

## **Estratificação da vulnerabilidade familiar: Percepções de equipes de Estratégia Saúde da Família**

**Stratification of family vulnerability: Perceptions of Family Health Strategy teams**

**Estratificación de la vulnerabilidad familiar: Percepciones de los equipos de Estrategia de Salud de la Familia**

Recebido: 23/08/2022 | Revisado: 03/09/2022 | Aceito: 04/09/2022 | Publicado: 12/09/2022

**Beatriz Marroni Leandrini**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0627-8217>

Centro Universitário Ingá, Brasil

E-mail: [beatrizleandrini@gmail.com](mailto:beatrizleandrini@gmail.com)

**Nádia Raquel Suzini Camillo**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5105-7806>

Centro Universitário Ingá, Brasil

E-mail: [prof.nadiacamillo@uninga.edu.br](mailto:prof.nadiacamillo@uninga.edu.br)

### **Resumo**

Esta pesquisa objetivou apreender a percepção dos membros de equipes de Estratégia Saúde da Família sobre a estratificação da vulnerabilidade familiar de famílias adscritas. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, realizado com os integrantes das equipes de Estratégia Saúde da Família de um município paranaense. As informações foram coletadas por meio de entrevista semiestruturada, gravada, norteada pela questão "Fale-me sobre a estratificação da vulnerabilidade familiar das famílias adscritas". Todos os preceitos éticos foram respeitados. Após coletados, os depoimentos gravados foram transcritos na íntegra e submetidos à técnica de análise de conteúdo, na modalidade temática, respeitando-se as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Por meio dessa técnica de análise, os resultados foram organizados por similaridade e apresentados nas seguintes categorias temáticas: Potencialidades do processo de estratificação da vulnerabilidade familiar; Fragilidades do processo de estratificação da vulnerabilidade familiar; Estratégias para possíveis melhorias do processo de estratificação da vulnerabilidade familiar. Conclui-se que os achados advindos desse estudo revelam potencialidades e fragilidades atinentes à prática da estratificação da vulnerabilidade familiar vivenciados por equipes de Estratégia Saúde da Família e poderão impulsionar a implementação de melhorias ao referido processo de estratificação consequente às estratégias para possíveis melhorias evidenciadas pelos entrevistados.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde; Saúde da família; Territorialização da atenção primária; Vulnerabilidade em saúde.

### **Abstract**

This research aimed to understand the perception of Family Health Strategy team members about the stratification of family vulnerability of attached families. This is a descriptive and exploratory study, with a qualitative approach, carried out with members of the Family Health Strategy teams of a city in Paraná. The information was collected through semi-structured interviews, recorded, guided by the question "Tell me about the stratification of family vulnerability of the attached families". All ethical precepts were respected. After collected, the recorded statements were transcribed in full and submitted to the content analysis technique, in the thematic modality, respecting the stages of pre-analysis, material exploration, and treatment of results. Through this analysis technique, the results were organized by similarity and presented in the following thematic categories: Potentialities of the family vulnerability stratification process; Weaknesses of the family vulnerability stratification process; Strategies for possible improvements of the family vulnerability stratification process. We conclude that the findings of this study reveal potentialities and frailties related to the practice of family vulnerability stratification experienced by Family Health Strategy teams, and may drive the implementation of improvements to the stratification process, as a consequence of possible improvement strategies highlighted by the interviewees.

**Keywords:** Primary health care. Family health; Primary health care territorialization; Health vulnerability.

### **Resumen**

El objetivo de esta investigación es conocer la percepción de los miembros de los equipos de Estrategia de Salud de la Familia sobre la estratificación de la vulnerabilidad familiar de las familias adscritas. Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio, de enfoque cualitativo, realizado con los miembros de los equipos de Estrategia de Salud de la Familia de un municipio paranaense. La información se recopiló a través de una entrevista semiestructurada, gravada, orientada

a la pregunta "¿Cómo se puede explicar la vulnerabilidad familiar de las familias adscritas?" Se respetaron todos los preceptos éticos. Una vez recogidas, las declaraciones grabadas se transcribieron en su totalidad y se sometieron a la técnica de análisis de contenido, en la modalidad temática, respetando las etapas de pre análisis, exploración del material y tratamiento de los resultados. Mediante esta técnica de análisis, los resultados se organizaron por similitud y se presentaron en las siguientes categorías temáticas: Potencialidades del proceso de estratificación de la vulnerabilidad familiar; Debilidades del proceso de estratificación de la vulnerabilidad familiar; Estrategias para posibles mejoras del proceso de estratificación de la vulnerabilidad familiar. Se concluye que los resultados obtenidos en este estudio revelan potencialidades y fragilidades relevantes en la práctica de la estratificación de la vulnerabilidad familiar vivida por los equipos de Estrategia de Salud de la Familia y pueden impulsar la implementación de mejoras en el referido proceso de estratificación como consecuencia de las posibles estrategias de mejora evidenciadas por los entrevistados.

**Palabras clave:** Atención primaria de salud; Salud familiar; Territorialización de la atención primaria; Vulnerabilidad sanitaria.

## 1. Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS), também conhecida como Atenção Básica, é apreendida como a principal porta de entrada do indivíduo aos serviços de saúde, norteadas por um modelo de atenção mais democrático, coletivo e preventivo, instituído a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade e equidade (Brasil, 2017). A APS, portanto, compreende o primeiro nível de atenção à saúde e é caracterizada como ordenadora e coordenadora do cuidado em todos os níveis de atenção, quais sejam: primário, secundário e terciário (Silva, et al., 2015).

Inserida na APS com o intuito de reorganizar e impulsionar as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, a equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) alcançou a magnitude dessa política de atenção ao favorecer a implementação de estratégias de expansão, qualificação e consolidação da APS por meio da resolutividade dos problemas de saúde da população e otimização da relação custo-efetividade (Moura *et al.*, 2020).

No que tange à composição da equipe de ESF, é composta por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), responsáveis por, por meio de ações assistenciais e de prevenção de doenças e promoção à saúde, promover uma melhor qualidade de vida de uma população adscrita a um território de abrangência (Alonso, et al., 2018; Mendes, 2015). Ressalta-se que essa delimitação territorial é consequente ao processo de territorialização, que visa otimizar a avaliação e análise dos dados em saúde pública por meio da divisão de um território em microáreas, de responsabilidade de atuação dos ACS, bem como favorecer o vínculo entre a equipe e os usuários do serviço de saúde e conhecer o contexto social e de saúde desses indivíduos a fim de facilitar a identificação de vulnerabilidades (Jocowski *et al.*, 2018).

Com o intuito de conhecer a vulnerabilidade das famílias residentes nas microáreas de abrangência de uma ESF, torna-se pertinente identificar os fatores de riscos presentes e determinar o risco social e de saúde dessas famílias, identificando o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar (Savassi & Coelho, 2004). Por esse motivo, Coelho e Savassi (2004) construíram e validaram uma escala de risco familiar (ERF-CS) que utiliza como metodologia dados de relevância epidemiológica, sanitária e que possuem potencial de impacto na dinâmica familiar, definidos como sentinelas de risco.

Nesse contexto, vale destacar a obra de Mendes (2015), elencada como referencial teórico deste estudo, cujos preceitos ancoram-se nas diretrizes que regem o SUS, apontando a ESF como a principal protagonista da APS, cuja estratégia consiste na organização de um sistema de atenção à saúde norteadas pelas necessidades, demandas e representações da população. Arelado a isto, a ERF-CS faz-se presente como estratégia coadjuvante, pertinente e relevante, utilizada como ferramenta indispensável à implementação de ações de promoção do cuidado a partir da realidade evidenciada e apresentada por meio de mapeamento geográfico do risco de vulnerabilidade familiar (Mendes, 2015).

Frente ao exposto, com o propósito de reconhecer os efeitos da aplicação da referida escala de risco familiar e estratificação da vulnerabilidade das famílias adscritas de um território, questiona-se: "Qual a percepção dos membros das equipes de Estratégia Saúde da Família sobre a estratificação da vulnerabilidade familiar de famílias adscritas?" Em resposta a este questionamento, este estudo objetivou apreender a percepção de membros de equipes de Estratégia Saúde da Família sobre

a estratificação da vulnerabilidade familiar de famílias adscritas.

## 2. Metodologia

Trata-se de um estudo descrito-exploratório, de abordagem qualitativa, realizado em maio de 2022, com membros das equipes de Estratégia Saúde da Família de um município localizado no norte do Paraná, fundamentado no referencial teórico “A Construção Social da Atenção Primária à Saúde” (Mendes, 2015).

Em relação ao campo de estudo, a rede de APS conta com nove UBS e dispõe de nove equipes de ESF compostas por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e agentes comunitários de saúde que, no período do estudo, totalizavam cerca de 90 profissionais. No que se refere à população estimada, o referido município possui mais de 90 mil habitantes e a cobertura de ESF, em 2021, correspondia a cerca de 26,72% do total da população (Anjos, 2021).

Os sujeitos de estudo foram os membros das equipes de ESF atuantes no campo de estudo no período da coleta de dados, que aceitaram participar da pesquisa voluntariamente e que realizaram ou estavam realizando a estratificação da vulnerabilidade familiar das famílias adscritas. Atenta-se que os profissionais afastados ou em usufruto de férias e licenças, não participaram desta pesquisa.

No que tange à coleta de dados, as informações foram coletadas pela pesquisadora por meio de entrevista semiestruturada e gravada. Os participantes foram abordados no local de trabalho, em sala reservada, e individualmente, em dia e horário definidos previamente conforme disponibilidade, mediante aceitação e preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a coleta de informações sociodemográficas, os participantes preencheram um formulário elaborado pela pesquisadora e, em seguida, as entrevistas foram gravadas e conduzidas pela questão norteadora: “Fale-me sobre a estratificação da vulnerabilidade familiar das famílias adscritas”. Quando o(a) participante apresentava dificuldade para se expressar, as seguintes questões auxiliares foram utilizadas: “Fale-me sua opinião sobre a estratificação da vulnerabilidade familiar das famílias adscritas”, “Fale-me sobre potencialidades/vantagens da estratificação da vulnerabilidade familiar das famílias adscritas”, “Fale-me sobre fragilidades/dificuldades da estratificação da vulnerabilidade familiar das famílias adscritas”, “O que poderia melhorar a estratificação da vulnerabilidade familiar das famílias adscritas?”. Ao final, foi perguntado ao entrevistado se havia mais alguma informação ou opinião a acrescentar.

Cumprе salientar que, o número de participantes foi determinado pela ausência de respostas significativas nos últimos depoimentos, repetição de informações advindas dos entrevistados e constatação do alcance do objetivo da pesquisa (Fontanella *et al.*, 2011).

Os depoimentos gravados foram transcritos na íntegra e analisados por meio da técnica de análise de conteúdo, na modalidade temática, proposta por Bardin (2016), respeitando-se as seguintes etapas: 1) Pré-análise - consiste na leitura flutuante seguida de leitura exaustiva de todo o conteúdo transcrito, a fim de se identificar as ideias centrais do texto; 2) Exploração do material - incide em listar as ideias centrais identificadas na etapa anterior e agrupá-las por similaridade, formando os núcleos de sentido e, após nova leitura exaustiva do corpus, identificar novos excertos que representam os núcleos de sentidos, com auxílio das informações registradas no diário de campo, organizando-se as categorias temáticas; e, 3) Tratamento dos resultados – consiste na apresentação da categorização e interpretação dos resultados a partir de uma breve descrição dos achados e exemplificação destes por meio de citação das falas, seguido de inferência ancorada em evidências científicas e interpretação do pesquisador (Bardin, 2016).

Anterior à apresentação dos resultados analisados, todos os excertos foram avaliados gramaticalmente e os erros identificados foram corrigidos. Todavia, o conteúdo essencial não foi modificado. Sempre que necessário, utilizou-se termos entre colchetes para facilitar a compreensão do leitor e preservar a ideia/sentido do texto. Ademais, os nomes dos participantes

foram preservados onde utilizou-se a letra E de entrevistado, seguido do número de ordem que o representou na sequência da entrevista.

No que se refere aos preceitos éticos, vale ressaltar que este estudo foi desenvolvido em respeito à Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, mediante autorização concedida pelo campo de estudo e parecer favorável nº 5.306.299, registrado sob o CAAE nº 56244922.0.0000.5220, do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Ingá - UNINGÁ/Maringá, Paraná.

### 3. Resultados

No total, foram entrevistados 20 profissionais de equipes de ESF, sendo: seis enfermeiros, três médicos e 11 agentes comunitários de saúde. Não foram entrevistados técnicos de enfermagem devido à indisponibilidade destes no momento da coleta de dados. Dentre os entrevistados, prevaleceu o sexo feminino (18), a idade variou entre 27 à 63 anos, com tempo de atuação mínima de um mês e, o máximo, de 18 anos em ESF. Sobre o estado civil, nove participantes afirmaram estar casados, oito solteiros e três divorciados; a escolaridade variou de ensino médio completo a mestrado e, no momento da entrevista, dois entrevistados declararam possuir outro vínculo empregatício.

Da análise das entrevistas, foram apreendidas três categorias temáticas: (1) Potencialidades do processo de estratificação da vulnerabilidade familiar; (2) Fragilidades do processo de estratificação da vulnerabilidade familiar; e, (3) Estratégias para possíveis melhorias do processo de estratificação da vulnerabilidade familiar.

#### **Categoria 1: Potencialidades do processo de estratificação da vulnerabilidade familiar**

De acordo com os depoimentos dos participantes, as potencialidades advindas do processo de estratificação da vulnerabilidade familiar parecem estar relacionadas à aplicação da Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (ERF-CS) propriamente dita e à construção do mapa com torre de risco das microáreas da área de abrangência. Nesse contexto, as potencialidades evidenciadas nos extratos são inerentes à facilidade que esse processo de identificação de famílias vulneráveis proporciona diretamente ao trabalho dos profissionais da ESF, ao fortalecimento do vínculo usuário-equipe de saúde, à otimização do acesso do paciente ao serviço de saúde, à prática da equidade e à satisfação do profissional em construir o mapa com torre de risco.

No que tange às facilidades advindas desse processo de estratificação familiar ao trabalho dos profissionais da ESF envolvidos, os excertos a seguir denotam:

*[...] faz pouco tempo que começamos a fazer a estratificação sistemática, e ainda assim, já percebo como facilitou a organização do nosso trabalho e facilitou elaborar os planejamentos. (E16)*

*[...] Para mim, assim, a maior vantagem da estratificação é que vemos onde estão os pacientes mais vulneráveis e isso ajuda muito. [...]. (E6)*

*[...] então com a aplicação da escala você vê onde estão os pontos mais críticos e os menos [críticos] da microárea. Facilita muito nosso trabalho. (E5)*

*[...] penso que facilitou nosso trabalho [equipe de ESF]. Com a estratificação das casas, conseguimos identificar as famílias mais frágeis da comunidade para dar uma maior atenção para elas. (E3)*

Outra potencialidade advinda desse processo de estratificação, na voz dos entrevistados, está relacionada ao fortalecimento do vínculo do usuário-equipe de saúde e otimização do acesso deste ao serviço de saúde. E isso pode ser evidenciado nos relatos de E4 e E15:

*[...] conhecer as famílias mais vulneráveis através dessa estratificação facilita esse elo entre o paciente e o posto de saúde e que sem a gente [equipe da ESF] teriam [pacientes] mais dificuldades em chegar até o serviço [...]. (E4)*

*[...] a estratificação feita pela escala de Coelho é excelente porque, com isso, podemos acompanhar e estar bem próximos dos pacientes que realmente necessitam de mais atenção e com isso o profissional acaba prevenindo que piores certos casos que já existem, e prevenir novas doenças em toda a família da casa. (E15)*

Outra vertente enfatizada pelos participantes relaciona-se à prática da equidade. Nota-se que os entrevistados reconhecem a equidade como um dos princípios do SUS e que a aplicação da Escala de Coelho-Savassi é uma importante ferramenta para priorizar o cuidado às famílias mais vulneráveis. Os relatos a seguir revelam essa potencialidade:

*Hoje a cidade aplica a escala de Coelho para estratificar as famílias e fazer valer o princípio de equidade do SUS, que é dar mais atenção a quem mais precisa de cuidado [...]. (E17)*

*[...] Antes da aplicação da escala de Coelho, parecia que a gente [equipe da ESF] não conhecia bem as famílias das casas, sabe? Porque a intenção é identificar as famílias mais frágeis da comunidade para dar uma maior atenção para elas [...]. (E3)*

Em consonância com os relatos apresentados previamente e ainda inerentes aos benefícios proporcionados pela aplicabilidade da referida escala para identificar famílias vulneráveis, houve menção à segurança que esse processo proporciona à equipe de ESF no momento de priorizar as visitas domiciliares:

*Eu percebo, assim, que a escala ajuda a saber quem mais precisa, mesmo que todos precisem, sempre tem alguns com mais necessidade. E assim, melhora nosso lado, pois nos ajuda a escolher qual família vamos visitar primeiro (E5)*

*A maior vantagem que eu vejo aplicando é, assim, identificar casos graves nas casas, dando prioridade para quem tem mais necessidade. Não é viável, por exemplo, visitar todo dia quem não precisa, né? É melhor aproveitar o tempo para visitar os mais necessitados e a aplicação dessa escala ampara essa nossa escolha de pacientes para visitar [...]. (E10)*

Para isso, a construção do mapa com torre de risco das microáreas de um território pode ser apreendida pelos entrevistados como a concretização do processo investigado neste estudo, a partir da aplicação da escala de estratificação da vulnerabilidade familiar. Na voz dos participantes, essa atividade, além de satisfatória, parece permitir à equipe de ESF o reconhecimento visual do risco de adoecimento de cada família e das sentinelas de risco mais evidentes em cada microárea, como expressam os excertos a seguir:

*A visualização com cores no mapa e a torre [de risco] nos faz enxergar quais são os problemas de cada família e quais são e onde estão os maiores problemas da microárea. (E16)*

*Realizo a estratificação de risco indo até as casas e aplicando a escala. Depois, somamos a pontuação e representamos a estratificação no mapa com cor verde, amarelo ou vermelho [...]. Com o alfinete, colocamos as bolinhas que representam os riscos da família. Isso tudo melhora a visualização dos problemas, com o mapa colorido. (E3)*

*E eu adoro a parte de montar o mapa de risco com as cores porque faz a gente ver quais os problemas de cada família e da microárea. (E6)*

É evidente, portanto, que o verbatim expresso por E3 em sintonia com E16 sinaliza que a construção do mapa com torre

de risco traz benefícios para o trabalho da equipe.

## **Categoria 2: Fragilidades do processo de estratificação da vulnerabilidade familiar**

Nos discursos dos participantes nota-se que, apesar das vantagens citadas, certos obstáculos parecem dificultar e retardar o processo de estratificação da vulnerabilidade familiar. Essas fragilidades estão atreladas ao déficit de recursos humanos e à escassez de materiais. Outrossim, a recusa da população em receber a equipe de ESF e a dificuldade de comunicação equipe-usuário também são situações que parecem prejudicar o andamento desse processo.

No que tange às fragilidades relacionadas ao déficit de recursos humanos e à escassez de materiais, os trechos a seguir salientam:

*[...] o que dificulta a aplicação da escala é o quadro de funcionários, porque é pouco funcionário pra muito serviço e nós [trabalhadores] temos que cadastrar, aplicar a escala e dar conta de outras coisas do trabalho. E acabamos fazendo tudo corrido e com medo de não dar conta da demanda da UBS [...]. (E20)*

*[...] a escala é simples, sabe? mas poderia ter mais funcionários nas equipes. Não adianta fazer a pontuação [da escala de Coelho] e não visitar as casas de risco intermediário e risco alto. O tempo é curto e somos poucos [funcionários] se for considerar o tanto de atividades. (E4)*

*[...] não sei se são todos [os profissionais], mas eu percebo falta de computadores, impressoras para imprimir as escalas [de Coelho e Savassi] e as coisas [isopor, alfinete, EVA] para construir os mapas. [...]. É difícil! (E15)*

A recusa da população em receber a equipe de ESF parece dificultar o processo de estratificação da vulnerabilidade e isso pode ser evidenciado nos depoimentos de E19 e E20:

*A única dificuldade que dá dor de cabeça é que a população muitas vezes não aceita nem responder as perguntas da escala, né? Falam que não tem tempo e até mesmo duvidam do nosso trabalho. Então essas casas ficam sem aplicar a escala de Coelho e atrapalha terminar essa fase [...]. (E19)*

*[...] o pessoal (a comunidade) não adere muito aos cadastros. Nesse tempo de pandemia ficou ainda mais difícil conseguir que as casas abrissem as portas para nos atender, daí fica faltando a estratificação dessas famílias e demora mais para terminar isso [...]. (E20)*

Ademais, a dificuldade em comunicar-se com idosos e analfabetos e a falta de vínculo da equipe com as famílias adscritas também podem ser percebidas nos relatos como fragilidades advindas desse processo de estratificação de risco familiar, como denotam E18, E14 e E16, respectivamente:

*Às vezes aparecem algumas dificuldades na hora de aplicar a escala de Coelho, como extrair informações dos moradores. Por exemplo, casas onde reside apenas idosos que não sabem responder as coisas ou moradores analfabetos. Aí fica tudo incompleto. (E18)*

*A maior dificuldade que eu [enfermeira] e minha equipe encontramos é encontrar a família na casa, e acabamos não conseguindo cadastrar todas as famílias por não encontrar ninguém nas casas. E então não temos 100% de estratificação daquela microárea. (E14)*

*[...] é complicado saber perguntar e conseguir obter alguns critérios da escala sem ter afinidade. Por exemplo, na questão sobre a drogadição e saúde mental, sabe? Muita gente acha ruim as perguntas e nem devem falar toda a*

*verdade. (E16)*

À luz das falas dos participantes, destaca-se as dificuldades vivenciadas pela falta de vínculo equipe-usuário, o qual pode resultar na escassez e ocultação de informações.

### **Categoria 3: Estratégias para possíveis melhorias do processo de estratificação da vulnerabilidade familiar**

Na análise dos discursos, é possível evidenciar estratégias que parecem ter potencial para promover melhorias nesse processo de estratificação de risco familiar, no âmbito da APS. Nesse contexto, os entrevistados sinalizam a necessidade de fomento à educação permanente para os profissionais das equipes de ESF, bem como, a inclusão da escala de estratificação de risco familiar utilizada nesse processo no prontuário eletrônico municipal.

Os excertos de E14, E17 e E13 fazem menção à necessidade de se investir em educação permanente e revelam que cursos, capacitações e treinamentos frequentes sobre a temática foco deste estudo poderiam favorecer a estratificação da vulnerabilidade das famílias adscritas.

*[...] E assim, entra a necessidade da gente preparar a equipe com a educação permanente, preparar para o que podem encontrar na área e outras demandas, para que eles [profissionais da ESF] consigam colocar essas realidades de maneira correta nas escalas [...] não sendo apenas replicador de números. Que aí não vai adiantar nada, né? (E14)*

*Deveríamos ter mais educação permanente no âmbito da atenção primária, onde está o profissional responsável pela estratificação [...] mais cursos para os ACS e para a equipe [...]. (E17)*

*[...] e por exemplo, deveria ter na UBS mais profissionais capacitados e treinados para treinar o resto da equipe sobre a Escala de Coelho e os novos que chegarem, entende? [...]. (E13)*

Ainda no pressuposto de promover melhorias para esse processo, E7, E8 e E10 sinalizam a relevância de se inserir as informações resultantes da aplicação da escala de risco familiar no prontuário eletrônico dos pacientes, a fim de otimizar o acesso às informações advindas da referida escala, tanto para a equipe de ESF quanto para os gestores municipais, facilitando o reconhecimento da vulnerabilidade familiar do território em todas as esferas do serviço de saúde.

*[...] estando estes dados [classificação da estratificação de risco] no sistema gestor melhoraria, pois os médicos e enfermeiros já saberiam o risco do paciente que estariam atendendo. (E2)*

*[...] na minha visão, para melhorar teria que incluir a classificação que fazemos da escala de Coelho no nosso sistema gestor da cidade. Acho que assim seria muito mais apropriado e aproveitado por todos, porque no papel se perde. (E7)*

*[...] o lançamento da estratificação no sistema seria ótimo, para a secretaria e prefeitura terem conhecimento da estratificação das casas. Penso que tendo a estratificação de risco no prontuário do paciente, seria viável quando ele [o paciente] fosse consultar, porque assim já acenderia um sinal de alerta [...]. (E8)*

*[...] bem que poderia inserir o resultado da estratificação no nosso sistema da saúde, e assim, outros setores da saúde teriam acesso pelo sistema. Facilitaria para que os profissionais tivessem acesso e seria notado a importância da estratificação na cidade [...]. (E10)*

Diante do exposto, os profissionais entrevistados sinalizam a ausência de um campo no sistema gestor de saúde com o resultado da estratificação da vulnerabilidade das famílias adscritas, o qual pode resultar no baixo aproveitamento da classificação de risco.

#### 4. Discussão

Na voz dos entrevistados, a aplicação da ERF-CS consiste em um importante instrumento de estratificação de risco familiar, com potencial de contribuir para a organização do trabalho dos profissionais da ESF a partir da identificação das famílias mais vulneráveis. Esse achado coaduna com o referencial teórico adotado, uma vez que esse processo favorece a territorialização, a reorganização da demanda por prioridade e promove uma percepção mais apurada, objetiva e qualificada do risco de adoecimento das famílias adscritas, o que impacta positivamente no trabalho das equipes de ESF (Mendes, 2015; Coêlho & Barroso, 2018).

Neste cenário, cabe ressaltar que o referido processo pode nortear e favorecer a implementação de um planejamento estratégico mais assertivo, elaborado a partir da identificação das sentinelas de risco de cada núcleo familiar e dos problemas mais evidentes de cada microárea.

No que se refere ao vínculo usuário-equipe de saúde advindo desse processo de estratificação, as falas de E4 e E15 podem ancorar-se no referencial teórico adotado neste estudo e em outros achados da literatura (Mendes, 2015; Macinko & Mendonça, 2018). Isso porque essa prática deve estar atrelada à visita domiciliar, a qual pode ser apreendida como uma ferramenta de acolhimento e vínculo por tornar as ações de saúde mais acolhedoras, ágeis e resolutivas, por meio do estabelecimento das relações entre trabalhadores e usuários, permitindo a identificação de problemas de saúde e intrafamiliares por meio de escuta ativa e do diálogo.

A identificação da vulnerabilidade familiar, consequente ao processo investigado, permite à equipe de ESF reconhecer o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar e isso pode ser evidenciado nos excertos como um meio de otimizar o acesso das famílias mais vulneráveis ao serviço de saúde. A otimização desse acesso à saúde pode estabelecer vínculos usuário-equipe da área de abrangência, melhorar o acesso e utilização de serviços de saúde para a população brasileira e para quem mais precisa, progressos na equidade do acesso aos serviços de saúde e diminuição de desigualdades na saúde dos indivíduos, além de propor solução para o problema enfrentado pelos usuários, permitindo assim, uma maneira eficaz de organizar e priorizar as visitas realizadas pela equipe (Macinko & Mendonça, 2018). Em contrapartida, o desconhecimento dessa vulnerabilidade pode subofertar a atenção necessária à saúde dos indivíduos mais vulneráveis e expor estes a condições de agravamento de saúde.

Na análise dos discursos de E17 e E3, nota-se a relevância do processo de estratificação da vulnerabilidade familiar para a prática da equidade na APS. A equidade é um dos princípios fundamentais do SUS, e para que a oferta de cuidado na APS seja alicerçada neste princípio, é imprescindível reconhecer a vulnerabilidade das famílias adscritas (Mendes, 2015). A equidade é entendida como um modelo de assistência que amplia o contato com as diferenças, dessa forma, o usuário deve ser visto em contextos de acolhimento à diversidade e singularidade. É notório como o princípio da equidade adverte benefícios para as redes de saúde, de modo que propõe a valorização das diferentes necessidades de saúde dos indivíduos como condição primordial para uma atenção mais justa, equitativa, apropriada e resolutiva no contexto do problema.

Nos depoimentos de E5 e E10, a priorização das visitas domiciliares às famílias mais vulneráveis é destacado, visto que os profissionais consideram a VD uma ação indispensável, onde a classificação de risco possibilita uma visão geral das casas que necessitam dessa atenção diariamente. Salienta-se, contudo, que a ESF pressupõe a visita domiciliar como tecnologia de interação no cuidado à saúde em diversas áreas, uma vez que o sucesso das práticas em saúde depende não apenas do componente técnico, mas de outras tecnologias baseadas na aproximação, no diálogo e na vinculação entre profissionais, usuários e serviços (Mahmud *et al.*, 2018). A priorização das visitas domiciliares às famílias com potencial maior de adoecimento configuram-se, portanto, como uma potente estratégia para o processo de cuidado em saúde, evidenciando efeitos positivos no acompanhamento de usuários e famílias.

O verbatim expresso por E3 em sintonia com E16 corrobora com a literatura ao apontar que, a utilização do mapa geográfico com torre de risco com cores que representam a estratificação da vulnerabilidade familiar e as sentinelas de risco,



pode favorecer a organização da equipe de ESF e trazer melhorias à gestão do cuidado, à identificação da situação de saúde do território e à identificação da necessidade de intervenções imediatas (Coêlho & Barroso, 2018). A construção do mapa com torres de risco promove uma imersão dos ACS dentro do território, facilitando a visualização da microárea e as famílias que necessitam de prioridade nas visitas domiciliares. Nesse contexto, o mapa configura-se como um material concreto utilizado na estratificação de risco, além de ser uma tarefa prazerosa para a equipe, como citado por E6. A partir do momento em que o mapa com as cores é montado, a equipe percebe o progresso de ter em mãos toda a microárea a qual é responsável.

No que tange à segunda categoria temática, os participantes evidenciaram que no campo de estudo há déficit de recursos humanos e materiais. Essa fragilidade pode prejudicar o processo de estratificação foco desse estudo, pois é sabido que a ESF consiste em uma estratégia de organização do SUS, cuja consolidação ocorrerá apenas mediante entendimento amplo de que esforços devem ser apreendidos ao sistema público de saúde, a fim de romper as barreiras de gestão e recursos destinados ao fomento das instituições de saúde, para que estas sejam resolutivas e coerentes com o desenvolvimento econômico e social, e promovam a estruturação de uma ESF forte (Mendes, 2019). Em concordância com o referencial adotado, é notório que uma das principais ameaças que rondam a proposta da ESF é a perda de força dos incentivos para o fomento das equipes, materiais e equipamentos, estruturas físicas e condições de trabalho.

Ainda em relação à gestão de recursos humanos, a fala de E20 declara que a escassez de profissionais afeta o serviço investigado. Evidencia-se que, para fortalecer gerencialmente a ESF, é pertinente a implementação de estratégias capazes de territorializar e cadastrar toda população adscrita como alicerce ao planejamento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças focado nas necessidades da população e, para isso, é imprescindível o adequado dimensionamento de recursos humanos qualificados (Mendes, 2019). Logo, do olhar gerencial, entende-se que as equipes de ESF investigadas apresentam dificuldades para concretizar os processos de territorialização e estratificação consequentes a fragilidades de gestão no que se refere ao déficit de recursos materiais e humanos.

Ainda na segunda categoria temática, especialmente no excerto de E19, observa-se que as fragilidades evidenciadas nesse processo são advindas não apenas do sistema de saúde, mas também, da população local. A APS declara competência frente à responsabilidade de articular-se, intimamente com a população, ainda que a ESF tenha pouca visibilidade frente aos gestores, lideranças e para a própria população. Para reverter essa realidade, é imprescindível a adoção de estratégias de fomento que fortaleçam o vínculo equipe-população adscrita (Mendes, 2015). Em que pese as considerações anteriores, compete às lideranças e à própria equipe de ESF a sensibilização dos usuários do sistema de saúde quanto à importância do cadastramento e da estratificação da vulnerabilidade das famílias para o reconhecimento das necessidades sociais e de saúde das microáreas como alicerce indispensável para a organização da APS.

Cabe considerar um aspecto evidente no depoimento de E16, o qual relaciona as dificuldades encontradas no processo investigado advindas do preenchimento da ERF-CS no que compete à falta de informações. O participante conclui relatando a falta de afinidade/vínculo com algumas famílias da área de abrangência. Nesse prisma, o referencial teórico, bem como outros pesquisadores, remetem que o acolhimento é comparado com uma tecnologia leve na APS, associada à produção de cuidado na ESF, capaz de estreitar postura e atitudes humanas com os usuários (Barros *et al*, 2018; Silva, 2019). Ressalta-se, portanto, que o acolhimento e a escuta inicial parecem ter potencial para criar um ambiente propício de se estreitar relações de afinidade, extrapolando a lógica dos saberes profissionais e aparatos técnicos.

Ante ao exposto, cumpre a reflexão focada na necessidade dos profissionais da saúde em desenvolver competências para melhor acolher os usuários por meio de escuta sensível e qualificada, com o compromisso em entender a pluralidade dos contextos e a singularidade da atenção. Destaca-se ainda, que o acolhimento pode favorecer a interação entre equipe-usuário, na perspectiva de fortalecer o vínculo entre estes e otimizar a coleta de informações, em resposta ao extrato de E18.

Na terceira categoria temática, o verbatim expresso por E14 e E17 sinaliza, respectivamente, a necessidade de fomento à educação permanente no contexto da APS e, destacando a importância da educação no âmbito do serviço de saúde. Os resultados do estudo de Lopes *et al.* (2019) apontam que o processo da educação permanente possibilita a consolidação de uma assistência humanizada, reflexão, avaliação e planejamento de novas práticas, qualificando o processo de trabalho, resultando em melhor produção de saúde. Nota-se, portanto, que cursos e capacitações voltados à equipe de ESF devem ser incentivados, de modo que são imprescindíveis para a formação de profissionais capacitados e preparados para os desafios encontrados na rotina da ESF.

Ressalta-se ainda, que E13 enfatiza a importância de haver, na equipe, profissionais capacitados na aplicação da ERF-CS e a maneira que isso pode promover melhorias para o processo de estratificação foco desta pesquisa. De acordo com Lopes *et al.* (2019) e Ferreira *et al.* (2019), as práticas coletivas tornam-se espaços propícios para desenvolver habilidades e competências por meio das reuniões, dos apoios mútuos, das trocas de experiências entre grupos e nos momentos de estudo em equipe. Nesse sentido, um clima organizacional favorável parece associado com equipes mais coesas, requerendo investimento. Esse investimento inclui capacitações e treinamentos para os membros das equipes de saúde, a fim de se adaptar com novas propostas de trabalho, mudanças ocorridas no SUS e nas redes de APS, implantação de protocolos, adoção de regras e incentivo de capacitação contínua.

Cumprе salientar nos excertos de E7 e E10, a perspectiva de incluir os resultados da estratificação de risco familiar no sistema gestor do município, e assim, áreas além da UBS teriam acesso e conhecimento sobre a vulnerabilidade das famílias adscritas. É perceptível os benefícios que o aprimoramento de novas formas de organização de informações proporcionam aos profissionais e gestores, muitas vezes, por meio da adoção de novas tecnologias capazes de qualificar o cuidado prestado à população. A utilização desses softwares também permite que o enfermeiro otimize o atendimento ao paciente, o que facilita o acesso a informações que podem contribuir para um cuidado adequado, favorecendo a comunicação entre os diferentes âmbitos do serviço de saúde (Di Carlantonio *et al.*, 2016; Costa *et al.*, 2019).

Destarte, a inclusão de um campo no sistema gestor de saúde com o resultado da estratificação da vulnerabilidade das famílias adscritas pode contribuir para a otimização de diagnósticos e de cuidados de saúde. Ademais, é válido destacar a visibilidade alcançada ao gerenciamento político e à atenção especializada no que tange à importância da estratificação da vulnerabilidade familiar, resultando em melhorias para as ações e planejamentos da ESF.

## 5. Conclusão

À luz das falas dos profissionais entrevistados, a estratificação de risco das famílias adscritas à APS implica em vantagens diversas, tais como: prática da equidade, fortalecimento do vínculo equipe-usuário, além das facilidades que o referido processo proporciona à equipe e à implementação de ações de saúde efetivas. Ademais foram relatadas fragilidades durante esse processo como a falta de recursos humanos, de materiais e omissão de informações por parte da população.

Sugestões de possíveis melhorias do processo investigado fez-se presente durante as entrevistas como estratégia de mitigar as fragilidades advindas da aplicabilidade da escala de estratificação de risco, da escassez de recursos humanos capacitados e da atenção da gestão local, sendo estas inerentes às necessidades de atenção política e à importância de investimentos em educação permanente no âmbito da APS.

Considera-se, portanto, que a estratificação do risco de vulnerabilidade familiar advinda da aplicação da Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (ERF-CS) apresenta potencial de se consolidar na APS por favorecer a organização situacional, a rápida e fácil visualização do potencial de adoecimento e da situação de saúde da população adscrita conseqüente ao mapeamento geográfico 3D com cores que representam a estratificação e torres de sentinelas de risco, facilitando o reconhecimento das necessidades de saúde e de intervenção do território.

No decorrer da pesquisa percebe-se como a APS é importante e complexa, apresentando fragilidades, assim como outras áreas. Em tempos de constantes mudanças e evoluções, acredita-se que a saúde pode ser aprimorada conforme as necessidades encontradas e, espera-se, portanto, que essa experiência de implantação do uso prático e simples da estratificação de risco familiar possa fomentar a oferta do cuidado assertivo, efetivo e qualificado.

A saber, a relevância desse estudo ancora-se na escassez de pesquisas relacionadas ao tema, desenvolvidas em diferentes cenários brasileiros. Porém, limita-se por representar percepções de profissionais de saúde de uma localidade específica, com número restrito de participantes, justificado pela falta de disponibilidade e/ou pouco conhecimento acerca do assunto. Vale ressaltar ainda, a necessidade de fortalecer a importância do desenvolvimento de pesquisas científicas às equipes de saúde, a fim de estimular a participação e promover maior colaboração destas em estudos científicos.

Por fim, almeja-se que a presente obra possa servir de fomento a outros trabalhos científicos dentro do campo da atenção básica de saúde, como a ESF. Outrossim, sugere-se que a realização de trabalhos científicos nesse campo se faça mais abundante, visando um maior quantitativo de estudos a serem observados e avaliados conforme a importância, vantagens, melhorias, implicações e impactos na vida de profissionais e usuários do sistema de saúde, no que se refere à aplicação da Escala de Risco de Coelho-Savassi pela ESF no âmbito APS.

## Referências

- Alonso, C. M. do C., Béguin, P. D., & Duarte, F. J. de C. M. (2018). Work of community health agents in the Family Health Strategy: meta-synthesis. *Revista de saude publica*, 52, 14. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000395>
- Anjos, E. O. (2021). Plano Municipal de Saúde (2018 à 2021). Gov.br. <http://www.sarandi.pr.gov.br/web/index.php/secretarias/secretaria-de-saude/item/plano-municipal-de-saude-2018-a-2021>
- Bardin, L. Análise de conteúdo. Edição revista e ampliada: Edições 70 Brasil, [1977]. 2016.
- Barros, M. M. A. F., Mendes, M. de L. C., Frota, L. M. A., & Almeida, J. R. da S. (2018). Acolhimento Em Unidade De Atenção Primária À Saúde: Potencialidades E Desafios. *Sanare - Revista de Políticas Públicas*, 17(2). <https://doi.org/10.36925/sanare.v17i2.1269>
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2017). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
- Budal, A. M. B., Mazza, V. A., Buffon, M. da C. M., Ditterich, R. G., Jocowski, M., & Plucheg, V. (2020). Construção De Novo Modelo De Mapa Inteligente Como Instrumento De Territorialização Na Atenção Primária. *Revista Baiana Saúde Pública*, 42(4), 727–740. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2018.v42.n4.a2503>
- Carlantonio, L. F. M., Freitas, L. C. M., Fontes, D. M. de A., Silva, C. F. B. da, & Santiago, L. C. (2016). A produção de software por enfermeiros para utilização na assistência ao paciente Software production by nurses for use in patient care. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 8(2), 4121–4130. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4121-4130>
- Coelho, F. L. G., & Savassi, L. C. M. (2004). Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 1(2), 19–26. [https://doi.org/10.5712/rbmfc1\(2\)104](https://doi.org/10.5712/rbmfc1(2)104)
- Coêlho, P. D. L., & Barroso, T. V. (2018). Proposta de classificação de risco para atenção primária à saúde / Proposed risk classification for primary health care / Propuesta de clasificación de riesgo para atención primaria a la salud. *Journal Health NPEPS*, 3(1), 289–297. <https://doi.org/10.30681/25261010>
- Costa, M. F., Silva, L. R. F. M. S., Nunes, B. D. S., Melo, R. F., Rocha, T. N. A. da, & Estevam, A. D. S. (2019). As tecnologias de informação e comunicação no âmbito da enfermagem. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 9(27), 108. <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2019.9.27.108-116>
- Ferreira, L., Barbosa, J. S. de A., Esposti, C. D. D., & Cruz, M. M. da. (2019). Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde Em Debate*, 43(120), 223–239. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>
- Fontanella, B. J. B., Luchesi, B. M., Saidel, M. G. B., Ricas, J., Turato, E. R., & Melo, D. G. (2011). Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de Saude Publica*, 27(2), 388–394. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2011000200020>
- Lopes, M. T. S. R., Labegalini, C. M. G., Silva, M. E. K. da, & Baldissera, V. D. A. (2019). Continuing education and humanization in the transformation of primary health care practices. *REME*, 23(0), 1–7. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190009>
- Mendes, E. V. (2015). A construção da Atenção Primária à Saúde. (1a ed.): CONASS. pp 45-152.
- Mendes, E. V. (2019). Desafios do SUS. CONASS, 2019. pp 439-464

Macinko, J., & Mendonça, C. S. (2018). Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde Em Debate*, 42(spe1), 18–37. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s102>

Mahmud, I. C., Kowalski, C. V., Lavagnini, B. T., Schutz, K. L., Stobaus, C. D., & Terra, N. L. (2018). A multidisciplinaridade na visita domiciliar a idosos: o olhar da Enfermagem, Medicina e Psicologia. *PAJAR - Pan-American Journal of Aging Research*, 6(2), 72. <https://doi.org/10.15448/2357-9641.2018.2.31630>

Moura, B. L. A., Cunha, R. C., Fonseca, A. C. F., Aquino, R., Medina, M. G., Vilasbôas, A. L. Q., Xavier, A. L., & Costa, A. F. (2010). Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 10(suppl 1), s69–s81. <https://doi.org/10.1590/s1519-3829201000050000>

Silva, M. M. (2019). *Estratégia Saúde Da Família: Um olhar no modelo de organização da Atenção Básica no Brasil*. Edu.Br. [https://uniesp.edu.br/sites/\\_biblioteca/revistas/20210618114028.pdf](https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20210618114028.pdf)

Silva, S. A. d., Baitelo, T. C., & Fracoli, L. A. (2015). Primary Health Care Evaluation: the view of clients and professionals about the Family Health Strategy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(5), 979–987. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0489.2639>