

---

## Início Rápido

### Planejamento básico de trabalho

Você pode já ter feito algumas das atividades de planejamento de trabalho descritas neste módulo. Para descobrir - e identificar aquelas que mais interessam a você - reveja o seguinte sumário Início Rápido. Verifique as seções que você quer ler e comece com estas. A maioria das seções inclui planilhas e formulários de amostra que podem ajudá-lo a desenvolver rapidamente procedimentos de planejamento de trabalho.

#### **Passo 1: Descreva e mapeie a área de abrangência**

Reveja este passo se você precisar: 1) definir e mapear os limites físicos da área de abrangência (serviço); 2) descrever os serviços de saúde e a população contida naquela área; e/ou 3) desenvolver um registro de domicílios e/ou indivíduos localizados nesta área de abrangência.

#### **Passo 2: Identifique as necessidades comunitárias e os recursos disponíveis**

Reveja este passo se você precisar : 1) identificar problemas e necessidades comunitários de saúde; 2) avaliar os serviços de PAG oferecidos atualmente por outros fornecedores de saúde na área ; e/ou 3) identificar recursos de saúde a que você pode recorrer na área.

#### **Passo 3: Defina prioridades e identifique os grupos de alto risco**

Reveja este passo se você precisar : 1) identificar problemas de saúde prioritários aos quais seu programa irá se dirigir; 2) estabelecer um sistema para avaliar os fatores de risco em sua área; 3) identificar seus principais grupos-alvo; 4) identificar grupos e indivíduos de alto risco em sua área; e/ou 5) estabelecer um sistema para monitoramento dos grupos de alto risco.

#### **Passo 4: Planeje as atividades de APS**

Reveja este passo se você precisar: 1) identificar estratégias para providenciar serviços de saúde necessários para seus grupos-alvo; 2) desenvolver um plano para serviços com base na comunidade e de campo; e/ou 3) desenvolver um plano para serviços com base clínica.

#### **Passo 5: Desenvolva as descrições das atividades e recrute o pessoal**

Reveja este passo se você precisar : 1) desenvolver uma função e uma lista de prioridades para o seu pessoal; 2) preparar descrições de tarefas para seu pessoal; e/ou 3) ter certeza de que as tarefas descritas irão produzir os resultados programáticos desejados.

#### **Passo 6: Desenvolva planos e calendários individuais de trabalho**

Reveja este passo se você precisar: 1) desenvolver um plano individual de trabalho para cada membro do grupo; 2) designar trabalhos para adequar as necessidades prioritárias de saúde e as necessidades dos grupos de alto risco; e/ou 3) programar o trabalho de forma que seu pessoal tenha sempre uma quantidade racional de trabalho e possa completar as tarefas em tempo.

#### **Passo 7: Avalie o desempenho das funções**

Reveja este passo se você precisar : 1) montar um sistema baseado em desempenho para avaliar o trabalho do pessoal; 2) estabelecer procedimentos para comparar o desempenho do trabalho atual com o planejado; e/ou 3) certificar-se de que o desempenho está contribuindo para o objetivo do programa.





---

## Introdução

### Planejando e avaliando as atividades dos agentes de saúde

Um dos principais objetivos da maioria dos gerentes de APS é encontrar maneiras para aumentar a cobertura das populações alvos com serviços básicos de saúde. Um dos principais desafios é encontrar procedimentos simples, embora efetivos, de se conseguir que o pessoal de APS o faça. Este módulo foi projetado para abordar este problema.

O objetivo global do Módulo 3 é ajudar seu pessoal a desenvolver planos realistas de trabalho que levarão a uma melhor cobertura, identificação precoce e atenção de crianças e mulheres de alto risco, e que não requeiram esforço gerencial adicional.

Para isso, você precisará estruturar um sistema que identifique suas várias populações alvo, determine suas necessidades de saúde, defina prioridades entre essas necessidades, e então determine que pessoal fornecerá os serviços numa base seletiva. O coração do sistema será a informação. O sistema deve fornecer informações adequadas de forma que você e seus agentes de saúde possam, de uma maneira contínua, avaliar as necessidades, ajustar os planos de acordo, monitorizar os resultados, reavaliar as necessidades, reajustar os planos, e assim por diante. O "sistema" descrito neste módulo é baseado em algumas das melhores características de diversos programas de APS que foram bem sucedidos a esse respeito. Através do uso de mapas, registros simples, análises de risco, pronta retroalimentação, planos flexíveis de trabalho, descrições vivas das tarefas, verificações educativas de desempenho, e outras ferramentas simples, esses programas têm conseguido aumentar a cobertura, melhorar o status sanitário, e aumentar a satisfação profissional ao mesmo tempo.

Implante um sistema



O Módulo 3 se inicia onde o Módulo 2 terminou. Os levantamentos comunitários fornecem um quadro amplo das necessidades sanitárias e da eficácia dos programas em atender essas necessidades. O Módulo 3 mostra como avaliar as necessidades individuais e desenvolver planos específicos de trabalho para permitir que tanto o pessoal clínico quanto o pessoal de campo atendam a essas necessidades.

Os procedimentos descritos neste módulo não requerem computadores sofisticados nem treinamento avançado em gerenciamento. Todos os procedimentos podem ser feitos manualmente, e muitos são projetados para serem usados por agentes de primeira linha (ACS, enfermeiras, parteiras, médicos de campo, e os demais). Assim como os outros módulos do PAG APS, essas ferramentas são ilustrativas e você é encorajado a adaptá-las às suas necessidades específicas.

### Como cada passo o ajudará

Este módulo é projetado para ajudá-lo a planejar suas atividades de APS. Por exemplo, você pode usar este módulo para;

Como o  
Módulo 3 pode  
ajudá-lo

- **Identificar as populações/indivíduos a serem servidos.**  
O passo 1 o ajudará a definir e descrever a área de abrangência de seu programa, desenvolver o mapa da área, e compilar informações para um registro de domicílios de uma comunidade/vila.
- **Identificar problemas de saúde, fatores de risco, e recursos disponíveis, assim como avaliar os serviços de saúde existentes.** O passo 2 o ajudará a identificar problemas de saúde, fatores demográficos, e outros indicadores de risco. Ele também o ajudará a avaliar os serviços de saúde e outros recursos disponíveis.
- **Identificar aqueles que necessitam dos vários tipos de cuidados e assinalar os clientes de alto risco para cuidados intensivos.** O passo 3 o ajudará a desenvolver fatores de risco para os vários componentes de APS. Você pode usar os fatores de risco para identificar os indivíduos ou domicílios em risco de adquirirem doenças contra as quais você está tentando protegê-los, para concentrar seus esforços nesses grupos de alto risco.



- **Planejar as atividades de APS.** O Passo 4 o ajudará a planejar serviços baseados na clínica, e serviços de campo para acomodar as necessidades comunitárias aos recursos de APS disponíveis.
- **Identificar as necessidades de pessoal e recursos complementares.** O passo 4 pode também ajudá-lo a identificar recursos adicionais que seriam necessários para melhorar a cobertura e alcançar aqueles com maior necessidade.
- **Melhorar a eficiência dos agentes de saúde.** O módulo mostrará a você e seu pessoal como definir prioridades e desenvolver planos de trabalho para suas atividades diárias, a monitorizar seu próprio desempenho e gerenciar seu tempo efetivamente. As ferramentas podem ajudar seu pessoal a conseguir mais sem esforço adicional.
- **Desenvolver descrições das funções e planos individuais de trabalho.** Os passos 5 e 6 mostram como desenvolver as descrições das funções e os planos individuais de trabalho que ajudarão seu programa a alcançar seus objetivos gerais.
- **Rever o desempenho, monitorizar e apoiar as atividades dos agentes de saúde, e dar a eles retroalimentação construtiva.** O passo 7 mostra como monitorizar o desempenho do pessoal para alcançar os objetivos individuais, comunitários e programáticos. E ainda mostra como desenvolver um sistema que forneça retroalimentação objetiva e construtiva para o seu pessoal.

Desenvolvendo  
planos de trabalho

### Algumas limitações do módulo

O módulo não trata do planejamento global de um programa de APS. Em vez disso, seu objetivo é ajudar o gerente e sua equipe a planejar suas atividades de forma que o trabalho executado por cada pessoa contribua diretamente em direção aos objetivos maiores do programa.

O módulo não discute maneiras específicas de envolver as comunidades no processo de planejamento. Entretanto, esta atitude é encorajada, e não é difícil verificar como as pessoas poderiam ser envolvidas na maioria dos passos, desde a avaliação das necessidades até a identificação das crianças de alto risco, de forma a fornecer retroalimentação sobre o desempenho dos ACS.

O módulo também não é um manual abrangente sobre gerência de pessoal. Entretanto, ele descreve maneiras de concentrar o trabalho do agente de saúde naquelas tarefas que levarão a um melhor desempenho do programa.



## Como usar este guia

Este guia fornece instruções para planejar e avaliar as atividades dos agentes de saúde e de APS de seu programa. Seguindo as instruções e usando as planilhas, você será capaz de identificar a população alvo, avaliar suas necessidades, planejar suas atividades de APS, determinar as necessidades em pessoal, desenvolver calendários individuais de trabalho, e avaliar o desempenho dos agentes. Você pode saltar um passo ou sub-passo se você achar que a atividade já está sendo executada em seu programa. Entretanto, você ainda pode querer revisar o passo pulado para ver se o processo existente pode ser melhorado. Os passos e sub-passos para planejar e avaliar as atividades dos agentes de saúde e de APS estão resumidos na página seguinte.

Avaliando as  
necessidades da  
população alvo



---

## Passos no planejamento e avaliação das atividades dos agentes de saúde

---

### Passo 1 : Descreva e mapeie a área de abrangência

---

- Defina a área de abrangência
- Descreva a área de abrangência
- Faça mapas da área de abrangência
- Faça um registro das comunidades/vilas
- Faça um registro dos domicílios

---

### Passo 2 : Identifique as necessidades comunitárias e os recursos disponíveis

---

- Selecione indicadores
  - Indicadores dos problemas de saúde
  - Indicadores demográficos
  - Indicadores dos fatores de risco
  - Serviços de saúde existentes e recursos disponíveis
- Identifique as fontes de informação
- Desenvolva um instrumento de levantamento

---

### Passo 3 : Defina prioridades e identifique os grupos de alto risco

---

- Defina as prioridades entre os problemas de saúde
- Determine os fatores de risco
- Defina prioridades para os fatores de risco identificados
- Identifique o alvo principal e os grupos de alto risco
- Use os fatores de risco para monitorizar os grupos de alto risco

---

### Passo 4 : Planeje as atividades de APS

---

- Liste os serviços necessários, identifique estratégias e atividades
- Identifique e planeje atividades baseadas na comunidade, e de campo
  - Determine o número de unidades a serem cobertas
  - Determine o intervalo de tempo ótimo para cada atividade



Determine as necessidades de recursos  
 Compare a disponibilidade de recursos com as necessidades e identifique um número ótimo de visitas  
 Desenvolva ferramentas para planejar e monitorizar as atividades baseadas na comunidade, e as de campo  
 Identifique e planeje atividades baseadas na clínica  
 Determine a demanda de clientes  
 Determine a capacidade do pessoal  
 Determine as necessidades de recursos  
 Determine a disponibilidade de recursos  
 Compare a disponibilidade com as necessidades e identifique uma solução ótima  
 Desenvolva ferramentas para planejar as atividades baseadas na clínica

---

### **Passo 5: Desenvolva as descrições das atividades e recrute o pessoal**

---

Desenvolva uma lista com os papéis, tarefas e habilidades  
 Prepare descrições das tarefas e verifique o que for factível  
 Anuncie os empregos, recrute, crie, e selecione os candidatos  
 Chegue a um acordo com os candidatos selecionados com relação às expectativas sobre seus papéis e tarefas .

---

### **Passo 6 : Desenvolva planos e calendários individuais de trabalho**

---

Vantagens dos planos de trabalho  
 Princípios dos bons planos de trabalho  
 Fazendo o calendário de uma função

---

### **Passo 7 : Avalie o desempenho das funções**

---

Princípios de avaliação do desempenho  
 Avaliação contínua do desempenho  
 Avaliação formal do desempenho

Se seu programa é novo, você precisará progredir pelos passos seguintes. Este módulo pode ser usado para alguns deles. Outros módulos do PAG APS podem ajudá-lo nesses passos não incluídos neste módulo.





Passos	Passos do Módulo 3	Outros Módulos
1. Defina a área de abrangência e o grupo alvo	1	1
2. Identifique as necessidades comunitárias	2	2
3. Defina as prioridades entre os problemas de saúde e identifique grupos de alto risco	3	2,4
4. Defina as metas e os objetivos		1
5. Identifique serviços/componentes e estratégias		1
6. Planeje	4	
7. Planeje as necessidades de recursos	4	8,9
8. Desenvolva as descrições das tarefas e recrute pessoal	4	
9. Desenvolva planos de trabalho e calendários	5,6	
10. Implemente e monitorize o progresso	7	
11. Avalie o desempenho nos trabalhos	7	4,5,6,7
12. Avalie o desempenho do programa	7	4,5,6,7,8,9
13. Avalie		2,4,8,9

### Passo 1 : Descreva e mapeie a área de abrangência

#### ***Pule este passo se:***

- *Suas áreas de abrangências estiverem adequadamente definidas e mapeadas*
- *Você já mantiver registros adequados dos domicílios e/ou indivíduos nestas áreas*

#### ***Reveja este passo se :***

- *Você precisar definir e mapear os limites físicos da área de abrangência e descrever os serviços de populações contidas nela*
- *Você precisar definir e desenvolver um registro de domicílios e/ou indivíduos localizados nesta área de abrangência*

O objetivo deste passo é auxiliar o gerente a definir e descrever a área de abrangência de APS ou a área geográfica circunjacente a uma instalação de saúde e à população alvo por ela servida. O gerente de APS precisa compreender a ecologia e economia da área local porque ambas serão refletidas nas necessidades sanitárias da população abrangida. Em cada comunidade, uma listagem detalhada dos domicílios precisará ser desenvolvida para identificar



mulheres, crianças e outros indivíduos de risco que podem procurar ou necessitar os serviços de saúde de tempos em tempos. Os subpassos envolvidos são descritos abaixo.

- Defina a área de abrangência
- Descreva a área de abrangência
- Desenhe um mapa da área de abrangência
- Faça um registro das vilas, comunidades
- Faça um registro dos domicílios

### **Defina a área de abrangência**

Se você ainda não o fez, este passo pode ser uma grande atividade, mas vale a pena. A maioria dos programas de APS fazem algum tipo de avaliação no início. É uma boa oportunidade para envolver membros-chaves da equipe de APS com a comunidade.

A área de abrangência é definida como a área geográfica circunjacente a uma instalação de saúde única ou grupo de instalações de saúde, e inclui a população-alvo que vive nela. As áreas de abrangência podem ser determinadas pelo tipo de serviço de APS ou por limites geográficos ou administrativos. Por exemplo, a área de abrangência de uma instalação secundária de saúde pode ser um distrito servindo uma população relativamente grande; um centro comunitário de saúde servindo as necessidades de saúde de um subdistrito com somente 5 a 10 vilas; e num nível mais baixo, um agente comunitário de saúde numa vila ou subdivisão de uma vila como parte de sua área de abrangência.

Assim, os limites da área de abrangência podem ser definidos por:

- uma unidade administrativa que pode ser baseada em área e/ou população, e.g., distrito, subdistrito, vila, etc ;
- um círculo de uma distância fixa, e.g., cinco ou oito quilômetros em torno de uma instalação de saúde;
- uma área que inclua a população-alvo para um serviço específico de APS, um grupo sócio-econômico, ou uma população geograficamente definida; ou

Definindo e  
descrevendo a  
área de  
abrangência de  
APS



- qualquer área de trabalho praticamente definida, que pode incluir serviços oferecidos em áreas vizinhas ou que seja baseada numa avaliação de utilização.

Uma área de abrangência para um programa maior de APS pode ser dividida em áreas de subabrangência para tipos diferentes de serviços de APS. Por exemplo, a área de abrangência para o componente PAI de um programa pode ser maior que a de um serviço curativo básico se o centro de saúde vizinho não tiver eletricidade de forma a fornecer serviços cirúrgicos. As áreas de subabrangência podem também ser definidas pela área onde os serviços de campo de MCH estarão mais concentrados. (pode não ser possível fornecer serviços de campo para uma grande área em virtude de problemas de transporte.)

O seguinte é um exemplo de uma planilha preenchida, que pode ajudá-lo a definir sua área de abrangência. Uma planilha em branco é fornecida no Apêndice E.

Divida em  
áreas de  
subabrangência

### Exemplo 1 : Planilha para definição da área de abrangência

---

a) Seleccione critérios para definir os limites de sua área de abrangência:

- Distância fixa de \_\_\_ km em torno da instalação de saúde
- Unidade administrativa (especifique nível e nome) Panggang(sub distrito) em Gunung Kidul (distrito)
- Grupo alvo para o serviço de APS, população sócio-econômica ou geograficamente definida
- Uma população praticamente definida(especifique por favor)

b) Defina áreas de subabrangência para os diferentes serviços:

- Atenção curativa
- MCH
- Planejamento familiar
- TB
- 

### Descreva a área de abrangência

Após a definição da área de abrangência, a equipe de APS deve identificar a população alvo residindo na área de abrangência. Por exemplo, a nível da vila, domicílios ou indivíduos serão identificados como a população alvo para componentes específicos de APS, enquanto a nível distrital a identificação incluir somente comunidades. O processo de identificação pode envolver a coleta de dados a partir de pontos existentes, tais como registros administrativos ou registros de domicílios (descritos mais tarde neste



módulo), ou pode requerer a coleta de dados através de levantamentos comunitários (Módulo 2 e Passo 2 deste módulo).

Informações sobre uma área de abrangência de nível vila/comunidade, devem incluir:

- número de domicílios ou indivíduos residentes na área
- composição dos domicílios (ou características dos indivíduos, incluindo idade, sexo, grupo étnico, mortalidade, morbidade, incapacidade)
- fatores sócio-econômicos tais como ocupação, renda, nível educacional
- serviços (água, instalações sanitárias, eletricidade, telefone, televisão)
- atividades sociais
- dimensão e características do terreno na área, condição das estradas e casas

### Exemplo 2 : Planilha para descrição da área de abrangência

Nível	Informações	Fontes de dados
Nível distrital	Nº de instalações	Instituições governamentais
	Nome das instalações	Instituições governamentais
Nível da instalação	Nome das vilas	Registros das vilas
	Nº das vilas	Registros das vilas
	Localização das instalações	Registros das vilas
	Dimensão e condições do terreno	Observações
Nível vila	Nº de domicílios	Registros dos domicílios
	Posição dos domicílios	Registros dos domicílios
	Fonte de renda	Levantamentos comunitários
	Níveis educacionais	Levantamentos comunitários
	Religião/etnicidade	Levantamentos comunitários
	Condição das casas/ estradas	Entrevistas e observações
	Distância à instalação de saúde	Entrevistas e observações

Para áreas maiores de abrangência você pode necessitar agregar os dados para diversas vilas ou comunidades e incluir informações adicionais tais como:

- malha viária, distâncias, disponibilidade e custo dos transportes
- diferenças sociais entre as populações (e.g., mobilidade das mulheres)
- indústria, agricultura e ambiente
- listas das comunidades/vilas



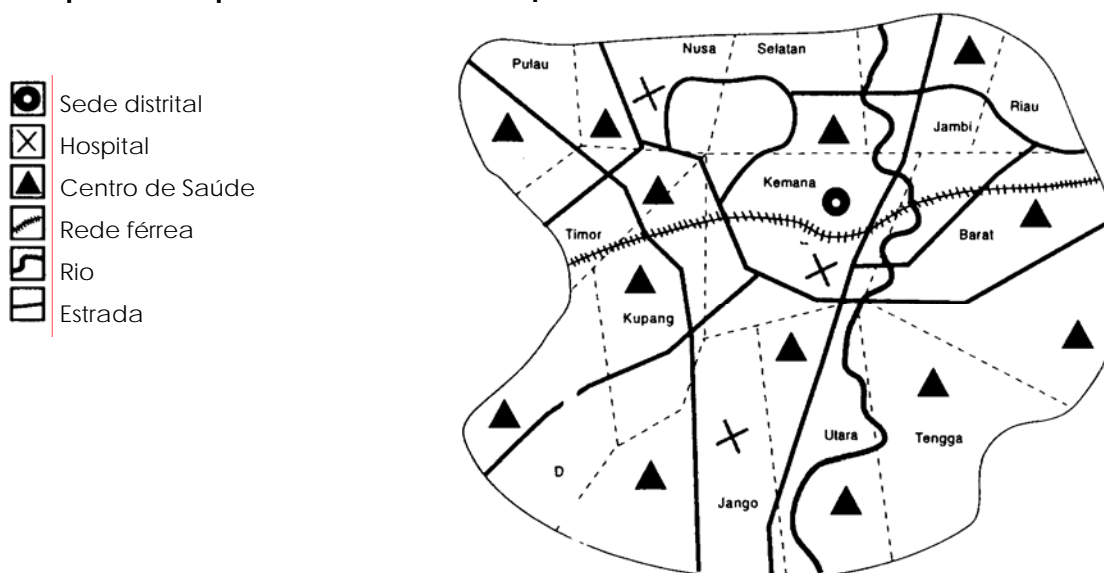
O precedente é um exemplo de uma planilha que pode ajudá-lo a descrever sua área de abrangência. Uma planilha em branco pode ser encontrada no Apêndice E. O exemplo ilustra os tipos de informação que podem ser necessárias para determinar os grupos-alvo e planejar as atividades de APS para área de abrangência subdistrital.

### Faça mapas da área de abrangência

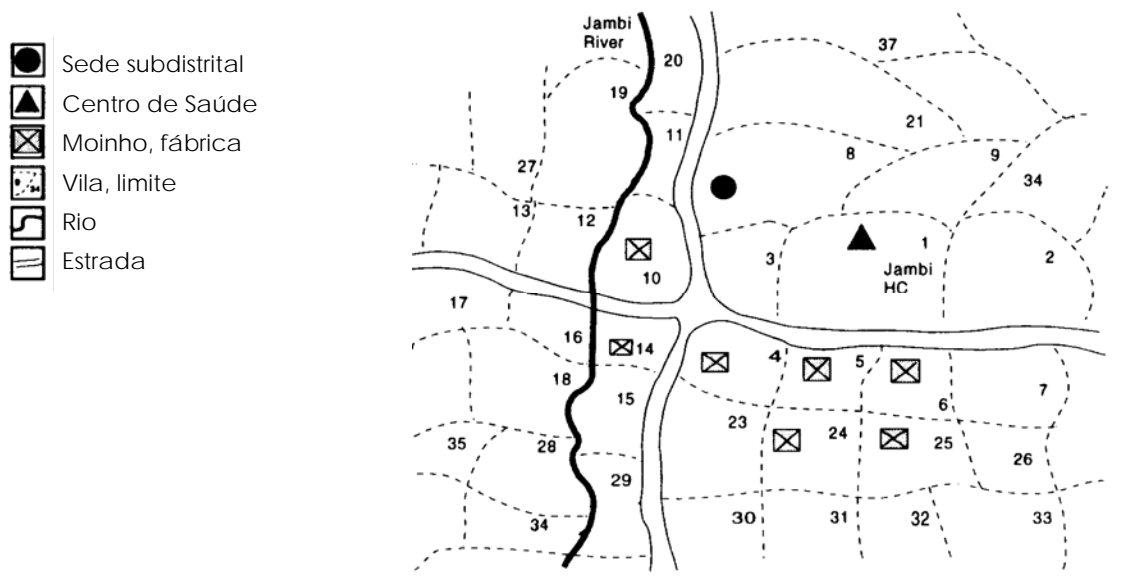
Você pode usar mapas para planejar a distribuição das tarefas, conduzir levantamentos, monitorizar serviços, e determinar os parâmetros físicos da cobertura dos serviços. Mapas podem ser desenhados para diferentes níveis do sistema de prestação de serviços:

**Mapa A** A **nível distrital**, mostrando os limites dos subdistritos e as áreas de abrangência das instalações, a localização da sede distrital e vilas circunjacentes, instalações de saúde e suas áreas de abrangência, e os principais pontos da infra-estrutura do distrito (veja exemplo 3). O mapa A está freqüentemente disponível nas instituições governamentais e pode ser usado para ilustrar um esquema global para o planejamento de um programa de APS.

#### Exemplo 3 : Mapa nível distrital - Mapa A



### Exemplo 4 : Mapa nível instalação de Saúde - Mapa B



#### Mapa B

A **nível instalação de saúde**, mostrando a área de abrangência para uma instalação isolada de saúde com as comunidades/vilas circunjacentes (veja exemplo 4). O mapa B é particularmente importante para planejar as atividades para um programa de atenção à saúde baseado na comunidade, ou um serviço de campo. Diversos mapas podem ser feitos da área de abrangência para uma instalação sanitária ilustrando as áreas de subabrangência para grupos- alvo diferentes ou serviços de APS diferentes

#### Mapa C

A **nível comunidade/vila**, mostrando uma única comunidade ou vila com ruas, casas, serviços tais como um posto de saúde ou clínica privada, pontos de água, áreas de despejo de dejetos, e escolas (veja o exemplo 5). Se atribuir um número às casas de antemão, então esses números podem também ser colocados no mapa.

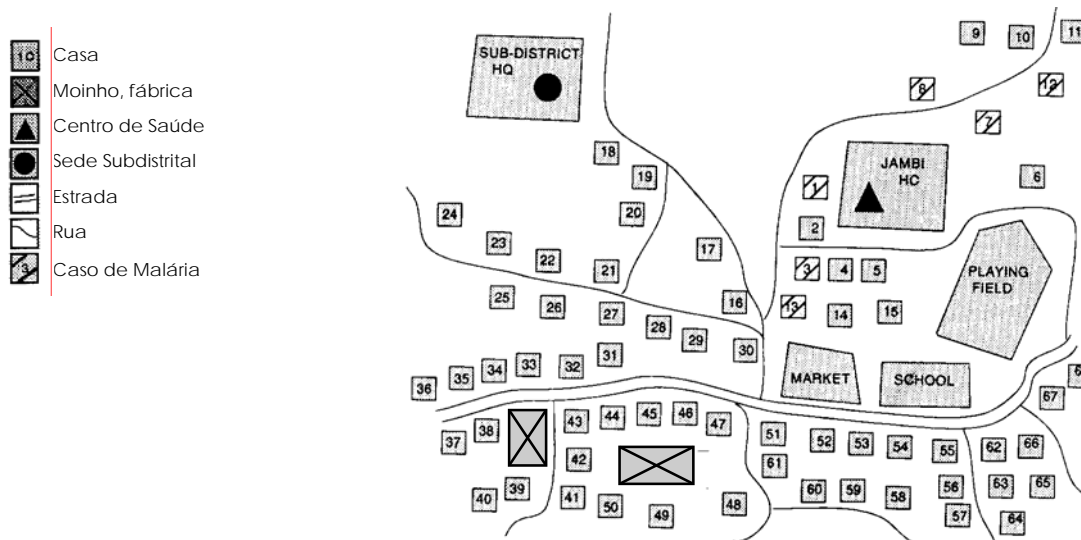


O mapa C deve ser fácil de fazer e compreender. Os agentes comunitários podem frequentemente aprender a desenhar mapas de suas próprias vilas/áreas de abrangência. Entretanto, isto frequentemente significa que não se deve exigir muito da qualidade desses mapas. As distâncias, por exemplo, podem não ser representadas de maneira precisa. O mapa C é útil a nível local para identificar domicílios ou indivíduos que necessitam de serviços em particular, e para desenvolver um plano de trabalho casa-a-casa para o agente comunitário de saúde. Novamente, a este nível, pode ser útil usar mapas diferentes da mesma área de abrangência para ilustrar diferentes necessidades ou serviços. Os agentes de saúde pode colocar alfinetes de cores diferentes neste mapa para indicar domicílios de alto risco a fim de fornecer melhores cuidados à saúde com mais equidade. Alfinetes vermelhos, por exemplo, poderiam ser usados para indicar crianças desnutridas, azuis para indicar crianças sem imunização ou parcialmente imunizadas. Verdes para mostrar as gestantes de alto risco, etc. Os marcadores escolhidos, entretanto, devem ser apropriados às circunstâncias locais e usados de maneira fácil de ser compreendida.

Usando  
diferentes  
mapas

A elaboração eficaz de um mapa requer que a informação sobre as características geográficas, a localização do marcos ou prédios, e as distâncias, sejam representadas da maneira mais precisa.

### Exemplo 5 : Mapa nível comunidade/vila - mapa C



Uma escala deve ser usada para indicar a relação entre as distâncias mostradas no mapa e as distâncias reais, e.g., 1 cm no mapa = 1 km na distância real. Além disso, a legenda do mapa (Símbolos e cores representando as estruturas, acidentes geográficos ou limites administrativos) deve ser reconhecível e consistente. Você pode se reportar ao Apêndice A para uma lista ilustrativa de legendas de mapas.

Freqüentemente, pode não ser possível obter as proporções exatas ou as localizações exatas das ruas ou comunidades menores. O mais importante é que o mapa seja bom o suficiente para definir a localização relativa dos aglomerados, ou grupos de comunidades, e suas principais vias de acesso.

Os mapas devem ser modificados periodicamente para incluir novas instalações, casas, ou outras características identificadas após se trabalhar num longo período numa determinada área.

Baseado nas planilhas para definir e descrever a área de abrangência (exemplos 1 e 2) e Apêndice A (exemplos de legendas para a execução de mapas), você deve ser capaz de criar um mapa útil de sua área de abrangência.

### **Faça um registro das comunidades /vilas**

Para uma área maior de abrangência, você deve desenvolver um registro de comunidade ou vila que forneça uma lista das comunidades/vilas e o tamanho da população; grupos étnicos, religiosos, ou sociais; e instalações de saúde que servem essas áreas. Se a pessoa responsável pelo registro for analfabeta, um registro pictórico pode ser desenvolvido.

A planilha ilustrada no exemplo 6 pode ajudá-lo a determinar que informação deve ser incluída num registro de vila ou de comunidade. Uma planilha em branco é fornecida no Apêndice E.

### **Faça um registro dos domicílios**

Um registro de domicílios a nível comunitário pode ajudá-lo ou a seu agente comunitário de saúde a identificar indivíduos ou grupos sub atendidos com necessidade de um tipo específico de serviço (e.g., vacinação para uma faixa etária em particular). Você deve coletar os seguintes tipos de informação de cada domicílio: idade e sexo de cada membro, necessidades de saúde dos vários membros, outras características dos membros do domicílio, tais como educação, renda, acesso à água e saneamento, etc. Um exemplo de um registro padrão domiciliar simples e dos tipos de informação que ele deve conter é apresentado no exemplo 7.

Coletando  
informações de  
cada domicílio





### Exemplo 6 : Registro de vila

Distrito: Pakhowal						Subdistrito: Juhu				
S. N°	Vila	N° de domicílios	População	Líderes locais	Voluntários de saúde	Problemas de saúde		Distância à instalação de saúde (Km)	Transporte público disponível	Outras observações
						Prioridades	Sendo atendido			
1.	Anderi	150	1.000	Nasir	Nazima	Saneamento precário	sim	10	sim	É necessário educação
2.	Balowai	20	750	Aziz	Noor	Baixa imunização TB, parasitas	sim	15	não	ACS inativo
3.	Sapur	172	1.500	Kasim	Roshan		não	5	sim	É necessário educação
4.	Deogha	93	1.200	Ramsan	Amina	Baixa imunização Saúde mat-inf.	sim	8	sim	Há necessidade de se treinar PT local
5.	Jalma	210	1.075	Mehndi	Sumi	Baixa imunização	sim	2	sim	Registro domiciliar deve ser atualizado
6.	Hamsa	95	450	Rustam	Naseem	Hepatite B	sim	5	sim	É necessário educação
7.	Sahan	80	900	Munwar	Bano	Baixa imunização	sim	3	sim	Atualizar o registro de domicílios, treinar ACS
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										



**Exemplo 7 : Registro de domicílio**

Setor / casa / domicílio : 02/90/1/2 Nome do cabeça do domicílio : Mohammad Hossain Renda do domicílio : 3000					Data do registro : 23/07/1989 Ocupação : Funcionário público Nome do centro : Grax			
ID N°	Nome	Nome do pai ou do marido	Data de nascimento/idade*	Sexo M/F	Problema crônico de saúde	Data da morte	Migração	Observações
D1	Hasan Ali	M. Ali	- 1926	M	TB			
D2	Bibi Masyam	Hasan Ali	11-1929	F				
F	M. Hussain	Hasan Ali	30-09-1948	M				
M	Sakina	M. Hossain	23-06-1950	F				
C1	Sikundar	M. Hossain	01-03-1967	M				
C2	Laila	M. Hossain	24-04-1968	F			26-06-1990	Partiu para a Arábia Saudita
C3	Zainab	M. Hossain	19-05-1970	F		20-09-1970	05-04-1989	Deixou a família após o casamento
C4	Khalid	M. Hossain	21-01-1974	M				
C5	Seema	M. Hossain	15-02-1976	F				
C6	Zahail	M. Hossain	17-09-1980	M				
C7	Naila	M. Hossain	30-07-1984	F				
C8	Aaman	M. Hossain	06-02-1986	M				
					Perfil de risco do domicílio		Pontuação se presente	Pontuação
					Pelo menos 1 filho menor de 1 ano		1	
					> 2 mortes infantis nos últimos 5 anos		2	
					> 2 crianças com menos de 5 anos		1	
					mulheres analfabetas		2	2
					restrição à mobilidade das mulheres		1	1
					presença de casos de tuberculose		1	1
					baixa renda familiar		1	
					instalação sanitária usada de maneira inapropriada ou não usada		1	
* Liste o membro mais velho da família em primeiro lugar e o mais jovem da família em último lugar.								



Você pode determinar a dimensão da população alvo para serviços específicos de APS compilando as informações desses registros. Usando esses registros, você deve ser capaz de calcular o número de crianças que precisam de imunização, o número de mulheres que precisam de pré-natal, etc num dado ano. Entretanto, se você não conseguir desenvolver registros domiciliares em algumas áreas por causa da dispersão das vilas e comunidades, você deve estimar a dimensão da população alvo. Por exemplo, dados de levantamento demográfico ou censitários de uma área ou país podem ser usados para a estimar a proporção de pessoas nas várias faixas etárias; e essas proporções podem ser aplicadas à população total para estimar a pirâmide etária populacional da área.

---

**Exemplo** : Um levantamento demográfico da área rural do Paquistão forneceu as seguintes estimativas globais para a área:

- crianças < de 5 anos = 15% da população total
- crianças < de 2 anos = 6% da população total
- mulheres casadas = 20% da população total
- mulheres grávidas = 15% das mulheres casadas

Essas porcentagens foram multiplicadas pela população da área de abrangência da instalação de saúde Dhabeji (cerca de 25.000). Assim a população alvo estimada

- crianças < de 5 anos =  $25.000 \times ,15 = 3.750$
  - crianças < de 2 anos =  $25.000 \times ,06 = 1.500$
  - mulheres casadas =  $25.000 \times ,2 = 5.000$
  - mulheres grávidas =  $5.000 \times ,15 = 750$
- 

## **Passo 2 : Identificar as necessidades comunitárias e os recursos disponíveis**

**Pule este passo se :**

- *Seu programa já priorizou os problemas de saúde e identificou os grupos de alto risco*
- *Você já completou o Módulo 1 e/ou Módulo 2, e identificou as necessidades comunitárias.*



**Reveja este passo se:**

- Você não identificou as necessidades comunitárias
- Você não avaliou os serviços de saúde existentes
- Você deseja determinar os recursos disponíveis

O objetivo deste passo é identificar as necessidades comunitárias baseadas em informações obtidas de registros e levantamentos, assim como de entrevistas com membros da comunidade, para determinar suas percepções. Além disso, este passo também aborda a identificação de recursos que ajudarão no fornecimento de melhores serviços. Essas necessidades e recursos disponíveis podem ser definidos a partir de :

- o status sanitário da comunidade em termos de ocorrência de doença e morte,
- fatores que contribuem para esses resultados, e.g., aglomeração, saneamento, falta de suprimento de água, analfabetismo,
- a qualidade e adequação dos serviços de saúde existentes sendo fornecidos na área,
- recursos disponíveis, tais como instalações, mão de obra , transportes, etc, necessários para a provisão efetiva e eficiente da atenção à saúde.

Subpassos para identificar as necessidades comunitárias e os recursos disponíveis são descritos abaixo.

- Selecione indicadores
- identifique as fontes de informação
- desenvolva um instrumento de levantamento

**O passo 1** ajudou a definir e a descrever a área de abrangência, a desenvolver um mapa da área e a compilar informações para um registro domiciliar de uma comunidade/vila. Esta informação o ajudará quando você passar ao passo 2.

**O passo 2** o ajudará a coletar os dados necessários para determinar as necessidades de saúde da comunidade e os recursos existentes que podem usados para o fornecimento dos serviços de APS.

**Selecione indicadores**

A primeira coisa que você precisará fazer é determinar que indicadores são necessários para avaliar o status sanitário da comunidade. Esta informação o ajudará a prosseguir juntamente com a equipe de APS e a comunidade, na definição de prioridades e na determinação de estratégias para o fornecimento de cuidados de saúde efetivos e equânimes.



Esses indicadores caem em duas amplas categorias: 1) indicadores que refletem o status sanitário da população e 2) indicadores que refletem as necessidades percebidas da comunidade, que podem freqüentemente se mostrar contrárias ao que os outros dados vão mostrar.

As necessidades percebidas de um comunidade são freqüentemente diferentes daquelas indicadas por outros dados. As informações que você necessitará selecionar pertencem à seguinte lista:

1. Problemas de saúde
2. Informações demográficas
3. Fatores de risco
4. Serviços de saúde existentes e recursos disponíveis

**Indicadores dos problemas de saúde.** Esta categoria trata primariamente das estatísticas de doença(morbidade) e morte(mortalidade). Você precisa caracterizar os problemas de saúde em termos de **QUEM** é afetado , **QUANDO** a pessoa foi afetada, e **ONDE** aconteceu. Essas características podem ser traduzidas em índices que o ajudam a analisar a situação atual. Elas também servem como uma linha de base com a qual avaliar as intervenções futuras de APS. Além disso, esta informação pode ser apresentada na forma de taxas(veja Módulo 5 para detalhes de taxas, fórmulas, e exemplos)para facilitar as comparações no tempo e entre áreas geográficas. Exemplos desses indicadores são:

- freqüência simples daqueles afetados por uma doença em particular
- percepções comunitárias do que eles consideram ser importantes problemas de saúde.
- taxas de prevalência, preferencialmente por idade e sexo
- taxas de mortalidade, e.g., taxa de mortalidade global(CDR), taxa de mortalidade infantil (IMR), taxa de mortalidade dos menores de 5 anos, taxas de mortalidade por causa específica, etc.

Se você estiver interessado "em definir um sistema de vigilância permanente(ou temporário) para monitorizar as mudanças na morbidade e na mortalidade, veja o Módulo 4.

Exemplos de indicadores



**Indicadores demográficos.** Esta categoria inclui a composição da população, e.g., o número total de pessoas na comunidade, preferencialmente com distribuição por idade e sexo. Uma vez que tanto as distribuições por sexo - idade quanto as relações entre sexos são refletidas no comportamento reprodutor, nas taxas de exposição às doenças e nas taxas de morte, ambos os fatores precisam ser considerados para se determinar as necessidades comunitárias. Os dados devem ser analisados por grupo etário. Categorias úteis incluem : menos de 1 ano (lactentes do primeiro ano), crianças entre 1 e 4 anos, pessoas entre as idades de 5 e 14, 15 e 44, e aquelas com 45 anos ou mais

Divida os dados por grupos etários e sexo

Dados sobre o número de nascimentos e mortes também são importantes. Os dados sobre nascimentos são necessários para determinar o nível de fertilidade da área, enquanto o número de mortos reflete o status sanitário e os serviços de saúde da área. As taxas mais importantes são:

- Taxa global de natalidade (CBR)
- Taxa global de mortalidade (CDR)
- Taxa total de fertilidade (TFR).

Determine que indicadores são necessários

O crescimento da população pode ser calculado a partir da taxa de aumento natural(nascimentos menos mortes) e o resultado líquido da migração(chegada de migrantes menos? saída de migrantes). Elas chamam a atenção de uma equipe de APS para problemas futuros em virtude de um aumento da população.

Uma nota de cautela: você precisa ter uma população relativamente grande - pelo menos 50.000- para calcular taxas precisas. Veja o Módulo 2 ou o Módulo 4 para uma discussão.

**Fatores de risco.** Um fator de risco é uma característica pertencente a indivíduos ou grupos associada com uma chance aumentada de uma evolução indesejável tal como doença ou morte. Fatores de risco podem ou indicar a possibilidade de uma tal evolução ou a provocarem diretamente e formam parte de uma cadeia que leva à doença ou à morte. Esses fatores de risco podem ser susceptíveis de modificação, circunstância em que a incidência de uma doença cairá. Entretanto, alguns fatores de risco tais como idade, não podem ser modificados e, portanto, requerem maior cuidado (veja Apêndice B para detalhes sobre fatores de risco).

O impacto que um certo fator de risco pode ter na determinação do status sanitário de um indivíduo ou de uma comunidade pode ser medido comparando-se a probabilidade do evento indesejável na



**presença** do fator de risco com a probabilidade deste evento na **ausência** do fator de risco. Esta medida é chamada risco relativo. Freqüentemente em programas de saúde é também necessário determinar o risco atribuível. O risco atribuível é a magnitude do risco que pode ser somente atribuída ao fator de risco e que diminuiria na ausência do fator de risco.

Em alguns casos, um evento para um fator de risco pode ser considerado um fator de risco para um outro evento. Por exemplo, pobreza(fator de risco) está associada com baixo peso ao nascer (evento). Baixo peso ao nascer por sua vez poderia agir como um fator de risco para morte infantil(evento). Um fator de risco também pode estar associado com diversos eventos, e.g., baixo peso ao nascer é um fator de risco para lactentes desenvolvendo diarreia assim como para morte infantil.

Os fatores de risco são assim categorizados nos seguintes grupos:

- **Ambientais:** Esses fatores pertencem à vizinhança de um indivíduo, e.g., saneamento precário, seca, falta de água, falta de acesso a água limpa, tipo de estrutura da casa.
- **Biológicos:** Esses fatores são intrínsecos ao indivíduo, e.g., idade, má absorção, desnutrição, infecções, imunidade diminuída, anormalidades de desenvolvimento, altura materna.
- **Sócio-econômicos:** Estes fatores pertencem à renda, status social da mulheres, educação, emprego, etc. Alguns dos mais importantes são pobreza, analfabetismo, famílias grandes, e mães que trabalham fora.
- **Comportamentais:** Esses fatores são primariamente determinados por crenças culturais e/ou religiosas, tais como preferência masculina, crenças locais relativas à causa e tratamento de doenças, práticas nutricionais locais e casamento em idade precoce.
- **Relacionada aos cuidados de saúde:** Alguns dos mais importantes são serviços de saúde inacessíveis, programas inapropriados, qualidade precária da atenção à saúde, falta de disponibilidade e/ou alto custo de suprimentos e remédios.

### **Serviços de saúde existentes e recursos disponíveis.**

As informações incluídas nesta sessão tratam do tipo e quantidade de serviços de saúde sendo fornecidos, e.g., clínicas curativas, número de centros de APS, número de instalações terciárias. Além disso, o conhecimento daqueles que fornecem a saúde tais como as PT, médicos, dispensadores, etc, ajuda na determinação da relação entre os fornecedores dos serviços de saúde e a população.

Alguns fatores de risco não podem ser alterados



Avaliando a  
qualidade dos  
serviço de saúde

Estão incluídas nessa sessão informações sobre como avaliar a qualidade dos serviços de saúde sendo fornecidos, acesso aos serviços de saúde em termos de distância, e disponibilidade de suprimentos, e.g., vacinas, remédios, suprimentos cirúrgicos. A percepção da comunidade referente à disponibilidade, acessibilidade, qualidade dos serviços, etc, também é extremamente importante e não pode ser subestimada, uma vez que os membros da comunidade são, afinal, os clientes desse serviço.

Além dos serviços de atenção à saúde e provedores, também é importante garantir outros recursos tais como transportes disponíveis e outros recursos humanos, e.g., professores que possam ser utilizados para o fornecimento de cuidados à saúde da comunidade.

### Identifique as fontes de informação

Você precisa obter informações para os índices. Essas informações podem ser encontradas em: 1) fontes existentes de dados, 2) entrevistas com as pessoas, 3) observação.

**Fontes existentes de dados:** Um grande volume dos dados necessários pode ser obtido a partir de registros hospitalares e de clínicas, registros nacionais, resultados de levantamentos prévios, registros domiciliares (descritos no Passo 1), etc

Garantindo outras  
fontes de dados

**Entrevistas:** A fonte neste caso é o povo da comunidade, e as informações podem ser obtidas deles através de :

- levantamentos conduzidos através de entrevistas estruturadas com todos, ou amostras representativas da comunidade (veja Módulo 2 para sugestões para preparar e conduzir levantamentos comunitários)
- Entrevistas com pequeno número de pessoas particularmente representativas da comunidade (informantes-chave).

**Observação:** Grande parte dos dados também podem ser coletados a partir da observação do ambiente e do comportamento das pessoas da comunidade. Isto é especialmente necessário para dados sobre itens sensíveis como a limpeza de domicílios, status sócio-econômico, etc.





## Exemplo 8 : Planilha para determinar os indicadores e a fonte dos indicadores

Indicadores	Fonte
<b>1. indicadores do status sanitário</b>	
morbidade clínica	registros clínicos/hospitalares
taxas de prevalência	levantamento comunitário
taxas de morbidade específicas para a idade	levantamento comunitário
freqüência de causa de morte	autópsia verbal
taxa de mortalidade específica por causas	levantamento comunitário autópsia verbal
<b>2. Indicadores demográficos</b>	
distribuição por idade	levantamento comunitário
Relação de sexos	registros dos domicílios das vilas levantamento comunitário
CBR	registros dos domicílios das vilas levantamento comunitário
DCR	registros dos domicílios das vilas levantamento comunitário registros dos domicílios das vilas
<b>3. Fatores de risco</b>	
Biológicos	
desnutrição	cartão da criança
status de imunização	cartão da criança
Ambientais	
água	observação
saneamento	observação
Sócio-econômicos	
índice de alfabetizados	levantamento comunitário
Comportamentais	levantamento comunitário
<b>4. Relacionados aos serviços de saúde</b>	
Quantidade	levantamento da instalação
Qualidade	levantamento da instalação
Acessibilidade	
distância	levantamento comunitário
custos	levantamento comunitário

A fonte a ser usada depende de : 1) recursos e; 2) o estágio do programa. Por exemplo, se você quer determinar as necessidades comunitárias mas não consegue conduzir um levantamento comunitário você pode usar os registros existentes como sua fonte de dados. Se seu programa já estiver instalado, você facilmente conseguirá obter informações geradas a partir de relatórios periódicos. O exemplo 8 é uma planilha que pode ajudá-lo a determinar os indicadores e a fonte dos indicadores. Um modelo de planilha em branco é fornecido no Apêndice E.



## Desenvolva um instrumento de levantamento

Você também vai necessitar de informações detalhadas sobre a comunidade, os serviços de saúde fornecidos e os recursos presentes, os quais não podem todos ser obtidos dos registros. Para planejar os programas de APS você necessitará conduzir um levantamento (veja Módulo 2) para conseguir informações relativas:

- à comunidade, e
- às instalações de saúde.

Questionários, tais como aqueles do Apêndice C, podem ser projetados para fornecer informações cobrindo os indicadores que você selecionou. Estes questionários podem ser modificados para se adequar às suas necessidades. Modelos de questionários no Módulo 2 podem ser usados através de um método mix-and-match\* para fornecer o instrumento de levantamento necessário. O Módulo 2 também fornecerá detalhes sobre como analisar os dados que você obtiver nesses levantamentos.

Modifique os questionários para adaptá-los às suas necessidades

### Passo 3: Defina prioridades e identifique grupos de alto risco

**Pule este passo se :**

- *Você conhecer a demanda por instalação ou provedor*
- *Você tiver atividades com base na clínica, e de campo, bem planejadas*

**Reveja este passo se:**

- *Você não identificou os problemas de saúde prioritários*
- *Seu programa não tiver um modo de identificar indivíduos ou famílias de risco*

O objetivo este passo é ajudar na definição de prioridades entre os problemas de saúde, e na identificação dos grupos de risco de forma que os programas de APS possam: 1) fornecer cuidados equânimes de saúde, e/ou; 2) aumentar a frequência dos serviços para aqueles com maior necessidade. Os subpassos para definição de prioridades e identificação de grupos de alto risco são descritos abaixo.

- Defina prioridades entre os problemas de saúde

\* Misturar e combinar várias fontes para produzir uma nova (N.T.).



- Determine os fatores de risco
- Defina prioridades para os fatores de risco identificados
- Identifique os grupos-alvo e os grupos de alto risco
- Use fatores de risco para monitorizar os grupos de alto risco

### **Defina prioridades entre os problemas de saúde**

Agora que você atravessou o processo de identificação dos problemas de saúde da comunidade (Passo 2) você tem algumas informações básicas em termos do padrão de doenças prevalentes na área e fatores de risco prevalentes. Seu próximo passo, portanto, é trabalhar com a equipe de APS junto com a comunidade, para priorizar os problemas de saúde.

Um método de definir prioridades entre os problemas de saúde (exemplo 9) é baseado em critérios tais como;

- gravidade da doença (e.g., em termos de mortalidade, incapacidade)
- prevalência da doença
- factibilidade do controle i.e., tecnologia disponível, custos, restrição de recursos
- aceitação comunitária no que diz respeito às suas percepções e demanda.

A cada critério pode se atribuir uma pontuação de 1 a 4 (ou qualquer outra escala que você escolha). As pontuações para os diferentes problemas de saúde são tabulados usando-se adição ou multiplicação, e então comparados, e as prioridades definidas. A multiplicação pode resultar numa pontuação mais sensível para comparação entre os problemas de saúde, se a adição resultar em pontuações iguais para diferentes problemas de saúde (e.g., desnutrição, câncer e AIDS = 10). Assim, de acordo com as pontuações multiplicativas do exemplo 9, a diarreia é classificada com prioridade mais alta seguida por desnutrição, AIDS, e câncer. Um formulário em branco desta planilha pode ser encontrado no Apêndice E.

Tabulando as pontuações

### **Determine os fatores de risco**

Você agora precisa determinar os fatores de risco associados com os problemas de saúde que você decidiu enfatizar. Você observará que a identificação dos fatores de risco ajudará a desenvolver estratégias apropriada para promoção de saúde, prevenção de doença, e redução de morbidade, incapacidade e mortalidade em grupos de alto risco.



A fim de usar o enfoque de risco em seu programa de APS, você pode fazer uso dos fatores de risco determinados por:

- pesquisa anterior
- análise de dados do seu local de programa.

Como mencionado acima, muitos fatores de risco têm sido identificados e cuidadosamente documentados e estão facilmente acessíveis na literatura. Por exemplo, seu levantamento pode ter identificado a desnutrição como um problema de saúde que foi mais tarde colocado no topo da lista de prioridades. Os dados obtidos por você a partir da área de abrangência, podem indicar que pobreza, analfabetismo, saneamento precário, e falta de instalações para pré-natal são fatores de risco potenciais. Uma revisão da literatura e conhecimento prévio o ajudarão a decidir se esses são fatores de risco que você deve considerar no processo de definição de prioridades. O Apêndice B (veja também o exemplo 10 para os fatores de risco de desnutrição) fornece fatores de risco para alguns problemas de saúde. Neste Apêndice, os fatores de risco para doenças selecionadas estão tabulados. Entretanto, deve-se ter cuidado e deve-se fazer uma monitorização crítica ao aplicá-los a seu programa de APS.

Em certas situações você pode sentir que está equipado para determinar a magnitude do risco associado a um fator. Neste caso você pode desejar calcular o Risco Relativo (RR) e Risco Atribuível (RA) (veja Apêndice B). Em função da variabilidade dos fatores de risco entre as comunidades, as informações devem ser coletadas (veja Módulo 2 e Módulo 3 - Passo 2) de forma a identificar os fatores de risco relevantes.

Identificando os  
fatores risco

### Exemplo 9 : Planilha para definição de prioridades entre os problemas de saúde

Problemas de saúde	Prevalência	Gravidade	Possibilidade de controle	Aceitação Comunitária	Pontuação Aditiva	Pontuação Multiplicativa (x)
Desnutrição	3	3	3	2	11	54
Diarréia/ Desidratação	3	4	2	4	13	96
Câncer	1	4	1	4	10	16
AIDS	2	4	1	3	10	24



### Exemplo 10 : Fatores de risco para desnutrição

Biológicos	Ambientais	Sócio-econômicos	Comportamentais	Relacionados aos cuidados da saúde
<b>Desnutrição</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Idade</i></li> <li>• <i>má absorção</i></li> <li>• <i>infecções</i></li> <li>• <i>distúrbios nutricionais relativos à gravidez</i></li> <li>• <i>infecções e doenças durante a gravidez</i></li> <li>• <i>imunidade intestinal diminuída em virtude da falta de aleitamento materno</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>condições insalubres</i></li> <li>• <i>seca</i></li> <li>• <i>desertificação</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Pobreza</i></li> <li>• <i>Analfabetismo</i></li> <li>• <i>Grandes famílias</i></li> <li>• <i>Mães trabalhando</i></li> <li>• <i>Violência/guerra</i></li> <li>• <i>Falta de vontade de pesar as crianças em virtude da crença em mau olhado</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>alimentar os meninos antes das meninas</i></li> <li>• <i>preferência pelos adultos na distribuição da comida</i></li> <li>• <i>Falta de vontade de pesar as crianças em virtude da crença em mau olhado</i></li> <li>• <i>atribuir a desnutrição a causas sobrenaturais e não relacionadas a alimentação</i></li> <li>• <i>amamentar os meninos por mais tempo que as meninas</i></li> <li>• <i>dieta</i></li> <li>• <i>inatividade, tabagismo, etc.</i></li> <li>• <i>crenças dietéticas</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>pré-natal ausente ou inapropriado</i></li> <li>• <i>instalação de saúde distante</i></li> <li>• <i>drogas</i></li> <li>• <i>falta de fármacos e equipamento diagnóstico</i></li> <li>• <i>outras doenças não tratadas</i></li> <li>• <i>uso inadequado dos serviços</i></li> </ul>



### **Defina prioridades para os fatores de risco identificados**

Você agora terá que definir prioridades para os fatores de risco identificados através de um processo semelhante aquele usado quando você definiu prioridades entre os problemas de saúde. Os mesmos critérios também podem ser usados aqui, com algumas modificações;

- gravidade do fator em termos de magnitude do risco (i.e., risco relativo e risco atribuível)
- prevalência do fator de risco
- possibilidade de controle (i.e., tecnologia disponível, custo, restrições de recursos)
- aceitação comunitária com respeito às suas percepções e demandas.

Aqui também, você precisará associar a cada fator de risco uma pontuação para cada critério, e então calcular os resultados totais por adição ou por multiplicação. Você então vai comparar os resultados para obter as prioridades para os fatores de risco.

### **Identifique os principais grupos-alvo e grupos de alto risco**

Após definir os problemas de saúde e os fatores de risco para sua população abrangida, você precisará identificar os indivíduos ou domicílios na área de abrangência que serão o alvo de seus serviços de APS, assim como aqueles com maior risco de doença e morte.

A identificação dos grupos-alvo prioritários e a dos grupos de alto risco estão muito relacionadas. Grupos-alvo são determinados a fim de se concentrar as atividades nas *pessoas que necessitarão do serviço*. Identificar os grupos de alto risco ajuda a *reconhecer aqueles indivíduos (domicílios/comunidades) com maior risco de doença ou morte, cujo potencial para estes eventos possa ser diminuído se eles estiverem identificados através de estratégias específicas voltadas para a redução dos fatores de risco*. Por exemplo, os grupos-alvo identificados podem ser mães com crianças abaixo de 5 anos que são mais vulneráveis. Neste caso o grupo de alto risco seria o daquelas crianças abaixo de 5 anos que estiveram perdendo peso por 3 meses consecutivos.

Você vai notar que a identificação de todos os indivíduos/domicílios dos grupos-alvo é relativamente fácil se estes grupos forem definidos por idade, sexo, localização, ou outros critérios demográficos comumente conhecidos. Você pode obter esta informação através dos registros de domicílios mantidos pelos agentes comunitários de saúde ou líderes comunitários. Se não



houver registros domiciliares, outros meios tais como levantamentos, revisão de registros administrativos, ou entrevistas com pessoas chaves podem ser usados.

Você pode usar os fatores de risco de diversas maneiras para identificar os indivíduos ou domicílios. Por exemplo, o cartão de registro de saúde materna do Paquistão tem um mecanismo embutido que identifica riscos e que tria gestantes e crianças abaixo de 3 anos com alto risco.

Obtenha  
informações a  
partir dos  
registros  
dos domicílios

### Modelo do Cartão de Saúde Materno Infantil do Paquistão

O cartão de saúde materno infantil projetado para uso no Paquistão é orientado para ação e enfoca a identificação dos riscos. Ele usa o enfoque de risco ao monitorizar o indivíduo. Um lado do cartão tem informações sobre a grávida, e o verso sobre a criança originária daquela gestação.

O lado materno do cartão tem 4 painéis, cada um para informações gerais, história pregressa, gestação/trabalho de parto atual, e evolução. Cada anotação tem um sinal de alerta embutido o qual consiste numa área sombreada que aponta para um fator de risco. Uma anotação nesta área em qualquer lugar do cartão torna seu portador um caso de alto risco que requer ação.

O verso do cartão é devotado à criança daquela gestação em particular e tem um painel para informações gerais relativas à criança, algumas das quais projetadas de maneira semelhante para mostrar fatores de risco (áreas sombreadas em vermelho). O restante desse lado tem uma curva de crescimento mostrando um valor discriminatório para crescimento normal e subnutrição. Abaixo dessa curva estão áreas sombreadas para marcar aleitamento artificial e desmame precoce, ambos fatores de risco para crescimento precário.

### Use fatores de risco para monitorizar os grupos de alto risco

Você pode atribuir aos domicílios uma **pontuação de risco** baseada num "perfil de risco" que indica o risco de alta morbidade e mortalidade de seus membros. Essa pontuação ajudará na identificação e acompanhamento dos "domicílios de risco". A base para a criação do perfil de risco é uma lista de fatores de risco. A lista pode ser baseada na literatura, conhecimento prévio ou experiência, e percepções locais. Um valor é atribuído com base no fato do fator de risco estar ausente(0) ou presente (1). Uma pontuação total é calculada e comparada a uma escala de graduação projetada anteriormente. Pesos podem ser usados para fatores de risco quando presentes, se julgado necessário.



Para o domicílio número 1 que tem 1 morte infantil, 3 crianças abaixo de 5 anos, uma mãe analfabeta que não tem permissão para sair de casa, renda familiar baixa, e baixo uso de instalações sanitárias, a pontuação de risco é 8. Este domicílio seria considerado do grupo de alto risco. O domicílio número 4 tem 1 criança abaixo de 5 anos, uma mãe analfabeta, e baixa renda familiar mas está incluída na categoria de baixo risco porque sua pontuação de risco é 3.

Uma vez que esses indivíduos, domicílios, ou comunidades de alto risco sejam identificados, os serviços de APS podem ser organizados de acordo com as necessidades especiais dos grupos de alto risco.

### Exemplo 11: Planilha para desenvolver os perfis de risco dos domicílios

Condições	Pontuação se presente	Domicílio n°			
		1	2	3	4
Número de mortes infantis nos últimos cinco anos					
Número de crianças abaixo da idade de cinco anos					
Mãe analfabeta					
Restrição cultural/religiosa sobre a mobilidade das mulheres					
Presença de doenças infecciosas (e.g.,TB)					
Renda familiar baixa (abaixo do nível localmente aceito)					
Falta de uso ou uso inapropriado de instalações sanitárias*					
Pontuação total de risco					

\*Pesos determinados pelo número de crianças  
 Escala de graduação: Baixo risco 0-3    Risco moderado 4-6    Alto risco >7

### Passo 4: Planeje as atividades de APS

#### *Pule este passo se:*

- *Seu programa já definiu e você tem as descrições das tarefas.*

#### *Revise este passo se:*

- *Você quer planejar atividades baseadas na comunidade, de campo, e/ou com base clínica.*
- *Você não conhece a demanda de sua instalação.*

