), que auxiliam na identificação e na atuação resolutiva e em tempo oportuno, frente às exposições que impliquem vulnerabilidade.

Constituído pela Lei 8080/90, o SUS é criado após movimentos de reforma sanitária brasileira, dada a necessidade de atender as demandas de saúde da população, que só tinham acesso à saúde por meio de uma contribuição aos Institutos de Assistência, através de um emprego com carteira assinada. Os cidadãos que não detinham desse privilégio, tiveram a saúde negligenciada pelo Estado brasileiro por muitos anos (Paim, 2009).

A saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do Estado brasileiro, sendo sempre deixada na periferia do sistema. Esta situação crítica impôs a necessidade de mudanças nesse sistema e desencadeou o processo de instituição da reforma sanitária no Brasil, que tem como perspectiva fundamental a criação do Sistema Único de Saúde (Wahhab Kucharski, *et al*, 2022).

O SUS é um sistema de saúde pública e de assistência, estruturado como uma política pública, capaz de prestar cuidado em saúde de forma universal, igualitária, equânime e integral, como descrito em seus princípios e diretrizes. (Campos, 2018)

Para atender a este cuidado integral, o SUS se organiza em redes de atenção à saúde, regionalizadas e hierarquizada em níveis de atenção primária, secundária e terciária, onde o usuário acessa os diferentes dispositivos de saúde, que estão vinculados entre si com objetivo de ofertar uma atenção contínua e integral. (Tofani, *et al.*, 2021)

Assim, a participação popular na luta e construção do SUS foi fundamental para estabelecimento dos princípios e diretrizes que são a base do sistema. Para atender às diversas demandas, o SUS conta com diferentes níveis de atenção, que são hierarquizados de acordo com densidade tecnológica, proporcionando o cuidado integral, desde a baixa até a alta complexidade. (Rolim; Cruz; Sampaio, 2013; Lavras, 2011).

A Atenção Primária à Saúde (APS), primeiro nível de atenção à saúde, se constitui como porta de entrada principal do SUS e foi implantada com o objetivo de coordenar o cuidado e atender as demandas nos diferentes ciclos de vida (Brasil, 2017). Como coordenadora do cuidado, a APS é responsável por referenciar os usuários, quando necessário, para outros níveis de atenção ou outros dispositivos da APS, configurando-se como o ponto de partida preferencial do usuário dentro da rede de atenção à saúde (Brasil, 2017; Lavras, 2011).

Um dos dispositivos da APS é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), derivada do Programa de Saúde da Família, criada com a perspectiva de garantir permanência no processo de reorganização da atenção básica, com o objetivo de orientar a prática assistencial centrada na atenção ao indivíduo como parte da família e comunidade (Souza; Gomes; Zanetti, 2020).

Para atender a esses objetivos, a APS incorpora os princípios do SUS na sua funcionalidade e tem atributos próprios, que se dividem em essenciais (primeiro contato, coordenação do cuidado, longitudinalidade e integralidade) e os atributos derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural). Tais atributos, quando seguidos, proporcionam maior capacidade de exercer a atenção continuada, resolutiva e centrada no indivíduo e/ou família (Starfield, 2002).

No que tange aos atributos derivados, uma ação desempenhada pelas equipes da estratégia de saúde da família é a visita domiciliar (VD), que integra os profissionais de saúde nos espaços familiares e comunitários, possibilita o estreitamento de vínculo, criando e mantendo uma conexão com o contexto de vida dos usuários, valorizando a dimensão subjetiva das práticas, abrindo espaços de comunicação e diálogo entre saberes e práticas (Gomes *et al.*, 2021).

Nesse sentido, de modo a auxiliar no processo de definição e priorização das VDs, bem como na alocação de recursos, de acordo com as necessidades de cada equipe e/ou microárea, pode-se lançar mão da aplicação da Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (ERF-CS). A ERF-CS é um instrumento que determina o risco social e de saúde para o qual a família está exposta e foi construído por dois médicos de família, que nomeiam a escala.

Quadro 1: Escala de Risco Familiar.

Dados da ficha A	Score
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 Morador/cômodo maior que 1	3
Relação Morador/cômodo igual a 1	2
Relação Morador/cômodo menor que 1	0

Fonte: Coelho; Savassi, 2004.

Quadro 2: Classificação das famílias segundo a pontuação.

(R1) Risco menor	Escore 5 ou 6
(R2) Risco médio	Escore 7 ou 8
(R3) Risco máximo	Maior que 9

Fonte: Coelho; Savassi, 2004.

Coelho e Savassi (2004) utilizaram sentinelas de risco, que são dados presentes na ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), selecionados por sua relevância epidemiológica, sanitária e pelo potencial de impacto na dinâmica familiar. A ficha A do SIAB já é utilizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) quando realizam VD para cadastrar uma nova família no território, o que torna esse instrumento ainda mais dinâmico e objetivo.

Tendo em vista o potencial da (ESF) em atender o usuário e sua família nos seus diferentes ciclos de vida, de maneira integral e equânime, e considerando a dinâmica familiar e as condições de vulnerabilidade às quais o indivíduo e/ou família estão expostos, dispondo da VD como recurso para manejar esse cuidado, delimita-se como questão norteadora deste estudo: Como a aplicação da Escala de Risco Familiar pode contribuir para o planejamento e priorização de VD pelas equipes de saúde da família?

2. JUSTIFICATIVA

A motivação para este estudo surgiu de inquietações da autora, a qual está alocada em uma clínica da família do município do Rio de Janeiro durante a pós-graduação *lato sensu*. Ao longo do primeiro ano da referida especialização, foi possível perceber algumas dificuldades, por parte dos agentes comunitários de saúde da equipe em questão, no que tange o planejamento das visitas domiciliares.

Em um território como a Rocinha, uma das maiores favelas do Rio de Janeiro, com atuação do poder paralelo, alta rotatividade dos moradores e migração de pessoas de outras regiões do país, especialmente do Nordeste; com grande número de pessoas em situação de vulnerabilidade e insegurança alimentar; com um dos maiores índices de Tuberculose do Brasil; em um território com pessoas expostas a diversos riscos a saúde, é fundamental que os profissionais da ESF estejam presentes no território e atentos às diferentes condições que necessitam de assistência à saúde.

A visita domiciliar (VD) é uma ferramenta que nos permite identificar fatores que impactam de forma positiva ou negativa no processo saúde-doença do indivíduo. Através da VD, podemos acessar usuários que não conseguem ir à unidade, realizar busca ativa para situações urgentes, conhecer e entender a dinâmica familiar e estar mais próximo dos pacientes que necessitam de maior atenção (Bessa, 2020).

Os agentes comunitários de saúde são os protagonistas desta ferramenta de cuidado, pois conhecem o território e, geralmente, estabelecem o primeiro contato com os usuários no momento

do cadastro. São os profissionais de referência para os usuários, de acordo com equipe e microárea, representando um elo entre o usuário e/ou família e a clínica (Fonseca; Morosini, 2021).

Muitos profissionais têm dificuldade em reconhecer demandas, além das condições físicas e/ou clínicas dos usuários, para os quais a equipe precisa estar presente promovendo cuidado. Esse cenário pode existir por falta de compreensão do conceito de saúde, do processo saúde-doença ou mesmo por falhas no processo de trabalho e/ou sobrecarga, que geram lacunas na vigilância do território e, conseqüentemente, lacunas na assistência.

Portanto, a aplicação da ERF-CS pode auxiliar nesse processo de trabalho que as equipes já realizam no território, contribuindo na identificação de famílias em situação de maior vulnerabilidade e na compreensão mais abrangente das necessidades de cuidado das famílias. Ela permite aos profissionais da ESF a identificação das principais áreas de risco e o direcionamento de ações assertivas (Coelho; Lage; Savassi, 2012).

Desta forma, pretende-se que esta proposta de estudo possa contribuir para a reflexão das práticas dos profissionais de saúde ao propor a utilização de um instrumento, uma escala de estratificação de risco, com o propósito de sensibilizar os profissionais da ESF quanto ao planejamento e priorização das visitas domiciliares, a partir do cotidiano de atenção à saúde.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Analisar os desdobramentos da aplicação da Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (ERF-CS), pela pesquisadora, como possibilidade de utilização do instrumento para o planejamento de futuras visitas domiciliares, a critério de cada equipe.

3.2 Objetivos específicos:

- Identificar as potencialidades e os desafios para a aplicação da ERF-CS no contexto de uma das unidades de saúde, localizada em uma das maiores favelas do Rio de Janeiro (Rocinha).
- Avaliar o nível de compreensão dos agentes comunitários de saúde acerca das diversas necessidades de cuidado no território.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A visita domiciliar (VD) é uma ferramenta que nos permite identificar fatores que impactam de forma positiva ou negativa no processo saúde-doença do indivíduo. Através da VD, podemos acessar usuários que não conseguem vir à unidade, realizar busca ativa para situações urgentes, conhecer e entender a dinâmica familiar e estar mais próximo dos pacientes que necessitam de maior atenção. (Bessa, 2020)

Os agentes comunitários de saúde (ACS) são os protagonistas desta ferramenta de cuidado, pois conhecem o território e, geralmente, estabelecem o primeiro contato com os usuários, no momento do cadastro, se constituem como profissional de referência para os usuários, de acordo com equipe e microárea. (Fonseca; Morosini, 2021)

Com suas atividades regulamentadas pela Lei 11.350/2006, o Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição a prevenção de doenças e promoção da saúde, baseada na Educação Popular em Saúde, com ações domiciliares ou comunitárias, conforme as diretrizes do SUS, com o objetivo de ampliar o acesso da comunidade a serviços de saúde, informações e proteção da cidadania, sob supervisão de gestores públicos.

Para além de regulamentar suas atividades, o ordenamento jurídico brasileiro passa a reconhecer o Agente Comunitário de Saúde como profissional de Saúde, pela Lei 14.536/2023. Esse reconhecimento, além de garantir melhores condições de trabalho, valoriza os ACS como profissionais indispensáveis à execução das políticas de saúde pública, promovendo a cidadania e a equidade no SUS.

No escopo das funções essenciais de um agente comunitário, temos a identificação de usuários em situação de vulnerabilidade no território e a formação e funcionamento das famílias, além da realização de VD com regularidade baseadas em uma avaliação de risco, porém por vezes essa avaliação se limita a condições de saúde específicas, como por exemplo, gestação, idosos acamados ou pessoas em tratamento de doenças crônicas (Rio de Janeiro, 2021).

A cidade do Rio de Janeiro inclui em suas diretrizes do cuidado, a atenção especial aos usuários que recebem determinados auxílios do governo, como cartão família carioca e auxílio Brasil, cujo período de VD pelo ACS é semestral (Rio de Janeiro, 2021).

Porém, a prática mostra que há outras famílias que mesmo não contempladas por esses auxílios, têm certo nível de vulnerabilidade que demanda mais atenção ao cuidado, não somente do ACS, como da equipe técnica.

As equipes de saúde da família (eSF) são formadas por enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, equipe de saúde bucal, além do apoio da equipe e-multi (assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, educador físico e outros) que juntos trabalham na promoção e prevenção da saúde da população adscrita ao território (Rio de Janeiro, 2021).

O estudo de Eugenio e Ventura (2017), mostra que as equipes demonstram eficiência em suas ações de promoção à saúde, atendendo os indivíduos de forma integral, considerando seu contexto social, familiar e cultural. Apesar das dificuldades enfrentadas, a ESF tem grande potencial para transformar a realidade e sustentar os direitos dos indivíduos e do meio ambiente, incluindo o direito à saúde.

A eficácia da ESF é perceptível nos municípios onde foi implantada, através da melhoria dos indicadores de saúde e das mudanças de indicadores técnicos, além da satisfação da população assistida pela ESF. (Lopes; Pavan; De Almeida, 2021)

Portanto, a aplicação da ERF-CS pode auxiliar nesse processo de trabalho que as equipes já realizam no território, contribuindo na identificação de famílias em situação de maior vulnerabilidade e na compreensão mais abrangente das necessidades de cuidado das famílias. Ela permite aos profissionais da ESF a identificação das principais áreas de risco e o direcionamento de ações assertivas. (Coelho; Savassi, 2012)

A aplicação da ERF-CS em contextos de alta vulnerabilidade social, como favelas, apresenta tanto potencialidades quanto desafios, sendo importante considerar as especificidades do contexto local, como a precariedade das condições saneamento básico, a falta de acesso a serviços básicos e a presença de violência, para que a ERF-CS seja utilizada de forma adequada e sensível. (Coelho; Savassi, 2012)

5. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa. A metodologia qualitativa delinea uma sequência de eventos ao longo de um período específico, com o objetivo de descrever um fenômeno em uma realidade particular. O modelo de pesquisa exploratória baseia-se, sobretudo, em técnicas qualitativas, como observações e entrevistas (Gil, 2007; Minayo, 2012). O estudo descritivo ocorre quando o pesquisador pretende descrever fatos e fenômenos de uma determinada realidade, e características de uma amostra ou população. (Triviños, 1987; Gerhardt e Silveira, 2009)

Neste sentido, entende-se que a metodologia escolhida está apropriada ao objeto de estudo e ao alcance dos objetivos, pois a análise da aplicação da escala de risco familiar envolve subjetividade, buscando apreender percepções, sentimentos e valores sobre o objeto de estudo. Os participantes do estudo são agentes comunitários de saúde, atuantes em uma Clínica de Saúde da Família, localizada no bairro da Rocinha, município do Rio de Janeiro (RJ), Brasil (BR).

Primeiramente foi alinhado com a gerente da unidade e com a responsável técnica de Enfermagem sobre a proposta desta pesquisa, em realizar uma atividade de educação permanente sobre visita domiciliar com os ACS.

A atividade de educação permanente foi construída e aplicada tendo como abordagem em temas relacionados ao estudo, como: visita domiciliar, vulnerabilidade, equidade e ERF-CS. A última etapa da atividade, foi apresentar a ERF-CS e um Card Interativo (uma tecnologia digital em modelo dinâmico), elaborado pela autora, que reúne os principais materiais de cuidado que os Agentes Comunitários de Saúde utilizam na sua rotina.

Ao final do encontro, os ACS presentes foram informados que estariam recebendo um convite para participar de uma pesquisa, a fim de avaliar suas perspectivas quanto a aplicabilidade da ERF-CS em sua rotina de trabalho a partir do que foi apresentado e discutido durante a atividade, com ressalvas de que a participação na pesquisa é facultativa.

Importante ressaltar que tal convite ocorreu apenas após a assinatura do Termo de Anuência enviado à direção da instituição de saúde referida e aprovação do presente projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura (CEP/SMS-RJ). O processo de convidar os participantes foi realizado apenas pela pesquisadora envolvida, sem alterar a dinâmica do cotidiano das equipes de saúde, através de uma Carta Convite, enviada por *e-mail*, para os agentes comunitários de saúde que participaram da atividade de educação permanente.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: ACS atuantes nas equipes da Clínica da Família onde foi realizada a atividade educativa; ACS com atuação na APS por mais de 6 meses; que tenham participado da atividade de educação permanente proposta; e que concordassem em assinar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de exclusão dos participantes foram: profissionais com tempo de atuação menor que 6 meses na APS; profissionais que não tenham participado da atividade de educação permanente proposta e profissionais que não aceitaram assinar o TCLE.

Esta pesquisa, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, sob parecer: 7.210.090 e CAAE: 82103824.9.0000.5279, foi pautada na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Para garantir o anonimato, os questionários respondidos pelos participantes do

estudo receberam a letra A, seguido por número ordinal, conforme envio dos mesmos.

Para a coleta de dados desenvolveu-se um questionário, específico para esta pesquisa, pela plataforma Google Forms com 20 perguntas, sendo as 4 primeiras acerca da caracterização do participante e as demais relacionadas aos conceitos que foram abordados na atividade educativa (visita domiciliar, vulnerabilidade, equidade e ERF-CS).

Para perguntas objetivas, a tabulação dos dados ocorreu na plataforma Excel®, com apresentação da frequência simples das respostas. No que tange às perguntas abertas, a análise dos dados ocorreu por meio da sistematização de conteúdo temático-categorial, como proposto por Oliveira (2008), que busca identificar e interpretar significados a partir de categorias temáticas emergentes do material analisado, aplicada com um foco mais flexível e dinâmico, permitindo que as categorias temáticas sejam construídas progressivamente, à medida que os dados são examinados.

As respostas dos participantes foram organizadas, a partir da plataforma Documentos Google®, na qual ocorreu a leitura minuciosa das mesmas.

Posteriormente, selecionou-se as Unidades de Registro (UR) referentes ao objeto de estudo, por meio de frases, as quais foram agrupadas em Temas ou Unidades de Significação (US), segundo os significados de cada UR. A tabulação das URs e categorias de análise ocorreu na plataforma Excel®, com apresentação da quantidade e frequência simples dos dados coletados, conforme disposto na figura abaixo:

Figura 1: Tabulação das unidades de registro.

TEMAS (UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO - US)	NUMERO DE UNIDADES DE REGISTRO (UR)																				TOTAL UR	
	C.1	C.2	C.3	C.4	C.5	C.6	C.7	C.8	C.9	C.10	C.11	C.12	C.13	C.14	C.15	C.16	C.17	C.18	C.19	C.20		
“ter saúde” (20 US)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	24	
diferentes riscos a saúde que um usuário pode estar exposto (20 US)	1	1	3	4	1	2	3	3	2	1	1	3	2	1	2	1	1	1	1	1	35	
“vulnerabilidade” (20 US)	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	26	
“equidade” (20 US)	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	25	
estratégia para priorizar as visitas domiciliares. (16 US)	5	1	1	1	-	1	1	1	-	-	1	1	3	2	1	2	1	1	-	1	24	
estratificação de risco (15 US)	2	1	-	1	-	-	1	-	1	1	1	1	2	-	1	1	1	1	1	1	17	
Escala de Risco Familiar como instrumento facilitador do processo de trabalho. (13 US)	2	1	-	1	-	-	1	-	1	1	-	1	3	-	1	1	2	1	1	-	17	
TOTAL US = 124	14	7	7	11	4	7	10	7	7	6	8	9	18	7	9	9	9	9	7	6	6	168

Fonte: elaborado pela autora, 2024.

Conforme as etapas da análise-categorial de Oliveira (2008) após leitura flutuante dos corpus (entrevistas) e definição das hipóteses provisórias do texto analisado, foi definido que as UR

seriam frases e as US, que se tratam de unidades de segmentação ou de recorte, foram formadas a partir do agrupamento das UR. Para a tabulação, as pré-categorias foram nomeados com base nas perguntas do roteiro e ao lado a informação de quantas US constituem. A análise qualitativa das questões discursivas, a partir das categorias pré-selecionadas, produziu o total de 124 US e 168 URs. Atenta-se que, por se tratar de um questionário remoto para a coleta de dados, algumas perguntas eram abertas, porém não obrigatórias, o que permitiu a ausência de respostas por parte de alguns participantes.

6. RESULTADOS

6.1. Resultados da atividade educativa

Com o tema “Vamos falar sobre visita domiciliar?”, a atividade educativa consistiu em uma roda de conversa, com a presença de 37 Agentes comunitários de saúde, a atividade ocorreu em 3 dias distintos, que foram divididos em três dias distintos, com duração de 1 hora e 30 minutos por encontro, a fim de permitir maior participação dos ACS, conforme disponibilidade devido a escalas de guichê, visitas domiciliares e outras atividades que ocupam a agenda do ACS. Portanto a participação na atividade, em cada dia proposto, ficou livre para que cada ACS se organizasse, de acordo com o horário que estivesse mais disponível.

A pesquisa foi realizada na unidade onde a autora atua, como residente de enfermagem, sendo então a mediadora desse encontro, junto da sua preceptora de enfermagem e da enfermeira responsável técnica de Enfermagem da unidade.

A atividade teve como primeiro momento a apresentação das mediadoras e do objetivo dessa educação permanente. Após as apresentações, iniciamos a roda de conversa com algumas perguntas disparadoras sobre visitas domiciliares, em seguida foram abordados outros conceitos que também compõem a temática deste estudo, que são: saúde da família, vulnerabilidade e equidade.

Em cada encontro, os participantes se mostravam inquietos e alguns traziam queixas sobre a necessidade de falar sobre a temática, devido ao tempo que já atuam na Saúde da Família, porém com o decorrer na conversa, houve uma perceptível mudança de ânimo e grande aceitabilidade, demonstrado por comentários como “Gostei dessa pergunta!” ou “Pergunta inteligente”. Os participantes foram bem ativos e trouxeram falas importantes sobre suas vivências, como se

observa por algumas falas registradas ao longo da atividade, que apresento a seguir.

Na primeira pergunta “O que é e qual a importância da visita domiciliar?” um participante traz o seguinte relato:

“A gente consegue ver, atender as necessidades, as demandas da família. Acompanhar, verificar a saúde da criança. É um amparo, né? Você ouvir, acolher. Acompanhar as comorbidades de cada indivíduo. É a prevenção, né? É a forma de verificar. É o elo da casa com a unidade de saúde.”

Observa-se que há uma valorização da visita domiciliar como ferramenta de cuidado, com potencial de identificar e atender as necessidades dos usuários. O participante expressa uma visão abrangente sobre a visita domiciliar, enfatizando que ela não se restringe a intervenções técnicas ou clínicas. A ideia de “ver, atender às necessidades e demandas da família” reflete o princípio da integralidade do cuidado.

Há um entendimento da VD como uma conexão das famílias com a unidade de saúde, que é bastante relevante em territórios onde as barreiras de acesso são significativas, como na Rocinha. Destaca a importância do vínculo que a visita proporciona e reforça o componente humanizador desse processo ao trazer a “amparo” e “elo” em sua fala.

Outros princípios que são refletidos entre as respostas, é a universalidade e a equidade, como elucidado na resposta à pergunta “Quem deve receber a visita domiciliar?”

“A família toda. Todo mundo, todos os pacientes, e principalmente os acamados, os DOTs, os distantes. Tem um grupo de priorizados, mas não quer dizer que só eles que podem, mas tem um monte geral.”

O participante demonstra compreender que todos os usuários adscritos no território devem receber visita domiciliar, com aplicação prática também do princípio da equidade, por valorizar que existem casos prioritários devido à vulnerabilidade a que estão expostos.

Esse conhecimento dos casos de maior vulnerabilidade, junto à reflexão da equidade, também é percebido quando abordado sobre a frequência das VDs, quando questionados sobre “Quais os tipos de visita domiciliar?”

“As visitas que a gente faz, foi o que a gente já falou, né? Cadastro, visitas de gestante e de criança que a gente tem que fazer mensal, visitas de paciente de idoso, de paciente de diabetes e hipertenso, e pacientes que não têm nenhum tipo de comorbidade.”

“A tuberculose, a tuberculose, os acamados, e essa é a nossa... o principal, né? Das visitas domiciliares, né? Mas assim, eu acho que o carro-chefe da nossa visita é justamente esse, o primeiro contato, a primeira, o cadastro na casa, que aí você vê tudo que você precisa fazer com aquele paciente. A casa diz muito... o paciente, o jeito que você olha, você já diz assim, pô, isso aqui eu tenho que ter um cuidado maior, isso aqui eu tenho que ter uma outra visão.”

“Existem também as visitas domiciliares de emergência, e também, às vezes, quando vai dar o laudo de óbito. Aí as visitas domiciliares extrapolam. Vai além das linhas de cuidado.”

É notório a ênfase dos grupos prioritários, como pacientes em tratamento de Tuberculose, gestantes, crianças, idosos e pessoas com comorbidades. Isso demonstra como condições específicas de saúde e vulnerabilidade social determinam a priorização das visitas domiciliares e reflete a valorização prática de protocolos da Atenção Primária direcionados às linhas de cuidado preconizadas.

Percebe-se um mapeamento das condições do paciente e do ambiente familiar, ao valorizar o cadastro realizado na casa do usuário e o estabelecimento de um primeiro contato com a unidade de saúde. Evidencia-se que também há uma visão abrangente da VD, ao incluir as referidas “pessoas sem comorbidades”, assim como a expansão de seu papel quando refere visitas de emergência e visitas para declaração de óbito em domicílio, situações que fogem do planejamento e assumem papel mais imediato.

Ao questionados sobre “Quem deve realizar a visita domiciliar?” percebe-se na fala que há pouco engajamento das equipes para a realização das visitas e necessidade de maior integração de outras categorias profissionais se implicarem nesse processo.

“Eu acho que são todos. A equipe técnica também, principalmente, para conhecer a nossa realidade, o que a gente passa também. Eu acho que falta um pouco da equipe técnica pra... Não estou dizendo todos. Eu estou falando que a equipe técnica pra ver a nossa realidade, o que a gente passa, o que a gente faz, quais os lugares que a gente vai, os atalhos que a gente faz pra ir. (...) Eu que acho. Todo mundo tem que estar aqui. Eu acho que essa pergunta aqui é muito inteligente.”

O tom da fala pode ser interpretado como um pedido de maior reconhecimento e apoio ao trabalho dos ACS no território e sugere que a visita domiciliar seja uma responsabilidade compartilhada entre a equipe multiprofissional, o que pode fortalecer o vínculo com o usuário e ampliar a visão do território.

A última pergunta disparadora foi “Quando fazer uma visita domiciliar?”, da qual temos as seguintes respostas:

“Pela regra diz que é normal, a gente tem que fazer três VDs durante o ano, assim, na área, assim, né? Mas praticamente a gente faz todos os dias. Todo dia! A gente não sabe a hora. Nossa casa já virou a nossa microárea.”

“A gente pelo menos, ou duas vezes no ano, ou uma vez no ano, a gente tem que estar em uma casa desse paciente, para saber como é que ele está, se está tudo bem, se está precisando de alguma coisa.”

Essas falas sugerem necessidade de mais visitas, do que as diretrizes estabelecem para cobrir as reais necessidades da população, essa discrepância reflete a imprevisibilidade e a flexibilidade que o trabalho exige. O relato sugere que a atuação do profissional se estende além do ambiente de trabalho formal, e ele acaba se tornando parte integrante da microárea comunitária. Isso reforça a ideia de que a territorialização do SUS é fundamental para entender as necessidades de saúde da comunidade e que o cuidado não se limita aos atendimentos formais na unidade de saúde.

A frequência mínima, estabelecida pela Carteira de Serviços da APS, sugere um modelo de monitoramento periódico, que busca garantir a continuidade do cuidado. Em sua prática, os ACS demonstram que há limitações de tempo e recursos, que dificultam o acompanhamento mais constante, especialmente em áreas de grande demanda. Além disso, relatam uma sobrecarga de demandas por parte da população, por estarem constantemente no território.

“A gente não para, é todo momento, e assim, é sábado, é domingo, é feriado. Eu falo assim, as minhas gestantes, então... volta e meia alguém está me perguntando alguma coisa, está falando alguma coisa. Então assim, acontece muito dessas coisas, da gente ter que, fora do nosso horário de trabalho, a gente tem que trabalhar, de qualquer forma, entendeu?”

Além da roda de conversa, foi realizada uma dinâmica com os ACS presentes, como forma de tornar essa atividade de educação permanente num momento mais descontraído e colaborativo, promovendo maior coletividade, engajamento e a motivação por meio de experiências práticas e lúdicas.

A dinâmica consistiu em responder um jogo de perguntas sobre a frequência das visitas domiciliares, com perguntas como “Quem deve receber VD mensalmente?”, “Quem deve receber VD diariamente?”. Os ACS presentes se dividiram em 3 equipes e a equipe que respondesse corretamente e mais rápido, ganhava a dinâmica.

Em seguida, foi apresentada a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi e instruído sobre sua utilização. Neste momento, também foi apresentado um Card Interativo (uma tecnologia digital em modelo dinâmico), elaborado pela autora, apresentado na figura 2.

Figura 2: Card Interativo

Fonte: elaborado pela autora, 2024.

O Card contém a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi e também reúne os principais materiais de cuidado que os Agentes Comunitários de Saúde utilizam na sua rotina, como o calendário vacinal; a frequência de visita domiciliar, de acordo com a carteira de serviços da APS; alguns guias e manuais de orientações em saúde para ACS, elaborados pela SMS-RJ.

Os ACS presentes foram instruídos quanto ao uso da ERF-CS e incentivados a aplicar essa ferramenta na sua rotina de trabalho, deixando explícito que seu uso é facultativo. Eles também foram informados que seriam convidados, via e-mail pessoal, para participar da pesquisa, para avaliar suas perspectivas quanto à aplicabilidade da ERF-CS em sua rotina de trabalho, com ressalvas de que a participação na pesquisa é facultativa.

6.2. Resultados da pesquisa

Participaram da pesquisa, realizada através de questionário semi estruturado, online, 20 Agentes Comunitários de Saúde que compõem o corpo de funcionários da determinada clínica da família em estudo e que previamente participaram da atividade educativa já mencionada. Dentre

estes, 14 mulheres cis (70%), 5 homens cis (25%) e 1 entrevistado (5%) que não quis denificar o gênero, com idade variando entre 33 e 69 anos e média de 40 anos. Em relação ao tempo de atuação na ESF, observou-se uma média de 10 anos, com variação entre 6 meses a 15 anos.

O questionário utilizado, disponível no apêndice A, contém 20 questões, sendo 8 objetivas com respostas possíveis entre 'sim' e 'não', e 8 questões discursivas, todas obrigatórias e 4 questões não obrigatórias que se constituem em espaços para que o entrevistado pudesse justificar sua resposta.

A partir do agrupamento das unidades de significação (US), ou temas, foram formadas as sete categorias deste estudo, seguindo critérios de importância qualitativa, homogeneidade e exaustividade das unidades de registro (UR), que neste estudo são representadas por frases que compõem o texto das entrevistas.

A seguir são apresentadas as categorias, com exemplificação de algumas respostas dos participantes do estudo:

Quadro 3 - Concepções de saúde e fatores de risco, na visão dos agentes comunitários de saúde.

CATEGORIA 1: O entendimento sobre o que é “ter saúde”.
“Não ser dependente de nenhum remédio”
"Ter dignidade, se sentir bem consigo e ter autonomia para fazer as coisas."
"Bem-estar físico, mental, social e financeiro!"
"Estar livre de doenças, ser saudável, ser feliz."
"Ter uma vida saudável tanto na parte física quanto mental."
"Saúde é ter qualidade de vida, lazer, conforto, alimentação e estar bem fisicamente."
"Estar bem físico, mental e social, não necessariamente a ausência de doença; todos os fatores são importantes."
"É poder viver com pleno gozo, sem enfermidades."
CATEGORIA 2: A identificação dos diferentes riscos à saúde aos quais o usuário possa estar exposto.
"Todo usuário corre risco dos mais inúmeros e inimagináveis que podemos pensar, desde beber água contaminada, alimentos com agrotóxicos, respirar ar poluído, até ser vítima de bala perdida ou violências que afetam o psicológico."

"Esgotos a céu aberto, falta de ventilação, contato com animais silvestres e coleta de lixo inadequada."
"Falta de informação, saneamento básico e acesso à saúde."
"Viver em uma área com condições de insalubridade, falta de segurança e difícil acesso."
"Risco de negligência tanto do poder público quanto de familiares ou no trabalho, incluindo quedas, acidentes domésticos, doenças mentais e acúmulo de trabalho."
"Poluições sonora e do ar, ausência de moradia e área de difícil acesso."
"Mau funcionamento do ambiente: casas sem ventilação e próximas umas das outras podem causar problemas respiratórios, como tuberculose."
"Tabagismo, sexo sem proteção, alcoolismo e falta de vacinas aumentam riscos à saúde."

Fonte: elaborado pela autora, 2024.

Quando questionados sobre “O que você entende por “ter saúde”?” 65% (13) dos entrevistados demonstram um conhecimento mais amplo deste conceito, não reduzindo a um estado de ausência de doenças, enquanto 20% (4) dos entrevistados apontam especialmente a qualidade de vida como sinônimo de saúde. Os demais 15% (3) dos entrevistados relacionam a saúde apenas à condição de estar livre de doenças, dores ou não depender de medicamentos.

Quanto aos riscos à saúde, conforme elucidado na categoria 2, 35% (7) dos entrevistados evidenciam em suas respostas a exposição a contaminantes e a doenças transmissíveis como exemplos de riscos a saúde, enquanto os demais entrevistados 65% (13) exemplificam os riscos em suas categorias, como risco ergonômico, físico, químico, biológico e outros.

No que diz respeito ao conhecimento sobre vulnerabilidade e equidade, temas importantes de se abordar quando falamos sobre saúde e seus fatores de risco, a análise das respostas objetivas mostra que 75% (15) dos entrevistados consideram que aplicam o conceito de vulnerabilidade em sua prática profissional. Em relação a equidade, 90% (18) dos entrevistados, consideram que aplicam esse conceito em sua prática profissional.

Foi solicitado que os participantes descrevessem brevemente como compreendem estes dois conceitos e suas respostas estão divididas em duas categorias, com destaque para algumas frases mais relevantes, como consta a seguir:

Quadro 4 - Reflexões sobre vulnerabilidade e equidade na visão dos agentes comunitários de saúde.

CATEGORIA 3: Definição de vulnerabilidade pela percepção dos agentes comunitários de saúde
“Vida precária”
“Pessoas ou famílias sem renda, sem moradia e incapazes de se posicionar diante da sociedade.”
"Uma condição em que o indivíduo não tem acesso a direitos básicos como saúde, segurança ou meios de obter recursos para se manter, enfrentando risco habitacional."
"Falta de autonomia para aquisição de vestuário, mobilidade e, principalmente, alimentação."
"Pessoa que vive em situações difíceis de vida, exposta a ser atacada, ferida ou lesionada física ou moralmente."
“Não ter recursos necessários para sobreviver.”
"Capacidade reduzida do usuário de manter seu bem-estar por falta de renda, bens financeiros ou saúde, sendo vulnerável a fragilidades e contaminações."
"Quando não se tem muitos meios de ter uma vida de qualidade: não se tem um bom emprego, uma boa casa, uma boa alimentação, etc."
"Uma pessoa sem proteção, sem apoio de educação, saúde ou habitação, vivendo em situação de risco, fragilidade e fraqueza."
CATEGORIA 4: Definição de equidade pela percepção dos agentes comunitários de saúde
"É tratar todos da mesma forma, garantindo direitos iguais em qualquer tipo de serviço, independente de cor, raça ou religião."
"Que pessoas em vulnerabilidade tenham mais oportunidades."
"Reconhecer que cada pessoa tem necessidades diferentes e, por isso, precisa de atenção individualizada."
"É a estratégia de proporcionar ao cidadão um cuidado adaptado à sua condição social, de saúde ou ao seu contexto de vida, resumindo: um cuidado personalizado."
"Capacidade de atender todos os usuários sem distinção, garantindo atendimento integral e cuidado adequado."
"Se colocar no lugar do outro e equiparar as oportunidades para todos."
"Maior atenção a quem mais necessita!"
"Que todos tenham direito à saúde, trabalho, lazer, moradia, educação e outros, sendo dever do Estado fornecer isso para a população."

"Dar às pessoas o que elas precisam para que todos tenham acesso às mesmas oportunidades."

Fonte: elaborado pela autora, 2024.

A categoria 3 mostra que os agentes compreendem que o fenômeno da vulnerabilidade está intrinsecamente relacionado à falta de renda e meios que dela provêm, como alimentação, moradia e vestuário. Na categoria 4, 70% (14) dos entrevistados mostraram uma confusão de ideias ao definir equidade com os mesmos atributos da igualdade, enquanto 30% (6) demonstraram que ao fornecer tratamentos ajustados à necessidade de cada um, conseguimos promover o alcance das mesmas oportunidades, como por exemplo o cuidado à saúde.

Quanto à visita domiciliar, ferramenta de cuidado utilizada diariamente na saúde da família, 80% (16) dos entrevistados responderam “sim” para a pergunta “Você considera que todos os pacientes adscritos ao território precisam receber visita domiciliar?”, enquanto 20% (4) entrevistados responderam “não”.

Na pergunta “Você possui alguma estratégia para planejar e/ou priorizar suas visitas domiciliares?” também temos 80% (16) dos entrevistados responderam “sim”, enquanto 20% (4) entrevistados responderam “não”.

As demais categorias evidenciam os conhecimentos e estratégias dos ACS sobre visita domiciliar e seu planejamento, como observado a seguir:

Quadro 5 - Visitas domiciliares: planejamento, estratificação de risco e definição de prioridades.

CATEGORIA 5: Definição de estratégias, pelos agentes comunitários de saúde, para planejamento de visitas domiciliares.
“Cada dia agendo para realizar uma linha de cuidados. Exemplo: um dia deixo só para gestante e crianças menores de 1 ano. Outro dia faço idosos e crianças de até dois anos e por aí vai.”
“Famílias vulneráveis, pessoas acamadas ou restritas.”
“Organizo as visitas dos pacientes de linhas de cuidado , após famílias mais vulneráveis.”
“Filtragem de usuários mais necessitados .”
“ Principalmente pessoas acamadas, diabetes,gestante, idoso, puericultura, cuidados paliativos e outros casos que necessitem de cuidados especiais.”
CATEGORIA 6: A importância da estratificação de risco das famílias para o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde.

“É uma forma de você organizar as visitas e dar mais prioridade a famílias que precisam de mais atenção.”
“Determinar o risco social das famílias adscritas nas UBS, procurando, com isso, refletir o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar.”
“Pretende determinar riscos sociais e de saúde.”
“Pois é definido em qual família deve ser direcionada mais atenção de acompanhamento.”
“Saber qual deve ter maior dedicação em VD.”
CATEGORIA 7: A escala de risco familiar como instrumento facilitador do processo de trabalho
“Ajuda no planejamento de visita e acompanhamento”
“Ela dá uma resposta mais próxima do real estado familiar, onde permite que o nosso trabalho seja mais otimizado e direcionado com mais precisão a quem naquele momento exige mais cuidado.”
“Podemos atingir melhor os usuários, para eficácia de trabalho, facilitando como devemos agir em determinados casos!”
“Pois ela é mais um instrumento que posso usar para rastrear condições de vulnerabilidades específicas no meu planejamento de supervisão familiar contribuindo no conceito de estratégia em saúde da família e assim prestar um serviço com mais qualidade.”
“Trás mais equidade ao cuidado.”
“Ajuda identificar a necessidade de cada família.”

Fonte: elaborado pela autora, 2024.

Neste tópico 80% (16) dos participantes revelam obter uma estratégia para planejar e priorizar suas visitas domiciliares, tomando como base as linhas de cuidados e os pacientes em situação de maior vulnerabilidade, como exposto nas frases que compõem a categoria 5.

Enquanto 75% (15) dos participantes demonstra a importância de realizar a estratificação de risco das famílias para a equipe de saúde, evidenciando que a determinação de riscos auxilia na priorização das visitas domiciliares, como vemos em algumas falas presentes na categoria 6.

Na pergunta objetiva “Você considera a estratificação do risco das famílias como algo importante para a equipe de saúde?” 90% (18) dos entrevistados responderam que “sim”, enquanto 10% (2) responderam “não”.

Quanto às questões sobre a Escala de Risco Familiar, 65% (13) dos entrevistados afirmam que não conheciam a escala antes da atividade de educação permanente realizada, enquanto 35% (7) dos entrevistados afirmam que já a conheciam.

Para a pergunta “Você sabe como usar a Escala de Risco Familiar?”, 75% (15) afirmam que “sim”, enquanto 25% (5) afirmam que não sabem utilizar.

Apesar do percentual que afirma não saber utilizar a escala, 85% (17) dos entrevistados consideram que a aplicação da Escala de Risco Familiar é um instrumento facilitador do seu processo de trabalho. Enquanto 5%, 1 entrevistado, considera que não é um instrumento facilitador e 10%, 2 entrevistados, referem não saber como utilizar a escala, pois não a conhecem, mesmo após participar da atividade educativa em que a mesma foi apresentada.

Para a maioria dos entrevistados, a escala de risco familiar otimiza e direciona o trabalho da equipe de saúde, promovendo mais qualidade e equidade no cuidado, como evidenciado em algumas das falas expostas na categoria 7.

7. DISCUSSÃO

A análise dos resultados obtidos a partir da participação de 20 agentes comunitários de saúde, que atuam em uma unidade de atenção primária do município do Rio de Janeiro e participam do cuidado aos usuários adscritos do território da Rocinha, proporcionou uma compreensão abrangente das percepções e práticas no contexto de saúde.

Considerando que a clínica atualmente conta com 48 agentes comunitários de saúde em seu quadro de funcionários, ainda que nem todos tenham participado da atividade educativa anterior à pesquisa, onde tivemos 37 agentes participando, pode-se dizer que houve uma baixa adesão ao questionário. É possível supor, que a sobrecarga de trabalho atrelada à APS, porta de entrada para todo e qualquer problema de saúde da população, torna mais difícil a participação dos profissionais em pesquisas e o engajamento em ações que não são obrigatórias. É importante considerarmos também a redução do quantitativo de ACS disponíveis para a pesquisa no período proposto, devido a licenças médicas e férias.

Os resultados demográficos revelaram uma amostra representativa, com 70% dos participantes se identificando como mulher cisgênero, revelando presença significativa das mulheres nesse contexto profissional como corrobora o estudo de Barbosa (2012) que evidencia a predominância de ACS do sexo feminino e como isso está intrinsecamente associado ao trabalho doméstico feminino do ‘cuidado’.

A faixa etária média entre 40 e 49 anos sinaliza uma maturidade profissional, sugerindo uma experiência consolidada entre os participantes. A longa permanência na Estratégia de Saúde da Família foi notável, com 85% dos profissionais atuando por mais de 36 meses, indicando uma estabilidade nas equipes de saúde.

A distribuição temporal dos anos de atuação na área, com apenas 10% atuando de 6 a 12 meses, enquanto 60% atuam por 10 anos ou mais, evidencia uma relativa constância na força de trabalho e na experiência dentro da profissão que tende a se aprimorar e qualificar com o passar do tempo. Tais dados desempenham um papel essencial na compreensão das nuances e da expertise dos profissionais, oferecendo um feedback importante para direcionar políticas de gestão, qualificação profissional e estratégias de aprimoramento contínuo na prestação de serviços de saúde (Oliveira *et al*, 2016).

Os achados desta pesquisa evidenciam o comprometimento dos agentes comunitários em cumprir com as demandas de saúde de usuários inseridos em alguma linha de cuidado, na medida em que sempre citam esses usuários como prioridade. Quanto à necessidade de cuidado através da visita domiciliar, tem-se a percepção de 20% dos entrevistados que acreditam que nem todos os usuários adscritos ao território precisam de VD.

Essa suposta “ausência de necessidade” da equipe de saúde promovendo cuidado através da visita domiciliar para toda a população, reforça a ideia de cuidado limitada a pessoas com comorbidades, seguindo uma lógica de cuidado reducionista e biomédica, contrária a compreensão de multidimensionalidade do ser humano, que foi conquistada ao longo dos anos pelas mobilizações e lutas de reforma sanitária, como mostra o estudo de Raimundo e Da Siva (2020).

A lógica reducionista do cuidado pode estar atrelada a ideia de saúde enquanto ausência de doenças, e 15% dos participantes apresentam ideia similar a essa, conforme exposto na categoria 1, onde é observado na descrição:

“Não ser dependente de nenhum remédio” A9.

Ao limitar a necessidade de cuidado às pessoas com comorbidades, deixamos de contemplar aspectos fundamentais como a prevenção, a educação em saúde e o fortalecimento dos vínculos entre a equipe de saúde e a comunidade. Assim, é essencial superar essa lógica reducionista e investir na capacitação das equipes para ampliar o entendimento sobre as necessidades de saúde da população, considerando os fatores sociais, culturais e territoriais que influenciam o processo saúde-doença (Shimizu; Carvalho Junior, 2012)

A análise da categoria 2, evidencia uma boa compreensão dos riscos a saúde que os

usuários estão expostos no território da Rocinha, decorrentes em sua maioria, das precárias condições de infraestrutura sanitária, assim como descreve o estudo de Vilani; Machado & Da Silva Rocha (2014) ao abordar o risco sanitário e ambiental vividos pela população, com destaque para a propagação de doenças. O risco ambiental que a população de uma das maiores favelas da América Latina vive é principalmente retratado pelos deslizamentos de terra, consequência da falta de cuidado para com as especificidades do território, promovendo desigualdades sociais e degradação de ecossistemas locais. (Reginensi; De Mendonça; Da-Silva-Rosa, 2022)

Tais condições de risco colaboram em elevar o nível de vulnerabilidade vivido pelas famílias da Rocinha, como exposto na categoria 3, os ACS expressam a ausência de segurança habitacional, como uma das condições que constituem o estado de vulnerabilidade da população, assim como falta de renda, alimentação, vestuário, segurança e saúde.

A vulnerabilidade reflete interdependências biológicas, existenciais e sociais que limitam a atuação no mundo e geram fragilidade, que é agravada por estruturas de poder que promovem controle, exclusão e negação de direitos, desafiando a saúde pública e a crítica às instituições sociais.

Ao considerarmos os diferentes perfis de vulnerabilidade presentes na população assistida pelo SUS, trabalhar o conceito da equidade é profundamente importante a fim de extinguir ou minimamente reduzir os danos. A categoria 4 evidencia essa importância de promover saúde através de um tratamento ajustado às necessidades de cada indivíduo ou família. Conforme estudo de Florêncio e Moreira (2021) reduzir as iniquidades em saúde, através da distribuição heterogênea de recursos, é compreendida como fragilização da vulnerabilidade em saúde.

Como já mencionado, estar presente no território promovendo saúde é uma estratégia para reduzir as iniquidades em saúde, à medida em que podemos analisar as necessidades de cuidado de casa família com mais propriedade e planejar ações mais efetivas.

O estudo de Soares Neto *et al* (2023) corrobora com essa ideia, ao trazer resultados de uma pesquisa com ACS, que reforçaram o papel da visita domiciliar como instrumento utilizado para conhecer as famílias, identificar os fatores de risco passíveis de intervenção e promover a saúde por meio da prevenção.

A categoria 5 demonstra que os ACS realizam estratégias de planejamento de suas visitas domiciliares priorizando os usuários inseridos em alguma das linhas de cuidados e também as famílias em situação de maior vulnerabilidade. Tal percepção ressalta a importância da estratificação de risco, para o processo de trabalho dos ACS.

A estratificação de risco é percebida pelos ACS, em sua maioria, como forma de priorizar

as VDs e como recurso para determinar risco social e de saúde apresentado pelas famílias, como apresentado na categoria 6.

Por fim, a escala de risco familiar, é apontada como instrumento facilitador do trabalho dos ACS, por otimizar e direcionar as famílias que demandam mais atenção, como exposto nas falas presentes na categoria 7.

Resultados semelhantes são observados no estudo de Melo *et al* (2013) onde foi possível estabelecer estratégias para priorizar as visitas domiciliares nas micro áreas de maior necessidade, de uma maneira acessível e descomplicada, utilizando a ficha A do SIAB, documento já presente na rotina de trabalho dos agentes de saúde.

Da Veiga Santa e Da Silva (2022) também relatam que a escala de risco familiar colaborou para que a equipe organizasse melhor as visitas domiciliares através de um planejamento mais elaborado das ações de saúde e também contribui para o reconhecimento do perfil do território, permitindo uma visão ampliada da equipe de saúde a respeito das vulnerabilidades sociais e individuais de saúde que mais afligem as famílias.

Moura *et al* (2016) também utilizou a ERF-CS para aplicar e reavaliar in loco os diferentes perfis populacionais, ajustando os principais indicadores de saúde do território, evidenciando mais uma funcionalidade da aplicação da escala. Portanto, a aplicação de ferramentas como a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (ERF-CS) pode potencializar o planejamento e a execução das visitas domiciliares, direcionando esforços para as famílias com maior necessidade de cuidado.

8. CONCLUSÃO

A relevância dessa experiência está ainda no despertar da consciência dos agentes comunitários de saúde para as diversas necessidades de cuidado no território, compreendendo o planejamento e priorização da visita domiciliar para além do olhar curativo ainda dominante. Os resultados demonstram que as famílias visitadas, frequentemente, são selecionadas em função da gravidade da doença atual ou do estado clínico do paciente, enquanto famílias com necessidades relacionadas às interfaces dos determinantes do processo saúde doença, que também constituem risco à saúde, têm sua atenção postergada ou não são incluídas na assistência, o que se constitui como um dos desafios encontrados para a aplicação da ERF-CS.

Outro desafio encontrado foi a adesão dos agentes comunitários na atividade de educação permanente proposta para alinhar questões importantes sobre visita domiciliar e conhecer a ERF-CS, assim como a baixa adesão a pesquisa, limitando tanto a coleta de dados quanto a análise das potencialidades, através de resultados mais robustos e representativos do contexto da aplicação desse instrumento na favela da Rocinha.

Apesar dos desafios encontrados, os relatos dos profissionais entrevistados demonstram que a estratificação de risco das famílias na APS apresenta diversas vantagens, como a promoção da equidade, o fortalecimento do vínculo entre equipe e usuários e a facilitação na implementação de ações de saúde mais efetivas. Em síntese, a aplicação da ERF-CS, demonstra grande potencial na ESF, favorecendo a organização situacional e permitindo uma visualização rápida e clara do risco de vulnerabilidade das famílias.

REFERÊNCIAS:

AYRES, José Ricardo. Vulnerabilidade, Cuidado e integralidade: reconstruções conceituais e desafios atuais para as políticas e práticas de cuidado em HIV/Aids. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 196-206, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042022E714>>. Acesso em: 17 fev. 2024.

BARBOSA, Regina Helena Simões et al. Gênero e trabalho em saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, p. 751-765, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832012000300013>>. Acesso em: 05 dez. 2024.

BESSA, Marcelino Maia et al. Visita domiciliar como instrumento de cuidado em saúde. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 7, pág. e811974884, 2020. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4884>>. Acesso em: 17 fev. 2024.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**; 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 17 fev. 2024.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. SUS: o que e como fazer? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018>>. Acesso em: 10 jun. 2024.

COELHO, Flávio Lúcio Gonçalves; SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 19–26, 2004. Disponível em: <[https://doi.org/10.5712/rbmfc1\(2\)104](https://doi.org/10.5712/rbmfc1(2)104)>. Acesso em: 23 jan. 2024.

DA VEIGA SANTANA, Laís Souza; DA SILVA, Evaldo Almeida. Implantação da estratificação de risco familiar em unidade de saúde. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, v. 12, n. 37, p. 435-441, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.37.435-441>>. Acesso em: 11 set. 2024.

FONSECA, Angélica Ferreira; MOROSINI, Márcia Valéria. O caráter estratégico do Agente Comunitário de Saúde na APS integral. **APS EM REVISTA**, [S. l.], v. 3, n. 3, p. 210–223, 2021. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/63994>>. Acesso em: 17 fev. 2024.

FLORENCIO, Raquel Sampaio; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Modelo de vulnerabilidade em saúde: esclarecimento conceitual na perspectiva do sujeito-social. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. eAPE00353, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00353>>. Acesso em: 17 fev. 2024.

FREITAS, Maria Alcida Aquino. Família: novos paradigmas. **Vínculo**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 47-54, dez. 2021. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/journal/1394/139475570008/html/>>. Acesso em: 10 mar. 2024.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. Métodos de pesquisa. Plageder, 2009.

GOMES, Ramon Martins et al. A visita domiciliar como ferramenta promotora de cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, v. 10, n. 2, pág. e40010212616-e40010212616, 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12616>>. Acesso em: 10 mar. 2024.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 867-874, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>>. Acesso em: 10 mar. 2024.

MELO, Ricardo Henrique Vieira et al. Análise de risco familiar na Estratégia Saúde da Família: uma vivência compartilhada entre preceptores, discentes e agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/4437>>. Acesso em: 11 set. 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 621-626, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n3/v17n3a07.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2024.

MOURA, Francisco Maximiano Nunes et al. Aplicação da escala de risco familiar na atenção básica. 2016. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/19013>>. Acesso em: 16 set. 2024.

OLIVEIRA, Denize Cristina de. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. enferm. UERJ**, p. 569-576, 2008. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-512081>>. Acesso em: 17 fev. 2024.

OLIVEIRA, Mariana Policena Rosa de et al. Formação e qualificação de profissionais de saúde: fatores associados à qualidade da atenção primária. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 4, p. 547-559, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e02492014>>. Acesso em: 18 jun. 2024.

PAIM, Jairnilson Silva. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202113001>>. Acesso em: 25 fev. 2024.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Superintendência de Atenção Primária. **Carteira de serviços da atenção primária : abrangência do cuidado** - 3. ed. rev. atual. e aum. - Rio de Janeiro, RJ : SMS, 2021. 110 p. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2021.

RAIMUNDO, Juliana Soares; DA SILVA, Roberta Barbosa. Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico, no contexto da Atenção Primária em Saúde, no Brasil. **Revista Mosaico**, v. 11, n. 2, p. 109-116, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.21727/rm.v11i2.2184> >. Acesso em: 18 jun. 2024.

REGINENSI, Caterine; DE MENDONÇA, Marcos Barreto; DA-SILVA-ROSA, Teresa. Roda de conversa sobre riscos de desastres associados a deslizamentos na Rocinha (Rio de Janeiro, Brasil): experiências de luta, resistência, saberes e arte. **Desenvolvimento e Meio Ambiente**, v. 60, p. 757-776, 2022. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/made/article/download/79682/48207> >. Acesso em: 19 jun. 2024.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em debate**, v. 37, p. 139-147, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dNgCW9WdJJx7VHV7xWkhSHq/#> >. Acesso em: 25 fev. 2024.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro; LAGE, Joana Lourenço; COELHO, Flávio Lúcio Gonçalves. Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750**, v. 3, n. 2, p. 179-185, 2012. Disponível em: <<https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/155> >. Acesso em: 23 jan. 2024.

SOARES NETO, Eduardo Luis et al. A visita domiciliar na ótica dos agentes comunitários de saúde. **Revista CPAQV - Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, [S. l.], v. 15, n. 3, 2023. DOI: 10.36692/V15N3-56. Disponível em: <<https://revista.cpaqv.org/index.php/CPAQV/article/view/1530> >. Acesso em: 5 jan. 2025.

SOUZA, G. J.; GOMES, C.; ZANETTI, V. R. Estratégia da Saúde da Família: a dimensão articuladora do território. **Barbarói**, p. 141-163, 6 jan. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.14643> >. Acesso em: 23 jan. 2024.

SHIMIZU, Helena Eri; CARVALHO JUNIOR, Daniel Alvão de. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2405-2414, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v17n9/a21v17n9.pdf >. Acesso em: 20 out. 2024.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TOFANI, Luís Fernando Nogueira et al. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4769-4782, 2021. Disponível em: <<http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/caos-organizacao-e-criatividade-revisao-integrativa-sobre-as-redes-de-atencao-a-saude/17769?id=17769> >. Acesso em: 13 maio. 2024.

VILANI, Rodrigo Machado; MACHADO, Carlos José Saldanha; DA SILVA ROCHA, Érica Tavares. Saneamento, dengue e demandas sociais na maior favela do Estado do Rio de Janeiro: a Rocinha. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia**, v. 2, n. 3, p. 18-29, 2014. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=570561861014>>. Acesso em: 19 jun. 2024.

WAHHAB KUCHARSKI, Karina et al. Políticas públicas de saúde no Brasil: Uma Trajetória do Império à Criação do SUS. **Revista Contexto & Educação**, 37(117), 38–49., 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.21527/2179-1309.2022.117.12871>>. Acesso em: 13 maio. 2024.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Link:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScd0ZD-b460VnOOYc0p9T9hCdi_oJl1T4FvB037mMWj0Fs9_Q/viewform?usp=sf_link

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo intitulado “Aplicação da Escala de Risco Familiar em uma Clínica da Família na Rocinha.”, conduzido por Tainá Pereira da Silva, enfermeira residente do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade da Prefeitura do Estado do Rio de Janeiro, sob orientação da Prof^a. Ma. Gabriela Moió Azevedo. Analisar os desdobramentos da aplicação, pela pesquisadora, da Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (ERF-CS), como possibilidade de instrumento para o planejamento de futuras visitas domiciliares, a critério da equipe.

Este estudo trará benefícios através da divulgação dos resultados, fornecendo conhecimento científico acerca do conhecimento e uso da Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (ERF-CS) pelos agentes comunitários de saúde, no seu processo de trabalho. Também fornecerá subsídios para futuros trabalhos relacionados à temática.

Você foi selecionado (a) para a pesquisa por ser ACS da unidade em tela e por ter participado anteriormente da ação educativa sobre o uso da escala (ERF-CS).

Sua participação não é obrigatória, sendo assim, a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não lhe causará prejuízo. Se você não quiser participar do estudo, isso não irá interferir na sua relação com a instituição ou com os pesquisadores.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista semi-estruturada, elaborada pela enfermeira responsável por este estudo, através do *Google Forms* com a duração prevista de 10 a 15 minutos, contando com 16 perguntas, objetivas e subjetivas, relacionadas ao objetivo da pesquisa.

Os dados coletados serão confidenciais e utilizados apenas nesta pesquisa, armazenados sob responsabilidade da pesquisadora responsável por um período de 5 anos após o término da pesquisa, tendo seu destino, ao final desses, deletados. Os dados coletados para a produção final do trabalho e os resultados obtidos, serão divulgados em eventos e revistas científicas sem qualquer identificação dos participantes.

Todos os questionários serão marcados com um número de identificação e seu nome

não será solicitado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre os números e os questionários permanecerá trancado em um arquivo.

Durante este estudo, existe como risco mínimo sentir-se desconfortável com a exposição das perguntas. Caso fique desconfortável, você poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento. Por ser uma pesquisa em ambiente virtual, destaca-se o risco de violação de dados através de vazamento de informações, por isso, concluída a coleta de dados, o pesquisador responsável realizará o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". Em caso de dúvida sobre os procedimentos ou sobre o projeto você poderá entrar em contato com a pesquisadora a qualquer momento pelos contatos apresentados neste termo.

A participação neste estudo não será remunerada e nem tem fins lucrativos, logo não será cobrado nenhum valor ao participante.

Segue o telefone e o endereço institucional da pesquisadora responsável, com quem você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento: Enfermeira Tainá Pereira da Silva, E-mail: tainaps15@gmail.com; celular: (21)96478-5484. Endereço postal: Clínica da Família Maria do Socorro Silva e Souza - Estrada da Gávea, nº 520 (curva do S) - Rocinha, Rio de Janeiro - RJ. **Caso tenha alguma consideração relacionada a ética da pesquisa, entre em contato com a Comissão de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde**, Cep 20031-040 - Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar – Centro – Rio de Janeiro - RJ, Telefone (21) 2215-1485 e e-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br. O CEP/COEP é responsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa e funciona de segunda-feira a sexta-feira, das 09h às 16h.

Você terá uma via deste consentimento para guardar com você.

Se você declara estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e está de acordo em participar da pesquisa, marque a opção “ACEITO”. Somente então será disponibilizado o questionário para início da pesquisa. Caso contrário, clique na opção “NÃO ACEITO” e você não fará parte da pesquisa, não existindo qualquer tipo de prejuízo ou constrangimento por isso.

APÊNDICE B - Roteiro para Entrevista Semi-Estruturado

Etapa 1: Caracterização dos Participantes:

1. Qual gênero você se identifica?

- Mulher cis
- Mulher trans
- Homem cis
- Homem trans
- Outro _____

2. Quantos anos você tem?

3. Qual seu nível de escolaridade?

- Analfabeto
- Lê e escreve, mas não tem instrução
- Ensino fundamental completo
- Ensino fundamental incompleto
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo
- Pós graduação

4. Há quanto tempo você atua na Estratégia de Saúde da Família como Agente Comunitário de Saúde?

- Menos de 6 meses
- Entre 6 a 12 meses
- Entre 1 a 3 anos

Entre 3 a 5 anos

5 anos ou mais

10 anos ou mais

Etapa 2: Perguntas relacionadas ao tema

5- O que você entende por “ter saúde”?

6- Quais os diferentes riscos a saúde que um usuário pode estar exposto?

7- O que você entende por “vulnerabilidade”?

8- O que você entende por “equidade”?

9- Você considera que aplica o conceito da **vulnerabilidade** na sua prática profissional??

SIM

NÃO

10- Você considera que aplica o conceito da **equidade** na sua prática profissional?

SIM

NÃO

11- Você considera que **todos** os pacientes adscritos ao território precisam receber visita domiciliar?

SIM

NÃO

12- Você possui alguma estratégia para planejar e/ou priorizar suas visitas domiciliares?

SIM

NÃO

Se marcou SIM na pergunta anterior, descreva brevemente a sua estratégia para priorizar as visitas domiciliares.

13- Você já conhecia a Escala de Risco Familiar antes de participar da atividade de educação permanente?

SIM

NÃO

14- Você sabe como usar a Escala de Risco Familiar?

- SIM
- NÃO

Se marcou SIM na pergunta anterior, descreva brevemente como se utiliza a Escala de Risco Familiar.

15- Você considera a estratificação do risco das famílias como algo importante para a equipe de saúde?

- SIM
- NÃO

Se marcou SIM na pergunta anterior, descreva brevemente como a estratificação do risco das famílias é importante para a equipe de saúde.

16- Você considera a aplicação da Escala de Risco Familiar como um instrumento facilitador do seu processo de trabalho?

- SIM
- NÃO

Se marcou SIM na pergunta anterior, descreva brevemente como a Escala de Risco Familiar pode facilitar seu processo de trabalho.

APÊNDICE C - Carta convite

Carta Convite

Prezado (a) Sr (a),

Meu nome é Tainá Pereira da Silva, sou residente do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade (PREFC) e juntamente com a professora Ma. Gabriela Moição Azevedo, gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada: “Aplicação da Escala de Risco Familiar em uma Clínica da Família na Rocinha.” A pesquisa tem como objetivo analisar os desdobramentos da aplicação, pela pesquisadora, da Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (ERF-CS), como possibilidade de instrumento para o planejamento de futuras visitas domiciliares, a critério da equipe.

Diante disso, elaboramos uma pesquisa qualitativa com profissionais da saúde atuantes na ESF, nesta referida unidade da Rocinha, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (BR), maiores de 18 anos.

Assim, convidamos o (a) Sr (a), à participar desta pesquisa.

Caso aceite colaborar, solicitamos que marque o item ACEITO do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) disponível no instrumento de coleta de dados. Acesse o link: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScd0ZD-b460VnQOYc0p9T9hCdi_oJ11T4FvB037mMWj0Fs9_Q/viewform?usp=sf_link para ser direcionado ao instrumento de coleta de dados do *Google forms*. Esta etapa levará cerca de 20 minutos.

O questionário encontra-se dividido em duas etapas:

Primeira: Identificação do profissional

Segunda: Perguntas referentes ao tema.

Sua participação contribuirá grandemente para a nossa pesquisa. Agradecemos desde já a disponibilidade em participar.

Atenciosamente,

Tainá Pereira da Silva.

APÊNDICE D - Termo de Anuência Institucional

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

PESQUISA: Aplicação da Escala de Risco Familiar em uma Clínica da Família na Rocinha.

Responsável: Enfermeira Residente Tainá Pereira da Silva

Eu, **Fabiana Santos de Brito**, gerente responsável pela Clínica da Família Maria do Socorro Silva e Souza, declaro que fui informada dos objetivos da pesquisa acima, e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. **Caso necessário, podemos revogar esta autorização, a qualquer momento, se comprovadas atividades que causem algum prejuízo a esta instituição ou ao sigilo da participação dos integrantes desta instituição.** Declaro, ainda, que não recebemos qualquer tipo de remuneração por esta autorização, bem como os participantes também não receberão. E asseguramos que possuímos a infraestrutura necessária para a realização/desenvolvimento da pesquisa. A pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Rio de Janeiro, 16 de julho de 2024.

CF MARIA DO SOCORRO ROCINHA
CNPJ: 29.468.055/0001-02
CNES: 6503772
Estrada da Gávea, 522 - Rocinha
CEP: 22451-272 - Rio de Janeiro - RJ

Fabiana Santos de Brito
Gerente Técnica
C.F. Maria do Socorro Rocinha
CNES. 6503772

Fabiana Santos de Brito
Responsável pela Instituição

Se desejar qualquer informação adicional sobre este estudo, envie uma mensagem: Enfermeira Tainá Pereira da Silva. E-mail: tainaps15@gmail.com. Telefone: (21) 96478-5484.

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, Cep 20031-040 - Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar – Centro – Rio de Janeiro - RJ. Telefone (21) 2215-1485. E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br. O CEP/COEP é responsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa e funciona de segunda-feira a sexta-feira, das 09h às 16h.

APÊNDICE E - Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)**Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)**

Eu, **Tainá Pereira da Silva**, no intuito de realizar pesquisa científica em unidade de ensino e/ou do sistema de saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade (PREFC SMS/RJ), com projeto de pesquisa intitulado “ ” e tendo como orientadora **Profa. Ma. Gabriela Moicó Azevedo** declaro que: (i) Assumo compromisso com a utilização criteriosa, e restrita aos objetivos da pesquisa acima referida, de todos os dados contidos no **(Microsoft Excel® e Google Forms)**; (ii) Os dados somente serão acessados após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP; (iii) Os dados coletados se destinarão à dar suporte aos objetivos da pesquisa (Analisar os desdobramentos da aplicação da Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (ERF-CS), como instrumento para o planejamento de VD.). Também me comprometo a manter total discrição e confidencialidade dos dados coletados nos **(Microsoft Excel® e Google Forms)**, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Declaro ser de minha inteira responsabilidade cuidar da integridade das informações e dados acessados e/ou coletados, garantindo, por todos os meios, a confidencialidade desses dados, bem como a privacidade dos indivíduos que terão suas informações disponibilizadas. Da mesma forma, me comprometo a não transferir os dados coletados, ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, à pessoa não envolvida na equipe da pesquisa.

Os compromissos ora assumidos são extensivos aos cuidados no manuseio, na guarda, na utilização e no descarte das informações acessadas e/ou coletadas, sendo reiterada a finalidade de seu uso unicamente para cumprimento dos objetivos indicados na pesquisa mencionada acima.

Rio de Janeiro, 16 de julho de 2024 .



Tainá Pereira da Silva

APÊNDICE F: Declaração Negativa de Custos**DECLARAÇÃO NEGATIVA DE CUSTOS**

Eu, **Tainá Pereira da Silva**, pesquisadora responsável pelo projeto intitulado “**Aplicação da Escala de Risco Familiar em uma Clínica da Família na Rocinha**”, em orientação pela Professora Ma. Gabriela Moição Azevedo, declaro para o CEP da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro que o referido projeto não possui financiamento de empresas públicas ou privadas para seu desenvolvimento.

Rio de Janeiro, 16 de julho de 2024.



Tainá Pereira da Silva

APÊNDICE G - Orçamento detalhado

Material de consumo		
Especificação	Financiamento	Valor
Internet	Próprio	R\$ 665,00
Publicação de artigos	Próprio	R\$ 1.000
Custo total aproximado = 1.665,00		

Fonte: a autora, 2024.

Apresenta-se que, não ocorre nenhuma forma de remuneração do pesquisador do presente projeto de pesquisa. Assim como, os valores em moeda nacional ou, quando em moeda estrangeira, com o valor do câmbio oficial em Real, obtido no período da proposição da pesquisa não ocorre a previsão de ressarcimento de despesas dos participantes da pesquisa, tais como transporte e alimentação, pois estes estarão em suas atividades no local de trabalho.

Tratar-se-á de um estudo que utilizará substancialmente a tecnologia leve. Entretanto, será necessário um computador do tipo notebook, com acesso à internet para o desenvolvimento do questionário em *Google Forms*®.

Associado aos recursos materiais, haverá custos relacionados às taxas de submissão e publicação de artigos (inicialmente previstos em 01 artigo).

Rio de Janeiro, 16 de julho de 2024.



Tainá Pereira da Silva

Pesquisadora responsável

APÊNDICE H - Currículo dos pesquisadores envolvidos no projeto

Pesquisadora principal: Tainá Pereira da Silva - Enfermeira formada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. Residente no programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS - RJ). Foi acadêmica bolsista da SMS-RJ, atuando na Atenção Primária. Foi aluna de iniciação científica do projeto intitulado “Aleitamento materno exclusivo: determinantes socioculturais no Brasil” coordenado pela Profa. Dra. Marialda Moreira Christoffel. Foi integrante do projeto de extensão “Contribuindo para o Futuro Juvenil: inclusão dos adolescentes na discussão sobre saúde e seus direitos”, coordenado pela Professora Doutora Flávia Pacheco de Araújo. Foi integrante do projeto de extensão “Saberes em Saúde” coordenado pela Professora Doutora Andreza Pereira Rodrigues.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8993404843817042>

Orientadora: Gabriela Moição Azevedo - Enfermeira formada pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO. Mestrado profissional em Ensino na Saúde: Formação Docente Interdisciplinar para o SUS, pela Universidade Federal Fluminense - UFF. Possui Especialização em Gestão em Saúde da Família, pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ; e Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, pela Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP. Atua como tutora do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade e enfermeira na área da clínica médica e cirúrgica do Hospital Federal Cardoso Fontes.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2823044242243358>