



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAU/FIOCRUZ**

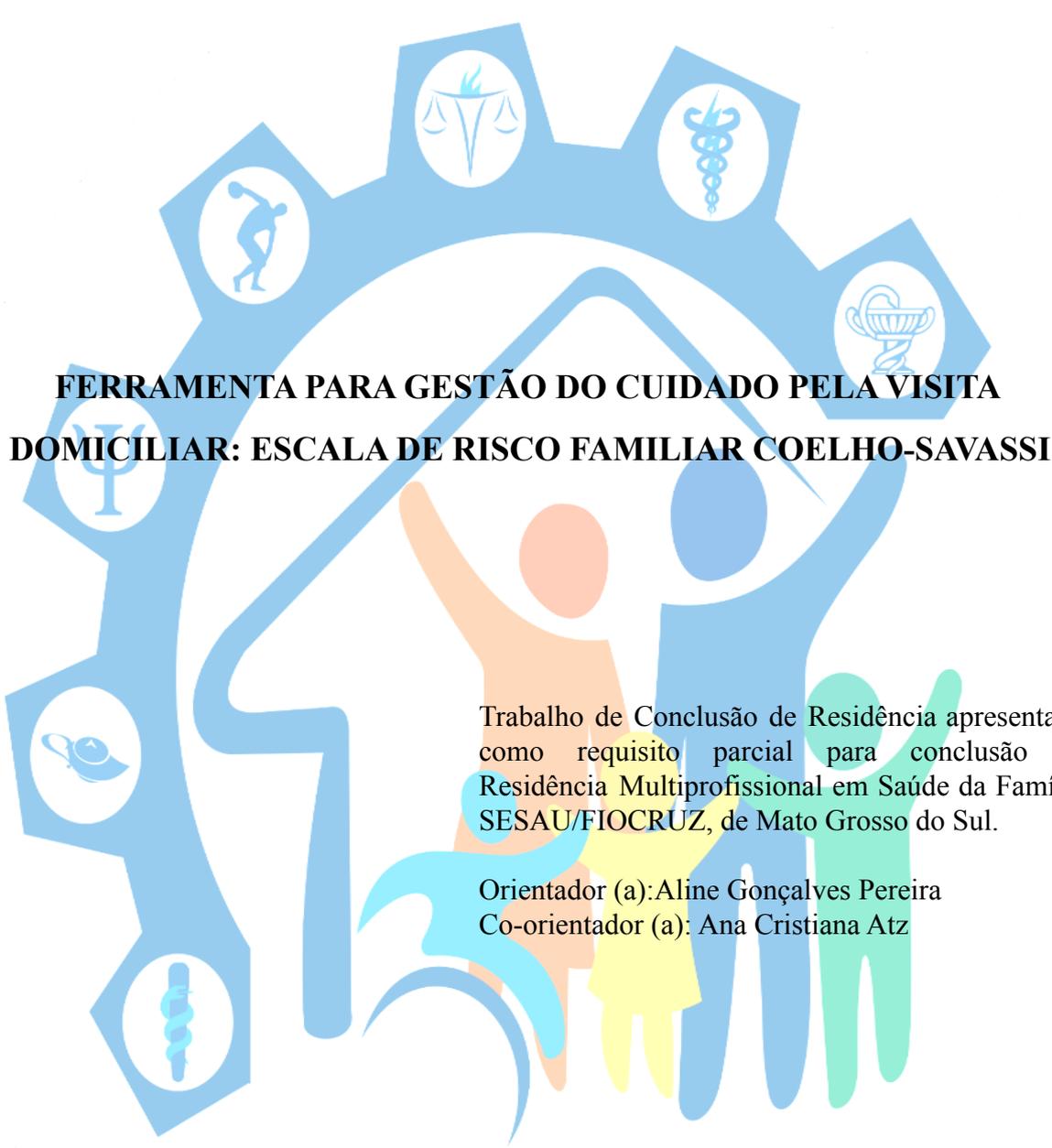
PRISCILLA DE ARAUJO PEREIRA MONTEIRO

**FERRAMENTA PARA A GESTÃO DO CUIDADO PELA
VISITA DOMICILIAR NA APS: ESCALA DE RISCO FAMILIAR
COELHO-SAVASSI**

CAMPO GRANDE - MS

2022

PRISCILLA DE ARAUJO PEREIRA MONTEIRO



**FERRAMENTA PARA GESTÃO DO CUIDADO PELA VISITA
DOMICILIAR: ESCALA DE RISCO FAMILIAR COELHO-SAVASSI**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado
como requisito parcial para conclusão da
Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SESAU/FIOCRUZ, de Mato Grosso do Sul.

Orientador (a): Aline Gonçalves Pereira
Co-orientador (a): Ana Cristiana Atz

**Residência Multiprofissional
em Saúde da Família**

SESAU/FIOCRUZ

Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde - Campo Grande - Mato Grosso do Sul

CAMPO GRANDE - MS

2022



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAUFIOCRUZ**

TERMO DE APROVAÇÃO

**FERRAMENTA PARA GESTÃO DO CUIDADO PELA VISITA
DOMICILIAR: ESCALA DE RISCO FAMILIAR COELHO-SAVASSI**

por

PRISCILLA DE ARAUJO PEREIRA MONTEIRO

Este Trabalho de Conclusão de Residência foi apresentado no dia 03 de Fevereiro de 2022, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAUFIOCRUZ. O(a) candidato (a) foi arguido (a) pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho APROVADO.

BANCA EXAMINADORA

Nome completo

Professor (a) Orientador (a)

Nome completo

Membro Titular 1

Nome completo

Membro Titular 2

A Folha de Aprovação assinada eletronicamente encontra-se na Secretaria Acadêmica da Coordenação do Programa.

DEDICATÓRIA

Porque Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas; Glória, pois para Ele eternamente. Romanos 11:36. Dedico este trabalho a Deus pelas oportunidades de fazer a diferença através da minha profissão. Ao meu esposo, Thiago, por sua paciência, amor e apoio durante esta etapa profissional. Ao meu lindo filho, Paulo Neto, que me ajuda a ver a beleza das pessoas, através do seu olhar sincero e amável. Agradeço aos meus familiares por todo apoio nesta caminhada. Aos meus amigos residentes, obrigada pela parceria e pelos dois anos que dividimos a mesma casa, a mesma luta e nossas vidas.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família- Fiocruz/SESAU, minha gratidão pelo apoio e assistência para nossa a formação da primeira turma de residentes em saúde da família do município de Campo Grande/MS.

À Mestre Aline Gonçalves Pereira e a Enf^a Esp. Ana Cristina Atz pela orientação e condução desta pesquisa.

Aos meus amigos residentes da USF-Tiradentes pelo apoio e laços de amizade construídos durante o nosso período de formação.

Aos preceptores da USF-Tiradentes e aos profissionais que nos receberam em sua casa, para aprendermos, vivermos e compartilharmos momentos únicos. Assim como, à equipe em que estou lotada, minha segunda família, por serem singulares, dedicados e acolhedores. Muito obrigada pela caminhada!

Por fim, aos familiares e amigos por todo apoio durante o processo de elaboração desta pesquisa.

RESUMO

MONTEIRO, Priscilla de Araujo Pereira. **Ferramenta para a gestão do cuidado através da Visita Domiciliar na APS: Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi. 2022.** 36 páginas. Trabalho de Conclusão de Residência - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2022.

Resumo: A Atenção Primária à Saúde (APS) visa oferecer ações de promoção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde dos indivíduos, família e coletividade, por meio de primeiro acesso, sendo universal, contínuo, integral e promovendo a equidade. Ao decorrer das décadas observou-se que a saúde dos indivíduos estavam relacionadas com as condições que as pessoas viviam, sendo os determinantes para sua saúde, incluindo os fatores sociais. Por este motivo os profissionais da APS devem estar capacitados para identificar fatores que possam interferir nas condições de saúde das famílias do seu território. A Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi proporciona a análise e classificação da vulnerabilidade familiar, classificando-as conforme as sentinelas elencadas na ficha de cadastro familiar. A presente pesquisa tem como objetivo capacitar os profissionais de saúde sobre a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi. Foram realizados três encontros. Foram revisadas literaturas relacionadas ao instrumento em questão para embasamento teórico. Os materiais didáticos foram organizados em nove módulos para aprofundar os conhecimentos dos profissionais da APS sobre vulnerabilidade familiar. Foram realizados três encontros à distância para exposição do instrumento, assim como suas potencialidades, limitações e experiências dos profissionais em suas pesquisas. Após a capacitação foram disponibilizados para os 24 participantes o acesso ao material didático e vídeos autorais, organizados dentro da plataforma virtual Classroom. Contudo, sugere-se que esta estratégia seja utilizada nas unidades de saúde do município de Campo Grande/MS.

Palavras chaves: Atenção Primária à saúde. Vulnerabilidade. Fatores de risco.

ABSTRACT

MONTEIRO, Priscilla de Araujo Pereira. **Ferramenta para a gestão do cuidado através da Visita Domiciliar na APS: Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi. 2022.** 36 páginas. Trabalho de Conclusão de Residência - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2022.

Abstract: Primary Health Care (PHC) aims to offer actions to promote, prevent, maintain and recover the health of individuals, family and collectivity, through first access, being universal, continuous, integral and promoting equity. Over the decades, it was observed that the health of individuals was related to the conditions that people lived, being the determinants for their health, including social factors. For this reason, PHC professionals should be able to identify factors that may interfere in the health conditions of families in their territory. The Family Risk Scale of Coelho and Savassi provides the analysis and classification of family vulnerability, classifying them according to the sentinels indicated in the family registration form. This research aims to train health professionals on the Rabbit-Savassi Family Risk Scale. Three meetings were reviewed, literature related to the instrument in question for theoretical basis was reviewed. The teaching materials were organized into nine modules to deepen the knowledge of PHC professionals on family vulnerability. Three distance meetings were held to exdisplay the instrument, as well as its potentialities, limitations and experiences of professionals in their research. After the training, access to the educational material and copyright videos, organized within the Classroom virtual platform, was made available to the 24 participants. It is noteworthy that the territory is very dynamic, requiring that all professionals be trained and perform the situational diagnosis before the application of the instrument in their territory. However, it is suggested that this strategy be used in the health units of the municipality of Campo Grande/MS.

Keywords: Primary health care. vulnerability. risk factors.

LISTAS (DE ILUSTRAÇÕES, DE TABELAS, DE ABREVIATURAS, SIGLAS, SÍMBOLOS E ACRÔNIMOS) – opcional

Quadro 1- Distribuição dos profissionais de saúde conforme Distrito Sanitário de Saúde 20

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ERF-CS	Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PE	Processo de Enfermagem
SESAU	Secretária Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO	14
3 PLANEJANDO A INTERVENÇÃO: CAMINHO METODOLÓGICO	18
4 AÇÕES E RESULTADOS ALCANÇADOS	20
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31
ANEXO A - DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO CGES/SESAU	34

1 INTRODUÇÃO

Devido o aumento da desigualdade entre os países a Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio da Carta Ljubljana elencou princípios para a construção dos serviços de atenção primária de saúde baseados na dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional. Os quais devem promover e proteger a saúde, centrando seus cuidados nas pessoas, permitindo que a comunidade possa influenciar nos serviços de saúde e também serem responsáveis pela sua própria saúde. (STARFIELD, 2002)

No Brasil a APS é o contato preferencial dos usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012b). Esse nível de atenção está organizado basicamente através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A ESF é minimamente composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, tendo também a equipe de saúde bucal para promover a saúde na atenção primária à saúde. Dentre as atribuições destes profissionais, o trabalho em questão destaca a visita domiciliar, sendo de grande importância para a continuidade do cuidado individual e familiar (FERREIRA, 2013).

Como membro da equipe de saúde, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) possui como atribuições específicas: cadastrar e manter atualizado todos os indivíduos da sua microárea, realizar visita domiciliar baseada nos critérios de risco e vulnerabilidade, ou seja, priorizar os núcleos familiares com maior necessidade de acompanhamento, previamente elencados pela equipe de saúde. Cabendo a esta categoria realizar no mínimo uma visita mensal por domicílio (BRASIL, 2012).

Através das informações elencadas pelos profissionais, torna-se possível estratificar o binômio risco-vulnerabilidade das famílias a serem visitadas pela equipe de saúde. Todavia, no cotidiano dos profissionais de saúde esta ferramenta não é aplicada frequentemente, resultando em visitas domiciliares baseadas no modelo centrado na doença, o qual desconsidera os princípios da equidade, universalidade e longitudinalidade. Já a metodologia centrada na pessoa exige que a equipe compreenda o ambiente em que o indivíduo está

inserido e os determinantes de saúde que estão influenciando no momento. Sendo então, necessário que todos os profissionais de saúde estejam capacitados para identificar os riscos, vulnerabilidades e determinantes da sua população adstrita (PINHEIRO, 2019).

O médico Rudolf Virchow, considerado pai da medicina social, defendia que “as pessoas adoecem e morrem devido ao jeito que vivem. Esse jeito é determinado como social, cultural e economicamente”. Sendo assim, a saúde é afetada pela posição social dos indivíduos, ou seja, quanto melhor a distribuição de riquezas nacional, a saúde torna-se mais igualitária neste país, a recíproca também é um fato, em país com desigualdades sociais. Conseqüentemente, o nível de riqueza determina a probabilidade de consumo ou privação dos serviços de promoção, prevenção, tratamento e recuperação de saúde (BARATA, 2001).

As desigualdades em saúde podem ser estruturadas em três dimensões, as quais são articuladas entre si. No nível macrossocial seriam considerados fatores relacionados ao Estado, ou seja, nível e distribuição de renda, desenvolvimento urbano e industrial, taxa de emprego e equipamentos que proporcionam acesso à saúde e promovam o bem-estar. No nível intermediário estão os fatores sociais, tais como, capacidade de resposta das instituições. Já o nível microsocial entende-se por fatores relacionados à rede de apoio social ao indivíduo e à família. Vale ressaltar que é importante também analisar os aspectos políticos, os quais estão sendo desvalorizados no momento da análise social da população (BARATA, 2001).

A Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi (ERF-CS) tem como objetivo avaliar a vulnerabilidade familiar baseada na ficha de cadastro individual, que é um instrumento de cadastro do núcleo familiar utilizado pelos ACS. Através dele são elencadas sentinelas, que são situações de risco diárias, sendo elas: presença de acamado, pessoas com algum tipo de deficiência, baixas condições de saneamento básico, desnutrição grave, drogadição, analfabetismo, menor de seis meses, maior de 70 anos, hipertensão arterial sistêmica, diabetes e relação morador cômodo. Por meio desses riscos são calculados o Escore (R1,R2,R3), sendo R1 menor vulnerabilidade familiar.(COELHO; SAVASSI, 2004)

Além de promover a reavaliação do território e suas potenciais fragilidades, a utilização desta ferramenta proporciona uma visão holística do ser humano, considerando suas emoções, sonhos e sua opinião, principalmente a influência do ambiente social e familiar no

ciclo de vida dos usuários (MOURA et al., 2015). Sendo assim, é possível elaborar estratégias para acompanhamento de doenças crônicas e planejar intervenções futuras a serem realizadas no território. (PINHEIRO et al., 2019)

Em conformidade com a aplicação desta ferramenta na equipe de saúde e considerando o atual geoprocessamento em Campo Grande, o qual as áreas de abrangência das unidades de saúde (USF e UBS) estão sendo redivididas. Torna-se pertinente a utilização da ferramenta de classificação de risco para planejar e organizar as visitas domiciliares dos profissionais de saúde, sobretudo os ACS. Sendo assim, será ofertada aos ACS e profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, odontólogos) uma capacitação a distância sobre classificação de risco familiar através da aplicação da ERF-CS, o qual os métodos serão detalhados na metodologia .

O presente estudo justifica-se pelo fato que a inversão da pirâmide etária no Brasil repercute no perfil clínico-epidemiológico do país, o qual tem as doenças crônicas-degenerativas em processo de ascensão associado com o aumento da expectativa de vida da população (PINHEIRO,2019). Refletindo em uma população senil com comorbidades associadas e com renda familiar classificada como baixa-média residindo em regiões com redução de área verde. (MASSA, 2018)

Os determinantes sociais repercutem diretamente na saúde do indivíduo e coletividade, sendo assim, é de extrema importância que a equipe de saúde reconheça em seu território quais determinantes sociais interfere sua área de abrangência, e identifiquem quais vulnerabilidades e riscos estão acometendo as famílias do seu território. Coelho e Savassi, 2004, defende que este molde de classificação de risco familiar, é ágil, visto que não necessita da elaboração de questionários para obtenção dos dados, considerando o fato que as sentinelas elencadas estão disponíveis na ficha A, atualmente renomeado como ficha de cadastro familiar, instrumento de cadastro e atualização dos profissionais.

Há estudos que evidenciam a efetividade da aplicação da ERF-SC na organização de visitas domiciliares da equipe de saúde. Costa e colaboradores em seu relato de experiência, afirma que a utilização desta escala visa priorizar as famílias com maiores riscos, sem desconsiderar o direito à assistência à saúde das outras famílias consideradas de menor risco. Na sua aplicabilidade os autores observaram que grandes porcentagens das famílias da sua amostra estavam classificadas com maior risco, sendo elas elegíveis para acompanhamento

multiprofissional. Desta maneira o processo de enfermagem (PE) e o diagnóstico situacional aperfeiçoou o acesso à saúde destas famílias vulneráveis.

Baseado na metodologia realizada por Carvalho, 2016, será realizado um curso de capacitação à distância para os profissionais de saúde da APS sobre estratificação de risco familiar. Sendo dividido em categorias profissionais, médicos, enfermeiros, odontólogos e agentes comunitários de saúde. Após o processo de educação permanente serão analisados e discutidos os resultados obtidos através dos testes de conhecimento e questionários abertos, assim como a adesão do projeto proposto.

Por fim, este estudo pretende promover conhecimento técnico sobre estratificação de risco familiar e vulnerabilidades sociais com intuito de favorecer o planejamento de visitas domiciliares dos profissionais de saúde, médicos, enfermeiros, odontólogos e agentes comunitários da atenção primária à saúde de Campo Grande/MS. Simultaneamente será avaliado o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a ERF-CS, ressalta-se que os questionários não serão utilizados como fonte de dados para a pesquisa, serão somente para nivelamento de conhecimento. Por fim, o presente estudo tem como um dos objetivos propor que a Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi seja utilizada para elencar as prioridades a serem visitadas pelos profissionais da atenção primária à saúde da Secretaria Municipal de Saúde-Campo Grande (SESAU).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Scheffler, 1978 através da sua publicação no Institute of Medicine definiu APS como cuidado contínuo, acessível, abrangente e coordenado, sendo prestado por profissionais comprometidos com o serviço de saúde e unidos pelo mesmo propósito. Em 1994 o termo foi atualizado, para

[...] uma provisão de cuidado à saúde integrado e acessível realizado por clínicos que são responsáveis por resolver a grande maioria das necessidades de cuidados pessoais de saúde, desenvolvendo uma parceria permanente com os pacientes e praticando no contexto da família e da comunidade.

Em 2000 através da Conferência de Alma Ata a APS ficou definida como uma

[...] atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

Starfield, a Impulsionadora dos Cuidados de Saúde Primários a nível mundial, em seu livro define APS como

[...] atenção de primeiro contato, contínua, global e coordenada que é proporcionada à população sem distinção de gênero, doença ou sistema orgânico.

A qual tem como atributos nucleares: acesso, coordenação, integralidade e longitudinalidade. E derivados: foco na família, orientação comunitária e competência cultural. A Assistência à saúde no Brasil era baseada no modelo biomédico, direcionado no tratamento das doenças já instaladas na comunidade. Iniciou-se 1978 através da OMS o embasamento para o princípio da universalidade por meio do slogan “Saúde para todos no ano

2000”, dando ênfase à APS, que deve prevalecer sobre o atendimento hospitalar. Fundamentado em algumas experiências municipais surge a proposta de reestruturação do sistema de saúde, substituindo os modelos tradicionais existentes pelo novo proposto. A Saúde da Família tornou-se uma política de Estado e um dos pilares de sustentação do SUS (BRASIL, 2010).

Todavia, essa proposta de descentralização da assistência à saúde, sendo a APS o primeiro acesso da população, aumenta a probabilidade de relevância, bem como o controle social e envolvimento da comunidade. Devido o aumento da relevância o perfil clínico-epidemiológico e as necessidades da população serão elencados, após essa análise baseada no território as prioridades serão definidas, focando nos problemas de saúde mais emergentes, com o objetivo de proporcionar a equidade à comunidade.

Considerando a APS como um modelo de sistema de saúde, para o seu sucesso é necessário ter equilíbrio entre os seguintes aspectos: qualidade, relevância, igualdade e custo efetividade. A qualidade da atenção pode ser vista na perspectiva clínica ou da população. A qualidade da população está vinculada a redução das desigualdades em saúde. A relevância, como citado anteriormente, está relacionado à avaliação das necessidades da comunidade, sendo elas ofertadas de maneira equânime. A igualdade está associada à oportunidade de atenção à saúde igual para todos independente da desigualdade social. Por fim, o custo efetividade está vinculado ao investimento que será realizado para o funcionamento adequado do sistema.

Visando a construção de vínculo entre a comunidade e a equipe de saúde, o PACS foi criado, tornando esta categoria o elo entre a equipe de saúde e a comunidade. Dentre as atribuições profissionais estão a realização de uma visita ao mês no domicílio de cada família sua área de abrangência. (BRASIL, 2001). Tendo um olhar criterioso para identificação de fatores de risco à família ou à comunidade, visto que possuem conhecimento da realidade local, diferente dos profissionais da unidade que identificam as fragilidades por meio da anamnese nos atendimentos multiprofissionais e médicos.

A APS, sendo o primeiro nível de atenção do cuidado a comunidade, deve-se considerar às necessidades de saúde das pessoas, observando o contexto social e cultural das famílias envolvidas e favorecendo, dessa forma, uma melhor compreensão do problema de saúde do paciente (BORGES, 2010).

Para proporcionar a equidade, que é um dos princípios do SUS, a ESF deve utilizar a interdisciplinaridade e a abordagem integral e humanizada, com base na realidade local e identificação das necessidades da população, além das ações coletivas na comunidade, atividades de grupo e a participação das redes sociais dos usuários (BRASIL, 2012). Sendo assim, todos os participantes da equipe devem estar aptos para identificar os fatores determinantes e condicionantes da saúde, tais como condições de moradia, saneamento básico, fatores ambientais e sociais (MENEZES, 2012).

A OMS aponta que determinantes sociais da saúde estão organizados em esferas baseada nos modelo de Diderichsen e Hallqvist, organizando-os de maneira fragmentada e reducionista, não compreendendo os inúmeros processos socioeconômicos, psicológicos, ecobiológicos que se articulam impactando a saúde- doença do indivíduo e coletividade (GARBOIS, 2017).

Todavia, considerando a proposta de redução das desigualdades da agenda 2030 da própria OMS, e o princípio da atenção primária à saúde, equidade, os determinantes sociais podem ser estruturadas em três níveis, sendo eles: macrosocial considerados os fatores relativos ao Estado, quais sejam a riqueza nacional, a distribuição da renda, a urbanização e industrialização, o nível de emprego, dentre outros. Já no nível intermediário seriam considerados os fatores relativos à organização social, capacidade de resposta das instituições, que facilitam ou dificultam a solidariedade e a cooperação. No nível microssocial seriam analisadas as redes sociais de suporte familiar e pessoal do indivíduo (BARATA, 2001).

A justiça social através dos seus princípios defende a diminuição da desigualdade social, baseado nos direitos previstos em lei. Sendo assim, o direito ao acesso à saúde igual para todos os indivíduos também é defendido. Visto que as desigualdades sociais repercutem na saúde pública e são frequentemente evitáveis com melhoria na distribuição de renda e condições que favoreçam o desenvolvimento social da comunidade (Kidd,2016).

Considerando a influência dos determinantes socioeconômicos e princípio da equidade, é de extrema relevância utilizar um instrumento para auxiliar na programação das visitas domiciliares da equipe de saúde. Substituído o olhar curativo, ainda dominante no sistema de saúde, o qual propõe que o planejamento das visitas domiciliares dos profissionais de saúde seja priorizado às famílias com estado clínico comprometido, marginalizadas famílias com elevado risco à saúde (MENEZES, 2012).

A escala de vulnerabilidade familiar foi elaborada com objetivo de identificar as vulnerabilidades do núcleo familiar utilizando como base a ficha de cadastro individual dos usuários. Moura et.al, 2015 em sua pesquisa apontou como dificuldades para a aplicação da estratificação familiar a falta de atualização cadastral e o número elevado de família por profissional. Mesmo frente às dificuldades, o autor defende a aplicação deste instrumento como ferramenta para aperfeiçoar o processo de trabalho e fortalecer a atenção básica.

A Escala de Estratificação de Risco Familiar traz treze indicadores (sentinelas), das quais onze estão vinculadas a fatores individuais, sendo eles: pessoas acamadas, com deficiência física e /ou mental e desnutrição grave. Estas sentinelas recebem três pontos para cada item. Já os fatores drogadição e desemprego tem o valor de dois pontos cada sentinela.

Por fim, presença de criança menor de seis meses, idoso maior de 70 anos, pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e com Diabetes Mellitus (DM) correspondem a um ponto para cada ocorrência na escala (VIEIRA, 2017).

As sentinelas não individuais, ou seja, da família como um todo são as baixas condições de saneamento, que correspondem a três pontos e a relação morador/cômodo, em que a pontuação varia de 0 a 3. Após identificar as sentinelas em cada família e pontuá-las de acordo com a escala de Coelho e Savassi (2004), pode-se classificar o risco familiar, em quatro tipos, R0,R1,R2,R3.

Após a classificação das famílias conforme os Escores estabelecidos pelos autores, as equipes de saúde podem analisar e elencar as famílias prioritárias de seguimento da equipe de saúde, ou seja, as que possuem pontuação máxima (R3), sendo proposto que seu acompanhamento seja em intervalos mais curtos. Da mesma maneira as famílias R2 devem ser visitadas com menor frequência. E por fim, as classificadas como R1 podem ser visitadas com intervalo maior de tempo. Desta forma é possível planejar as ações da equipe visando ofertar assistência de saúde aos vulneráveis (MENEZES, 2012).

3 PLANEJANDO A INTERVENÇÃO: CAMINHO METODOLÓGICO

O estudo em questão é de caráter descritivo sobre um projeto de intervenção através de educação permanente à distância, utilizando como recursos plataformas virtuais, disponibilizando materiais didáticos, vídeos e simulações de cenários familiares para prática dos profissionais participantes desta capacitação.

Durante a vivência da Residência multiprofissional em Saúde da Família em uma unidade de Saúde da Família do município de Campo Grande/MS, observou-se a limitação ou ausência de planejamento das visitas domiciliares, assim como a fragilidade da continuidade do cuidado das famílias vulneráveis. A ERF-CS tem como objetivo principal auxiliar o planejamento e organização das visitas domiciliares dos profissionais da APS, por este motivo foi estruturado o projeto de intervenção “ Ferramenta para gestão do cuidado pela visita domiciliar: escala de risco familiar Coelho-Savassi” com o objetivo de capacitar os profissionais da APS do município de Campo Grande/MS sobre estratificação de vulnerabilidade familiar.

O processo de revisão de literatura, utilizou como base de dados as plataformas BIREME e google acadêmico, aplicando os seguintes descritores: Atenção primária à saúde, vulnerabilidade e fatores de risco.

Foi enviado uma cópia do projeto de intervenção em questão para a Coordenadoria-Geral de Educação em Saúde/SESAU, solicitando a autorização da mesma para execução da pesquisa no âmbito da SESAU-Campo Grande/MS. Após a anuência dos setor responsável iniciou-se o cronograma proposto no pré-projeto, divididas em: divulgação e inscrição dos profissionais, aplicação do questionário inicial, elaboração do conteúdo didático, encontro via Google Meet, questionário final, disponibilização de acesso à plataforma Classroom, análise dos dados, resultados e discussões dos resultados alcançados.

Foram encaminhadas aos Distritos Sanitários de Saúde de Campo Grande/MS, uma cópia do projeto de intervenção e a “carta convite”, a qual apresentava relevância temática e descrevia as etapas desta capacitação à distância. Em anexo foi enviado o link de inscrição, o qual foi utilizado como questionário inicial para nivelamento do conhecimento dos profissionais da APS do município de Campo Grande/MS, sobre a ERF-CS.

O questionário inicial foi aplicado por meio de formulário eletrônico Google Forms, com as seguintes perguntas:

- Informações profissionais: categoria profissional, e-mail de contato, sexo, idade, Distrito Sanitário de Saúde, unidade de lotação, tempo de atuação a APS,
- Você já teve dificuldades em organizar suas visitas domiciliares?
- Você já utilizou alguma ferramenta para organizar sua visita domiciliar? Se sim, qual (ais) ferramentas?
- Você conhece a Escala de Classificação de Risco Familiar de Coelho e Savassi? Se sim, conseguiu utilizá-la para planejar suas visitas domiciliares?
- Qual sua expectativa quanto à esta capacitação?

Para elaboração do conteúdo programático da plataforma Classroom, os artigos encontrados durante o processo de revisão de literatura e estruturação do projeto, foram subdivididos em eixos temáticos, sendo eles: Atenção Primária à Saúde, Determinantes Sociais em Saúde, Desigualdade em Saúde e vulnerabilidade, Escala de Classificação de risco Familiar. Utilizou-se recursos audiovisuais para exposição de cada tema. Os vídeos e materiais didáticos são autorais, assim como as simulações de cenários familiares para aplicação do instrumento de avaliação de vulnerabilidade familiar, os quais foram vivenciados durante o período de residência. Todas as referências utilizadas ficaram disponíveis como material complementar para acesso dos profissionais.

Para embasamento teórico das discussões sobre a aplicabilidade da ERF-CS com ênfase na APS não foram aplicados recorte temporal para as pesquisas nas bases de dados, sendo encontrados oito artigos contendo execuções e relatos de experiências sobre a aplicação da ERF-CS, sendo um projeto de intervenção enfatizando a importância do diagnóstico situacional e dois são de autoria dos criadores da ERF-CS.

Dentre as referências científicas, destaca-se, a pesquisa intitulada como “ A UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE COELHO PARA SISTEMATIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIÁRIA EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA”, a qual detalha, com maestria, processos importantes que necessitam ser aplicados antes da utilização da ERF-CS no território, tais como diagnóstico situacional e levantamento dos nós críticos e mapeamento de áreas de risco.

Aos profissionais inscritos na capacitação foram encaminhados por meio de e-mail o cronograma dos encontros à distância, assim como o link de acesso à sala virtual Google Meet. Realizou-se três encontros remotos em horários alternativos, utilizando a metodologia ativa, discutindo os seguintes eixos temáticos: Atenção Primária à Saúde, Determinantes Sociais em Saúde e Desigualdade social em saúde; contextualizando a ERF-CS; Aplicabilidade da ERF-CS.

Posteriormente foi enviado aos profissionais cadastrados o link de acesso à plataforma Classroom, a qual é uma sala de aprendizagem à distância, que possibilita a postagem de vídeos, materiais didáticos, livros, questionários, dentre outros produtos para auxiliar o processo de ensino de um determinado grupo de indivíduos.

Os conteúdos foram divididos em módulos, sendo eles: I-Atenção Primária à saúde; II-Atribuições dos profissionais de saúde da APS;III-Determinantes de saúde;IV-Desigualdade Social em Saúde;V- Visita Domiciliar; VI- Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi; VII- Experiências de Aplicação da ERF-CS; VIII- Cenários familiares.

Após a realização dos encontros via GoogleMeet e disponibilização do acesso aos materiais na Classroom, foi destinado aos profissionais um formulário eletrônico, questionário final, para analisar se a capacitação auxiliou os profissionais a planejar suas visitas domiciliares.

Foram inscritos para a capacitação à distância 29 profissionais de saúde da APS, sendo excluídos da amostra cinco indivíduos que não estão vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS, tendo como amostra final 24 profissionais de cinco Distritos Sanitários de Saúde: Bandeira, Anhanduizinho,Lagoa, Centro e Imbirussu.

O presente estudo foi autorizado pela Coordenadoria- Geral de Educação Permanente em Saúde/SESAU, devido a dispensação da utilização de dados primários, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

4 AÇÕES E RESULTADOS ALCANÇADOS

4.1 Educação permanente à distância: Google meet e Classroom

A pesquisa em questão demonstrou adesão de 24 profissionais de saúde da APS do município de Campo Grande/MS. Referente ao perfil dos participantes, predomina-se profissionais do sexo feminino (83,3%), sendo 46,7% entre a faixa etária de 20-29 anos, com menos de dois anos de experiência em 53,3%. Ressalta-se que 70% da amostra apresentam dificuldades em organizar suas visitas domiciliares. Por fim, ao indagar-se sobre o conhecimento da ERF-CS a maioria (73,3%) referiu que conhecia o instrumento, em contrapartida grande parte (76,7%) respondeu que não a utiliza para organizar suas visitas domiciliares.

Os participantes são distribuídos em cinco Distritos Sanitários de Saúde do município de Campo Grande/MS: Bandeira (57,7%), Lagoa (19,2%), Anhanduizinho (11,5%), Centro (7,7%), Imbirussu (3,8%). E divididos entre as seguintes categorias profissionais: enfermeiros (53,3%), outros profissionais de nível superior (20%), odontólogos (13,3%), médicos (10%) e ACS (3,3%), conforme quadro a seguir:

Quadro 01- Distribuição dos profissionais conforme os distritos Sanitários de Saúde.		
Distrito Sanitário	Categoria Profissional	Total
,Bandeira	Médico	04
	Enfermeiro	06
	Odontólogo	04
	Outros profissionais de nível superior	01
Lagoa	Enfermeiro	01
	Outros profissionais de nível superior	01
Anhanduizinho	Enfermeiro	04
	Agente Comunitário de Saúde	01
Centro	Outros profissionais de nível superior	01
Imbirussu	Outros profissionais de nível superior	01
Total de participantes		24

Foram realizados três encontros à distância utilizando a ferramenta Google Meet, onde foi discutido por meio de metodologia ativa, os princípios da APS, determinantes sociais em saúde e desigualdade social em saúde, contextualizando a ERF-CS e a aplicabilidade da ERF-CS. Após a exposição dos referenciais teóricos, foram estratificados o risco familiar de três cenários familiares vivenciados durante o processo de formação em saúde da família.

Os módulos foram organizados por temas genéricos, abrangendo todas as categorias inscritas na capacitação. Os temas seguem a seguinte ordem: Atenção Primária à Saúde; Atribuições dos profissionais de saúde na APS; Determinantes Sociais de Saúde; Desigualdades em Saúde e Vulnerabilidade; Visita Domiciliar; Escala de Classificação de Risco Familiar de Coelho e Savassi- ERF-CS; Experiências com a Aplicação da ERF-CS; Aplicação da ERF-CS no município de Campo Grande/MS (em execução); Cenários familiares para classificação de risco. A seguir estão relacionados os pontos principais enfatizados durante o processo de explanação dos módulos na plataforma Classroom:

Quadro 2- Pontos relevantes dos módulos da plataforma Classroom		
Módulo	Número de Slides utilizados	Pontos principais
Atenção Primária à Saúde		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Contextualizando os atributos da APS; ➤ Estratégia de Saúde da Família.
Atribuição dos profissionais de saúde da APS		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atribuições gerais e específicas dos profissionais da APS correlacionadas com vulnerabilidade.
Determinantes de Saúde e Desigualdades em Saúde		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Modelos organizacionais; ➤ Contexto histórico e conceitos.
Visita Domiciliar		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estigmas profissionais sobre a visita domiciliar.
Escala de Estratificação de Risco Familiar		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Definição, recomendações e aplicação da ERF-CS; ➤ Potencialidades e fragilidades da ERF-CS.
Experiências de Classificação de Risco Familiar		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Experiências da aplicabilidade da ERF-CS.

Para o fortalecimento das discussões sobre a ERF-SC, foram condensados produções científicas que realizaram a estratificação de risco familiar na APS. Todavia, somente uma produção científica traz as etapas relevantes que necessitam ser seguidas antes da aplicação do instrumento, sendo uma delas o diagnóstico situacional do território.

4.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO COORDENADORA DO CUIDADO

A pioneira Barbara Starfield, define APS como

[...] atenção de primeiro contato, contínua, global e coordenada que é proporcionada à população sem distinção de gênero, doença ou sistema orgânico.

Com a identificação dos determinantes de saúde de uma determinada comunidade, a carta de serviços da atenção primária podem ser reorganizados para atender as demandas apresentadas pelo território, assim traçando ações e programações que possam ofertar assistência de qualidade aos moradores (Savassi,2012).

4.3 VISITA DOMICILIAR: UMA ESTRATÉGIA PARA IDENTIFICAÇÃO DE DESIGUALDADES EM SAÚDE

As desigualdades em saúde são estruturadas da mesma maneira que os determinantes sociais de saúde, macrossocial, intermediário e microssocial. O modelo de organização de Determinantes Sociais em saúde de Solar e Irwin distribui-os em três níveis. O primeiro nível, macrossocial, encontra-se os fatores relacionados ao Estado, distribuição da renda, urbanização, industrialização e nível de emprego. O nível intermediário é constituído pelos fatores relacionados à capacidade de resposta das instituições, a qual facilita ou dificulta a solidariedade e cooperação. Por fim, o nível microssocial está associado às redes sociais, suporte familiar e pessoal do indivíduo.

Quando a distribuição de renda está em desigualdade resulta a limitação do acesso dos usuários aos serviços de saúde. Para reduzir as desigualdades em saúde, a presença de um sistema nacional de saúde não é o suficiente, sendo necessário ampliar o acesso aos indivíduos mais vulneráveis, por meio de ações de promoção, manutenção ou recuperação de saúde, baseados nos princípios de equidade e universalidade (BARATA, 2001). As desigualdades em saúde são uma preocupação global, sendo um dos objetivos e metas da Agenda 2030 da Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo um dos objetivos a redução das desigualdades em saúde nas populações vulneráveis.

Oviedo, 2015, em sua análise crítica traz o conceito vulnerabilidade estruturado-o em uma fórmula equacional de igualdade: pobreza=vulnerabilidade=perigo=risco. Sendo assim, um indivíduo, família ou coletividade com desigualdade social, há um contexto de vulnerabilidade, o qual expõe os indivíduos a perigos e riscos.

Ressalta-se que os ACS são o elo entre a equipe de saúde e a comunidade a qual deve considerar a vulnerabilidade do território e seguir as orientações dos protocolos de trabalho da categoria, assim como suas metas de cobertura de possíveis grupos de risco, particularmente hipertensos, diabéticos, gestantes crianças menores de um ano, dentre outros.

Muitos usuários mesmo sem indicação de assistência domiciliar, necessitam de atenção domiciliar, pela fato de apresentarem complexidade em seu quadro clínico, principalmente os pacientes portadores de condições crônicas agudizadas ou complicações

existentes, ou associação de questões sociais como baixa grau de escolaridade, alto número de dependentes, baixas condições de saneamento, dentre outros (FERREIRA, 2013).

Sendo então, a visita domiciliar uma estratégia de prevenção, promoção e manutenção da saúde de indivíduos, famílias ou grupos, alcançando os moradores que não comparecem na unidade de saúde, os quais podem apresentar vulnerabilidades/fragilidades que irão desenvolver complicações ao estado de saúde ao longo do tempo.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) de 2012, traz que as visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde (ACS), devem realizar visitas domiciliares programadas junto com a equipe de saúde segundo o critério de risco e vulnerabilidade de modo que as famílias com maior necessidade sejam visitadas com mais frequência, do que uma visita/mês (BRASIL,2012).

Vale ressaltar que durante a visita domiciliar devemos respeitar a autonomia dos pacientes e sua influência cultural. Visto que estaremos adentrando seus lares, ação que pode trazer ao paciente algum desconforto quando feito inadequadamente. O seu sucesso se faz por meio da criação de vínculo entre o paciente/família com os profissionais de saúde, baseado na empatia e cumplicidade (SENNA, 2013).

4.4 ESCALA DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

A ERF-CS foi elaborada no município de Contagem-MG, baseada na Ficha A, instrumento que contém informações relevantes para identificação de risco para as famílias. Sua classificação está organizada em graus de risco, sendo R0,R1,R2,R3, quanto maior o risco maior a necessidade de ações e estratégias dos profissionais da APS.

Inicialmente a ERF-CS foi elaborada para organizar e planejar as visitas/atendimentos domiciliares, principalmente dos profissionais médicos conforme a vulnerabilidade familiar. Ela proporciona a classificação de risco conforme fatores biológicos e sociais (Souza et.al,2013). Contudo, sua aplicação fortalece a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe, a partir do ponto em que todos os profissionais possuem o mesmo olhar por meio de capacitação e incorporação do instrumento no processo de trabalho, resultando em assistência integral e equidade na saúde. Além de traçar o perfil populacional dos usuários sob o cuidado das equipes de saúde (Moura, 2016).

Os responsáveis pela criação do instrumento de classificação familiar apresentaram o dilema que rondava aos profissionais de saúde: “quem visitar primeiro? Seria possível privilegiar famílias de maior risco sem perder a qualidade da atenção às famílias de menor risco?”. Coelho e Savassi (2004) em sua pesquisa, expõem os processos da sistematização do instrumento em questão, e sugerem que o instrumento seja demonstrado em reunião de equipe por um profissional familiarizado com a escala. Após este primeiro momento os agentes comunitários deverão ser responsáveis pela classificação das famílias do seu território.

Todavia, recomenda-se que as primeiras visitas sejam supervisionadas pelo profissional com maior vínculo com o tema. Os autores propõem que sejam estipulados prazos para cada etapa do processo. Por fim, a última fase constitui o processo de tabulação e posteriormente seleção das famílias classificadas com algum risco familiar.

As sentinelas são organizadas em riscos individuais e não-individuais. As individuais são: hipertensão,diabetes, crianças menores de seis meses,pessoas acima de 70 anos, drogadição, acamados, desnutrição grave, analfabetismo, desemprego e deficiência mental e/ou física, As sentinelas não-individuais são as baixas condições de saneamento e relação morador/cômodo. Todas pontuadas conforme quadro abaixo:

Quadro 03- Escala de Estratificação de Risco Familiar			
Tipo de Sentinela	Sentinela	Pontuação	Relevância
Individual	Acamado	3	Relevância Epidemiológica; Impacto familiar.
Individual	Deficiência Física e Mental	3	Relevância Epidemiológica; Impacto familiar.
Não-Individual	Baixas condições de saneamento básico	3	Relevância Epidemiológica; Relevância Sanitária.
Individual	Desnutrição Grave	3	Relevância Epidemiológica; Relevância Sanitária; Impacto familiar.
Individual	Drogadição	2	Relevância Epidemiológica; Impacto familiar.
Individual	Desemprego	2	Relevância Epidemiológica; Relevância Sanitária; Impacto familiar.
Individual	Analfabetismo	1	Relevância Epidemiológica; Relevância Sanitária; Impacto familiar.
Individual	Menor de seis meses	1	Relevância Epidemiológica; Impacto familiar.
Individual	Maior de 70 anos	1	Relevância Epidemiológica; Impacto familiar.
Individual	Hipertensão Arterial Sistêmica	1	Relevância Epidemiológica; Impacto familiar.
Individual	Diabetes Mellitus	1	Relevância Epidemiológica; Impacto familiar.

Não-Individual	Relação Morador/Cômodo	1-3 pontos	Relevância Epidemiológica; Impacto familiar.

É importante ressaltar que, a ERF-CS possui embasamento teórico e está correlacionado com os princípios que regem a APS, por este motivo o conteúdo didático disponibilizado na plataforma virtual Classroom e discutidos nos encontros à distância foram fundamentados nos conceitos teóricos, expondo os atributos da APS, e sua correlação com o instrumento proposto. Savassi, 2012 enfatiza que a escala em questão está articulada com alguns dos princípios da APS e do SUS: primeiro acesso, integralidade, equidade e coordenação do cuidado.

4.5 POTENCIALIDADES DA APLICAÇÃO DA ERF-CS

Durante o processo de discussão e elaboração dos materiais didáticos para esta educação permanente à distância, foram expostas experiências de vários autores sobre a classificação de risco das famílias em sua prática assistencial na APS. Todavia, nenhum autor expôs detalhadamente o processo de planejamento das visitas domiciliares das equipes de aplicação da ERF-CS.

O artigo de Ferreira, 2016, foi desenvolvido a partir da ação do projeto de extensão denominado “ Fortalecendo as ações de vigilância em saúde em unidades de atenção primária à saúde no Município de Fortaleza/CE". Em seu processo foram classificadas 48 famílias de indivíduos acamados de uma determinada unidade de saúde, ao transcorrer da discussão os autores sinalizaram uma dificuldade característica daquela região, que é a violência urbana, referindo que durante o percurso para visita domiciliar muitos profissionais sofriam ameaças de violência, dificultando a assistência necessária para as famílias.

Cruz et.al, 2013 salienta a relevância do conselho local para reivindicar condições de saneamento básico adequados para comunidade, enfatizando também a importância da escala de vulnerabilidade familiar para o planejamento adequado e direcionamento das políticas públicas de saúde. Desta forma, além da comunidade, os profissionais de saúde devem se apoderar deste instrumento para mapear situações de risco predominantes no território, e junto com a comunidade solicitar as políticas públicas que visem a redução de agravos relacionados aos determinantes sociais de saúde.

Vieira, 2017, analisou 1447 fichas de cadastro, sendo excluídas 943 cadastros, por conta de dados incompletos e inviabilidade de informação. Além de excluir dois escores, desnutrição grave e acamados, conforme recomendações dos autores da ERF-CS. Oitenta por cento, quatrocentos e uma famílias, da amostra utilizada foi classificada como Sem Risco. Todavia, as famílias com algum risco apresentaram a prevalência das seguintes sentinelas: hipertensão arterial, diabetes, maior de 70 anos, desemprego e condições baixas de saneamento.

Em seu processo de discussão a autora citada acima, relata que a presença em sua maioria de famílias classificadas como Sem Risco, demonstra a qualidade da assistência prestada à comunidade. Todavia, a existência das sentinelas hipertensão e diabetes enfatiza o

risco das condições crônicas e suas complicações sobre o estado de saúde dos indivíduos, servindo como alerta aos profissionais da APS, sobre a importância de ações para prevenção e redução de danos aos portadores de tais comorbidades. Contudo, salienta-se também que a presença de associação entre a sentinela baixa condições de saneamento básico Relação Morador/Cômodo, aumenta o risco de Doenças Infecciosas Negligenciadas.

Mathias, 2013 aponta que a presença de riscos sociais dificultam a abordagem dos ACS, por exemplo o uso abusivo de drogas, que está associado ao índice de violência. Os autores ressaltam também que as famílias classificadas como Sem Risco, necessitam de atenção dos profissionais de saúde, utilizando ações para promoção e prevenção de agravos, visto que a presença ou não de sentinelas são dinâmicas.

Savassi, 2004 em seu artigo que demonstra a aplicação da ERF-CS no município de Contagem-MG, enfatiza que não se faz necessário utilizar outras ferramentas para classificação de risco das famílias, pois sua base de dados contém todas informações relevantes sobre as famílias do território.

Para concluir a discussão sobre as experiências encontradas na literatura com a aplicação da ERF-CS, torna-se necessário enfatizar que a análise do território, por meio do diagnóstico situacional, é imprescindível para o sucesso da classificação da vulnerabilidade das famílias. Pois somente como um reconhecimento da área de abrangência poderá ser mapeado as áreas de risco da comunidade.

Ferreira, 2013 em seu trabalho elaborou um plano de ação baseado no diagnóstico situacional prévio da população atendida pela Equipe Verde do Centro de Saúde São Bernardo/ Belo Horizonte. O qual elencou problemas de nível socioambiental, tais como violência, tráfico de drogas e inundações sazonais, dentre outros. Organizaram os problemas conforme as causas relacionadas, e posteriormente selecionaram os nós críticos conforme a prioridade. Após a análise detalhada do território escolheram a ERF-CS como instrumento de estratificação das vulnerabilidades das famílias da Equipe Verde.

Ferreira et. al, 2016 apresentou como dificuldade para a aplicação do instrumento, a falta de periodicidade de atualização das fichas de cadastro familiar. Assim como desafios estruturais que dificultam o processo de realização de visita domiciliar, para os pacientes acamados, tais como indisponibilidade de carro para transporte da equipe e insumos médico-hospitalares limitados. Os autores salientam que durante o processo de classificação familiar

de 48 pacientes restritos ao leito, foram identificados indivíduos que necessitavam de atenção domiciliar constante estavam sem visita domiciliar há mais de um ano.

Por fim, a maioria dos artigos revisados traz como limitações para a aplicação da escala no território, as fichas de cadastros com dados divergentes, alto índice de casas fechadas e informações desatualizadas. Demonstrando a importância do constante processo de atualização e cadastro das famílias e indivíduos no sistema vigente, a qual é atribuição comum de todos os profissionais da atenção primária à saúde, conforme a Política Nacional da Atenção Básica de 2012.

A maioria dos artigos utilizados concluíram que o instrumento em questão alcançou o objetivo proposto, sendo uma ferramenta eficaz para a sistematização das visitas domiciliares dos profissionais da APS. Ferreira et.al, 2016 traz que a ERF-CS fortalece a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe, por meio da compreensão do território, por meio dos seus aspectos demográficos, laborais, culturais e sociopolíticos.

Durante a exposição das experiências dos autores sobre a aplicação do instrumento, foi enfatizado que o território é muito dinâmico, por exemplo, dentro de uma área podem existir condições de vulnerabilidade social relevante, a qual necessita de maior cuidado dos profissionais de saúde com ações de prevenção e promoção da saúde. Todavia, no mesmo perímetro contém condições divergentes com predomínio de sentinelas individuais, tais como pessoas acima de 70 anos, hipertensos e diabéticos, os quais demandam dedicação da equipe de saúde. Em seu trabalho os autores concluíram que o instrumento atingiu o objetivo proposto, não sendo necessário a adequação da escala para sua aplicação (Marrero, et.al, 2012)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa em questão alcançou 24 profissionais da atenção primária do município de Campo Grande/MS, entre médicos, enfermeiros, agentes comunitários, odontólogos e outros profissionais de nível superior de cinco Distritos Sanitários de Saúde.

Afinal, a pesquisa em questão recebeu impactos indiretos, devido ao contexto atual referente a pandemia de COVID-19, a qual necessita de atenção especial dos profissionais de saúde, principalmente das unidades da APS, visto que é o primeiro acesso dos usuários. Todavia, mesmo com limitações foram realizados os encontros à distância apresentando as potencialidades, limitações e experiências de outros autores com a aplicação da ERF-CS, e por fim para fixação dos conteúdos, foram disponibilizados o acesso aos materiais didáticos, slides e vídeos autorais, na plataforma virtual Classroom. Alcançando os objetivos propostos.

Recomenda-se que o instrumento em questão necessita ser discutido entre as equipes de saúde da APS de Campo Grande-MS, auxiliando no processo de sistematização das visitas domiciliares dos integrantes das equipes de saúde. Assim como, caso seja necessário o instrumento seja adequado conforme as demandas do território, visto que é muito dinâmico e singular.

REFERÊNCIAS

Barata, Rita. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. REVISTA USP, São Paulo, n.51, p. 138-145, setembro/novembro 2001;

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA EXECUTIVA. Programa Agentes Comunitários de Saúde, PACS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001;

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144 p. : il. –(Série I. História da Saúde no Brasil);

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde);

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 02, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acessado em 27 de dezembro de 2017.

Borges, Renata Visita médica domiciliar : espaço para interação, comunicação e prática :estudo de caso no Programa Saúde da Família, município de Florianópolis – Santa Catarina / Renata Borges. -- São Paulo, 2010;

Carvalho, J. A.S . Utilização da Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi na organização das visitas domiciliares da ESF Jardim de Viga. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: [Jeferson Augusto de Souza Carvalho.pdf \(unasus.gov.br\)](#) ;

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Declaração Alma Ata, URSS,1978;

Coelho, FLG, Lage JA,Savassi LCM. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi. J Manag Prim Health Care 2012;3 [2]178-185

Ferreira DSR. A Utilização da Escala de Coelho para sistematização da visita domiciliária em uma equipe de saúde da família. NESCON, 2013; Disponível em : [A utilização da escala de coelho para sistematização da visita domiciliária em uma Equipe de Saúde da Família - Biblioteca Virtual do NESCON \(ufmg.br\)](#)

Facchini,L.A; Tomasi, ELAINE; Dilélio, A.S. Qualidade da Atenção Primária à saúde no Brasil: avanços,desafios e perspectivas.Universidade Federal de Pelotas,2018.

Garbois JÁ,Sodré F, Araujo MD. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da

saúde. Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), Programa de Pósgraduação em 29 Saúde Coletiva – Vitória (ES), Brasil. Rev. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 41, N. 112, P. 63-76. DOI:0.1590/0103-1104201711206,2017;

Kidd. Michael. A contribuição da medicina de família e comunidade para os sistemas de saúde: um guia de Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA)/ Michael Kidd; tradução: André Garcia Islabão; revisão técnica: Luiz Fernando Nicz. - 2.ed.- Porto Alegre: Artmed, 2016.

Nascimento FG, Prado TN, Galavote HS, Maciel PA, Lima CD, Maciel ELN. Aplicabilidade de uma escala de risco para a organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória (ES). [Internet] Ciênc. saúde colet. 2010; 5 (5). Disponível em : [SciELO - Saúde Pública - Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória \(ES\) Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória \(ES\) \(scielosp.org\) .](http://SciELO - Saúde Pública - Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória (ES) Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória (ES) (scielosp.org) .)

Nakata PT, Kottermann LI, Vargas KR, Moreira PW, Duarte ERM, Cruz IR. Classificação de risco familiar em uma Unidade de Saúde da Família. [Internet] Rev. Latino-Am. Enfermagem 21(5):[07 telas] set-out. 2013. Disponível em: [Classificacao de risco familiar em uma Unidade de Saude da Familia | Revista Latino-Americana de Enfermagem \(usp.br\) .](http://Classificacao de risco familiar em uma Unidade de Saude da Familia | Revista Latino-Americana de Enfermagem (usp.br) .)

Menezes AHR, Cardelli AAM, Vieira GB, Martins JT, Fernandes mv, Marrero TL. Classificação do Risco Familiar segundo Escala de Coelho e Savassi- Um relato de experiência. Cienc Cuid Saúde 2012 Jan/Mar; 11(1):190-195. Disponível em: [Classificação do risco familiar segundo escala de Coelho e Savassi - um relato de experiência | Ciênc. cuid. saúde; 11\(1\): 190-195, jan.-mar. 2012. tab | LILACS | BDEFN | Portal de Pesquisa da BVS \(bvsalud.org\) .](http://Classificação do risco familiar segundo escala de Coelho e Savassi - um relato de experiência | Ciênc. cuid. saúde; 11(1): 190-195, jan.-mar. 2012. tab | LILACS | BDEFN | Portal de Pesquisa da BVS (bvsalud.org) .)

Moura FMN, Marinho ADP, Oliveira LL, Santos ML, Júnior Araújo OLA, Ferreira MJM. Aplicação da Escala de Risco Familiar na Atenção Básica. Extensão em Ação, Fortaleza, v.1, n.10. Jan/Jun. 2016. Disponível em: [APLICAÇÃO DA ESCALA DE RISCO FAMILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA | Revista Extensão em Ação \(ufc.br\) .](http://APLICAÇÃO DA ESCALA DE RISCO FAMILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA | Revista Extensão em Ação (ufc.br) .)

PINHEIRO, J. V. et al. Ferramenta para avaliação e gestão da visita domiciliar na atenção primária à saúde: um relato de experiência. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 14, n. 41, p. 1818, 14 maio 2019.

Oviedo, R.A.M. O Conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. REVISTA INTERFACE, Botucatu/SP. DOI:10.1590/1807-57622014.0436, 2015;

Starfield, Barbara Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia / Bárbara Starfield. - Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p;

Souza EC, Santana CP, Cvalcante PS, Bortoletto MSS, Mathias TAF. Classificação de famílias segundo situações de risco. Congtare Enferm. 2013 Jan/Mar; 18(1):50-6. Disponível em: [Classificação de famílias segundo situações de risco | Cogitare enferm; 18\(1\): 50-56, jan.-mar. 2013. tab | LILACS | BDEFN \(bvsalud.org\) .](http://Classificação de famílias segundo situações de risco | Cogitare enferm; 18(1): 50-56, jan.-mar. 2013. tab | LILACS | BDEFN (bvsalud.org) .)

Rocha V F B. Avaliação do desempenho de duas escalas de Classificação de Risco Familiar e sua aplicação na saúde bucal. 2014.

Vieira, T.S.M. APLICAÇÃO DE ESCALA DE VULNERABILIDADE FAMILIAR NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA-RR. Universidade Federal de Roraima, Roraima, 2017.

ANEXO A - DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO CGES/SESAU

74/2021



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde autoriza a pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a) / orientador (a): Priscilla de Araujo Pereira Monteiro inscrito (a) no CPF/MF sob n°. 034.434.171-24, portador (a) do documento de Identidade sob n°. 001.588.356 SSP/MS, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Senador Antonio Mendes Canalle, N°. 1299, Bairro: Pioneiros, nesta Capital, telefone n°. 67 99190-1930, pesquisador (a) do Curso de Enfermagem, da Instituição Programa de residência Multiprofissional em Saúde da família Fiocruz/SESAU com o título do projeto de pesquisa: "Ferramenta para a Gestão do Cuidado através da Visita Domiciliar na APS: Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi", o pesquisador firma o compromisso de manter o sigilo das informações acessadas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde Pública, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gerência da unidade de saúde sobre quaisquer referências aos dados analisados.

A pesquisa só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o acadêmico deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande, 10 de Novembro de 2021.

Pesquisador (a)

Mandel Roberto dos Santos
Chefe da Divisão de Extensão, Pesquisa e

Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;
 Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;
 Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;
 O presente termo estabelece responsabilidades entre pesquisadores e a Secretaria Municipal de Saúde Pública:

COMPETÊNCIAS:

PESQUISADOR:

- 1) Solicitar por meio de carta de apresentação a autorização do Secretário Municipal de Saúde para realizar pesquisa, no seguinte formato:
 - Identificação do pesquisador do projeto (nome completo e do orientador);
 - Contato (telefone e e-mail);
 - Nome do projeto;
 - Objetivos;
 - Metodologia completa;
 - Assinatura do coordenador de curso e do orientador de pesquisa.

Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.

- 2) Em função da rotina de trabalho da SESAU agendar previamente com a área envolvida;
- 2) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 3) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde
- 4) Apresentar-se com jaleco ou crachá de identificação.

SESAU:

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Os trabalhos que envolverem dados, serão enviados através de e-mail do pesquisador;
- 4) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande, 10 de Novembro de 2021.

Manoel Roberto dos Santos
 Chefe de Divisão de Extensão, Pesquisa e

Secretaria Municipal de Saúde/Campo Grande/MS

Pesquisador

