



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

LARISSA CORVELLONI

APLICAÇÃO DA ESCALA DE COELHO - SAVASSI PARA DETERMINAR O RISCO  
SOCIAL E DE SAÚDE ENTRE AS FAMÍLIAS ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA  
DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JANDIRA.

SÃO PAULO  
2020

LARISSA CORVELLONI

APLICAÇÃO DA ESCALA DE COELHO - SAVASSI PARA DETERMINAR O RISCO SOCIAL E DE SAÚDE ENTRE AS FAMÍLIAS ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JANDIRA.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família

Orientação: IEDA CARLA ALMEIDA DOS SANTOS DE SOUZA PASTANA

SÃO PAULO  
2020

## **Resumo**

Esse projeto de intervenção foi planejado para enfrentar a alta demanda de usuários que necessitam de atendimentos na Unidade Básica de Saúde Santa Tereza, por ser uma comunidade muito extensa e carente, grande parte das famílias são vulneráveis e necessitam de cuidados domiciliares, desta forma com a intenção de organizar os atendimentos e praticar os princípios da equidade e da integralidade. Para colocar em prática o projeto foram planejadas três etapas, sendo a primeira a coleta de material literário para embasamento para segunda etapa que será a capacitação dos agentes de saúde para realizar a estratificação de risco por meio da Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi, e a terceira a realização dessa estratificação pelos agentes de saúde através da ficha A das famílias que já são cadastradas, e preenchendo novas fichas A para as famílias que não fazem parte da área de cobertura, mas que passam por atendimentos na unidade, definindo o risco familiar por meio de etiquetas, as etiquetas azuis serão destinadas as famílias com risco baixo, as etiquetas amarelas as famílias com risco médio, e as etiquetas vermelhas às famílias de risco alto. Por meio da execução do plano de intervenção é esperado que os agentes de saúde estejam capacitados para realização da estratificação de risco, e realizando-a é esperado organizar os atendimentos domiciliares e de demanda espontânea, e desta forma prestar o atendimento a todas as famílias garantindo os princípios da equidade e integralidade.

## **Palavra-chave**

Fatores de Risco. Assistência Integral à Saúde. Agendamento de consultas. Acompanhamento dos Cuidados de Saúde.

## **PROBLEMA/SITUAÇÃO**

A população atendida na Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Tereza no município de Jandira-SP é muito extensa, e a maior parte dessa população é considerada vulnerável. A unidade de saúde atende mais de 20 mil usuários que dependem quase que exclusivamente dos serviços oferecidos na unidade. A comunidade atendida é carente e vivem em más condições de moradia, muitos usuários estão desempregados e tem vários filhos, vivendo abaixo da linha da pobreza.

A equipe se reuniu com a finalidade de discutir os problemas e selecionar um para ser enfrentado, assim foi definido o problema da falta de determinação de risco social e de saúde entre as famílias que acaba prejudicando a assistência das famílias que necessitam de atendimento domiciliar, em meio às estratégias para organização dessa determinação surgiu a idéia de aplicar a Escala de Coelho-Savassi para determinar o risco social e de saúde entre as famílias atendidas pela UBS Santa Tereza. A falta de priorização no atendimento acaba prejudicando a prática de um dos princípios do SUS (Sistema Único de Saúde), que é o princípio da equidade que consiste em oferecer mais atenção ao usuário que necessita de mais atenção.

As agentes de saúde são muito dedicadas e eficientes e acabam fazendo a determinação do risco social e de saúde das famílias, mas não de forma sistematizada, o que significa que elas sabem a necessidades da família, mas por meio da Escala de Coelho-Savassi toda a equipe teria acesso a essa classificação de risco. A unidade atende ainda áreas descobertas, porém as agentes de saúde conhecem as famílias dessas áreas e por diversas vezes levaram o restante da equipe até elas, porém foi possível notar que as áreas descobertas têm muitas famílias vulneráveis, mais que outras áreas que eram cobertas pela equipe.

Este projeto apresenta como objetivos:

**Geral:** Utilizar a escala para redefinir, continuamente, áreas de famílias de maior risco para priorizar a cobertura pelas equipes e pelos agentes de saúde, que infelizmente não são suficientes para realizar a cobertura da área toda.

### **Específicos:**

- ♦ Capacitar a equipe para a aplicação da ERF-CS.
- ♦ Classificar as famílias de acordo com a estratificação de risco pela ERF-CS.
- ♦ Reorganizar os atendimentos domiciliares de acordo com o risco familiar.

## ESTUDO DA LITERATURA

A Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (ERF-CS) é um modo de classificação de risco familiar desenvolvido no município de Contagem, em Minas Gerais, que utiliza dados referentes aos riscos coletados pelos agentes comunitários de saúde (ACS) na primeira visita domiciliar de cadastramento, e registrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) por meio do preenchimento da ficha A (COELHO & SAVASSI, 2004).

Segundo Brasil (2011), a ERF-CS permite determinar o risco social e de saúde de cada família cadastrada no território da equipe, possibilitando identificar a quais doenças e agravos a família está vulnerável, sendo considerada um dos critérios de inclusão da família na programação visitas domiciliares e na elaboração de projetos terapêuticos, facilitando a organização do processo de trabalho da equipe, uma vez que, os dados utilizados para a sua aplicação já estão disponíveis na unidade de saúde e já fazem parte da rotina das equipes, conforme demonstrado no Quadro 1 (BRASIL, 2011).

**QUADRO 1:** Dados da Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Escore de Risco Familiar, 2004.

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
<b>CALCÚLO DE RISCO FAMILIAR</b>	
<b>Escore total</b>	<b>Risco Familiar</b>
5 e 6	R1 - risco menor
7 e 8	R2 - risco médio
Acima de 9	R3 - risco máximo

Assim, a ERF-CS avalia a situação socioeconômica e clínica das famílias, estabelecendo um escore de risco que visa priorizar atenção à saúde às famílias mais vulneráveis e que necessitam de atendimento domiciliar, fazendo com que famílias mais carentes que têm condições de moradia precária, usuários analfabetos, acamados na sua composição recebam uma maior atenção e maior número de visitas da equipe. Através dessa priorização é possível realizar o planejamento do trabalho da equipe de forma a propiciar uma assistência e acompanhamento com equidade, que favoreça a integralidade e qualidade da atenção aos usuários e famílias em situação de maior risco (COELHO & SAVASSI, 2004).

Portanto, a ERF-CS é um importante instrumento de classificação que deve ser ampliado na atenção primária, e para que isso aconteça é preciso que se entenda os marcadores de risco. Os questionamentos dos pontos de corte mais flexíveis, as áreas de risco e a inclusão de novos sentinelas mantêm-se atuais. Como por exemplo a inclusão se a família é beneficiada ou não do Bolsa-família ou de outros programas do governo nos novos dados do SIAB (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012).

Para que os agentes de saúde possam colocar em prática a estratificação por meio da ERF-CS, é necessário que eles sejam capacitados para esta ação, e uma maneira de realizar essa qualificação é por meio de educação permanente. A educação permanente teve início no país com o objetivo de qualificar os profissionais de saúde de forma constante, colaborar com os processos formativos, promover a educação em saúde, e colaborar com a organização de ações, além de facilitar a comunicação da equipe com a gestão, com outros órgãos e serviços de saúde e com os usuários (BRASIL, 2009).

Dessa forma, torna-se necessário capacitar os agentes de saúde para realizarem a estratificação de risco por meio da ERF-CS, sendo a educação permanente em serviço uma maneira de realizar a capacitação da equipe com potencial de promover transformações nos processos de trabalho e na assistência prestada pela equipe, contribuindo na melhoria da saúde e da qualidade de vida das pessoas (GIRONDI & SANTOS, 2011).

## **AÇÕES**

O plano de intervenção será executado através de três etapas, sendo a primeira etapa a coleta de material bibliográfico, a segunda a capacitação dos agentes de saúde, e a terceira a execução da estratificação de risco pela ERF-CS.

A primeira etapa será a coleta de material literário sobre ERF-CS, em bases de pesquisa eletrônicas, como SCIELO, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), e Ministério da Saúde, para o embasamento para a capacitação dos agentes de saúde que será a segunda etapa.

A segunda etapa que será a capacitação dos agentes de saúde, pela médica responsável pelo projeto, para realização da estratificação de risco por meio da ERF-CS, será realizada por meio de educação continuada na unidade, e contará com todos os 13 agentes que fazem parte das equipes de saúde da UBS Santa Tereza. As reuniões acontecerão uma vez por semana durante uma hora e trinta minutos, com dia ainda ser definido.

A terceira etapa que é a execução da estratificação de risco pela ERF-CS, que será realizada por meio da ficha A, todos os agentes de saúde definirão os riscos das famílias cadastradas, e preencherão a ficha A das famílias de áreas descobertas, todas as famílias passarão pela estratificação, as famílias consideradas de baixo risco (R1) receberão em sua ficha A uma etiqueta azul, as famílias de risco médio (R2) receberão em sua ficha A uma etiqueta amarela, e as famílias de alto risco (R3) receberão em sua ficha A uma etiqueta vermelha. Desta forma, essa classificação poderá ser utilizada para nortear o planejamento das visitas e atendimento domiciliar de rotina realizado pela equipe, assim, as famílias com etiquetas vermelhas serão as que receberão as visitas da equipe com intervalos menores entre elas, e, da mesma forma, nas situações de atendimento domiciliar de urgências, somado aos critérios clínicos que norteam o atendimento de demanda espontânea na unidade, terão a visita da equipe priorizada.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Ao final da implantação desse projeto de intervenção, inicialmente espera-se que a equipe tenha se apropriado do método de aplicação da ERF-CS, e realizado as reuniões semanais de educação permanente para os agentes de saúde. Também é esperado que a educação permanente seja incorporada à rotina da unidade para que os integrantes da equipe possam qualificar-se para desenvolver ações de prevenção, promoção e cuidado em saúde.

Além disso, espera-se também que todas as famílias passem pela estratificação de risco pela ERF-CS, por meio da ficha A de todos os usuários que residem na área da equipe, e também nas áreas descobertas em que a equipe presta o atendimento, para que toda a unidade tenha acesso ao risco familiar, facilitando a organização da equipe para realização de visitas domiciliares e dos atendimentos individuais programados e por demanda espontânea.

A longo prazo, a equipe almeja realizar a redefinição da área considerando a vulnerabilidade e a classificação de risco na distribuição e cobertura de famílias para além dos aspectos geográficos do território.



## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrutivo do Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB. 2ª Versão. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 29 p

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: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/104> Acesso em: 30/03/2020.

GIRONDI, J. B. R.; SANTOS, S.M.A.dos. Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre , v. 32, n. 2, p. 378-384, June 2011 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000200023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200023&lng=en&nrm=iso)>. access on 06 June 2020. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000200023>.

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. **Journal of Management and Primary Health Care** , v.3, n.2, p.179-185, 2012: Disponível em: [www.jmphc.com/ojs/index.pbh/01/article/view/66/65](http://www.jmphc.com/ojs/index.pbh/01/article/view/66/65). Acesso em:30/03/2020.