

AVALIAÇÃO DO RISCO DE VULNERABILIDADE SOCIAL NA COMUNIDADE ASSENTAMENTO VEREDAS EM LANDRI SALES-PI

ASSESSMENT OF THE SOCIAL VULNERABILITY RISK IN THE COMMUNITY SETTLEMENT VEREDAS IN LANDRI SALES-PI

Virlene Messias da Fonseca¹

Roberta Fortes Santiago²

¹Fisioterapeuta do Núcleo de Apoio a Saúde da Família de Landri Sales-Pi .Especializando em Saúde da Família e Comunidade pela UNASUS-UFPI.

²Doutora em enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Professora Assistente da Universidade Estadual do Piauí, Teresina-PI.

RESUMO

A Nova Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica e reconhece outras estratégias para sua organização nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes de tal política e do SUS. Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de Atenção Básica, cabe aos Agentes Comunitários de Saúde realizarem visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares. Neste contexto surgiu, em 2003, a escala de risco familiar proposta por Coelho e Savassi, que revisa os critérios de preenchimento da Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica, com atenção especial às sentinelas de risco. O presente artigo tem por objetivo elaborar um projeto de intervenção para avaliação do risco de vulnerabilidade social na Comunidade Assentamento Veredas em Landri Sales-PI. Na fase inicial ocorrerão rodas de conversa para esclarecimento sobre as condições sentinelas, conhecimento e debate sobre o tema visita domiciliar com enfoque no instrumento de estratificação de risco a ser utilizado. Na segunda etapa será feita a classificação das famílias cadastradas na unidade de saúde a partir da aplicação da escala em regime de mutirão através de grupos de trabalho compostos por Agentes Comunitários de Saúde e os profissionais do Núcleo de Atenção à Saúde da Família. Espera-se que a partir do uso da escala proposta, seja possível estabelecer estratégias para priorizar as visitas domiciliares nas microáreas de maior necessidade, de uma maneira simples, fácil e clara e com os dados os Agentes Comunitários de Saúde possam saber priorizar as visitas domiciliares.

Palavras chave: Atenção Básica. Vulnerabilidade Social. Planejamento em Saúde.

ABSTRACT

The New National Policy on Primary Care (PNAB) has in Family Health its priority strategy for the expansion and consolidation of Primary Care and recognizes other strategies of organization of Primary Care in the territories, which must follow the principles and guidelines of Primary Care and SUS. Thus, in addition to the attributions common to all professionals in the AB team, it is the responsibility of the Community Health Agents (ACS) to carry out home visits with periodicity established in the planning of the team, to monitor the situation of families and individuals in the territory, with special attention to people with conditions and conditions that require more home visits. In this context, the family risk scale proposed by Coelho and Savassi was revised in 2003, which revises the criteria for completing the Basic Information System Information Sheet (SIAB), with special attention to risk sentinels. Thus, the present article aims to develop an intervention project to assess the risk of social vulnerability in the Settlement Veredas Community in Landri Sales-PI. In the initial phase there will be talk wheels to clarify the sentinel conditions, knowledge and debate about the topic of home visits with a focus on the risk stratification instrument to be used. In the second stage, the families registered in the health unit will be classified according to the application of the scale in a joint effort scheme through working groups composed of Community Health Agents and NASF professionals. It is expected that from the use of the proposed scale, it will be possible to establish strategies to prioritize home visits in the micro areas of greatest need, in a simple, easy and clear way and with the data the CHAs can know how to prioritize home visits.

Keywords: Basic Attention. Social vulnerability. Health Planning.

1. INTRODUÇÃO

A Nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação e reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica (AB) nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes de tal política e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde ¹.

A Estratificação de risco é o processo pelo qual se utiliza critérios clínicos, sociais, econômicos, familiares e outros, com base em diretrizes clínicas, para identificar subgrupos de acordo com a complexidade da condição crônica de saúde, com o objetivo de diferenciar o cuidado clínico e os fluxos que cada usuário deve seguir na Rede de Atenção à Saúde para um cuidado integral. A estratificação de risco da população adscrita a determinada UBS é fundamental para que a equipe de saúde organize as ações que devem ser oferecidas a cada grupo ou estrato de risco/vulnerabilidade, levando em consideração a necessidade e adesão dos usuários, bem como a racionalidade dos recursos disponíveis nos serviços de saúde¹.

Além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) realizarem visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares ¹.

A visita domiciliar figura como uma das importantes ações da Estratégia Saúde da Família e é um dos instrumentos utilizados na atenção à saúde que aproxima os profissionais do contexto sócio familiar contribuindo sobremaneira para consolidação de vínculos. Entretanto, traz consigo um dilema com relação a quem visitar primeiro e como priorizar famílias de maior risco sem perder a qualidade da atenção às famílias de menor risco ².

Neste contexto surgiu, em 2003, a escala de risco familiar proposta por Coelho e Savassi (popularmente conhecida por Escala de Coelho), que revisa os critérios de preenchimento da Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), com atenção especial às sentinelas de risco².

Assim, a avaliação de risco familiar surge como uma proposta para diferenciar as famílias pertencentes a uma mesma área de abrangência, a fim de identificar fatores de risco que justifiquem a priorização do atendimento. O risco está relacionado à identificação da presença de características, seja na família ou no indivíduo a ela pertencente, que as coloquem sob maior ou menor probabilidade de exposição a fatores prejudiciais à saúde que possam vir a causar agravos de ordem física, psicológica ou social. Nesse contexto, torna-se necessário que a equipe de saúde identifique os fatores que contribuem para a situação de risco familiar³.

Portanto, o presente trabalho tem por objetivo elaborar um projeto de intervenção para avaliação do risco de vulnerabilidade social na Comunidade Assentamento Veredas em Landri Sales-PI.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo¹.

Destaca-se que essa política tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária

para expansão e consolidação da AB, contudo reconhece outras estratégias de organização da mesma nos territórios com populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde. Para que a AB possa ordenar a RAS, é preciso reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas, com isso fortalecendo o planejamento ascendente¹.

A AB adota ainda como um dos seus fundamentos, ter uma área adstrita, de modo a possibilitar o planejamento, a programação descentralizada dos serviços e o desenvolvimento de ações em sintonia com as necessidades de saúde das coletividades sob sua responsabilidade sanitária. Nesse sentido, o reconhecimento do território torna-se fundamental para compreensão da dinâmica dos processos de morbimortalidade dos sujeitos³.

Dentre as ações desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família (ESF) destaca-se a Atenção Domiciliar (AD), efetivada principalmente através da Visita Domiciliar (VD), que visam prestar uma assistência integral e educativa no âmbito do domicílio. Viabiliza, portanto, o aumento no grau de autonomia dos pacientes e a continuidade do cuidado pelas equipes de saúde, sobretudo a pacientes impossibilitados de chegar até as Unidades de Saúde, sejam por limitações físicas, barreiras geográficas ou sociais. As VD devem ser programadas em conjunto com as equipes de saúde, de modo a considerar os critérios de risco e vulnerabilidade das famílias e dos pacientes, possibilitando que àqueles com maior necessidade sejam visitados com uma maior frequência, sendo preconizada como referência a média de uma visita por família ao mês⁴.

Os critérios para a inclusão na atenção domiciliar seguem uma estratificação de riscos, na qual os usuários que são inclusos possuem problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária. Dentre as principais causas para a realização da VD estão: situações ou problemas novos na família relacionados à saúde ou que constituem risco à saúde (morte súbita do provedor ou abandono de um dos genitores); problemas crônicos agravados; situações de urgência; problemas de imobilidade e/ou incapacidade que impedem o deslocamento até a unidade de saúde e problemas de acesso à unidade (condições da estrada ou ausência de meios de transporte)⁵.

A VD é um dos mais importantes instrumentos da prática da Medicina de

Família. Segundo Coelho (2004), há duas formas de visita: A visita domiciliar fim, com objetivos específicos de atuação, e a visita domiciliar meio, na qual iremos realizar a busca ativa, promoção e prevenção da saúde².

Nesse sentido, foi desenvolvida uma ferramenta de estratificação de riscos denominada Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi (ERF-CS), escala de risco familiar baseada na ficha A do SIAB. Tal escala se baseia em sentinelas de risco que são avaliadas na primeira visita domiciliar pelo agente comunitário de saúde (ACS). A ERF-CS propõe pontuações para critérios sentinelas e de grande relevância presentes no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), atribuindo pontuações a cada um deles, a fim de se obter um escore final: 5 ou 6, indica Risco 1 ou menor risco; 7 ou 8, indica Risco 2 ou médio risco; e, maior ou igual a 9, indica Risco 3 ou máximo risco⁶.

Quadro 1 – Escala de Risco Familiar

| 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).

A ERF-CS é, portanto, uma forma objetiva de avaliar a situação clínica e socioeconômica em cada núcleo familiar, utilizando informações de fácil acesso pelos profissionais da AB. O objetivo do uso da escala é, a partir de critérios, priorizar as visitas domiciliares às residências com maior vulnerabilidade, ou seja, fazer com que um domicílio que possui acamados, moradores com baixa escolaridade e uma alta proporção de habitantes por cômodo receba uma quantidade maior de visitas. A priorização do atendimento permite uma melhor gestão dos recursos da unidade e proporciona um atendimento mais alinhado às demandas de cada domicílio⁶.

Problemas de ordem estrutural também dificultam a implementação da ERF-CS. Na esfera da VD, é de grande importância a disponibilidade do carro para a realização das visitas. Entretanto, este nem sempre está disponível nos horários acordados, atrasando, com isso, as visitas agendadas e, em certos casos, não sendo possível visitar todos os pacientes programados no dia. Esse problema se torna ainda mais complexo quando se tem a informação de que há pacientes que necessitam desse serviço e não são visitados há mais de um ano. Soma-se, ainda, a carência de materiais minimamente necessários (como equipamentos e medicamentos) para assistência domiciliar⁷.

A aplicação rotineira da escala deve ser adotada em diferentes equipes e microáreas. É importante, após a sua aplicação e estruturação da demanda, avaliar se ocorrerá melhora na classificação de risco das famílias priorizadas, bem como se a sua utilização não irá piorar os escores daquelas famílias classificadas como de “risco baixo”, que teoricamente seriam preteridas nas VD. A participação dos usuários ou famílias classificadas como “risco” no volume de atendimento ou nas atribuições da equipe é mais um indicador da sensibilidade da Escala no sentido de definir, dentre os usuários do sistema, aqueles que demandam maior atenção. Os autores sugerem que, em estudos futuros, inclua-se esta avaliação como indicador de controle da eficácia do método. Diferentes resultados foram obtidos quando se compara microáreas, bem como comunidades, distintas, demonstrando que não há como se padronizar a atuação do médico de família baseado somente em número mensal ou anual de visitas por família. Há que se individualizar a VD de acordo com certos parâmetros, e a Escala de Coelho se apresenta com um instrumento eficaz para esta tarefa⁶.

3. MATERIAS E MÉTODOS

Na fase inicial ocorrerão rodas de conversa para esclarecimento sobre as condições sentinelas, conhecimento e debate sobre o tema visita domiciliar com

enfoque no instrumento (escala) de estratificação de risco a ser utilizado (proposto por Coelho e Savassi). Participarão neste momento os profissionais do NASF, e todos os Agentes Comunitários de Saúde da unidade.

Na segunda etapa será feita a classificação das famílias cadastradas na unidade de saúde a partir da aplicação da escala em regime de mutirão através de grupos de trabalho compostos por Agentes Comunitários de Saúde e os profissionais do NASF. A escolha desse instrumento resulta de sua objetividade em apresentar os dados fundamentais para se estabelecer um corte dinâmico da população que se pretende abordar.

Dessa forma, as informações que serão recolhidas permitirão às Equipes de Saúde da Família o conhecimento dos indicadores demográficos, socioeconômicos e de morbimortalidade referidos nas famílias das suas áreas de abrangência, requisito fundamental para realização do planejamento estratégico local. Por fim, a terceira etapa (final) contemplará a apresentação e discussão dos resultados obtidos por profissionais de saúde da equipe NASF e a gestão local para validação do instrumento e socialização dos aspectos pertinentes decorrentes do percurso e os limites da aplicação da escala na realidade observada, a fim de diferenciar as famílias pertencentes a uma mesma área de abrangência, e identificar fatores de risco que justifiquem a priorização do atendimento.

4. RESULTADOS

– Elaboração do plano operativo

| Situação problema | OBJETIVOS | METAS/ PRAZOS | AÇÕES/ ESTRATÉGIAS | RESPONSÁVEIS |
|--|---|---|---|---|
| Falta de compreensão do território e as dinâmicas do processo saúde-doença por partes dos integrantes da UBS, principalmente os ACS. | Sugerir a aplicação da escala de Coelho & Savassi para identificação da vulnerabilidade social destas famílias; | Identificar fatores de risco que justifiquem a priorização do atendimento | Aplicação da escala de Coelho & Savassi para identificação da vulnerabilidade social destas famílias; | (Agentes Comunitários de saúde da microarea e Fisioterapeuta do NASF) |

5. CONCLUSÃO

Espera-se que a partir do uso da escala proposta por Coelho e Savassi para estratificação de risco familiar, seja possível estabelecer estratégias para priorizar as visitas domiciliares nas micro áreas de maior necessidade, de uma maneira simples, fácil e clara utilizando um formulário tradicionalmente presente no cotidiano das equipes (ficha A do SIAB) não demandando a elaboração de outro documento para esta finalidade e com os dados os ACS possam saber priorizar as visitas domiciliares.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2017.

COELHO, F.; SAVASSI, L. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de organização das visitas domiciliares. **RBMFC**, vol. 1, número 2, p.19-26, 2003.

NASCIMENTO, F.G; PRADO, T.N; GALAVOTE, H.S; MACIEL, P.A; LIMA, R.C.D; MACIEL,E.L.N. Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória (ES). **Ciencia e Saúde Coletiva**. 2010; 15 ed:2465-2472

BRASIL Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, 2012b. v. 1 e 2.
UNHA, C. L. F.; GAMA, M. E. A. A Visita Domiciliar no Âmbito da Atenção Primária em Saúde. In: MALAGUTTI, W. (org.). **Assistência domiciliar: atualidades da assistência de enfermagem**. 1. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2012, v. 1, p. 37-48.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação da escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004. Disponível em: <<http://www.rbmfmc.org.br/rbmfc/article/view/104/98>>.

FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO JÚNIOR, K. R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 59-75, jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103>.