

ENFOQUE DE RISCO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA*

*Maria Jacyra de Campos Nogueira***

ENFOQUE DE RISCO – CONCEITUAÇÃO E IMPORTÂNCIA

Podemos conceituar como risco, em saúde, a probabilidade que tem um indivíduo, um grupo ou uma coletividade de apresentar agravo no seu estado de saúde-doença^{5, 14}.

O risco em saúde é afetado por diversos fatores denominados fatores de risco. Eles são características ou circunstâncias, detectadas em indivíduos, grupos ou comunidade, que tornam estes sujeitos à probabilidade anormal de ter, desenvolver ou ser especialmente afetado, de forma grave, por um processo mórbido. Essas características ou circunstâncias podem estar isoladas ou associadas. Em todas as sociedades existem indivíduos, grupos ou comunidades cuja probabilidade futura de agravo do seu estado de saúde-doença é maior que a dos outros. Esses indivíduos, grupos ou comunidades são denominados vulneráveis ou de risco^{3, 5, 13}.

Com o intuito de melhorar a saúde dos povos, a Organização Mundial de Saúde e os governos dos países do mundo resolveram unir-se, principalmente nas últimas duas décadas. Vários eventos, realizados em vários continentes e países, mostraram que há necessidade do setor saúde dar assistência às populações não atendidas ou sub-atendidas, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde^{10, 15, 17, 18, 21}.

A assistência primária de saúde foi escolhida como a estratégia principal, para que toda a população dos países menos desenvolvidos possa alcançar nível melhor de saúde^{15, 21}. Esses países lutam com muita dificuldade para conseguir a extensão de cobertura dos serviços de saúde, devido a vários problemas, entre eles, a escassez de recursos humanos e materiais. Uma das maneiras de utilizar racionalmente esses escassos recursos é dar prioridade a programa que atendam a grupos humanos expostos a riscos, com ativi-

* Conferência pronunciada na 36a. Reunião Anual da SBPC. Simpósio sobre "Aplicação do Enfoque de risco na assistência de enfermagem". São Paulo, 1984.

** Enfermeira. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP – disciplina Saúde da Comunidade e Enfermagem Preventiva e Comunitária.

dade que possibilitam, com maior eficiência e eficácia, a prevenção desses riscos²¹.

O conceito de risco é, então, em princípio, um dos principais meios para o estabelecimento de um sistema de assistência primária de saúde. Com o enfoque de risco pode-se concentrar a assistência às pessoas que mais necessitam e, ao mesmo tempo, melhorar a assistência sanitária a todos, pela distribuição flexível e racional de recursos⁸.

Já existem estudos que determinaram ou estão determinando os fatores de risco e os grupos vulneráveis prioritários que devem ser atendidos pelos programas de saúde e quais as ações intersectoriais necessárias. No sistema de assistência primária de saúde os programas prioritários a serem levados em consideração são aqueles que focalizam grupos biológica e socialmente mais vulneráveis, representados pelas populações rurais e urbanas marginalizadas e dentro destas, as famílias de alto risco, os trabalhadores, e, em alguns locais, os idosos. Os componentes principais desses programas, aos quais é dada ênfase nas atividades de promoção e prevenção, devidamente combinadas com as de recuperação e reabilitação, na busca de máxima eficiência e eficácia e, de acordo com o critério de áreas prioritárias e grupos humanos sujeitos a fatores de risco são, resumidamente, para a região: saúde materno-infantil e da idade avançada; saúde mental; alimentação e nutrição; saneamento básico e erradicação de vetores; imunizações; enfermidades diarreicas, respiratórias agudas, de transmissão sexual, cardíco-vasculares, degenerativas e ocupacionais; malária e outras enfermidades parasitárias; saúde dental; prevenção de acidentes e de incapacidades físicas^{10, 15, 21}.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA COM ENFOQUE DE RISCO – PROCESSO

Cabe à enfermeira comunitária, de comunidade ou de saúde pública, assistir ao ser humano, dentro da família e da comunidade, direta ou indiretamente através do pessoal auxiliar, para atender suas necessidades humanas básicas e intervir na história natural da enfermidade, em todos os níveis de prevenção^{6, 11}. A sua unidade de serviço são a família e a comunidade, embora a individualidade do ser humano seja respeitada nesses enfoques^{11, 24}.

Há necessidade de planejar, organizar e avaliar os serviços de enfermagem dentro deste prisma em nosso País. A função da enfermeira comunitária junto à comunidade e em especial, junto à família está sendo distorcida, mal interpretada. Nos serviços de saúde pública que não focalizam a família e a comunidade o pessoal de enfermagem exerce atividades predominantemente dirigidas à clientela que demanda, individualmente, as consultas médicas, cuja abordagem tem sido, na maioria das vezes, a de considerar o indivíduo fora

do seu contexto familiar e comunitário. Mas os clientes da saúde pública são a comunidade e a família^{11, 16}.

A assistência de enfermagem à família, como grupo social, tem sido, por sua vez, muito menor que a assistência à comunidade. As modificações da vida moderna produziram modificações que jamais haviam sido previstas nas necessidades sanitárias e na necessidade de maior cobertura dos serviços de saúde. A visitação domiciliária, método excelente para identificar problemas familiares, planejar e executar a assistência de enfermagem comunitária ficou prejudicada devido não só à necessidade de extensão de cobertura mas, principalmente, à escassez de recursos em quantidade e qualidade¹⁶.

A família é uma das instituições sociais mais antigas e mais fortes. Seus membros compartilham riscos genéticos, do meio ambiente e de comportamento, ou estilos de vida. Devido às interações e dependência de seus membros, entre si, ela funciona como unidade na saúde e na doença; os fatores que influem em um de seus membros afetam os demais em maior ou menor grau^{11, 13, 16, 24}. Como unidade de serviço da enfermagem comunitária, a família não deve ser abandonada; fazendo-se necessário o emprego de métodos que permitam a prestação de assistência a pequenos grupos de famílias e à organização de consultas de enfermagem com enfoque familiar¹⁶.

Para que os serviços de enfermagem possam, ainda, ter maior extensão de cobertura, com melhor utilização dos recursos disponíveis, a enfermeira necessita planejar seu trabalho sob o enfoque de risco e dirigir suas ações para os grupos mais vulneráveis ou de risco.

O processo ou etapas para a assistência à família e à comunidade, sob o enfoque de risco ou de grupos vulneráveis, serão, resumidamente, os seguintes: 1. análise dos problemas de saúde que afetam a comunidade; 2. identificação dos fatores de risco e dos grupos expostos ou vulneráveis; 3. seleção de estratégias adequadas; 4. planejamento, execução e avaliação de programas^{8, 14, 21}.

1 – Análise dos problemas sócio-sanitários que afetam a comunidade

A análise dos problemas sócio-sanitários que afetam a comunidade é compartilhada pela enfermeira, e pelos outros membros da equipe de saúde. Inclui, primeiramente, o conhecimento de certos elementos que configuram o ambiente cultural, social, e econômico e físico, que condicionam o comportamento ou o estilo de vida dos indivíduos de uma coletividade²¹. Um segundo passo dessa análise é a determinação da importância do problema, que pode variar de uma comunidade para outra. Para isso é necessário, antes de tudo, não só definir a evolução que teria esse problema (morte, invalidez, modificação da qualidade de vida) mas as possibilidades de preven-

ção e tratamento, além da sua importância social. Existem enfermidades muito raras que têm sempre uma evolução mortal e, se bem que de grande importância para o indivíduo e sua família, são de prevenção muito difícil por exigirem recursos superiores aos disponíveis na comunidade. A prevenção de um transtorno menor e muito freqüente pode ser encarada como um problema urgente a ser resolvido mais do que um caso de invalidez grave, mas infreqüente⁸.

A responsabilidade da enfermeira, nesta etapa, é a mesma que a dos outros profissionais da equipe de saúde, responsáveis pela coleta e análise de dados significativos para a determinação de fatores de risco e de grupos vulneráveis. Uma listagem desses fatores e dos grupos sujeitos a eles servirá como parte da informação necessária para a elaboração das estratégias e programas de prevenção. Há necessidade, contudo, que nesses estudos se tenha muito cuidado na determinação das causas ou fatores de risco, pois, além das suas causas serem muito complexas, nem todas as associações entre características ou circunstâncias e resultados indesejados são verdadeiras ou têm alguma relação entre si; não é possível, além disso, a aferição de todas as associações possíveis. No passado a assistência à saúde esteve muito concentrada sobre associações onde o processo patológico poderia ser interrompido. Esta preocupação levou alguns a negligenciarem os elos mais sutis da cadeia de causação, os quais são de responsabilidade intersetorial e não do setor saúde⁸.

A identificação dos fatores de risco ou de indivíduos vulneráveis foi feita, no início, através de observação de que certas características ou circunstâncias individuais ou de grupos estavam associadas a resultados desfavoráveis. Os primeiros intentos para aproveitar essa informação foram simples e limitados e tinham como objetivo advertir o clínico. Os primeiros estudos verificaram a importância de algumas características de idade e condições sociais que influíram na evolução, por exemplo, de uma gravidez ou de acidentes na infância. Esses estudos, mais tarde, foram desenvolvidos, tendo sido observado que outras características ou circunstâncias podem influir no processo saúde-doença; dali, passou-se a pensar na identificação de grupos expostos^{8, 14}.

Os fatores de risco que podem influenciar a probabilidade de uma comunidade sofrer um agravo no seu estado de saúde-doença até hoje estudados, podem ser relativos²¹ a:

- *população como um todo* (volume total, idade, sexo, distribuição espacial, concentração e dispersão, mortalidade, morbidade e migrações);
- *comportamento ou estilo de vida* (hábitos e demandas, principalmente aos serviços de saúde) e *ao ambiente* (físico, cultural, social, econômico e disponibilidade de alimentos);
- *serviços de saúde* (organização, processo de planificação, programação,

desenvolvimento administrativo, capacidade instalada, disponibilidade de insumos e equipamentos, formação e utilização de recursos humanos, investigação e desenvolvimento tecnológico, financiamento setorial, organização e participação da comunidade para o seu bem-estar, desenvolvimento da articulação inter-setorial e cooperação).

A identificação de fatores de risco coletivo será feita a partir da análise desses elementos que configuram o ambiente e o comportamento da população. Quando eles se apresentarem e atuarem de forma negativa serão considerados fatores de risco²¹.

Podemos considerar uma comunidade exposta, vulnerável ou de risco, quando ela apresenta, por exemplo, as características:

- *em relação à população*: superpopulação, população jovem (pirâmide populacional com base e cume estreitos) e, portanto, dependente, concentração maior nas zonas rurais ou periféricas dos grandes centros, êxodo rural, altos coeficientes de mortalidade infantil, materna, por doenças transmissíveis e acidentes;
- *em relação ao estilo de vida e ambiente cultural*: consumo inadequado e/ou insuficiente de nutrientes básicos, vícios, toxicomanias, demanda rarefeita a serviços de saúde preventivos, desconhecimento, crenças errôneas ou atitudes e valores negativos em relação à saúde;
- *em relação ao ambiente social e econômico*: analfabetismo, absenteísmo e evasão escolares, meios de comunicação e de transporte precários ou insuficientes, mau funcionamento da previdência social, desorganização política e social, pouca participação popular no bem-estar coletivo, baixa produtividade do setor econômico, desemprego, salários e moradias insuficientes, baixo consumo e poupança e indisponibilidade de alimentos;
- *em relação ao ambiente físico*: inexistência de saneamento básico, clima e geografia inóspitos, recursos naturais escassos, presença de zoonoses e de vetores de doenças, poluição ambiental e de alimentos;
- *em relação aos serviços de saúde*: indefinição de políticas do setor saúde e intersetoriais, falta de planejamento setorial e intersetorial, precariedade de informação estatística, centralização administrativa, programas mal formulados, inexecutáveis e não baseados em prioridades, recursos humanos mal preparados, escassos e mal distribuídos, horas contratadas e trabalhadas não coincidentes, inexistência de supervisão ou supervisão inadequada, recursos materiais insuficientes, mal distribuídos e mal utilizados, mau relacionamento entre os membros da equipe e desta com a clientela.

Os fatores de risco que podem influenciar a probabilidade das famílias sofrerem um agravo no seu estado de saúde-doença podem ser^{7, 21} :

- *relativos à família como grupo*: tamanho, composição, estado civil, idades, condições de saúde pgressas e atuais;
- *relativos ao seu comportamento ou estilo de vida e do ambiente afetivo e sócio-cultural*: funcionamento de sistemas, órgãos e aparelhos do organismo, hábitos de vida em relação à alimentação, hidratação, sono, repouso, exercícios, recreação, asseio corporal, relacionamento afetivo; conhecimentos, crenças e atitudes em relação à saúde; vida sexual e reprodutiva; relações no trabalho e na escola; grau de adaptação, independência, auto-estima, auto-aceitação, auto-realização, participação na vida coletiva ou no bem-estar da coletividade, comunicação e inter-relação com outras famílias; expressão religiosa; controle de saúde e utilização de recursos da comunidade;
- *relativos ao ambiente físico*: espaço disponível; destino do lixo e dos detritos; procedência e tratamento da água; animais e vetores domésticos; aeração, insolação e limpeza ambiental; conservação e higienização dos alimentos; poluição ambiental;
- *relativos ao ambiente social e econômico*: procedência; grau de instrução; meios de transporte e de comunicação; renda e orçamento familiar; ocupação; tipo de locação da moradia; previdência social;
- *relativos aos serviços de saúde* (semelhantes aos fatores de risco apontados para a comunidade).

Podemos considerar uma família vulnerável ou exposta quando ela apresenta, por exemplo, as seguintes características^{2,4,7,8,14,20,21,22}:

- *relativas à família como um grupo*: pais não casados vivendo maritalmente e sentindo-se inseguros; pais divorciados e/ou mãe solteira ou abandonada; pais idosos em relação aos filhos; casal estéril; filho único; filhos não desejados; doenças hereditárias (ex.: diabetes, mongolismo); doenças transmissíveis crônicas (ex.: tuberculose, hanseníase, Chagas, doenças sexualmente transmitidas); doenças degenerativas (ex.: câncer, doenças cardíovasculares); neuroses, alcoolismo, retardamento mental, dependência de drogas, sinais e/ou sintomas de perturbações mentais (ex.: mudanças súbitas de comportamento e de personalidade, comportamento violento e anti-social, depressão, afeto inadequado ou monótono, agitação psicomotora, tendência a suicídio, idéias persecutórias, idéias megalomânicas, perda da inteligência e da memória); problemas odontológicos (cáries, problemas de ortodontia, focos de infecção); gestantes de alto risco (ex.: idade menor de 15 anos ou acima de 40 anos; acima de 10 partos; intervalo menor que de um ano, entre gestações, infecção puerpe-

ral, história de natimorto; parto prematuro; mais de dois abortamentos consecutivos ou morte nos primeiros 28 dias e cesarianas; complicações obstétricas atuais ou anteriores; hemorragia obstétrica; hipertensão arterial, rubéola nos 3 primeiros meses de gravidez; gravidez ou gravidezes não desejadas; crianças de alto risco (ex.: peso da mãe inferior a 45 quilos; ordem de nascimento acima de 7; morte de mais de quatro irmãos; peso ao nascer abaixo de 2500g para o sexo masculino e de 2400 para o feminino; dificuldade em aumentar o peso; retardamento do desenvolvimento psico-motor; esquema de vacinação incompleto; aleitamento artificial; privação de cuidados maternos e/ou paternos; adolescência, climatério e velhice com perturbações orgânicas (ex.: desequilíbrio hormonal, inadaptação social e afetiva); adultos ou idosos com alterações circulatórias, respiratórias, eliminatórias e digestivas;

- *relativos ao seu comportamento afetivo e sócio-cultural*: desconhecimento ou tabus relacionados a: alimentação, princípios para funcionamento adequado e proteção dos órgãos, sistemas e aparelhos do corpo, profilaxia específica de doenças, acidentes, primeiros socorros e atendimento de afecções banais; em relação às necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do ser humano, nas diferentes fases da vida; de princípios de educação infantil e de métodos de planejamento familiar; excesso de trabalho ou trabalho contínuo sem fases de descanso; falta de recreação adequada; má higiene corporal e oral; pais exigentes ou omissos demais; mal relacionamento afetivo entre os conjuges, e entre esses e filhos; membros da família com comportamento homossexual; pais com incapacidade mental ou imaturidade para cuidar da prole; inaptidão para situações de emergência; dependência de estimulante, calmantes e cigarros; frustrações na escolha da profissão ou do trabalho; não aceitação de membros com deficiências físicas, intelectuais ou psíquicas; falta de participação no auto-cuidado; desconhecimento e má utilização dos recursos de saúde e outros do setor social;
- *relativos ao ambiente físico*: confinamento e promiscuidade devido à falta de espaço; falta de higiene e de insolação da habitação; lixo e dejetos humanos expostos ou de destino inadequado; animais e vetores domésticos em grande quantidade; alimentos expostos a vetores; má higiene e conservação dos gêneros alimentícios; falta de tratamento caseiro da água; água de nascente ou de poço contaminada; habitação perto de indústrias que poluem o ar e com ruído exagerado;
- *relativos ao ambiente social e econômico*: famílias migrantes da zona rural para a zona urbana sem condições para a subsistência urbana; adultos e crianças em idade escolar, analfabetos; absenteísmo e evasão escolares; absenteísmo no trabalho; família isolada devido inexistência ou insuficiência de meios de comunicação e de transporte; renda familiar insufi-

ciente e mal distribuída; não filiação à previdência social; desemprego ou subemprego;

- *relativos aos serviços de saúde* (semelhantes aos fatores de risco apontados para a comunidade).

A responsabilidade da enfermeira, nesta etapa, é a mesma que na primeira, isto é, participar em equipe em estudos e pesquisas para a determinação dos fatores de risco e de grupos vulneráveis.

2 – *Seleção de estratégias adequadas*

A saúde é o resultado do equilíbrio dinâmico do homem com seu meio, o resultado dessa interação ou adaptação que o leva a alcançar o seu nível peculiar ótimo de funcionamento². Dentre os fatores que condicionam a saúde humana, como se viu, está o meio sócio-econômico; já este provada a importância da produtividade econômica ou da distribuição adequada de renda para a obtenção de um grau máximo de saúde; não existem comunidades pobres sadias ou vice-versa; entretanto, nem todos nós damos valor ou estamos conscientes da importância da participação do setor saúde e de outros setores na manutenção e conservação dessa saúde, ocasionada pelo desenvolvimento do setor econômico¹⁹.

A responsabilidade do setor saúde, resumidamente, diz respeito a: tomada de iniciativa quanto às estratégias de saúde; diagnóstico das condições de saúde; desenvolvimento e utilização de recursos humanos para a saúde; coordenação e prestação de serviços tecnicamente adequados e de boa qualidade; análise do impacto das ações de saúde e, por fim, colaboração com outros setores para tornar real todo o potencial de saúde da comunidade¹⁹.

Cabe à enfermeira um papel preponderante, nesta fase, pois terá que determinar, juntamente com a equipe e com profissionais de outros setores, às vezes, as estratégias setoriais e intersetoriais mais eficientes para atender à população, com o enfoque de risco.

As estratégias devem proporcionar ação sanitária duradoura, utilizar ao máximo os recursos disponíveis, inclusive os tradicionais da comunidade, e outros recursos (auto-cuidado, parceiras leigas, voluntários), além da participação da comunidade; devem ser tecnicamente adequadas e eficazes e, dentro do possível, de utilização intersetorial, para que a ação sanitária seja coadjuvante do crescimento econômico-social e proporcione aumento gradativo da cobertura. É importante que elas levem em conta aspectos demográficos (crescimento, migrações, idades, esperança de vida, grau de urbanização), sociais (crescimento econômico, produtividade agrícola e disponibilidade de alimentos, produtividade industrial), recursos humanos, materiais e econômicos (pessoal de saúde disponível, formação, equipamento, material

de consumo, financiamentos) além da tecnologia disponível e das aspirações da população^{1,14,21}.

Para que se alcance nível de saúde condizente para todos no ano 2000, a Organização Mundial de Saúde preconiza que a chave estratégica ou a estratégia principal seja a da assistência primária de saúde; e uma das características dessa estratégia é a maior extensão de cobertura dos serviços e o enfoque de risco.

3 – *Planejamento, execução e avaliação de programas de enfermagem comunitária com enfoque de risco*

O conceito de risco, tal como hoje é expresso, talvez não estivesse presente no planejamento da assistência de enfermagem de alguns anos atrás; entretanto, a conscientização das enfermeiras de saúde pública a respeito de que era necessário racionalizar seus esforços para ampliar sua esfera de ação é antiga, não só neste País, sendo mesmo anterior à conscientização atual do valor da estratégia de assistência primária de saúde e do enfoque de risco.

Há trinta anos, por exemplo, uma enfermeira americana²⁴ escreveu um artigo sobre a necessidade de haver prioridades para visitas domiciliárias, baseada em sua experiência de dez anos – portanto há quarenta anos – no controle de pacientes tuberculosos; considerando válida essa sua experiência, resolveu propor a mesma sistemática a outras áreas; assim, agrupou a clientela da enfermagem comunitária, na época, em: gestantes, puérperas, infantes, pré-escolares, escolares, tuberculosos, sífilíticos, cardíacos e pacientes em reabilitação física, determinando quais necessitaria de supervisão intensa, regular ou limitada; e programando a concentração de visitas domiciliárias e o espaçamento adequado entre elas.

Durante a década de cinqüenta, nos serviços de enfermagem dos campos de estágio urbanos e rurais dos alunos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, as visitas domiciliárias tinham como objetivo a supervisão e o controle de grupos vulneráveis e eram planejadas de acordo com prioridades, sendo que a intervenção da enfermagem era flexível quando havia intercorrências e as famílias passavam a necessitar, diferentemente, da assistência de enfermagem.

Hoje, entretanto, mais do que nunca, há necessidade de que a assistência de enfermagem, devido aos motivos já expostos anteriormente, seja planejada sob o enfoque de risco.

O Ministério da Saúde do Brasil³ reuniu um grupo de especialistas em enfermagem que elaborou padrões mínimos para determinar a assistência de enfermagem à comunidade, definir e propor algumas estratégias aos diferentes níveis em que se toma a decisão, para que os padrões sejam implementa-

dos e implantados. Esses padrões têm como finalidade subsidiar o desenvolvimento dos serviços de enfermagem, a fim de assegurar maior cobertura e qualidade das ações.

Após ter feito a seleção o grupo definiu doze padrões, dos quais quatro referem-se às atividades de enfermagem e oito à infra-estrutura.

O primeiro padrão referente às atividades diz que “a enfermagem identifica os grupos de alto risco na comunidade, assegurando-lhes atenção prioritária” porque essa identificação:

- contribui para a redução dos danos nos grupos suscetíveis;
- serve de base para a determinação do tipo de assistência de enfermagem; e
- favorece a ampliação de cobertura de assistência de enfermagem.

A enfermeira comunitária tem uma função específica não só no planejamento do programa de enfermagem, como no programa de saúde global para a população, que será feito em equipe multiprofissional.

O planejamento do programa de enfermagem, após a análise dos problemas sócio-sanitários que afetam a comunidade escolhida, da identificação dos fatores de risco e de grupos expostos ou vulneráveis e da seleção das estratégias adequadas poderá ter as seguintes fases e conteúdo discriminados a seguir^{3,5,13,16}.

3.1 *Determinação de objetivos*

O objetivo é uma situação ou condição de pessoas ou ambiente que o pessoal do programa considera desejável obter. Para permitir avaliação subsequente, a sua formulação deve especificar *o que* (a natureza da situação ou condição a ser conseguida); *a extensão* (quantidade ou porção da situação a ser obtida); *quem* (grupo de pessoas ou porção do ambiente no qual o alcance é desejado); *onde* (área geográfica do programa) e *quando* (tempo no qual ou próximo do qual a situação desejada ou condicionada deverá existir).

3.2 *Determinação das atividades*

Atividade é um conjunto de operações e movimentos independentes ou de tarefas realizadas pelo pessoal do programa com a finalidade de atingir um ou mais objetivos. As atividades dos programas devem ser definidas e decompostas em suas etapas ou ações componentes. Devem ser, também, planejadas em termos de concentração (número de vezes que ela será prestada a um indivíduo, em determinado tempo), de cobertura (número porcentual de pessoas a ser atingido por ela), de rendimento (tempo médio gasto para pro-

duzi-la), além de demonstrar qual o elemento nuclear (a quem será atribuída a sua execução), quais as normas (orientações científicas para o cumprimento de uma atividade) e quais os procedimentos (como e, se possível, porque executá-la). Além disso a sua execução, no enforque de risco, prevê determinação de prioridades específicas para cada tipo específico de clientela vulnerável, como por exemplo: saúde materna, saúde da criança, doenças transmissíveis, saúde do adulto, saúde mental e outras e determinações de escalonamento de supervisão ou controle do alto, médio e limitado risco.

A previsão qualitativa e quantitativa do número de profissionais e ocupacionais para o programa depende dos tipos de atividades finais (de prestação direta de cuidado) e intermediárias (meio ou de suporte) que o programa prevê, da conceituação, da cobertura, do rendimento e volume anual desejado, além das atribuições que serão dadas a cada elemento nuclear e suas horas contratadas.

3.3 Determinação dos recursos materiais e equipamentos necessários

A área física necessária para as atividades de enfermagem em ambulatórios ou centros de saúde pode ser classificada em área exclusiva e em área não exclusiva de enfermagem.

De modo geral considera-se área física de enfermagem aquela que é ocupada pela enfermeira e seu pessoal auxiliar no desempenho de suas atividades específicas. Ela é constituída, geralmente, pelos seguintes locais: sala de chefia, sala de visitadoras, sala de vacinações, sala de tratamentos e curativos, consultórios de enfermagem, ante-salas de pré e pós consulta médica ou de atendimento de enfermagem, sala de preparo, acondicionamento e esterilização e distribuição de material; considera-se como áreas não exclusivas da enfermagem mas que podem ser utilizadas pela enfermagem aquelas reservadas para atividades educativas, registro da clientela e espera de consultas.

O material a ser utilizado para enfermagem dependerá do tipo de atividade programada.

3.4 Estruturação do serviço e provisão do pessoal

É a forma de dispor os meios pelos quais o pessoal de enfermagem entra em contacto ou se relaciona entre si e executa suas atribuições. Todo o serviço deve ter estruturação de seus componentes, funções, atribuições e níveis hierárquicos para que funcione adequadamente, em harmonia e com maior rendimento.

A provisão do pessoal inclui recrutamento, seleção, treinamento e, depois, supervisão contínua.

3.5 *Determinação dos meios de avaliação*

A avaliação é o processo para determinar qualitativa e quantitativamente o sucesso do programa. Tem como finalidade subsidiar o planejamento de novos programas ou a adaptação ou ajuste do existente. A avaliação deve levar em conta a atuação do pessoal do programa e os resultados obtidos. A avaliação do pessoal pode ser feita por meio de observação, entrevista e estudo dos registros de dados. A avaliação dos resultados pode ser feita através da análise dos objetivos e atividades em termos de cobertura, concentração e rendimento; dos indicadores de saúde; da demanda ao serviço de grupo de alto risco; do comportamento da mortalidade e da morbidade por doenças evitáveis por ações preventivas específicas nos grupos de alto risco e sob o controle da enfermagem; e através da análise estatística das ocorrências negativas registradas.

3.5 *Execução e avaliação do programa*

A consecução adequada do programa depende da adequação do processo administrado, ou seja, da direção, controle, coordenação, supervisão e assessoria adequadas. É condição essencial a existência de um sistema de registro de dados estatísticos que possibilitem o estudo periódico das condições e do comportamento da população assistida.

CONDIÇÕES PARA IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMAS DE ENFERMAGEM COM ENFOQUE DE RISCO

As condições mínimas para a implantação de programas de enfermagem comunitária com enfoque de risco referem-se aos aspectos descritos a seguir^{3,5,13,16}.

1 – *Informação estatística sobre as condições sócio-econômicas e sanitárias da população.*

Sem estas informações é impossível a análise e a seleção de problemas que afetam a comunidade e que estão ocasionando doenças, invalidez e morte.

2 – *Recursos humanos adequadamente preparados*

Para poder analisar os dados estatísticos, identificar os fatores de risco na população, selecionar as estratégias de intervenção, juntamente com outros profissionais e planejar, executar e avaliar o programa de enfermagem, há necessidade de que as enfermeiras sejam mais bem preparadas, já nos cursos de graduação. Para poder prestar assistência sob o enfoque de risco o recém graduado necessita de bases sólidas de enfermagem comunitária, principalmente no que diz respeito a: identificação de fatores de risco na população,

metodologia da assistência ao indivíduo através da consulta e atendimento de enfermagem, metodologia da assistência de enfermagem à família e a outros grupos, incluindo visitas domiciliares e métodos de ensino para grupos, e metodologia do desenvolvimento e da participação comunitários.

O ensino de enfermagem tem sido centrado mais no hospital. A maior parte das experiências básicas, se não todas, preparam o enfermeiro para atender a uma clientela não com as doenças mais comuns que constituem problema na comunidade, mas sim para atender a casos de patologia excepcional, pois é essa a característica da clientela dos atuais hospitais de ensino^{11,12,16}. Urge não só que se façam modificações curriculares mas que se tenham e se preparem docentes com mentalidade preventiva e voltada para as reais necessidades da população.

Para o planejamento de programas com enfoque de risco há necessidade, principalmente, de conhecimentos de planejamento do setor saúde, que pode ser ministrado através dos cursos de pós-graduação, senso lato e senso estrito.

Além disso se faz necessária, também, a formação de enfermeiras pesquisadoras para a execução de pesquisas que visem a determinação de fatores de risco e de grupos vulneráveis, além de proporem modelos assistenciais de enfermagem que atendam melhor a esses grupos e propiciem a extensão de cobertura.

3 – Estruturação organizacional dos serviços de saúde e de enfermagem

Os serviços de saúde e, especificamente, os de enfermagem ainda não estão cobrindo qualitativa e quantitativamente as populações vulneráveis. Embora os programas existentes dêem ênfase a grupos prioritários, a nível local geralmente não existe um sistema organizado. por exemplo de visitação domiciliar ou de consultas de enfermagem, que leve em conta o enfoque de risco. Geralmente, também, há falhas em relação a normas e procedimentos para a assistência que é feita quase que exclusivamente por pessoal auxiliar despreparado e sem supervisão. As enfermeiras nos serviços de saúde pública são escassas e estão mal distribuídas. A enfermeira, quando lotada a nível local, é assoberbada com atividades burocráticas e não dispõe de tempo suficiente para prestar assistência ou, pelo menos, planejar e supervisionar a assistência prestada pelo pessoal auxiliar; mesmo que quizesse, os serviços de enfermagem de saúde pública geralmente não contam com diretrizes, normas e procedimentos que lhe proporcionem segurança para agir. Além disso a planta física, o material e o equipamento disponíveis são insuficientes, inadequados e funcionam mal.

Um outro aspecto importante é o da vigilância epidemiológica das populações vulneráveis. Essa vigilância exige, em primeiro lugar, um sistema de registro apropriado de ocorrências; em seguida, a supervisão adequada do

peçoal de enfermagem para que colabore no registro; e, em terceiro, atendimento imediato das ocorrências para a prevenção de ocorrências futuras ou agravamento do risco a que estão sujeitos os grupos vulneráveis.

A reestruturação dos serviços de saúde comunitários e de enfermagem comunitária, em relação aos aspectos de recursos e organização se faz necessária para que se possa implementar o enfoque de risco.

4 – *Trabalho em equipe e participação comunitária*

É impossível a atuação da enfermagem sem a necessária compreensão da equipe de saúde sobre o valor e a competência que esta tem para a assistência preventiva a populações vulneráveis; é impossível, também, se não lhe forem dadas condições para o trabalho em equipe, que inclui a sua participação, desde o planejamento dos programas, e a divisão do trabalho assistencial que exige definição prévia de funções e atribuições.

Outro aspecto importante: de nada adiantarão serviços de enfermagem bem organizados, se não houver participação da comunidade; o programa só terá sucesso se a mesma participar de todas as atividades, desde a identificação dos seus problemas de saúde até a responsabilidade pelo auto-cuidado. Para tudo isso o processo educativo deve antecipar o planejamento do programa e ser continuamente desencadeado em todas as suas fases.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABEL-SMITH, B. & LEISERSON, A. *Pobreza, desarrollo y politica de salud*. Ginebra, OMS, 1978. 132 p. (Cuadernos de Salud Publica, 69).
2. ARCHER, S. E. & FLESMAN, R. *Enfermería de salud comunitaria: modalidades y practica*. Washington, OPAS, 1977. 376p.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. *Padrões mínimos de assistência de enfermagem à comunidade*. Brasília, 1977. 71p.
4. _____ Divisão Nacional de Saúde Infantil. Normas para identificação e controle dos riscos produtivo, obstétrico e da infertilidade no programa de saúde materno-infantil. *Femina*, Rio de Janeiro, 7(5):(361-368), 1979.
5. FEITOSA, J. *Modelo operacional de enfermagem com enfoque preventivo*. Brasília, ABEn, 56p. (mimeografado).
6. HORTA, W. de A. *Processo de enfermagem*. São Paulo, EPU/EDUSP, 1979. 99p.
7. MANCIAUX, M. & DESCHAPS, J. P. Les familles vulnerables. *Medicine Sociale et Preventive*, (19): 79-83, 1974.
8. MÉTODO de atención sanitaria a la madre y el niño baseado en el concepto de riesgo. *Foro Mund Salud*, Ginebra, 2(3):481-491, 1981.
9. NOGUEIRA, M. J. de C. Assistência de enfermagem à família. *Enf. Novas Dimens.*, São Paulo, 3(6): 327-346, 1977.
10. _____ Assistência primária, uma responsabilidade para a enfermeira brasileira. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 17(2): 89-105, ago. 1983.

11. ——— A enfermagem comunitária no currículo do curso de graduação em enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 13(1):57-67, abr. 1979; 13(2): 171-181, ago. 1979.
12. ——— Ensino de enfermagem comunitária em São Paulo. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 15(1):95-117, abr. 1981.
13. ——— Planejamento de serviços de enfermagem em ambulatórios e centros de saúde. *Ci. Cult. Saúde*, João Pessoa, 1(4):12-15, 1979.
14. OJEDA, E. N. S. El enfoque de riesgo en la atención perinatal y materno-infantil. *Bol. Ofic. sanit. panamer.*, Washington, 92(6): 482-491, 1982.
15. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Alma-Ata 1978: atención primaria de salud: informe de la conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Ginebra, 1978. 91 p. (Serie Salud para Todos, 1).
16. ——— Enfermería y salud de la comunidad. Ginebra, 1974. 31 p. (Serie de Informes Técnicos, 558).
17. ——— Extension de cobertura baseada en las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad. Washington, 1978. 69 p. (Documentos Oficiales, 156).
18. ——— IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Americas: informe final y documento de referencia. Washington, 1978. (Documentos Oficiales, 155).
19. ——— Relaciones entre los programas de salud y el desarrollo social y económico. Ginebra, 1983. 60 p. (Cuadernos de Salud Pública, 49).
20. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Dimensiones sociales de la salud mental. Washington, 1983. 39 p. (Publicacion Científica, 446).
21. ——— Salud para todos en el año 2000: estrategias. Washington, 1980. 75 p. (Documentos Oficiales, 173).
22. PUFFER, R. R. & SERRANO, C. V. Características de la mortalidad en la niñez. Washington, OPAS, 1973. 490 p. (Publicacion Científica, 462).
23. RIVES, R. E. The staff nurse develops her own priorities. *Nurs. Outlook*, New York, 11(3): 266-268, 1953.
24. TINKAN, C. W. & WOORHIES, E. F. Community health nursing: evolution and process. New York, Appleton-Century. Crofts, 1972. 320 p.

AGRADECIMENTOS

Às colegas Alice Moreira Dernt, Nilce Piva Adami e Cleide Lavieri Martins pela localização da bibliografia e sugestões. À Associação Brasileira de Enfermagem pelo honroso convite para elaborar e expor este trabalho.