



CAPACITAÇÃO SOBRE APLICAÇÃO DA ESCALA DE RISCO DE VULNERABILIDADE FAMILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

INARA DA SILVA DE MOURA; DEYSE JANIELE BERNARDO OLIVEIRA; AMANDA DA SILVA ARAÚJO; CARLA CAROLAYNE BATISTA DOS SANTOS; JOÃO ESTEVAM ARAÚJO DE MEDEIROS

RESUMO

Durante a vivência do primeiro ano da Residência em Saúde em Atenção Básica observou-se a prevalência de atendimentos domiciliares realizados pela equipe de uma Unidade Básica de Saúde situada no município de Caicó-RN, de forma agudizadas e aleatórias, sem sistematização e pouca abrangência para o território como um todo. Objetiva-se descrever a experiência de uma capacitação para os Agentes Comunitários de Saúde sobre a aplicação e importância da Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência. Ocorreu no ano de 2023 e em duas etapas com duração média de duas horas, os materiais utilizados foram audiovisuais e impressos. A primeira etapa teve explanação do assunto utilizando da estratégia pedagógica da educação problematizadora de Paulo Freire e segunda etapa com aplicação da Escala com discussão de casos. Foi um momento enriquecedor de discussão em que os profissionais puderam expor as características sociais e demográficas de suas microáreas e possíveis variáveis que contribuem para a prevalência do risco ou da vulnerabilidade familiar. A ação proporcionou refletir sobre como as condições crônicas individuais e/ou coletivas e o meio impactam diretamente no risco e na vulnerabilidade de cada pessoa, inserida em um mesmo território de desenvolver ou agravar sua condição de saúde. Assim, as ações de Educação Permanente em Saúde permitem criar espaços de discussão e resolutividade entre os profissionais da equipe de saúde da Atenção Primária à Saúde, buscando refletir sobre os processos de trabalho, sistematização da assistência e da qualidade em que esses cuidados são prestados.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Agentes Comunitários de Saúde; Planejamento em Saúde; Visita Domiciliar; Vulnerabilidade em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi inserida na Atenção Primária à Saúde (APS) com o intuito de reorganizar e impulsionar as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e seus agravos, e dentre suas atribuições estão as visitas domiciliares (VD) e o planejamento em saúde (SILVA, 2019).

Para tanto, conta com o profissional Agente Comunitário de Saúde (ACS) por seu caráter de atuação na comunidade, contribui no planejamento e intervenções em saúde, possibilita promover orientações e resolutividade da assistência às famílias de sua área de adscrição. Dessa forma, para a realização coerente de ações a Educação Permanente em Saúde (EPS) é reconhecida como potencial estratégia nos processos de trabalho e serviços de saúde, objetiva renovar e construir saberes da equipe de saúde, sobretudo dos ACS (ARAÚJO et al.,

2021).

Uma das atribuições dos ACS é realizar visitas domiciliares (VD) às famílias, estas devem ser programadas em conjunto com a equipe, considerando critérios de risco e vulnerabilidade das famílias e de seus núcleos, possibilitando que aquelas com maior necessidade sejam visitadas com maior frequência, bem como os atendimentos domiciliares devem ser previamente planejados, exceto aqueles de urgência. As VD permitem conhecer o contexto social, identificar as necessidades de saúde das famílias, possibilitando aproximação com os determinantes do processo saúde-doença (SILVA, 2019).

Nesse contexto, há ferramentas e instrumentos de abordagem familiar com objetivo de estratificar o risco na APS, com intuito de conhecer e compreender cada núcleo familiar e suas necessidades, além de auxiliar os profissionais a identificar os fatores de risco que justifiquem a priorização do atendimento e corrobora na sistematização da prática, bem como nas VD, no diagnóstico situacional e na intervenção precoce (FRANÇA et al., 2017).

Por esse motivo, a Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi (ERF-CS) foi criada e validada em 2004 no município de Contagem-MG, é um instrumento de estratificação de risco familiar que objetiva conhecer as famílias da área adscrita pela equipe de ESF, ao ser aplicado às famílias, pretende determinar seu risco social e de saúde, refletindo o potencial de adoecimento (SAVASSI e COELHO, 2012). Além de permitir melhor eficiência em determinar os intervalos entre as visitas, colabora, também, na organização dos processos de trabalho e auxilia a estabelecer o vínculo entre os profissionais e as famílias (REGO et al., 2016; LIMA et al., 2022).

Assim, durante a vivência do primeiro ano da Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), pôde-se observar a alta prevalência de atendimentos domiciliares realizados pela equipe de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) situada no município de Caicó-RN, que ocorriam de forma agudizadas e aleatórias, sem sistematização e pouca abrangência para o território como um todo. O presente trabalho objetiva descrever a experiência de uma capacitação para os Agentes Comunitários de Saúde sobre a aplicação e importância da Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência. A capacitação foi advinda do recorte de uma pesquisa do trabalho de conclusão da Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) cujo objetivo era estratificar o risco de vulnerabilidade familiar através da ERF-CS (ANEXO 1) e seus impactos nas visitas domiciliares realizada no mesmo ano.

A ação de EPS foi a primeira etapa da pesquisa, foi facilitada por profissionais residentes e enfermeiros que atuaram na Unidade Básica de Saúde (UBS) na zona oeste do município de Caicó-RN. O momento foi agendado previamente e teve como público-alvo os ACS. Ocorreu no dia 26 de junho de 2023 nas instalações da UBS, contando com a participação dos 07 ACS responsáveis pelas microáreas de adscrição da equipe. A atividade teve duração média de 2 horas e foi dividida, didaticamente, em duas etapas descritas a seguir.

Primeira etapa: Explicação do assunto

Nessa etapa houve acolhimento dos participantes com música, que durou em média de 5 minutos, seguido de exposição do objetivo da capacitação e início da explicação do assunto por meio da estratégia pedagógica da educação problematizadora de Paulo Freire (2005), utilizou-se material audiovisual expositivo, fazendo com que os participantes refletissem de forma crítica a realidade em que estavam inseridos e buscando soluções para os problemas que

foram levantados, esse ciclo de debate durou em média de 45 minutos.

O primeiro disparador foi a indagação da diferença de risco e vulnerabilidade e foram citados exemplos de cada um. A maioria dos participantes entraram em consenso que eram termos similares ou sinônimos, a minoria conseguiu exemplificar e discernir cada um. Foi um momento enriquecedor de discussão em que puderam expor as características sociais e demográficas de suas microáreas e possíveis variáveis que contribuem para a prevalência do risco ou da vulnerabilidade familiar.

O segundo disparador foi o conhecimento prévio da ERF-CS, sua criação e sentinelas de riscos presentes, seu propósito de aplicação e benefícios, seguido da explanação breve do que a PNAB preconiza quanto a periodicidade das visitas domiciliares realizadas pelos profissionais que compõem a equipe de ESF. Esse momento foi imprescindível para discutir sobre a escala e sua aplicação relevante no contexto da APS e como os ACS podem se apropriar do papel fundamental em auxiliar na estratificação de risco familiar e, consequente, planejamento das visitas e atendimentos domiciliares de suas microáreas, pois dessa forma podem sistematizar fluxos e priorizar as demandas necessárias.

Todos os participantes, em unanimidade, desconheciam a Escala e seus objetivos de aplicação na APS, mostraram-se surpresos e interessados no instrumento, porém relataram que não teriam tempo e disposição para realizar novamente todas as visitas in loco para aplicar a escala, devido a quantidade de famílias e ruas em que são responsáveis. Nesse momento, houve uma breve discussão da quantidade de atividades que desempenham e que se sentem sobrecarregados, pois reconhecem que as visitas de cunho preventivo e de promoção da saúde são atribuições comuns de outras categorias profissionais que compõem a equipe de saúde da família.

Segunda etapa: Aplicação da Escala

Foi caracterizada pela discussão e reflexão de dois casos clínicos, criados pela mediadora, com o intuito de viabilizar a aplicação da Escala na prática, foi entregue o instrumento impresso para cada participante. Foi realizada a leitura coletiva dos casos e resolução individual e, logo após, houve a correção e retiradas de dúvidas de forma coletiva.

Esse momento foi crucial para refletir sobre como as condições crônicas individuais e/ou coletivas e o meio impactam diretamente no risco e na vulnerabilidade de cada pessoa, inserida em um mesmo território de desenvolver ou agravar sua condição de saúde. Os ACS tiveram algumas dúvidas em relação a contagem de pontos na escala e em relação a sentinela relação morador/cômodo, mas que de forma geral acharam válida a aplicação do instrumento para o planejamento das ações em saúde, em especial, para as visitas domiciliares que realizam.

3 DISCUSSÃO

Educação Permanente em Saúde e Planejamento em Saúde através de estratégias norteadoras da assistência na APS

A EPS embasada pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), proporciona uma estratégia de construção coletiva através do diálogo e da reflexão, transformando a práxis, apoiando a reorganização da gestão do trabalho, a assistência e o controle social. Estimula a criação de espaços de discussão entre os trabalhadores sobre casos, ações e intervenções que promovam resolutividade e qualidade do serviço e sua organização, por considerar as necessidades de saúde do usuário e comunidade. (ROSSETTI et al., 2019).

Como estratégia e ferramenta para sistematizar ações em saúde, sobretudo ações de EPS, apoia-se no pensamento de Paulo Freire (2001), que o conhecimento não pode resultar de

um ato passivo e que o ser humano deve buscar conhecer a partir de suas inquietações perante os problemas que vão surgindo em seu contexto. O ato de conhecer é entendido pela Educação Problematicadora como um recriar constante, é resultado da busca determinada, da aplicação da curiosidade sobre o objeto, adquirindo um valor social.

Durante o processo de discussão os ACS confundiram os termos risco e vulnerabilidade ou mesmo aceitando-os como sinônimos, porém as definições de risco e vulnerabilidade são entendidas como um processo associado a diferentes contextos histórico-sociais e a diferentes áreas do conhecimento em que desenvolvem seus objetos. Defende-se que pode ter havido equívocos no uso dos conceitos de risco e vulnerabilidade e que há necessidade de elucidação conceitual evidente no uso destes termos por órgãos governamentais, como, por exemplo, o que se constata na Política Nacional de Assistência Social (PNAS) (JANCZURA, 2012).

Dessa forma, segundo a PNAS (2004), o risco é caracterizado pela probabilidade ou a iminência de um evento acontecer, está articulado com a disposição ou capacidade de antecipar-se para preveni-lo ou organizar-se para minimizar seus efeitos, quando não possível evitar sua ocorrência e se relaciona ao coletivo. E vulnerabilidade para Ayre (2003), é a chance de exposição das pessoas ao adoecimento, decorrente de um conjunto de componentes individuais, sociais e programáticos, bem como a maior ou menor disponibilidade de recursos protetivos a essas situações, ou seja, está ligado ao contexto individual.

No contexto da vulnerabilidade social e familiar emergiu a discussão sobre a periodicidade das VD realizadas pelos ACS a cada famílias e como ocorriam. Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a periodicidade deve ser estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população. Há critérios estabelecidos na PNAB indicando a realização de VD por profissionais de ensino superior junto com os ACS, seguindo as VD semanais as famílias de risco máximo, quinzenalmente às famílias de risco médio e mensalmente as famílias de menor risco, levando em consideração as situações de risco (BRASIL, 2020).

Com o objetivo de auxiliar no planejamento e sistematização das VD por estratificar o risco de vulnerabilidade familiar existe a ERF-CS, escala composta por 13 critérios, 11 individuais e 02 não individuais, caracterizados como sentinelas de riscos. Os critérios foram extraídos da Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), já em desuso, adaptada para a Ficha de Cadastro Domiciliar e Territorial (E-SUS). Cada sentinela recebe de 1 a 3 pontos, podendo repetir de acordo com o número de vezes que ela surgir na família avaliada, no final somarão uma pontuação total classificada em graus de risco: escore de 0 a 4 a família é considerada sem risco, escore de 5 ou 6 em risco menor, escore de 7 ou 8 como risco médio e escore maior que 9 em risco máximo. Quanto maior o escore, maior deve ser a atenção voltada a família e a microárea, bem como na priorização das visitas domiciliares. (SAVASSI e COELHO, 2004).

Ainda pouco se conhece sobre esta ferramenta e seus benefícios pelos profissionais da saúde da APS e ações como capacitações prévias dos profissionais quanto ao manuseio e levantamento dos critérios sentinelas pela equipe torna a ferramenta de fácil aplicação e eficaz na avaliação do risco familiar, facilitando a atuação da equipe de saúde. Há demonstração de bons resultados com o uso do instrumento, com melhoria do trabalho em equipe, fortalecimento da interdisciplinaridade e a possibilidade de avaliação in loco dos diversos perfis populacionais presentes na área de abrangência da ESF (LIMA et al., 2022).

Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde na APS: relevância e impasses.

O trabalho do ACS é complexo e cansativo, pois estão em constante contato direto com a comunidade. Por ter maior proximidade com os usuários e conhecer seus anseios e queixas, há comprometimento em ser resolutivo aos problemas encontrados, ao mesmo tempo que deve

compartilhar com a equipe e agir de acordo com as possibilidades e limites do SUS (SAMUDIO et al., 2017).

Apesar de reconhecerem sua importância no contexto da APS, também reconhecem a fragilidade e excesso de burocracias em que são responsáveis, ocupando atividades que não são do seu encargo, responsabilizando-se com problemáticas que não o competem ou que não estão ao seu alcance de resolução, acarretando culpabilização e sobrecarga de trabalhos. Além disso, há fatores como comunicação fragilizada entre profissionais de nível superior e ACS, interferindo diretamente nos cuidados com os usuários, bem como ausências de capacitações que auxiliem no dinamismo e processos de trabalho (GUANAES-LORENZI; PINHEIRO, 2016).

A falta de ações de EPS é um fator limitante a esses trabalhadores e que, muitas vezes, não dispõe de ferramentas necessárias para a resolução de situações que ocorrem diariamente, soma-se com a comunicação interprofissional fragilizada podendo acarretar na assistência sem embasamento teórico e sem sistematização do cuidado (CORDEIRO; SOARES, 2015). Considerando que estes profissionais devem se munir de instrumentos que apoiem a gestão do cuidado e que permitam conhecer os condicionantes e determinantes em saúde, buscando reduzir as desigualdades e iniquidades em saúde, com vistas à consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.

Destaca-se a importância de identificar as relações do usuário com as redes familiares e comunitárias, para isso, a apropriação e o uso dos instrumentos de abordagem familiar (Genograma, Ecomapa, Ciclo de Vida Familiar, entre outras) são indispensáveis na prática da APS. A utilização dessas ferramentas fundamentam as ações da equipe, facilita a visão sob a família e a sua rede de apoio, contribui para o estabelecimento de parcerias que possam colaborar no processo de cuidar dos envolvidos, além de favorecer o raciocínio clínico e o conhecimento científico, justificando a priorização das famílias e enriquecendo a qualidade da assistência prestada (LIMA et al., 2022).

4 CONCLUSÃO

As ações de Educação Permanente em Saúde permitem criar espaços de discussão e resolutividade entre os profissionais da equipe de saúde buscando refletir sobre os processos de trabalho, sistematização da assistência e da qualidade em que esses cuidados são prestados. Nesse sentido, a estratégia de capacitação sobre a escala de risco familiar serviu como aporte teórico-científico aliado com a reflexão da relevante atuação do profissional ACS, embasando a assistência prestada aos serviços domiciliares realizados.

Para além de processos burocráticos, a aplicação da escala poderá auxiliar no planejamento, direcionamento e organização do processo de trabalho no território, na compreensão dos determinantes de saúde das microáreas de maior risco, de vulnerabilidade familiar e social pelos profissionais de saúde e, serão fundamentais para embasar as futuras sistematizações das visitas domiciliares de acordo com as necessidades das famílias, além de contribuir na assistência à saúde pautada no princípio da equidade. Por fim, dar subsídios aos profissionais que atuam diretamente com as famílias de forma contínua, é prezar por sua autonomia na assistência e pela resolutividade de problemas sem negligenciar ações de promoção e prevenção à saúde.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. B. G.; SILVA, C. M.; FERREIRA, A.I.; BRANDÃO, G. C.G. Educação Permanente para os Agentes Comunitários de Saúde: Estratégia No Processo De Trabalho. *Revista Desafios* – v. 08, n. 03, 202. DOI: <http://dx.doi.org/10.20873/uftv8-9133>.

AYRES, J. R. C. M., FRANÇA JÚNIOR, I., CALAZANS, G. J., & SALETTI FILHO, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In D. Czeresnia & C. M. Freitas (Orgs.). **Promoção da saúde - conceitos, desafios, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004.

Ministério da Saúde. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 19–26, 2004. DOI: 10.5712/rbmfc1(2)104. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/104>. Acesso em: 10 jan. 2024.

CORDEIRO, L.; SOARES, C.B. Processo de trabalho na Atenção Primária em Saúde: pesquisa com Agentes Comunitários de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 20 3581-3588, Nov. 2015.

FRANÇA, E. P. F. B.; BESERRA, H. J. M. D.; CURADO, J. C. L. G. Identificação e Classificação de Risco Familiar em uma Unidade de Saúde da Família em Recife-PE. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde** - v. 7, n. 3, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/11348>. Acesso em: 10 jan.2024.

FREIRE, P.. **Pedagogia dos sonhos possíveis**. In: FREIRE, A. M. A. (Org.). São Paulo: Editora UNESP, 2001

GUANAES-LORENZI, C.; PINHEIRO, R. L. Is the value of community healthcare agents in Brazil's family health strategy receiving full recognition?. **Ciênc Saúde Coletiva** [Internet]. 2016.

JANCZURA, R. Risco ou vulnerabilidade social? **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 11, n. 2, p. 301 - 308, ago./dez. 2012.

LIMA ÉLIDA., C. C.; SERRA, E. B.; LIMA, J. F. de B.; LOPES, G. S. G.; ROLIM, I. L. T. P. Uso de ferramentas de abordagem familiar como balizadoras na construção do cuidado à família vulnerável na atenção básica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 1, p. e9516, 31 jan. 2022.

REGO AS, et al. **Estratificação de risco familiar no contexto da estratégia de saúde da família**. 2016.

ROSSETTI, L.T, SEIXAS, C.T, CASTRO, E.A.B, FRIEDRICH, D.B.C. Educação permanente e gestão em saúde: a concepção dos enfermeiros. **Rev Fun Care Online**; v. 11, n.1, p: 129- 134, jan/mar, 2019.

SAMUDIO, J. L. P; BRANT, L. C; MARTINS, A.C.F. D. C; VIEIRA, M. A; SAMPAIO, C.

A. Agentes comunitários de saúde na atenção primária no brasil: multiplicidade de atividades e fragilização da formação. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 745-769, Dec. 2017.

SAVASSI, L. C. M.; LAGE, J. L.; COELHO, F. L. G. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi. **J Manag Prim Health Care**. v. 3, n. 2, p. 179-185. 2012.

SILVA, M. M. Estratégia Saúde Da Família: Um olhar no modelo de organização da Atenção Básica no Brasil. **Edu.Br.**, 2019.

ANEXO 1- Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi (ERF-CS)

Dados da ficha A SIAB (Sentinelas de Risco)	Escore de risco
Acamado	3
Deficiência Física	3
Deficiência Mental	3
Baixas condições de saneamento	3
Desnutrição grave	3
Drogadição	2
Desemprego	2
Analfabetismo	1
Indivíduo menor de seis meses de idade	1
Indivíduo maior de 70 anos de idade	1
Hipertensão Arterial Sistêmica	1
Diabetes Mellitus	1
Relação morador/ cômodo maior que 1	3
Relação morador/ cômodo igual a 1	2
Relação morador/ cômodo menor que 1	0

Escore total	Risco Familiar
5 e 6	R1- risco menor
7 e 8	R2- risco médio
Acima de 9	R3- risco máximo

Fonte: COELHO; SAVASSI, (2004).