



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA VISITA DOMICILIAR: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Kellen Karoline Almeida dos Santos Lira¹

Gabriela de Almeida Mestre¹

Kaique Fernandes Rodrigues dos Santos¹

Prof. Ms. Silvana Gomes Nunes²

Prof. Ms. Eliene Almeida Santos³

Introdução: Na Atenção Primária à Saúde (APS), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) assume o modelo preferencial de organização do cuidado à comunidade. Além das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, espera-se que a ESF intervenha no processo de saúde-doença dos indivíduos, considerando o seu contexto familiar e comunitário, de maneira singularizada. Ademais, a ESF é caracterizada por assumir uma dinâmica de trabalho que promova mudanças no modo de produzir o cuidado em saúde, que é inerente à prática dos profissionais ali inseridos (BRITO, MENDES, NETO, 2018). Neste contexto, vale salientar o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que é marcado pelo uso de tecnologias leves, como o acolhimento, o vínculo, a comunicação, o diálogo e a escuta ativa. Dessa forma, o ACS consegue identificar as situações de risco e auxiliar no planejamento e implementação das ações de saúde. Para desempenhar adequadamente o seu papel, o ACS precisa conhecer o contexto familiar das pessoas do seu território e utilizar a visita domiciliar (VD) como ferramenta principal para o desenvolvimento das suas atividades, sendo um elemento essencial para a construção da relação entre ACS e suas respectivas famílias (ALONSO, BÉGUIN, DUARTE, 2018). As visitas domiciliares, além de serem programadas em conjunto com a equipe, devem ser organizadas de acordo com critérios de risco e vulnerabilidades presentes em cada família, de forma que as famílias mais necessitadas sejam visitadas mais vezes, adotando-se uma média de visitas mensais para cada área adscrita (ANDRADE, CARDOSO, 2017). Para tanto, é necessário que haja um instrumento adequado que viabilize e facilite a identificação de famílias em situação de risco, como por exemplo, a escala de Coelho-Savassi (SAVASSI, LAGE, COELHO, 2012). Sem a utilização de ferramentas facilitadoras para a gestão do cuidado em domicílio, não é possível assegurar princípios norteadores da Saúde Pública, como a universalidade e a equidade. Sendo assim, considerando o ambiente transformador do cuidado ofertado na APS, é indiscutível a necessidade de formulação de espaços dialógicos entre as equipes da ESF, onde se priorize a Educação Permanente em Saúde (EPS) para questões que mais impactam na comunidade, como é o caso do critério de classificação de risco para a visita domiciliar. A EPS se configura como um processo de aprendizagem no qual os conteúdos apreendidos estão intrinsecamente

¹Estudante do curso de Bacharelado em Enfermagem, UNEB – Senhor do Bonfim/BA. E-mail do primeiro autor: karoline19amaral@gmail.com.

²Enfermeira, Mestre em Gestão e Tecnologia aplicada a Educação. Professora Assistente da Universidade do Estado da Bahia, UNEB– Senhor do Bonfim/BA. E-mail do autor: spiva@uneb.br.

³Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Professora Substituta da Universidade do Estado da Bahia, UNEB– Senhor do Bonfim/BA. E-mail do autor: eliasantos@uneb.br.

relacionados às necessidades do serviço, objetivando aperfeiçoar a atuação dos profissionais da saúde (BARCELOS, 2020). Ademais, a EPS pondera os saberes prévios dos profissionais da saúde, articulando os conhecimentos empíricos às evidências científicas, a fim de construir um conhecimento válido para àquela realidade. Objetivo: Relatar a experiência vivenciada na Estratégia de Saúde da Família acerca da aplicabilidade da educação permanente em saúde direcionada às vulnerabilidades percebidas no contexto de trabalho. Metodologia: A intervenção foi realizada na Unidade de Saúde da Família do bairro Alto da Maravilha, que abrange duas estratégias: o Alto da Maravilha II, que possui sete ACS, e Nossa Senhora de Fátima, que possui quatro ACS. Para a identificação do problema e a realização da educação em saúde sobre a classificação de risco para as visitas domiciliares, o processo foi dividido em cinco momentos. O primeiro momento foi de observação e acompanhamento das visitas domiciliares realizadas pelos ACS, para a identificação do problema: dificuldade em classificar as famílias que deveriam ser prioridade para receber a visita domiciliar da equipe de saúde. O segundo momento foi direcionado para a formulação de estratégias que buscassem reduzir e/ou resolver o problema, bem como planejar ações tangíveis e resolutivas. O terceiro momento foi marcado pela decisão em capacitar os ACS e apresentá-los um instrumento facilitador da classificação de risco para visitas domiciliares. Foi feito o convite para os ACS, por intermédio das enfermeiras coordenadoras das duas ESFs, para um encontro direcionado ao esclarecimento das suas dificuldades e as possíveis soluções. O quarto momento foi de implementação da ação planejada, que aconteceu na sala de reunião da unidade de saúde, onde foi apresentado aos ACS um instrumento validado (COELHO-SAVASSI, 2012) que deve ser utilizado no momento da priorização das visitas domiciliares. O quinto e último momento resultou na avaliação das ações planejadas, etapa que deu permissão para identificar se a educação em saúde teve resultados positivos na conduta dos ACS. Essa avaliação foi realizada por meio da observação e acompanhamento das visitas após a capacitação, bem como, dos relatos dos profissionais da unidade que puderam perceber diferenças na conduta dos ACS antes e depois da intervenção. Resultados: Os 11 ACS convocados, das duas ESFs, chegaram pontualmente ao evento, evidenciando uma boa adesão e comprometimento por parte da equipe às atividades propostas. Após a apresentação dos discentes responsáveis pela capacitação, foi explicado aos ACS os motivos pelos quais a temática estava sendo trabalhada, e, dentre eles, foi apontado a falta de evidência de uma ferramenta que norteasse a prioridade dos pacientes nas visitas domiciliares. Após esse momento, os discentes conceituaram e discorreram sobre a importância da visita domiciliar e seu papel em concretizar os princípios do SUS, assim como reafirmaram a relevância dos ACS dentro desse contexto. Foi abordado também sobre a ficha de estratificação de risco das famílias, que é preenchida pelo ACS na primeira visita, chamada cadastro domiciliar e cadastro individual, pertencentes ao Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Também foi explicitado na apresentação sobre a escala de risco familiar de Coelho-Savassi, muito utilizada na priorização das famílias em ESFs que apresentam uma grande população adscrita, tendo em seus quesitos elementos como: situação física (acamado, deficiência física, deficiência mental, etc); condições de saneamento; condições sociais (desemprego, analfabetismo, etc); comorbidades existentes; condições de moradia, assim como outros aspectos identificados na rotina do serviço, chamados de sentinelas de risco. Após a abordagem de todo o conteúdo teórico, houve um momento de bate-papo, onde os ACS relataram participar do curso disponibilizado pelo Ministério da Saúde intitulado “curso técnico em Agente Comunitário de Saúde”, que abordava gradativamente sobre a VD e ferramentas para sua melhoria. Foi observada que, na prática, a equipe já fazia a priorização dos pacientes nas VD, entretanto, essa atividade ainda estava sendo feita de maneira empírica e não padronizada, dando ênfase maior aos pacientes com dificuldade de

locomoção e a disponibilidade do transporte fornecido pela secretaria municipal de saúde. Após esse momento descontraído de troca de experiências, os discentes prepararam atividades práticas, por meio de estudos de caso, utilizando as ferramentas abordadas anteriormente, que demonstraram ao final da capacitação o bom entendimento e assimilação dos conteúdos. Conclusão: A capacitação proporcionou melhorias na assistência prestada pela ESF, pois, anteriormente, os ACS priorizavam as visitas domiciliares de forma empírica, prática que por vezes não contemplava um dos princípios do SUS: a equidade. Ademais, o conhecimento sobre o instrumento para a priorização das visitas trouxe segurança e respaldo para esses profissionais que, a partir de então, puderam basear suas atividades em evidências científicas. A utilização de estratégias para observação, identificação do problema, planejamento, intervenção e avaliação, foi de extrema importância para que todo o processo fosse realizado de maneira assertiva e resolutiva, trazendo resultados para a equipe de saúde e para a população assistida. A percepção e resolução de problemas oriundos dos ACS e de toda a equipe de saúde também é papel da enfermeira (o) e coordenadora (o) da unidade de saúde, por isso é fundamental que os estudantes e profissionais de enfermagem saibam gerir e solucionar essas demandas, para garantir qualidade na assistência às famílias.

REFERÊNCIAS:

BRITO, G.E.G.; MENDES, A.C.G.; NETO, P.M.S. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Purpose of work in the Family Health Strategy**, v. 22, n.64, p. 77-86, 2018.

ALONSO, C.M.C.; BÉGUIN, P.D.; DUARTE, F.J.C.M. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. **Rev Saude Publica**, v. 52, n.14, p. 1-13, 2018.

ANDRADE, V.M.P.; CARDOSO, C.L. Visitas Domiciliares de Agentes Comunitários de Saúde: Concepções de Profissionais e Usuários. **Psico-USF**, v. 22, n. 1, p. 87-98, jan./abr. 2017.

BARCELOS, R.M.S. Educação permanente em saúde: práticas desenvolvidas nos municípios do estado de Goiás. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.18, n.2, p. 1-14, 2020.

SAVASSI, L.C.M.; LAGE J.L.; COELHO, F.L.G. Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi. **J Mang Prim Health Care**, v.3, n.2, p. 179-185, 2012.