



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE
JANEIRO**



**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família**

Jeferson Augusto de Souza Carvalho

**Utilização da Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi na
organização das visitas domiciliares da ESF Jardim de Viga**

Rio de Janeiro

2016

Jeferson Augusto de Souza Carvalho

**Utilização da Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi na
organização das visitas domiciliares da ESF Jardim de Viga**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado, como requisito parcial para
obtenção do título de especialista em
Saúde da Família, a Universidade Aberta
do SUS.

Orientadora: Ana Maria Porto da Costa

Rio de Janeiro

2016

RESUMO

A visita domiciliar é uma ferramenta de trabalho das equipes de saúde da família utilizada principalmente pelos agentes comunitários de saúde (ACS). Frente a demandas de diferentes complexidades, a equipe da ESF Jardim de Viga, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, sentiu a necessidade organizar as visitas domiciliares de forma atender a todas as famílias considerando a equidade nesta ação. A demanda de visitas domiciliares é alta e a complexidade dos pacientes também em sua maioria. O objetivo do trabalho é utilizar a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi junto a equipe de saúde para classificar o risco familiar e priorizar as visitas para um melhor atendimento a população de um modo geral..

Descritores: Visita Domiciliar; Atenção Primária; Escala de Risco Familiar

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
1.1 Situação Problema	5
1.2 Justificativa	6
1.3 Objetivos	6
Objetivo Geral	6
Objetivo Específico	6
2. REVISÃO DE LITERATURA	7
3. METODOLOGIA	9
3.1 Público Alvo	9
3.2 Desenho da Operação.....	9
3.3 Parcerias Estabelecidas	10
3.4 Recursos Necessários	10
3.5 Orçamento	10
3.6 Cronograma de Execução	11
3.7 Resultados Esperados	11
3.8 Avaliação	12
4. CONCLUSÃO	13
5. Anexos	14
REFERÊNCIAS	16

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho foi realizado em cumprimento a exigência do Curso de Especialização em Saúde da Família, oferecido pela Universidade Aberta do SUS/UERJ, e envolve a elaboração de projeto de intervenção na comunidade Jardim de Viga, município de Nova Iguaçu, no estado do Rio de Janeiro, com o propósito de qualificar e organizar a visita domiciliar no território.

Nova Iguaçu é um município brasileiro pertencente ao Estado do Rio de Janeiro. Localiza-se a noroeste da capital do estado, distando desta cerca de 28 km e ocupa uma área de 523,888 km² (BRASIL, 2008). Em 2015, sua população foi estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 807.492 (IBGE, 2015). Em 2012, era o quarto mais populoso do Rio de Janeiro, atrás somente de Duque de Caxias, de São Gonçalo e da capital. Se comparado aos municípios brasileiros, encontra-se no 19º lugar em número de população. (IBGE, 2012).

Como instrumento do processo de trabalho da ESF, a visita domiciliar ganha importância por contribuir para uma nova forma de atendimento integral e humanizado às comunidades atendidas. Frente a diferentes demandas, de complexidade diversa, torna-se necessário priorizar os casos para melhor organização e aproveitamento, de acordo com a necessidade de cada caso, e pelos profissionais mais indicados a cada situação.

Contudo, um dilema cresce entre as equipes. Com elevado número de famílias seria possível visitar todas? Como priorizar as visitas domiciliares para garantir a equidade da atenção prestada?

1.1 Situação-problema

A unidade de saúde de Jardim de Viga, município de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, atende a uma população de 1162 famílias de complexidades diversas tendo demanda por visita domiciliar elevada. Em reunião a equipe avaliou que existiam famílias de baixa complexidade sendo visitadas demasiadamente e outras, extremamente vulneráveis, com pouca atenção da equipe. A partir da dificuldade enfrentada por todos os profissionais de saúde em como organizar e priorizar as visitas domiciliares o presente projeto foi proposto.

1.2 Justificativa

Colocar em prática preceitos do SUS de integralidade e equidade no atendimento as famílias da área adscrito na ESF Jardim de Viga envolve a capacidade de a equipe priorizar, avaliar e definir estratégias de cuidado adequadas a cada situação. Com o projeto pretendem-se reorganizar as visitas domiciliares dando preferência as famílias de maior risco. Desta forma espera-se melhorar a atenção à famílias mais vulneráveis, evitar progressão de enfermidades, prevenção de morbidades, contribuindo para a melhora da qualidade de vida dos indivíduos. Quanto maior a eficiência da equipe na organização das visitas domiciliares maior será a eficácia, aumentando a confiança da população, o vínculo com o serviço , favorecendo e facilitando a organização das agendas para visita domiciliar, as reuniões de equipe para discussão dos casos e o trabalho da equipe.

Para tanto, a equipe propôs a utilização da Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi.

1.3 Objetivos

- *Objetivo geral*

- Organizar a visita domiciliar na ESF Jardim de Viga a partir da classificação de risco

- *Objetivos específicos*

- Discutir com a equipe os tipos e objetivos da visita domiciliar;
 - Discutir o instrumento a ser utilizado (Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi) adotando como instrumento de trabalho da equipe;
 - Treinar a equipe para utilização do instrumento;
 - Identificar e mapear as famílias de risco
- Aprimorar o agendamento e agilizar o processo de marcação de visitas domiciliares

2. REVISÃO DE LITERATURA

Instituído pelo Ministério da Saúde (MS) em 2004, a Estratégia Saúde da Família (ESF) desempenha papel estratégico na mudança do modelo assistencial vigente, centrado no cuidado a doença, hospitalocentrico, com custos elevados e pouca interação com os usuários.

No campo coletivo e individual a ESF caracteriza-se por ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, assistência a saúde, reabilitação e redução de danos capazes de impactar positivamente a condição de saúde dos indivíduos, estimulando sua autonomia e interferindo sobre os determinantes e condicionantes da saúde. Para tanto, utiliza-se de práticas de gestão e cuidado, participativas, pautada no trabalho em equipe e direcionado para territórios definidos cujas populações ficam sob sua responsabilidade sanitária. (ALBUQUERQUE, 2009; CRUZ, 2010)

É esperado que o primeiro contato dos usuários com o serviço de saúde se dê através da atenção básica. Como parte do SUS, orienta-se pelos princípios de integralidade, equidade, universalidade, acessibilidade (ao sistema), responsabilização, continuidade, vínculo, humanização e participação social. Frente a situações diversificadas, emprega tecnologias de cuidado variadas e complexas que devem ajudar na abordagem das necessidades de saúde e demandas mais frequentes e relevantes no território de atuação. Para tanto, deve ser observado os critérios de risco, resiliência e vulnerabilidade além do acolhimento aos usuários que buscam a atenção primária. (ALBUQUERQUE, 2009; BRASIL, 2011).

Visita Domiciliar

O adoecer e a cura de um indivíduo são fortemente influenciados por seu entorno, comunidade e família, e a partir das interações que ocorrem nestes espaços. Uma vez que a visita domiciliar (VD) é atividade inerente ao processo de trabalho das equipes, os profissionais de saúde da família devem ser capazes de compreender o contexto de vida e as diferentes dinâmicas nas relações familiares, desenvolver formas de abordagem horizontalizada, estabelecer vínculo, ter postura ética e prática humanizada, resolutiva e competente, desenvolvendo ações de assistência, prevenção, promoção, recuperação e reabilitação.

Como instrumento da assistência, objetiva também educar, reabilitar, orientar, estimulando a autonomia e a co-responsabilidade no cuidado à saúde, considerando as representações acerca do processo saúde-doença para realizar o planejamento, organização, execução e avaliação das ações promotoras de saúde. (CRUZ, 2010)

Escala de Risco Familiar de Coelho Savassi (ERF-CS)

A escala de Coelho-Savassi foi desenvolvida no município de contagem MG com objetivo de sistematizar e orientar as equipes, principalmente os agentes comunitários de saúde (ACS), utilizando critérios simples que são avaliados no primeiro contato com a família a partir do preenchimento da ficha A do SIAB.

O objetivo da escala é utilizar sentinelas de risco para definir o risco de adoecimento de cada núcleo familiar.

A escala de risco familiar trabalha com três escores de risco, cada qual com critérios definidos. Consideram-se risco 1 famílias que tenham usuários analfabetos; menor de 6 meses e maior de 70 anos, portadores de hipertensão arterial, diabetes mellitus e relação morador/cômodo menor que 1. Para a classificação do risco 2, família com drogadição; desemprego e relação morador cômodo igual a 1. No risco 3, encontram-se famílias com acamado; portadores de deficiência física ou mental ; baixas condições de saneamento; desnutrição grave e relação morador cômodo maior que 1. (Anexo)

A escala de Coelho-Savassi oferece uma visão ampliada família e pode inclusive fornecer um panorama das micro-áreas. Servindo assim por vezes de indicador para o direcionamento de recursos priorizando as áreas que possuem as maiores necessidades, de acordo com os alertas da escala de risco.

3. METODOLOGIA

3.1 . Público-alvo

- Famílias adscritas a equipe de saúde da família de Jardim de Viga e identificadas com de maior risco na escala de Coelho-Savassi.
- Os membros da equipe também serão beneficiados por passarem a utilizar de critérios objetivos para priorização dos atendimentos.

3.2 . Desenho da operação

Operações	Objetivos	Métodos	Resultados Esperados	Responsáveis	Prazo
Reunião com a equipe	Discutir os tipos e objetivos da visita domiciliar	A partir da compreensão da equipe de saúde, construir novo conceito de VD	Identificação das situações elegíveis para realização de VD	Médico Enfermeira	
Reunião com a equipe	Utilização da escala de Coelho-savassi pela equipe de saúde	Apresentação da escala de Coelho-Savassi Treinamento para utilização do instrumento	Compreensão do instrumento por todos os membros da equipe Apropriação do instrumento pelos ACS Incorporação da escala no processo de trabalho da equipe	Enfermeira ACS	
Identificação das famílias de risco	Identificar e mapear as famílias de risco	A partir da utilização da ficha A do SIAB iniciar o preenchimento do instrumento Complementar as informações com visitas domiciliares	Aplicação do instrumento em todas as famílias cadastradas pela equipe Identificação no território da localização das famílias de maior risco	Médico Enfermeira ACS	
Organização do agendamento	Definir o agendamento de visitas domiciliares conforme avaliação de risco	A partir do preenchimento da escala de risco, a equipe definirá as prioridades e o agendamento das visitas e sua	Melhora da atenção às famílias mais vulneráveis Aumento do vínculo equipes-famílias Definição do plano de cuidado junto com a família	Médico Enfermeira ACS	

		periodicidade Os casos serão discutidos em reunião de equipe para definição do plano de intervenção a ser desenvolvido			
Avaliação	Avaliar a implementação do plano de intervenção nas famílias escolhidas	Semanalmente, em reunião de equipe, os casos acompanhados serão discutidos e reavaliados para	Conhecimento da evolução das famílias por toda a equipe Discussão conjunta dos casos	Médico Enfermeira ACS	

3.3 . Parcerias Estabelecidas

- Coordenação da unidade
- Profissionais que compõem a equipe de saúde
- Famílias atendidas

3.4 . Recursos Necessários

Recursos Humanos – profissionais de saúde da equipe e coordenação da unidade

Recursos Materiais – sala de reunião da unidade de saúde, canetas, papel A4, cópias Xerox da escala de Coelho-Savassi , lanches e ficha A do SIAB.

3.5 . Orçamento

Material	Custo
Sala de Reunião	Cedida pela unidade
Folhas A4	5 reais

Cartazes	3 reais
Canetas	10 reais
Ficha A SIAB	Gratuita- fornecida pela prefeitura
Escala de Coelho-Savassi	Xerox fornecido pela coordenação da unidade
Lanche	Cedido pelos profissionais

3.6 .Cronograma de execução

Reunião para discussão do problema	Outubro de 2015
Treinamento para utilização da escala de Coelho	Outubro de 2015
Coleta de dados da ficha A - SIABe classificação de risco	Outubro a Dezembro de 2015 Janeiro/Fevereiro 2016
Avaliando os resultados/definição das famílias prioritárias	Fevereiro de 2016
Avaliação dos planos de intervenção familiar	A partir de fevereiro, com início das visitas domiciliares, a cada reunião de equipe
Avaliação do Projeto	Fevereiro de 2017

3.7 . Resultados esperados

Espera-se reorganizar as visitas domiciliares a partir de critérios de risco, otimizando o tempo da equipe, mantendo a qualidade do serviço e implementando a equidade na atenção as famílias.

3.8 . Avaliação

Será avaliado de acordo com a opinião dos funcionários principalmente os agentes de saúde sobre com a escala foi útil. Como facilitou o entendimento de todos e como um método objetivo é capaz de ajuda na distinção de tantos critérios subjetivos envolvendo um assunto de tamanha importância como é a saúde da população especialmente os que mais necessitam de visitas familiares.

Serão identificadas as micro áreas dentro da equipe que possuam as famílias de maior risco e as ações da equipe em diante priorizando tais áreas na tentativa de diminuir. Como as famílias são dinâmicas e a comunidade também ao longo do tempo faremos uma nova avaliação na expectativa de que consigamos diminuir o risco de algumas famílias do bairro de Jardim da Viga no Município de Nova Iguaçu.

4.CONCLUSÃO

Durante o desenvolvimento do projeto observou-se benefícios diretos e indiretos do mesmo. Indiretamente facilitou a comunicação, interação e amizade entre toda a equipe, melhorando o relacionamento destes entre si. Especificamente houve uma grande melhora nos critérios de pacientes visitados pela equipe especialmente médica e de enfermagem ocorrendo visitas mais freqüente as famílias de maior risco e deixando para um momento oportuno famílias com menor risco. De um modo geral o estudo foi extremamente útil para a equipe pois permitiu a priorização das visitas domiciliares, organizando as discussões de caso nas reuniões e a organização das agendas dos profissionais de saúde. Cabe ressaltar que o ERF-CS não deve ser uma avaliação estática, única. Considerando a família como um espaço em continua mudança, o instrumento deve ser revisto e atualizado durante as discussões de caso.

Anexo: Escala de risco Familiar de Coelho-Savassi

Escala de Coelho Savassi

Sentinelas de Risco, Definições das Sentinelas e Escore de Risco.

Dados da Ficha A (Sentinelas de Risco)	Definições das Sentinelas de Risco	Escore de Risco
Acamado	Toda pessoa restrita ao seu domicílio, por falta de habilidade e/ou incapacidade de locomoção por si só a qualquer unidade de saúde.	3
Deficiência Física	Defeito ou condição física de longa duração ou permanente que dificulta ou impede a realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer.	3
Deficiência Mental	Defeito ou condição mental de longa duração ou permanente que dificulta ou impede a realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer.	3
Baixas Condições de Saneamento	Saneamento implica no controle dos fatores do meio físico do homem que podem exercer efeitos prejudiciais à sua saúde.	3
Desnutrição (Grave)	Percentil menor que 0,1 e peso muito baixo para a idade.	3
Drogadição	Utilização compulsiva de drogas lícitas ou ilícitas que apresentem potencial para causar dependência química (álcool, tabaco, benzodiazepínicos, barbitúricos, e drogas ilícitas).	2
Desemprego	Situação na qual a pessoa não esteja exercendo nenhuma ocupação (não incluir na avaliação férias, licenças ou afastamentos temporários). A realização de tarefas domésticas é considerada ocupação (trabalho doméstico), mesmo que não seja remunerado.	2
Analfabetismo	Pessoa que, a partir da idade escolar, não sabe ler nem escrever no mínimo um bilhete, e/ou que sabe apenas assinar o nome.	1
Menor de 06 Meses	Lactente com idade até 5 meses e 29 dias.	1
Maior 70 anos	Toda pessoa com mais de 70 anos completos.	1

HAS	Pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg, em indivíduos que não usam medicação anti-hipertensiva.	1
Diabetes Mellitus	Grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos.	1
Relação Morador/Cômodo	Número de cômodos na residência dividido pelo número de moradores do domicílio. São considerados cômodos todos os compartimentos integrantes do domicílio, inclusive banheiro e cozinha, separados por paredes, e os existentes na parte externa do prédio, desde que constituam parte integrante do domicílio, com exceção de corredores, alpendres, varandas abertas, garagens, depósitos.	>que 1 3 Igual a 1 2 <que 1 1

Cálculo do risco familiar

Escore Total	Risco Familiar
5 ou 6	R1 – Risco menor
7 ou 8	R2 – Risco médio
Acima de 9	R3 – Risco máximo

Fonte: Savassi *et al* (2012).

REFERÊNCIAS

1. Albuquerque, ABB; Bosi MLM. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(5):1103-1112, mai, 2009
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
3. 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, Brasil, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004. Disponível em <http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/> issue/view/2. Fonte: RBMFC 2004 (PDF/A)
4. Costa ACI et al. Aplicabilidade e limitações da Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi para o processo de trabalho da enfermagem na atenção básica em saúde.
5. Cruz, M.M.; Bourget, M.M.M.; A Visita Domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias, Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.3, p.605-613, 2010
6. Savassi, lcm, lage, jl; coelho, flg. sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a escala de risco familiar de coelho-savassi jmphc - issn 2179 - 6750. v. 3, n. 2 (2012). disponível savassi, l., lage, j., coelho, f.. sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a escala de risco familiar de coelho-savassi. jmphc. journal of management and primary health care, américa do norte, 3, jan. 2013. disponível em: <http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/66/65>. acesso em: 30 jan. 2016.
7. Silva, Kênia Lara et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010.

8. Relato de experiência na Unidade de Saúde da Família Macaxeira/Buriti. 2º Seminário Nacional de Diretrizes para Enfermagem na Atenção Básica a Saúde. Recife: ABEn, 2009. [Anais]. P. 98- 185 100. Disponível em http://www.abeneventos.com.br/2senabs/cd_anais/pdf/id58r0.pdf