

Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares.

COELHO, Flávio Lúcio G¹; SAVASSI, Leonardo CM²

Resumo

A introdução do Programa Saúde da Família foi uma tentativa de reorganizar a atenção básica no país, que instituiu a Visita Domiciliar, como instrumento diferencial da atuação do Médico de Família. Para estabelecer prioridades na visita, elaborou-se escala de risco familiar baseada na ficha A do SIAB. Tal escala se baseia em sentinelas de risco que são avaliadas na primeira visita domiciliar pelo agente de saúde (ACS). A mesma foi aplicada em diferentes comunidades e microáreas, demonstrando diversas proporções de famílias classificadas como risco 1, 2 ou 3. Os resultados ressaltam a relação morador/cômodo como um importante indicador na avaliação do risco, bem como a aplicabilidade da escala como instrumento de priorização tanto das visitas domiciliares quanto do investimento da equipe. A escala demonstrou ser um instrumento simples e eficiente de análise do risco familiar, não necessitando a criação de nenhuma nova ficha ou escala burocrática. Os autores sugerem que somente o uso sistemático da Escala de Coelho como instrumento de reorganização da demanda, e posterior avaliação de seu impacto na comunidade, poderá confirmar sua aplicabilidade na atuação do médico de família.

Palavras-chave: Medicina de Família; Visita Domiciliar; Tratamento Domiciliar

Summary

The introduction of the Health Family Program was an attempt to reorganize the primary care in Brazil, presenting the House Visiting as an instrument peculiar to the Family Physician's activity. A family risk scale, based at the SIAB program's filling card "A", was elaborated in order to establish priorities at the visiting. This scale is based on sentinels that are seen when the first visiting is made by the Health Agent Professional (ACS). It was applied to distinct communities and microareas, showing family's graduation risk 1, 2 or 3 in different proportions. The results point the relation "inhabitant vs room" as an important data in the evaluation of the risk, and the successful application of the scale as an instrument to determine priorities, both in the house visiting process, as in the health staff resources. The scale showed to be a simple and efficient instrument of analysis of the family's risk, without creating any new filling cards or bureaucratic stuff. The authors suggest that only the systematic use of the risk scale – the Coelho Scale - as an instrument to reorganize the assistance, and posterior evaluation of its impact at the community, can corroborate the applicability of it to the Family Physician's practice.

Key Words: Family Practice, House Visiting, Residential treatment

¹ Médico da Família em Contagem – MG; Presidente da Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade (AMMFC); Especialista em Medicina Preventiva e Social pela UFMG; Membro do Departamento Científico de Medicina de Família e Comunidade da Associação Médica de Minas Gerais.

² Diretor de Informática da AMMFC; Especialista em Saúde da Família pela UFMG/MEC; Membro do Departamento Científico de Medicina de Família e Comunidade da Associação Médica de Minas Gerais.

1. Introdução

A instituição do Modelo Saúde da Família no Brasil foi pautada por experiências semelhantes e bem sucedidas em vários países. Baseando-se em alternativas desenvolvidas em diferentes modelos sócio-econômicos, procurou-se introduzir uma nova filosofia de prática médica na atenção básica, fugindo do modelo medico/hospitalocêntrico e flexneriano.

Seu resultado no Brasil foi a introdução do Programa Saúde da Família (PSF), à época do governo Itamar Franco, em 1994. Era então uma tentativa de reorganizar a atenção básica, ampliando e interiorizando a cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS). O modelo, inovador para as diversas entidades e instituições vigentes na área de saúde, foi implantado sob um olhar desconfiado, e definia as diretrizes para a Equipe de Saúde da Família (ESF)

Com a definitiva implantação do Programa, Normas Operacionais passaram a definir que a visita domiciliar (VD) deveria ser feita por médico e enfermeiro em cada domicílio – chegando-se a estipular pelo menos uma por ano – e pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) uma vez ao mês, privilegiando a prevenção e busca ativa da população. Estava instituída uma das bases do tripé de ferramentas (a saber: visita domiciliar/ acolhimento/ abordagem familiar) que, juntamente com sua inserção social³ privilegiada, diferenciam o médico de família.

Porém, estabeleceu-se concomitantemente um problema: a medicina de família não é simplesmente preventiva, e ainda estava sobrecarregada por uma população de cobertura que excedia os parâmetros internacionais e, muitas vezes, os próprios nacionais – definidos como 700 a 900 famílias e/ou 2500 a 4500 habitantes.

O dilema passou a ser: quem visitar primeiro? Seria possível privilegiar famílias de maior risco sem perder a qualidade da atenção às famílias de menor risco? Ou, por outro lado, ao realizar cobertura de todas – ou a maioria das – famílias, estaríamos desprivilegiando as mais necessitadas?

É princípio fundamental do SUS a equidade, o que na prática significa tratar desigualmente os desiguais. E, com isto, há que se determinar uma maneira de diferenciar tais famílias. No intuito de estabelecer prioridades no atendimento domiciliar e na atenção à população adscrita, elaborou-se a Escala de Risco das Famílias, baseada em sentinelas para avaliação de situações de risco, procurando-se classificar, dentre elas, quais seriam as que demandam maior atenção.

³ Definida aqui como inserção do Médico na Família e na Comunidade, o que é feito na maioria absoluta das vezes por intermédio do ACS.

Este artigo estuda abordagem familiar e visita domiciliar, duas das três bases do tripé do trabalho do médico de família, utilizando, junto com o ACS, aquela que é a mais habitual de suas ferramentas: a “ficha A” do programa SIAB.

2. Materiais e Métodos

2.1. O Produto Visita Domiciliar

A visita domiciliar é um dos mais importantes instrumentos da prática da Medicina de Família. Segundo Coelho (2002), há duas formas de visita: A visita domiciliar fim, com objetivos específicos de atuação, e a visita domiciliar meio, na qual iremos realizar a busca ativa, promoção e prevenção da saúde (Quadro 01). Procurou-se abordar neste artigo a “visita domiciliar meio”, ou seja, aquela voltada para a abordagem estratégica da família.

Visita Domiciliar Fim	Visita domiciliar Meio
1 – Na propaganda política; 2 – Na internação domiciliar; 3 – Na atenção domiciliar terapêutica; 4 – Na visita a pacientes acamados; 5 – Na atenção ao parto.	1 – Busca ativa em demanda reprimida 2 – Educação para a saúde mais individualizada; 3 – Estimular o cuidado com a saúde; 4 – Apontar necessidades de ações de promoção à saúde; 5 – Estabelecer canais permanentes de comunicação.

Quadro 01. Objetivos da visita domiciliar fim e da visita domiciliar meio (COELHO, 2002)

Neste sentido é importante definir alguns princípios para que se realize uma “VD meio” baseada nesta escala de risco com resultados práticos maximizados.

As visitas devem ser realizadas inicialmente em equipe, o que possibilita um agendamento de tarefas multiprofissionais em conformidade com um debate em grupo. Neste momento o ACS deve sempre encabeçar o grupo, procurando-se legitimar a sua representatividade.

Agendar a VD por vezes representa um dilema na equipe. Em alguns casos, há a necessidade de conhecer a família na sua espontaneidade cotidiana, o que pode entretanto gerar problemas quanto a invasão da privacidade desta.

Para que se consiga uma melhor relação médico-família, a espontaneidade deve ser uma marca na visita domiciliar, compreendendo-se que é um momento impregnado de imaginários trazidos a partir do reconhecimento do papel do antigo médico da família. Os problemas devem ser atraídos de forma progressiva, sendo este um verdadeiro exercício de hermenêutica aprofundado na leitura dos objetos e dos silêncios, com uma semiologia repleta de interfaces e sujeitos. Ao final, deve-se sempre proporcionar encaminhamentos e atribuições bem claros.

Não custa lembrar que a primeira providência ao se chegar ao domicílio é saber se o cachorro está preso.

2.2. A ficha A do SIAB

A ficha A do SIAB é preenchida na primeira visita que o ACS faz às famílias de sua comunidade. As informações recolhidas permitem à ESF reconhecer indicadores demográficos, sócio-econômicos e nosológicos referidos nas famílias da sua área de abrangência e, com isto, realizar o planejamento estratégico.

A escolha da Ficha A do SIAB resulta de sua objetividade em apresentar os dados fundamentais para se estabelecer um corte dinâmico da população que se pretende abordar. Sua utilização representa a incorporação de um instrumento básico cotidiano no planejamento das ações e na pesquisa científica.

Ficha A - frente - modelo

FICHA A						SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE			SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA			UF	
ENDEREÇO				NÚMERO		BAIRRO		CEP					
MUNICÍPIO		SEGMENTO		ÁREA		MICROÁREA		FAMÍLIA		DATA			
CADASTRO DA FAMÍLIA													
PESSOAS COM 15 ANOS OU MAIS		DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO		OCUPAÇÃO	DOENÇA DE COMORBIDADE REFERIDA		DIAGNÓSTICO			
NOME					sim	não							
PESSOAS DE 0 A 14 ANOS		DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQUÊNCIA À ESCOLA		OCUPAÇÃO	DOENÇA DE COMORBIDADE REFERIDA		DIAGNÓSTICO			
NOME					sim	não							

Figura 01. Ficha A do SIAB – Frente.

Ficha A, verso - modelo

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO											
TIPO DE CASA						TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO					
Tipo/Adobe						Filtração					
Telha revestida						Fervura					
Telha não revestida						Cloração					
Madeira						Sem tratamento					
Material aprovellada						ABASTECIMENTO DE ÁGUA					
Outro - Especificar:						Rede geral					
Número de cômodos / peças						Poço ou nascente					
Energia elétrica						Outros					
DESTINO DO LIXO						MEIO DE FEZES E URINA					
Coletado						Sistema de esgoto (rede geral)					
Queimado / Enterrado						Fossa					
Outro aberto						Outro aberto					
OUTRAS INFORMAÇÕES											
Alguém da família possui Plano de Saúde?						Número de pessoas cobertas pelo Plano de Saúde					
Nome do Plano de Saúde											
EM CASO DE DOENÇA PROCURA						PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS					
Hospital						Cooperativa					
Unidade de Saúde						Grupo religioso					
Borçadeira						Associações					
Farmácia						Outros - Especificar:					
Outros - Especificar:						MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA					
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA						Ônibus					
Rádio						Caminhão					
Televisão						Carro					
Outros - Especificar:						Carroça					
						Outros - Especificar					
OBSERVAÇÕES											

Figura 02. Ficha A do SIAB – Verso.

2.3. Sentinelas para avaliação de situações de risco:

Elegem-se informações da Ficha A como sentinelas para avaliação das situações a que as famílias possam estar expostas no dia-a-dia, e a partir daí realiza-se a pontuação de risco familiar, como explicitado na Tabela 01.

Tabela 01. Dados da Ficha A do SIAB e escore de pontuação de risco.

Dados da Ficha A		Escore
Acamado		3
Deficiência Física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição (Grave)		3
Drogadição		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de seis meses		1
Maior de 70 anos		1
Hipertensão Arterial Sistêmica		1
Diabetes Mellitus		1
Relação	Se maior que 1	3
Morador/cômodo	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0

A partir da pontuação das sentinelas estabelece-se, de acordo com o Escore total, a classificação de risco, que varia de R1 – risco menor – a R3 – risco máximo (Quadro 02).

Escore 5 ou 6 = (R1)
Escore 7 ou 8 = (R2)
Maior que 9 = (R3)

Quadro 02 Classificação das famílias segundo a pontuação.

2.4. Aplicação da escala

O primeiro momento para a utilização da escala de risco é a reunião da equipe para estabelecimento do projeto. Nesta, é realizada a revisão dos critérios de preenchimento da Ficha A, procurando-se dar especial atenção às sentinelas de risco. Define-se então quais eventos serão pontuados – o que deve ser individualizado de acordo com a comunidade a se abordar. Por exemplo, em uma comunidade onde todas as pessoas não têm saneamento básico, este dado será incluído na situação de área de risco, ao invés de situação de risco familiar.

O estabelecimento de prazos, preferencialmente curtos, para a aplicação da escala, precede a última etapa do processo, que será a tabulação e posterior seleção das famílias classificadas como risco.

3. Resultados

Aplicou-se a Escala de Risco das Famílias (Escala de Coelho) em equipes e microáreas diferentes, selecionando-se dentre as famílias estudadas aquelas que se enquadravam em escore 5 ou superior, classificando-as como Risco 1, 2 ou 3.

Cena 1:

Na equipe A, com área de abrangência composta por 960 famílias (Total de usuários: 3870), a partir da aplicação da escala de risco, foram identificadas 38 famílias (3,95%) que apresentavam-se com escore mínimo de 5, o que totalizou 219 usuários (5,66%). Os resultados classificados por risco e microárea estão expostos nas tabelas 2 e 3.

Tabela 2 - Classificação das Famílias de acordo com a escala de risco – Equipe 84, Contagem-MG, 2002.

Escore de Risco das Famílias	Número de famílias
Escore Inferior a 5	922
Escore 5 ou 6 (R1)	19
Escore 7 ou 8 (R2)	13
Escore 9 ou maior (R3)	6
Total	960

Fonte: Ficha A/SIAB, Equipe 84, Contagem-MG.

Tabela 3 - Classificação das Famílias de acordo com a escala de risco por Microárea– Equipe 84, Contagem-MG, 2002.

Microáreas	Classificação de Risco			Total
	Risco 01	Risco 02	Risco 03	
Microárea 1	01	01	01	03
Microárea 2	03	01	01	05
Microárea 3	06	04	01	11
Microárea 4	02	03	01	06
Microárea 5	07	04	02	13
Total	19	13	06	38

Fonte: Ficha A/SIAB, Equipe 84, Contagem-MG.

Cena 2:

Foi aplicada a Escala de Coelho na Microárea 1 de Equipe B, com cobertura de 217 famílias – 800 usuários – selecionando-se dentre elas 21 (9,68%) famílias classificadas como $R \geq 1$, com um total de 119 usuários (14,86%). Dentre elas, foram classificadas como R1, 8 famílias (3,69%); como R2, 11 famílias (5,07%); e como R3, 2 famílias (0,92%).

Já a Microárea 2, da mesma equipe B, contava com 236 famílias (810 usuários), das quais 10 (4,24%) foram classificadas como famílias expostas a risco, totalizando 56 usuários (6,91%). Encontrou-se 6 famílias R1, 2 famílias R2 e 2 famílias apresentaram escore igual ou superior a 9, sendo classificadas como R3.

Tabela 4 - Classificação das Famílias de acordo com a escala de risco por Microárea – Equipe 35, Contagem-MG, 2002.

Microáreas	Classificação de Risco			Total
	Risco 01	Risco 02	Risco 03	
Microárea 1	08	11	02	19
Microárea 2	06	02	02	10

Fonte: Ficha A/SIAB, Equipe 35, Contagem-MG.

4. Discussão

Os resultados apontam que, em ambos os cenários, o número de usuários classificados como R1/R2/R3 é relativamente superior ao de famílias classificadas como de risco. O que demonstra que a relação morador por cômodo pode ser utilizado como uma sentinela importante para a classificação das famílias.

Verifica-se que dentro de uma mesma equipe, diferentes microáreas possuem diferentes avaliações de risco, podendo-se a partir daí estabelecer estratégias para priorizar VD naquelas regiões de maior necessidade. Além disso, o investimento de recursos tanto humanos quanto financeiros pode seguir a mesma estratégia.

Os autores ressaltam que as famílias selecionadas mediante aplicação da escala representam grande parte do número de atendimentos diários e das demandas da equipe. Este dado não foi o objeto deste estudo, e sua avaliação pode ser fundamental para corroborar a Escala de Risco como instrumento diário da ESF.

5. Conclusão

Procura-se estabelecer uma maneira simples, fácil e clara de priorizar o atendimento nas VD, utilizando-se um instrumento plenamente objetivo e que já está presente no dia-a-dia das equipes – a ficha A – não demandando a elaboração de nenhuma outra ficha, papel ou escala para se avaliar a comunidade.

Ressalta-se que este projeto pode ser utilizado tanto para se estabelecer prioridades dentro de uma ESF, quanto para se destinar maior ou menor quantidade de recursos para diferentes equipes e/ou microáreas de acordo com o levantamento realizado.

Para responder as questões levantadas neste estudo, a aplicação rotineira da Escala deve ser adotada em diferentes equipes e microáreas. É importante, após a sua aplicação e estruturação da demanda, avaliar se ocorrerá melhora na classificação de risco das famílias priorizadas, bem como se a sua utilização não irá piorar os escores daquelas famílias classificadas como de “risco baixo”, que teoricamente seriam preteridas nas VD.

A participação dos usuários ou famílias classificadas como “risco” no volume de atendimento ou nas atribuições da equipe é mais um indicador da sensibilidade da Escala no sentido de definir, dentre os usuários do sistema, aqueles que demandam maior atenção. Os autores sugerem que, em estudos futuros, inclua-se esta avaliação como indicador de controle da eficácia do método.

Diferentes resultados foram obtidos quando se compara microáreas, bem como comunidades, distintas, demonstrando que não há como se padronizar a atuação do médico de família baseado somente em número mensal ou anual de visitas por família. Há que se individualizar a VD de acordo com certos parâmetros, e a Escala de Coelho se apresenta com um instrumento eficaz para esta tarefa.

Bibliografia

1. MS, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. **SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
2. COELHO, Flávio Lúcio G. **Sujeitos de Abordagens - Casos e Ações em Saúde da Família**. In: VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Salvador, 28 de Agosto a 01 de Setembro de 2000. Anais. Salvador: ABRASCO, 2000.
3. COELHO, Flávio Lúcio G. **Visita Domiciliar**. In: I Congresso Mineiro de Medicina de Família e Comunidade: Qualidade e Transformação. Belo Horizonte, 23 a 25 de Maio de 2003. Palestra.
4. Brasil. **Programa Saúde da Família**. [www.saude.gov.br] em 20 de março de 2004.
5. Sant’ana, Ana M. **A propósito da Medicina de Família**. *Rev.Bras.Med.Família e Comunidade*. Vol. 1, número1. p. 24-28.

6. De-Oliveira, Rogério; Sampaio, Yana P; Borba, Paola C. **Organização de Visitas Domiciliares**. In: 6º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro, 03 a 06 de Abril de 2004. Anais. Rio de Janeiro: SBMFC, 2004. p. 134.

AUTORES

Flávio Lúcio Gonçalves Coelho

End.: Rua Rio de Janeiro 985, apto 502, Centro, Belo Horizonte, MG. CEP 30160-042

Email: flgcoelho@aol.com

Tel: (31) 3222-5283/ 8849-3959

Fax: (31) 3222-7288

Leonardo Caçado Monteiro Savassi

End.: Rua Adolfo Pereira 233, apto 42, Anchieta, Belo Horizonte, MG. CEP 30310-350

Email: lsavassi@yahoo.com

Tel: (31) 3281-3522/ 9985-3522

Fax: (31) 3281-3522