



ciência plural

PREVALÊNCIA DE FAMÍLIAS EM RISCO MÁXIMO E IMPACTOS NAS VISITAS DOMICILIARES EM CAICÓ-RIO GRANDE DO NORTE

Prevalence of families at maximum risk and impacts on home visits in Caicó-Rio Grande do Norte

Prevalencia de familias en máximo riesgo e impactos en las visitas domiciliarias en Caicó-Rio Grande do Norte

Inara da Silva de Moura • Enfermeira • Residência Multiprofissional em Atenção Básica pela Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte-EMCM-UFRN • inaramoura123@gmail.com • <https://orcid.org/0000-0003-3612-0541>

Diego Bonfada • Docente da EMCM-UFRN • Doutor em Saúde Coletiva pela UFRN e pela Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya-AQuAS • diegobonfada@hotmail.com • <https://orcid.org/0000-0001-9725-9446>

Ana Carine Arruda Rolim • Docente da EMCM-UFRN • Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP • ana.carine.rolim@ufrn.br_ • <https://orcid.org/0000-0002-0447-9683>

Rafael Bezerra Ribeiro • Cirurgião-Dentista • Mestre em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina Especialista em Saúde da Família e Preceptoria • Preceptor da Residência Multiprofissional em Atenção Básica da EMCM-UFRN • rafaellbribeiro@hotmail.com_ • <https://orcid.org/0000-0002-5562-1766>

Autora correspondente:

Inara da Silva de Moura • E-mail: inaramoura123@gmail.com

Submetido: 03/08/2024

Aprovado: 25/11/2024

RESUMO

Objetivo: Analisar a prevalência de famílias com risco máximo de vulnerabilidade através da aplicação da Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi e seus impactos nas visitas domiciliares realizadas pela equipe da Unidade Básica de Saúde da Família situada no município de Caicó-RN. **Metodologia:** Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa envolveu 90 famílias adscritas pela Unidade de Saúde no período de junho a setembro de 2023. Após o processo de estratificação e sorteio aleatório houve a aplicação do Instrumento de coleta de dados Sociodemográficos e de saúde e aplicação da Escala de Risco Familiar. Os dados foram tabulados e processados no software IBM SPSS® Statistics 26. **Resultados:** Encontrou-se alto percentual de famílias em risco máximo de vulnerabilidade familiar e este fator se associou com a presença da necessidade de atendimento familiar, deficiência física, idoso acima de 70 anos, diabetes mellitus, analfabetismo, uso de drogas na família, comorbidade, hipertensão arterial, desemprego, deficiência mental e reduzida visitas domiciliares por profissionais de ensino superior. **Conclusões:** O estudo possibilitou, através da aplicação da Escala de Risco Familiar, verificar que há impactos na redução das visitas domiciliares realizadas por profissionais de ensino superior quando se tem uma área com prevalência de vulnerabilidade familiar. Permitiu, ainda, analisar quais sentinelas ou fatores de risco prevaleciam no grupo das famílias em risco máximo de vulnerabilidade.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde; Vulnerabilidade em saúde; Visita domiciliar.

ABSTRACT

Objective: To analyze the prevalence of families at maximum risk of vulnerability through the application of the Coelho and Savassi Family Risk Scale and its impacts on home visits carried out by the team of the Basic Family Health Unit located in the municipality of Caicó-RN. **Methodology:** Descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach. The research involved 90 families enrolled by the Health Unit from June to September 2023. After the stratification process and random drawing, the Sociodemographic and health data collection instrument was applied and the Family Risk Scale was applied. The data were tabulated and processed using IBM SPSS® Statistics 26 software. **Results:** A high percentage of families at maximum risk of family vulnerability was found, and this factor was associated with the presence of the need for family care, physical disability, elderly individuals over 70 years of age, diabetes mellitus, illiteracy, drug use in the family, comorbidity, high blood pressure, unemployment, mental disability, and reduced home visits by higher education professionals. **Conclusions:** The study made it possible, through the application of the Family Risk Scale, to verify that there are impacts in the reduction of home visits carried out by higher education professionals when there is an area with a prevalence of family vulnerability. It also allowed us to analyze which sentinels or risk factors prevailed in the group of families at maximum risk of vulnerability.

Keywords: Primary Health Care; Health vulnerability; Home visit.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la prevalencia de familias en máximo riesgo de vulnerabilidad mediante la aplicación de la Escala de Riesgo Familiar de Coelho y Savassi y sus impactos en las visitas domiciliarias realizadas por el equipo de la Unidad Básica de Salud Familiar ubicada en el municipio de Caicó-RN. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal, con enfoque cuantitativo. La investigación involucró a 90 familias registradas por la Unidad de Salud de junio a septiembre de 2023. Tras el proceso de estratificación y sorteo aleatorio, se aplicó el instrumento de recolección de datos Sociodemográficos y de salud y la Escala de Riesgo Familiar. Los datos fueron tabulados y procesados en el software IBM SPSS® Statistics 26. **Resultados:** Se encontró un alto porcentaje de familias en riesgo máximo de vulnerabilidad familiar y este factor se asoció con la presencia de necesidad de cuidado familiar, discapacidad física, personas mayores de 70 años, diabetes mellitus, analfabetismo, consumo de drogas en la familia, comorbilidad, hipertensión arterial, desempleo, discapacidad mental y reducción de visitas domiciliarias por parte de profesionales de la educación superior. **Conclusiones:** El estudio permitió, mediante la aplicación de la Escala de Riesgo Familiar, verificar que existen impactos en la reducción de las visitas domiciliarias realizadas por profesionales de la educación superior cuando existe un área con prevalencia de vulnerabilidad familiar. También nos permitió analizar qué centinelas o factores de riesgo prevalecían en el grupo de familias de máximo riesgo de vulnerabilidad.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Vulnerabilidad sanitaria; Visita domiciliaria.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios fundamentais a universalidade, a integralidade e a equidade, que devem ser considerados na Atenção Primária à Saúde (APS), cuja estratégia prioritária para sua organização é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que baseia suas atividades no diagnóstico situacional dirigido à família e comunidade¹. A ESF tem o intuito de reorganizar e impulsionar as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e seus agravos, e dentre muitas de suas atribuições estão as visitas domiciliares (VD)².

As Visitas Domiciliares (VD) favorecem ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, vigilância e acompanhamento das famílias no território da Estratégia Saúde da Família (ESF), de acordo com suas necessidades¹. Elas permitem que os profissionais compreendam o contexto social das famílias e identifiquem suas necessidades de saúde, facilitando a abordagem dos determinantes do processo saúde-doença². Além disso, contribuem para aumentar a autonomia dos usuários e garantir

continuidade do cuidado, especialmente para aqueles com dificuldades de acesso às unidades de saúde. No entanto, um desafio é como priorizar as famílias de maior risco sem comprometer a qualidade do atendimento às demais².

Por vezes, as visitas são realizadas em demandas espontâneas ou em condições agudizadas, descaracterizando seu papel preventivo, muitas situações extrapolam a complexidade do nível primário de atenção evidenciando a baixa resolutividade em saúde nesse contexto. O déficit na qualidade e no quantitativo das visitas dificulta a identificação das necessidades das famílias, sua ausência é uma lacuna assistencial³. Torna-se pertinente identificar os fatores de riscos presentes e determinar o risco social e de saúde das famílias, bem como detectar o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar².

As visitas devem ser programadas e sistematizadas pelas equipes de saúde com critérios de riscos estabelecidos, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a periodicidade das VD deve ser estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, há critérios que indicam a realização da VD por médicos, enfermeiros e/ou dentistas junto com os agentes comunitários de saúde (ACS). Preconiza-se que estes profissionais, de nível superior ou nível médio, realizem visitas de forma semanal às famílias de risco máximo, visitas quinzenais às famílias de risco médio e visitas mensais às famílias de menor risco, levando em consideração as situações de risco de cada núcleo familiar⁴.

A avaliação de risco familiar é uma estratégia para identificar fatores de risco em famílias, com o objetivo de priorizar o atendimento. Neste estudo, o risco familiar é relacionado a características da família ou de seus membros que aumentam ou diminuem a probabilidade de exposição a fatores prejudiciais à saúde, podendo causar danos físicos, psicológicos ou sociais⁵.

O conceito de vulnerabilidade é composto por três dimensões interdependentes de determinação, que permitem entender o grau de vulnerabilidade tanto do indivíduo quanto da coletividade. Segundo Ayres et al. (2012)⁷ a vulnerabilidade pode ser analisada a partir de três perspectivas: a vulnerabilidade individual, que se refere ao comportamento pessoal; a vulnerabilidade social, que considera o contexto social; e a vulnerabilidade programática, relacionada aos programas de combate à doença⁶.

A vulnerabilidade social, considerada nesse trabalho, se manifesta em situações como adoecimento, abuso de substâncias e violência doméstica, que impedem o desenvolvimento saudável da família. Esses riscos estão frequentemente associados a eventos negativos da vida, que favorecem resultados disfuncionais em várias áreas da saúde⁷.

Nesse contexto, durante a Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) em 2022, observou-se a prevalência de VD realizadas sem sistematização e motivadas pela agudização das condições de saúde por uma equipe da ESF, em um bairro com altas demandas sociais e de saúde situada no município de Caicó-RN. O presente estudo foi motivado pela seguinte hipótese alternativa: A elevada prevalência de famílias com alto risco de vulnerabilidade incide diretamente na realização das visitas domiciliares prestadas pelos profissionais da equipe da ESF.

Objetivou-se, nesse estudo, analisar a prevalência de famílias com risco máximo de vulnerabilidade através da aplicação da Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi (ERF-CS) e seus impactos nas visitas domiciliares realizados pela equipe da Unidade Básica de Saúde da Família situada no município de Caicó-RN.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi desenvolvida em um bairro do município de Caicó, localizado na região do Seridó e situado na região centro-sul do Estado do Rio Grande do Norte, no período de junho a setembro de 2023. A pesquisa teve por finalidade analisar a prevalência de famílias com risco máximo de vulnerabilidade através da aplicação da ERF-CS e seus impactos nas visitas domiciliares às famílias do Bairro João XXIII adscritas pela Unidade Básica de Saúde Irmã Ana Dias, situada na zona oeste da cidade supracitada.

No período da pesquisa a equipe de saúde era composta por: 01 médico, 01 enfermeiro, 01 dentista, 03 técnicos de enfermagem, 01 técnico de saúde bucal, 01 administradora, 01 auxiliar de serviços gerais e 07 ACS. Além disso, contava com apoio de uma equipe multiprofissional composta por residentes e profissionais de saúde com formação em Fisioterapia, Farmácia, Nutrição, Educação Física, Psicologia,

Enfermagem e Odontologia, através do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica ofertado pela EMCM/UFRN.

Em setembro de 2022 o Bairro João XXIII tinha 1.010 famílias com cadastros domiciliares no sistema E-SUS e dividia-se em 07 microáreas. A microárea 01 tinha 125 famílias (12%), microárea 02 com 153 famílias (15%), microárea 03 com 143 famílias (14%), microárea 04 com 150 famílias (15%), microárea 06 com 137 famílias (14%), microárea 07 com 163 famílias (16%) e microárea 08 com 139 famílias (14%).

As famílias que participaram da pesquisa residiam no bairro, devendo ter pelo menos um mês de vinculação à área adscrita a UBS, foram convidados a responder as informações dos instrumentos de coleta de dados aquelas pessoas presentes no domicílio que tivessem idade igual ou superior a 18 anos, com capacidade intelectual íntegra e que concordassem participar do estudo prestando informações fidedignas acerca do contexto familiar e das condições de habitação. Utilizou-se como critérios de exclusão as famílias que não se encontravam em domicílio no período da visita, pessoas que não estavam em plena sanidade mental ou bem-estar físico e as emigraram do bairro.

Para o cálculo amostral, considerou-se n o tamanho da amostra, N o tamanho da população de estudo (1010 famílias), nível de confiança de 95%, desvio padrão (Z) de 1,96, erro alfa (α) de 5%, com valor de prevalência de 6% (0,06). Em pesquisas ^{8,9 e 10} realizadas com populações semelhantes ao do presente estudo obteve-se a média da porcentagem das famílias com alto risco de vulnerabilidade, justificando o valor da prevalência, sendo 6,70%, 6,20% e 7,32%, respectivamente. Utilizando a fórmula do cálculo amostral se obteve 84 famílias, com adição da margem de 20%, totalizou em 101 famílias para compor a amostra.

Em seguida, houve a estratificação das famílias de maneira proporcional com o número de famílias por microárea de acordo com número amostral, para que todas as microáreas tivessem a quantidade de famílias proporcionais ao número da amostra. Sendo, microárea 01 (13 famílias); microárea 02 (15 famílias); microárea 03 (14 famílias); microárea 04 (15 famílias); microárea 06 (14 famílias); microárea 07 (16 famílias) e microárea 08 (14 famílias).

O processo de amostragem foi probabilístico, aleatório e estratificado. Foi possível enumerar as famílias cadastradas no território e identificar por ordem crescente, através do Sistema de Informação da Atenção básica – E-SUS e do cadastro domiciliar, obteve-se uma lista de cada microárea com seus respectivos prontuários, famílias, membros, idades e endereço. Após isso, o processo de alocação das famílias foi realizado por meio de um sorteio aleatório simples manual com reposição, para que todas as famílias participassem do processo.

Em razão disso, optou-se em realizar uma capacitação com os ACS da UBS para que pudessem conhecer os instrumentos que seriam utilizados, em especial, a ERF-CS, com o intuito de que estes replicassem a aplicação da escala durante seus processos de trabalho e para auxiliar na coleta, haja vista que, são esses profissionais que têm mais contato e aproximação com o território e a população, aumentando a adesão dos participantes. A capacitação ocorreu nas instalações da própria UBS, com convite prévio para todos os ACS, aconteceu no mês de junho de 2023, com duração média de 1h e 30min. No momento, foi entregue a lista da microárea de cada ACS para que pudessem sinalizar qual família seria possível a realização da visita e para realizarem o agendamento da mesma.

Para as famílias que foram sorteadas houve a visita, previamente agendada, pelo ACS e participaram aquelas que confirmaram interesse e assinatura física do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Logo após, foi aplicado o instrumento dos dados socioeconômicos e condições de saúde de cada membro da família, seguido da aplicação da ERF-CS, com duração média de 5 a 10 minutos cada visita. A coleta de dados ocorreu nos meses de julho a setembro de 2023.

O primeiro instrumento foi criado pelos pesquisadores e objetivou mensurar as variáveis relacionadas às condições sociodemográficas e de saúde, contendo informações acerca da quantidade de membros na família, cor/raça, anos de estudo, renda, estado civil, religião, status profissional, comorbidades, internação hospitalar, se recebe visita do seu ACS ou de profissional de ensino superior (PES) da UBS e se há familiar que necessite de atendimento domiciliar, estas perguntas foram direcionadas apenas para o participante.

O segundo instrumento aplicado foi a ERF-CS, o instrumento foi criado e validado em 2004 no município de Contagem-MG, pretende determinar o risco social e de saúde e identificar as vulnerabilidades de cada núcleo familiar possibilitando que a equipe de saúde conheça as situações mais urgentes, direcionem as intervenções prioritárias e determine os intervalos entre as VD, respeitando os princípios da integralidade e equidade, além de colaborar na organização dos processos de trabalho¹¹.

A Escala é composta por 13 critérios ou sentinelas de riscos, sendo 11 de caráter individual (pessoa acamada, deficiência física, deficiência mental, desnutrição grave, drogadição, desemprego, analfabetismo, criança menor de 6 meses, idoso maior de 70 anos, pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS, e Diabetes Mellitus - DM), e 02 não individuais (baixas condições de saneamento e a relação morador/cômodo). As sentinelas utilizadas pela escala foram extraídas da Ficha de Cadastro Domiciliar e Territorial (E-SUS) que deve ser preenchida pelo ACS na primeira visita a família.

Cada sentinela recebe de 1 a 3 pontos, podendo se repetir de acordo com o número de vezes que ela surgir na família, após a soma a pontuação final classificada a família em graus de risco, sendo: Escore de 0 a 4 é considerada sem risco (R0), escore 5 ou 6 é classificada como R1 (risco mínimo), escore de 7 ou 8 como R2 (risco médio) e escore maior que 9 é considerada R3 (risco máximo), quanto maior o escore maior deve ser a atenção voltada a família e a microárea, assim como a priorização das VD⁵.

Os dados foram tabulados e processados no software *IBM SPSS® Statistics 26*, a apresentação descritiva e análise bivariada foram expostas em tabelas. A análise descritiva foi feita por medidas de tendência central e de dispersão, tais como média, moda, mediana, variância, desvio padrão e intervalo interquartilico, as variáveis categóricas foram descritas em frequências, proporções e percentuais. Para a análise bivariada foi utilizado os testes paramétricos, observada à distribuição normal dos dados por meio do teste de Kolgomorov-Smirnov. Por fim, foi realizado as correlações entre as variáveis categóricas dependente e independentes através do Teste qui-quadrado de Pearson.

Para fins de análise dos dados, considerou-se variável dependente as famílias com risco máximo de vulnerabilidade (risco máximo - R3) e como variável

independente receber VD por PES e as demais sentinelas de risco presentes na escala de Savassi (2004)⁵. Salienta-se que se utilizou como aporte teórico-científico o que rege na PNAB em relação a periodicidade das VD protocoladas pelo MS. Considerou-se, ainda, uma segunda análise com o intuito de avaliar em que circunstâncias havia a prevalência das realizações das VD por PES, esta variável, por sua vez, se comportou como variável dependente.

O estudo respeitou todos os preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que versa sobre pesquisas com seres humanos e coletividade, foi apreciado e aprovado em maio de 2023 pelo CEP da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA)/UFRN, sob o Parecer nº 6.066.265 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 67616323.7.0000.5568.

Resultados

Das 101 famílias da amostra, houve 07 ausentes e 04 recusas, totalizando na participação de 90 famílias. O perfil sociodemográfico dos participantes que repassaram as informações de seus núcleos familiares, em sua maioria, era do sexo feminino (81,1%), com média de 55 anos de idade, autodeclarados pardos (36,7%), casadas/união estável (42,2%) e católicos (62,2%). Das famílias avaliadas, 50% tinham em média 03 moradores e 06 cômodos por residência, média de 06 anos de estudos conferindo baixa escolaridade, 51,1% com status profissional ativo/trabalhando e em quase sua totalidade com renda de 01 salário mínimo, dados descritos na tabela 1 e 2.

Tabela 1 - Análise descritiva das variáveis quantitativas pertinentes a situação sociodemográfica, contexto familiar e visitas domiciliares realizadas por profissionais de saúde no município de Caicó/RN. Caicó, Rio Grande do Norte, 2023.

VARIÁVEL	VARIÁVEIS NUMÉRICAS							
	MÉDIA	MEDIANA	DESVIO PADRÃO	MÍN.	MÁX	PERCENTIL		
						25	50	75
Idade	54	57	16	19	87	41	57	67
Número de moradores	3	3	1	1	7	2	3	5
Anos de estudo	6	5	5	0	18	3	5	11
Renda	1655	1320	1063	600	8000	1320	1320	1320
Visitas mensais do ACS	1,85	1	1,19	0	4	1	1	3
Visitas mensais do profissional de ensino superior	0,17	0	0,43	0	2	0	0	0

Número de cômodos residência	de na	6,33	6	1,50	3	12	5	6	7
Escore escala	total da	7,72	6,50	4,17	2	22	4,75	6,50	10

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Tabela 2 - Análise descritiva do perfil sociodemográfico das famílias do estudo sobre a prevalência de famílias em risco de vulnerabilidade e visitas domiciliares por profissionais de saúde no município de Caicó/RN. Caicó, Rio Grande do Norte, 2023.

VARIÁVEIS CATEGÓRICAS		
Variáveis	<i>f</i>	(%)
Microárea		
01	13	14,4 %
02	13	14,4 %
03	14	15,6 %
04	11	12,2 %
06	12	13,3 %
07	16	17,8 %
08	11	12,2 %
Sexo		
Feminino	73	81,1%
Masculino	17	18,9%
Cor da pele ou raça		
Branca	30	33,3%
Preta	26	28,9%
Parda	33	36,7%
Amarela	01	1,1%
Indígena	0	0%
Estado civil		
Casado/união estável	38	42,2%
Solteiro	33	36,7%
Separado/divorciado	05	5,6%
Viúvo	14	15,6%
Religião		
Sem religião	16	17,8%
Católica	56	62,2%
Evangélica	17	18,9%
Espírita	01	1,1%
Outra	0	0%
Status profissional		
Ativo/Trabalhando	46	51,1%
Desempregado	08	8,9%
Aposentado	34	37,8%
Afastado/INSS	02	2,2%

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Em relação ao perfil de saúde foi estratificado pelo instrumento que 81,1% dos núcleos familiares avaliados não necessitam de atendimento domiciliar, 61,1% têm comorbidade, sendo 73,3% a prevalência de HAS e 41,1% de DM. A maioria das famílias recebe pelo menos 01 visita mensal do ACS (98,9%), em contrapartida não foi possível mensurar a quantidade de visitas mensais realizadas pelos PES, corroborando com este achado 85,6% dos participantes relataram não receber VD por PES.

Referente a prevalência das sentinelas de risco avaliadas a ERVF-CS, houve altos percentuais de deficiência física (26,7%), baixas condições de saneamento básico (70%), desemprego na família (50%), analfabetismo (42,2%). Quanto ao escore de risco familiar de vulnerabilidade, analisado após a aplicação da escala, 50% das famílias estavam no grupo de risco menor (R1), 16,7% em risco médio (R2) e 33,3% no grupo de risco máximo (R3), com prevalência significativa (Tabela 3). Observa-se que 75% das famílias obtiveram 10 pontos na ERVF-CS, e a pontuação máxima foi 22 (Tabela 1).

Tabela 3 - Análise descritiva da situação de saúde e sentinelas de risco das famílias do estudo sobre a prevalência de famílias em risco de vulnerabilidade e visitas domiciliares por profissionais de saúde no município de Caicó/RN. Caicó, Rio Grande do Norte, 2023.

VARIÁVEIS CATEGÓRICAS		
Variáveis	<i>f</i>	(%)
Tem comorbidade		
Sim	55	61,1%
Não	35	38,9%
Esteve internado nos últimos 2 meses		
Sim	05	5,6%
Não	85	94,4%
Recebe visita do Agente Comunitário de Saúde		
Sim	89	98,9%
Não	01	1,1%
Recebe visita do Enfermeiro (a), Médico (a) ou Dentista da UBS		
Sim	13	14,4%
Não	77	85,6%
Necessita de atendimento domiciliar		
Sim	17	18,9%
Não	73	81,1%
Acamado na família		
Sim	05	5,6%
Não	85	94,4%
Pessoa com Deficiência física na família		
Sim	24	26,7%
Não	66	73,3%
Pessoa com Deficiência mental na família		
Sim	09	10%
Não	81	90%
Baixas condições de saneamento básico		

Sim	63	70%
Não	27	30%
Desnutrição grave na família		
Sim	0	0%
Não	90	100%
Uso de drogas na família		
Sim	13	14,4%
Não	77	85,6%
Pessoas desempregadas na família		
Sim	45	50%
Não	45	50%
Pessoas analfabetas na família		
Sim	38	42,2%
Não	52	57,8%
Criança menor de 6 meses		
Sim	0	0%
Não	90	100%
Idoso acima de 70 anos		
Sim	35	38,9%
Não	55	61,1%
Pessoa com Hipertensão Arterial		
Sim	66	73,3%
Não	24	26,7%
Pessoa com Diabetes Mellitus		
Sim	37	41,1%
Não	53	58,9%
Relação morador cômodo		
Menor que 1	83	92,2%
Igual a 1	05	5,6%
Maior que 1	04	4,4%
Escore de risco familiar de vulnerabilidade		
Risco menor (R1)	45	50%
Risco Médio (R2)	15	16,7%
Risco máximo (R3)	30	33,3%

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Para atestar a prevalência de famílias com alto risco de vulnerabilidade e sua associação nos impactos nas visitas domiciliares realizadas pela equipe da UBS, situada no município de Caicó-RN, foi realizada uma análise bivariada através do teste qui-quadrado, aliado à Razão de Prevalência (RP). As sentinelas de risco presentes na ERF-CS foram associadas ao grupo de Risco Máximo (R3), incluindo a variável Visitas domiciliares pelos PES, as variáveis que tiveram associação estão descritas na Tabela 4. Em seguida, a mesma análise foi realizada para atestar quais sentinelas de risco tiveram associação com as VD realizadas por PES (Tabela 5).

Tabela 4 - Análise bivariada (Qui-quadrado) entre Famílias de Risco Máximo de Vulnerabilidade e as variáveis independentes sociodemográficas e sentinelas de risco das famílias do município de Caicó/RN. Caicó, Rio Grande do Norte, 2023.

VARIÁVEL		RISCO MÁXIMO (R3) (%)		Valor de p	RP
		SIM	NÃO		
Família que necessita de atendimento domiciliar	Sim	15 (88,2%)	2 (11,8%)	<0,001	4,3
	Não	15 (20,5%)	58 (79,5%)		
Deficiência física	Sim	18 (75,0%)	6 (25,0%)	<0,001	4,1
	Não	12 (18,2%)	54 (81,8%)		
Idoso > 70 anos	Sim	20 (57,1 %)	15 (42,9%)	<0,001	3,1
	Não	10 (18,2%)	45 (81,8%)		
Diabetes Mellitus	Sim	21 (56,8%)	16 (43,2%)	<0,001	3,3
	Não	9 (17,0%)	44 (83,0%)		
Analfabetismo	Sim	19 (50,0%)	19 (50,0%)	0,004	2,3
	Não	11 (21,2%)	41 (78,8%)		
Uso de drogas na família	Sim	9 (69,2%)	4 (30,8%)	0,008	2,5
	Não	21 (27,3)	56 (72,7%)		
Comorbidade	Sim	24 (43,6%)	31 (56,4%)	0,009	2,5
	Não	6 (17,1%)	29 (82,9%)		
Hipertensão arterial	Sim	27 (40,9%)	39 (59,1%)	0,012	3,2
	Não	3 (12,5%)	21 (87,5%)		
Desemprego na família	Sim	20 (44,4%)	25 (55,6%)	0,025	2,0
	Não	10 (22,2%)	35 (78,8%)		
Deficiência mental	Sim	6 (66,7%)	3 (33,3%)	0,055	2,2
	Não	24 (29,6%)	57 (70,4%)		
Visita por profissional de Ensino Superior	Sim	7 (53,8%)	6 (46,2%)	0,090	1,7
	Não	23 (29,9%)	54 (70,1%)		
Sexo	Masculino	8 (47,1%)	9 (52,9%)	0,18	
	Feminino	22 (30,1%)	51 (69,9%)		

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

As seguintes variáveis foram testadas, mas não foram significativas por terem fraca associação com a variável dependente: Relação morador/cômodo < 1, Aposentado, Cor de pele/Raça Preta, Baixas condições de saneamento, Relação morador/cômodo igual 1, Sem religião, Cor de pele/raça Parda, Viúvo (a), Casado/União estável, Status profissional trabalhando, Relação morador/cômodo > 1, Solteiro/Divorciado, Internação hospitalar nos últimos 2 meses, Religião evangélica, Desempregado, Religião católica e Cor de pele/Raça Branca. E tais variáveis como Cor de pele/Raça Amarela, Indígena, Religião espírita, outra religião, Status profissional afastado, Visitas por Agente Comunitário de Saúde (ACS), Acamado, Desnutrição

grave, Crianças < de 6 meses, Risco de vulnerabilidade Menor e Médio obtiveram poucos casos impossibilitando o teste bivariado.

Tabela 5 - Análise bivariada (Qui-quadrado) entre Visitas realizadas por profissionais de ensino superior e as variáveis independentes sociodemográficas e sentinelas de risco das famílias do município de Caicó/RN. Caicó, Rio Grande do Norte, 2023.

VARIÁVEL		VISITA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE ENSINO SUPERIOR (%)		Valor de p	RP
		SIM	NÃO		
Família que necessita de atendimento domiciliar	Sim	7 (41,2%)	10 (58,8%)	<0,001	5,0
	Não	6 (8,2%)	67 (91,8%)		
Idoso > 70 anos	Sim	11 (31,4%)	24 (68,6%)	<0,001	8,7
	Não	2 (3,6%)	53 (96,4%)		
Baixas condições de saneamento básico	Sim	6 (9,5%)	57 (90,5%)	0,043	0,3
	Não	7 (25,9%)	20 (74,1%)		
Famílias com Risco Máximo (R3)	Sim	7 (23,3%)	23 (73,7%)	0,090	2,3
	Não	6 (10,0%)	54 (90,0%)		
Aposentado	Sim	7 (20,6%)	27 (79,4%)	0,19	
	Não	6 (10,7%)	50 (89,3%)		

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

As variáveis tais como Sexo, Cor de pele/Raça Branca, Cor de pele/Raça Preta, Cor de pele/Raça Parda, Casado/União estável, Solteiro, Separado, Viúvo (a), Sem religião, Católica, Evangélica, Status profissional trabalhando, Afastado, Comorbidade, Internação, Acamado, Deficiência física, Desemprego, Analfabetismo, HAS, Diabetes Mellitus, Relação morador/cômodo <1, Relação morador/cômodo igual a 1, Famílias em Risco Menor não tiveram significância por mostrarem fraca associação com a variável dependente. Já as variáveis Cor de Pele/Raça Amarela, Indígena, Religião espírita, Desempregado, Visita do ACS, Deficiência mental, Desnutrição, Uso de drogas, Criança menores de 6 meses, e Famílias com Risco médio tiveram poucos casos impossibilitando o teste bivariado.

Discussão

A partir da aplicação da ERF-CS foi possível identificar que há um percentual significativo de famílias em risco máximo (R3) de vulnerabilidade familiar e que há a prevalência e associação de sentinelas de risco que corroboram para esse desfecho, sendo estas presentes no núcleo familiar a necessidade de atendimento familiar, deficiência física, idoso acima de 70 anos, DM, analfabetismo, uso de drogas na família,

comorbidade, HAS, desemprego, deficiência mental/intelectual e associação com as VD por PES.

Estudos anteriores obtiveram resultados semelhantes quanto à prevalência da vulnerabilidade em famílias de risco máximo (R3)¹⁰. Infere-se divergências nos percentuais de vulnerabilidade no território e nas microáreas, refletindo o perfil heterogêneo da saúde da população em questão⁸. Este fenômeno está relacionado em como os condicionantes e determinantes sociais impactam de formas diferentes em cada núcleo familiar. Dessa forma, é possível traçar prioridades fundamentadas no princípio da equidade para ampliar a capacidade de mobilização dos recursos disponíveis de acordo com as necessidades identificadas.

A vulnerabilidade social e familiar se expressa na exposição de determinados grupos a riscos sociais, econômicos e de saúde decorrentes das desigualdades estruturais e falta de acesso a recursos e oportunidades. Nesse contexto, famílias que estão expostas podem adoecer ou ter alguma disfunção física, social e/ou emocional. Salienta-se que a vulnerabilidade social não se restringe apenas ao contexto socioeconômico, conferem-se, também, desvantagens nas múltiplas inter-relações de causalidade, determinações, iniquidades do cotidiano e interação da família com a sociedade⁷.

Torna-se relevante monitorar as características sociodemográficas e de vulnerabilidades da população, o conhecimento dessas condições permite compreender sua influência e contribui para o desempenho mais efetivo do sistema de saúde, de forma que oriente políticas de saúde equânimes, baseadas na identificação dos riscos e demandas populacionais de acesso e utilização dos serviços de saúde no país¹².

As condições sociais e os determinantes da saúde estão relacionados com a desigualdade social e está interligada com a estratificação social, implicando na distribuição desigual de poder, prestígio e recursos entre os membros da sociedade. Para compreender os processos de disparidades em saúde, é necessário compreender como o poder impulsiona as relações econômicas, sociais e políticas e como o espaço geográfico influi o processo saúde-doença¹³.

Relação de prevalência entre as sentinelas de risco e as famílias em risco máximo de vulnerabilidade

Nesse contexto, inferiu-se que as famílias que necessitam de atendimento domiciliar prevaleceram 4,3 vezes a prevalência de famílias que não necessitam de AD no grupo de risco máximo (R3). As pessoas restritas ao ambiente domiciliar se encontram em maior vulnerabilidade por dependerem do AD, sem condições de deslocamento para os serviços de saúde, muitas vezes impactando em sua autonomia e processo de saúde-doença por requererem cuidados de longo prazo, além dos impactos na saúde do cuidador¹⁴.

A falta de prevenção ou agravamento das situações de vulnerabilidade originam situações de risco social decorrentes da exposição à violência, exploração, negligência, dentre outras violações de direito. Dessa forma, através do trabalho multi e interdisciplinar e por meio das VD realizadas pelos profissionais da ESF é possível identificar as reais necessidades e sistematizar a atenção domiciliar na APS¹⁴.

A sentinela presença de pessoa idosa (acima de 70 anos) na família teve prevalência de 3,1 vezes mais de estar no grupo de alto risco. No processo de envelhecer surgem as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) resultantes das alterações anatômicas, fisiológicas e psicoemocionais, impactando na capacidade funcional e cognitiva, sendo fator de risco para fragilidade. A vulnerabilidade está presente em todas as fases da vida, mas há impactos físicos, psicológicos, econômicos e sociais significativos nessa fase em específico. O perfil de idosos que vivem em contexto de vulnerabilidade social e fragilidade residem em regiões mais vulneráveis e demandam ações de políticas públicas¹⁵.

A transição demográfica acompanha o crescente envelhecimento populacional, em 2022 a taxa de envelhecimento foi de 10,9% com índice de 55,2%¹⁵, esse fato irá demandar ações de cuidados longitudinais e redirecionamento dos serviços no atendimento primário. Para minimizar os impactos a população idosa, será necessário maior atenção dos gestores públicos para identificar suas fragilidades e redirecionar ações preventivas para todos os atores envolvidos nesse processo, sobretudo para os profissionais que atuam na ESF, por atuarem na promoção, prevenção e reabilitação

em saúde, além de realizarem VD com mais frequência, contribuindo na efetivação de políticas da pessoa idosa¹⁵.

Mais da metade dos participantes apresentaram comorbidades com prevalência de 2,5 vezes mais no grupo de risco máximo. Segundo o estudo¹⁷ realizado em Caicó-RN, 40% dos participantes indicaram ocorrência de DCNT em seu núcleo familiar, 70% afirmaram fazer uso de medicamentos para DM e HAS. As DCNT representam as principais causas de morte no mundo, impactando fortemente sobre as populações vulneráveis, destacam-se às doenças do aparelho cardiovascular, neoplasias, doença respiratória crônica e DM¹⁸.

As comorbidades avaliadas e predominantes foram a HAS prevalecendo 3,3 vezes no grupo R3 e a presença de DM com prevalência de 3,5 vezes. O número de adultos hipertensos aumentou 3,7% em 15 anos no país, motivados por diversos fatores como obesidade, histórico familiar, estresse e envelhecimento populacional¹⁸. Da mesma forma, o DM teve prevalência de 9,2% na população brasileira o aumento nas taxas de mortalidade por esta condição se relaciona com a vulnerabilidade familiar e social, crescimento urbano desorganizado que juntamente com a adoção de hábitos de vida nocivos pela maioria da população podem aumentar a probabilidade de seu desenvolvimento¹⁹.

As DCNT afetam diretamente a população de baixa renda e reflete os efeitos negativos da globalização, das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, da urbanização, do sedentarismo, da má alimentação e do uso abusivo do tabaco e do álcool. Para que haja redução da morbimortalidade das comorbidades e das DCNT é necessário avanços no acesso à saúde e nas políticas de promoção da saúde, prevenção, monitoramento e vigilância em saúde dos grupos mais vulneráveis¹³.

A presença de deficiência física na família foi bem significativa representando uma sentinela com prevalência de 4,1 vezes mais no grupo R3, em contrapartida daquelas famílias que não tinham sua presença. No Brasil há cerca de 47,2% de pessoas com deficiência, a região Nordeste prevalece entre as demais, com 5,8 milhões¹⁶, esse grupo se torna mais vulnerável por serem expostos a baixos índices de empregabilidade, a violência, à má nutrição, estigma e discriminação pela sociedade²⁰. Há, ainda, escassos recursos socioeconômicos, culturais, suporte social que, por vezes,

geram vínculos familiares fragilizados, ausência de recursos materiais, tais como tecnologia assistiva, meios de transporte, e dificuldades financeiras para aquisição de materiais, entre outros²⁰.

Necessita-se de uma concepção ampliada de atenção à saúde e criação de programas para as pessoas com deficiência, que possa contemplar cuidados articulados e contínuos visando a integralidade das ações que devem ser articulados em rede multiprofissional e intersetorial e coordenados nos diversos níveis de cuidado, desde a APS aos serviços especializados de reabilitação. Ressalta-se, ainda, a importância da articulação dos profissionais de saúde que integram a rede de serviços da APS aos outros setores sociais, para coordenar o processo de formulação de políticas e programas voltados à melhoria do acesso desse público aos serviços de saúde²⁰.

A deficiência mental, por sua vez, teve prevalência 2,2 vezes no grupo de risco máximo, no contexto familiar o adoecimento mental torna as famílias socialmente vulneráveis por se tratar de condições de tensões, adversidades e complexidade. No âmbito social também há diversas barreiras para as pessoas com sofrimento mental, em 2019 totalizou em 2,5 milhões de pessoas com alguma deficiência mental e, apenas, 5,3% dessas pessoas estavam inseridas no mercado de trabalho, esse fato evidencia a falta de políticas públicas¹⁶.

Conforme pauta a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência⁴, a assistência deve ser embasada no princípio da integralidade, pois esse público necessita de atenção à saúde específica da sua condição e por serem suscetíveis ao acometimento de doenças e agravos comuns aos demais e necessita de outros tipos de serviços. Nesse sentido, deve-se assegurar seu atendimento em toda a rede de serviços no âmbito do SUS, conferindo a APS posição central na articulação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial, sobretudo por meio do apoio matricial e compartilhamento de ações no território com as equipes da ESF e demais equipamentos sociais, conforme necessidade do usuário¹⁴.

Em relação ao analfabetismo, houve um resultado considerável, com prevalência de 2,3 vezes a mais de estar no grupo de alto risco. O baixo nível de escolaridade é consequência dos condicionantes e determinantes de saúde que

permeiam a população adulta e idosa, sobretudo a falta de acesso a alfabetização na infância. A taxa de analfabetismo no Brasil teve queda de 0,5 ponto percentual entre 2019 e 2022, porém no Nordeste, ainda, tem 55,3% de pessoas com 15 anos ou mais que não sabem ler e escrever. O analfabetismo mantém uma característica estrutural observadas por disparidades significativas em relação a cor/raça, na população branca na faixa etária de 15 anos ou mais teve 3,3% e em 60 anos ou mais foi de 9,5%. Já entre pretos e pardos teve índice de 8,2% e o índice foi de 27,2% entre idosos¹⁹.

A baixa escolaridade em idosos pode ter impactos na saúde mental, condições crônicas, exclusão social, menor acesso às informações e condições socioeconômicas desfavoráveis, o nível de escolaridade se torna um fator protetor para efeitos adversos à saúde a essa população. A iniquidade no acesso aos serviços acarreta piores desfechos e agravos de saúde para a população geral, as famílias que possuem nível de educação mais baixo e recursos financeiros limitados tendem a apresentar dificuldade para frequentar círculos sociais mais variados, a redução desse multipertencimento se torna uma consequência natural, uma vez que circuitos sociais mais restritos determinam situações mais singulares relativos aos papéis familiares, à comunicação e socialização, que podem ser peculiares a respeito da determinação do risco pessoal e social¹⁴. Faz-se necessário que haja o acesso à informação pelo usuário e que o possibilite conhecer a disponibilidade dos serviços de saúde, podendo ser orientadas através das VD²¹.

O desemprego refletiu 2,2 vezes a prevalência no grupo de risco máximo, apesar dos índices em queda, o Nordeste tem 10,8% de desempregados e continua sendo a região com maior taxa de desocupação do país¹⁹. Para a população que está no índice da pobreza, o desemprego inviabiliza o acesso a bens e serviços básicos e têm maior deterioração das condições de vida. A precarização da saúde tem consequências no desemprego duradouro, além de acarretar a desestruturação de laços sociais e afetivos, na restrição de direitos, na insegurança socioeconômica, na redução da autoestima, no sentimento de solidão e fracasso, no desenvolvimento de distúrbios mentais, bem como o aumento do consumo ou dependência de drogas²².

Ressalta-se a importância de traçar o perfil de desemprego a fim de propor ações concretas para trabalhar os sentimentos decorrentes do mesmo, cabe refletir a

atuação dos profissionais da saúde nas reações simbólicas e materiais causadas pelo desemprego e seus núcleos familiares, para contribuir na prevenção, aprimorar e amenizar agravos à saúde física e mental advindos dessa situação²².

Outra condição importante foi a presença de utilização de drogas no contexto familiar com prevalência de 2,5 vezes de estar no grupo de risco máximo. A compreensão da vulnerabilidade e a sua relação com o uso de drogas envolve a integralidade do sujeito e de suas condições de vida, além dos aspectos históricos, políticos, culturais e sociais, sobretudo as vulnerabilidades também são fatores de risco para o uso. O contexto familiar desempenha papel central, seja como fator de risco, de proteção ou como sistema que sofre com as consequências produzidas pelo abuso de drogas²². Os profissionais da APS desempenham papel fundamental na redução dos impactos dessa condição, através da sua identificação e articulação com a rede de tratamento e acompanhamento da pessoa com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

Os resultados encontrados são pertinentes, pois a maioria dos participantes relatam receber visita mensal do ACS (98,9%), em contrapartida não recebem VD do PES (85,6%), reforçando esse fato, as visitas estão sendo realizadas 1,7 vezes menos as famílias de risco máximo, enquanto as famílias de risco mínimo ou médio estão sendo visitadas mais vezes, ou seja, denota-se que as visitas ocorrem em decorrência da agudização de alguma condição e não se considera os fatores de risco que tendem a aumentar a vulnerabilidade familiar.

O estudo²¹, revelou que 99,1% dos ACS realizavam visitas na maioria das vezes, porém essa porcentagem era diferente quando se tratava de visitas compartilhadas com PES. Os ACS estabelecem o elo entre a comunidade e a equipe, pois têm acesso ao ambiente familiar e relação singular de vínculo e confiança, a VD, por sua vez, é uma atividade essencial do seu processo de trabalho e deve ser realizada com frequência média de uma visita família/mês, sendo que as famílias com maior necessidade deverão ser visitadas com mais frequência. A programação conjunta da VD deve nortear a realização dessa atividade, portanto, é uma etapa fundamental na definição da agenda de trabalho do ACS e da equipe multiprofissional da APS¹.

A análise da série histórica²³ revelou a redução na realização de VD entre 2015 e 2019 pelos PES. Na Inglaterra e no Canadá, as VD representam de 10,1% e no Brasil os médicos dedicam até sete dias e enfermeiros até oito dias do mês para visitas¹¹. Algumas causas podem motivar essa redução, como falta de tempo, sobrecarga dos profissionais, tempo despendido por atendimento, limitação nos meios de transporte, suporte e equipamentos, segurança profissional, remuneração, tamanho da população adscrita, entre outros fatores que limitam a prática da VD na APS²³.

Entretanto, as VD devem ocorrer e ser realizadas com base em critérios de risco e vulnerabilidade, de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, por se tratar de pessoas com necessidade de monitoramento mais intensivo, torna-se importante que a frequência de visitas a esse público supere a média recomendada na PNAB²⁴. Nesse sentido, é imprescindível refletir sobre os princípios da equidade, cuidado longitudinal, integralidade do cuidado, políticas de redução das desigualdades e na ampliação do acesso aos serviços de saúde. A oferta de um conjunto de serviços de saúde não garante o acesso a eles, pois a existência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais e culturais podem influenciar na utilização desses serviços e, por vezes, podem ser minimizados através da VD²¹.

Relação das sentinelas de risco com a realização de Visitas Domiciliares por Profissional e Ensino Superior

Em relação a RP das variáveis que tiveram associação com as VD por PES, pôde-se concluir que as famílias que necessitam de AD tiveram prevalência de 5 vezes mais de VD por PES em relação às que não necessitam; a presença de idoso acima de 70 anos teve prevalência de 8,7; e as famílias de risco baixo (R1) e risco médio (R2) com prevalência de 2,3 vezes mais VD por PES em relação às famílias de risco máximo. Já as baixas condições de saneamento básico não houve associação de prevalência significativa.

Tais achados, resultam da necessidade de acompanhamento e olhar direcionado para a população que necessita de assistência à saúde, mas que as mesmas devem ser adaptadas para suas singularidades. Estima-se que aproximadamente 80% da população brasileira acima de 60 anos tenha pelo menos uma DCNT, considera-se

a progressão da incapacidade funcional e de idosos que necessitem de assistência contínua²³.

Para além disso, as mudanças sociodemográficas, como a urbanização e a mudança da estrutura familiar, aumentam a necessidade de cuidados além do que a família pode proporcionar, levando a maior responsabilização do sistema de saúde, dessa forma, a atenção domiciliar é uma abordagem sustentável para evitar hospitalizações desnecessárias e manter os indivíduos em domicílio maior tempo possível, tanto para a redução das taxas de hospitalização, dias de internação, redução de custos, quanto para melhoria da qualidade de vida²³.

O estudo²⁴ houve a prevalência de visitas realizadas a públicos e condições específicas, como a presença de pessoas com dificuldade de locomoção (53,7%), gestantes (38,7%), portadores de doenças crônicas (35,9%), idosos (31,1%) e crianças menores de 2 anos (30,7%). A VD deve ser ressignificada perpassando o modelo de atenção centrado na doença, cujas ações devem focar na prevenção de agravos e promoção da saúde. A agudização das VD é reflexo do modelo biomédico, centrado nas doenças, isso impacta na prevenção de agravos e na equidade em que as famílias devem ser assistidas pelos serviços de saúde.

Conclusões

A análise da prevalência de famílias com risco máximo de vulnerabilidade, através da aplicação da ERF-CS, possibilitou verificar a redução de VD realizadas por profissionais de ensino superior pela equipe da Unidade Básica de Saúde da Família situada no município de Caicó-RN.

Além de permitir analisar quais sentinelas ou fatores de risco prevaleciam no grupo das famílias em risco máximo de vulnerabilidade, tais como presença da necessidade de atendimento domiciliar, deficiência física, idoso acima de 70 anos, comorbidade, DM, analfabetismo, uso de drogas na família, HAS, desemprego e deficiência mental.

Esta avaliação in loco, adotando um instrumento como aliado, permitiu identificar os alguns condicionantes de saúde do território, traçar o perfil sociodemográfico, bem como estratificar o risco familiar dos participantes. Para a equipe de saúde, sobretudo os ACS, pode promover a qualificação da sistematização

das visitas domiciliares em consonância ao risco de cada família. Assim, utilizar meios que sistematiza a assistência é possível traçar prioridades fundamentadas no princípio da equidade para ampliar a capacidade de mobilização dos recursos disponíveis de acordo com as necessidades identificadas, inclusive possibilitando para aplicação de outras ferramentas de abordagem familiar.

Infere-se que a abordagem ao risco familiar deve levar em consideração as múltiplas relações de causalidade e determinação social, permitindo perceber a família em uma perspectiva multidimensional independente do instrumento a ser utilizado. É importante que haja maior investimento em outros instrumentos de avaliação e análise das necessidades e ações de saúde, assim como o desenvolvimento de estratégias que priorizem a consolidação do diálogo entre os profissionais da equipe da ESF, para criação de um espaço de discussão e definição de prioridades a partir das reais necessidades de saúde dos indivíduos e do seu coletivo.

É pertinente ultrapassar o enfoque de risco, de característica predominantemente mecânica, em busca de novas formas de análises que possam estar condizentes com a realidade particular de cada cenário permeados pela teia de relações vivenciadas nos espaços de construção social e convivência entre os serviços de saúde, indivíduo, família e os grupos sociais.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] - Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 98 p.: il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf
2. Silva MM. Estratégia Saúde Da Família: Um olhar no modelo de organização da Atenção Básica no Brasil. Revista EDUC-Faculdade de Duque de Caxias. 2019; 06(2). Disponível em: https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20210618114028.pdf
3. Garcia MRL et al. Home visits of the nurse and its relationship with hospitalization by diseases sensitive to primary health care. Escola Anna Nery. 2019; 23(2)e20180285. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0285>

4. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017, Brasília, 2017. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

5. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 17º de novembro de 2004 [citado 31º de julho de 2024];1(2):19-26. [https://doi.org/10.5712/rbmfc1\(2\)104](https://doi.org/10.5712/rbmfc1(2)104)

6. Ayres JR de CM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, Franca Junior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Tratado de saúde coletiva. 2. Ed. São Paulo: HUCITEC/ FIOCRUZ; 2012. Disponível em:
<https://repositorio.usp.br/item/001851472>

7. Prati LE, Couto MCP de P, Koller SH. Famílias em vulnerabilidade social: rastreamento de termos utilizados por terapeutas de família. Psic: Teor e Pesq [Internet]. 2009Jul;25(3):403-8. doi.org/10.1590/S0102-37722009000300014

8. Melo RHV, Vilar RLA, Ferreira AF, Pereira EJS, Carneiro NEA, Freitas NGHB, Júnior JD. Análise de Risco Familiar na Estratégia Saúde da Família: uma vivência compartilhada entre preceptores, discentes e Agentes Comunitários De Saúde. R. Bras. Inov. Tecnol. Saúde [Internet]. 6º de fevereiro de 2014 [citado 31º de julho de 2024];3(4). doi.org/10.18816/r-bits.v3i4.4437

9. Moraes JLA, Moraes IM de O, Neto FWM, Gomes SB, Gomes AEB, Campos JS. Análise da vulnerabilidade familiar em domicílios submetidos à visita domiciliar em cidade no interior do Ceará / Analysis of family vulnerability in houses subject to home visit in a city in the interior of Ceará. Braz. J. Develop. [Internet]. 2021 Jul. 14 [cited 2024 Jul. 31];7(7):71206-1. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n7-344>

10. Ferreira Balbino França EP, Mota Duarte Beserra HJ, Costa Lima Guerra Curado J. Identificação e classificação de risco familiar em uma Unidade de Saúde da Família em Recife-PEpe. R. Bras. Inov. Tecnol. Saúde [Internet]. 4º de abril de 2018 [citado 31º de julho de 2024];7(3). <https://doi.org/10.18816/r-bits.v7i3.11348>

11. Savassi LCM. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 17º de agosto de 2016 [citado 31º de julho de 2024];11(38):1-12. [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1259](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1259)

12. Palmeira NC, Moro JP, Getulino F de A, Vieira YP, Soares Junior A de O, Saes M de O. Análise do acesso a serviços de saúde no Brasil segundo perfil sociodemográfico: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2022;31(3):e2022966. <https://doi.org/10.1590/S2237-96222022000300013>

13. Istilli PT, Arroyo LH, Lima RAD, Pereira MCA, Zanetti ML, Arcêncio RA, Teixeira CR de S. Mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis segundo a vulnerabilidade social [Internet]. O Mundo da Saúde. 2021; 45(1): 187-194. [citado 2024 jul. 31]. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202145187194>
14. Morais APP, Guimarães JMX, Alves LVC, Monteiro ARM. Produção do cuidado na atenção psicossocial: visita domiciliar como tecnologia de intervenção no território. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2021Mar;26(3):1163-72. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.09102019>
15. Jesus ITM de, Orlandi AA dos S, Grazziano E da S, Zazzetta MS. Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. Acta paul enferm [Internet]. 2017Nov;30(6):614-20. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700088>
16. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. Censo Brasileiro de 2022. Brasília: IBGE, 2022. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?utm_source=ibge&utm_medium=home&utm_campaign=portal
17. Medeiros AN, Navoni JA. Saúde e meio ambiente: análise da percepção da qualidade ambiental da população de Caicó, Rio Grande do Norte. Inter [Internet]. 19º de julho de 2023 [citado 31º de julho de 2024];24(2):377-393. <https://doi.org/10.20435/inter.v24i2.3317>
18. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. 2018 [acessado em 10 jan. 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>.
19. Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes – Update 2/2023. Aprovado pelo Comitê Central – ISBN: 978-85-5722-906-8 Update 2/2023 previsto para Outubro/2023. Acesso: 10 jan. 2024. Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes – Update 2/2023. DOI: [10.29327/5238993](https://doi.org/10.29327/5238993)
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores de desemprego e escolarização de 2023. Brasil: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>
21. Mendes MJG, Costa M da PR da, Denari FE. Preconceito, discriminação e estigma contra pessoas com deficiência: uma revisão sistemática de literatura. REVEDUC [Internet]. 29º de dezembro de 2022 [citado 31º de julho de 2024];16:e4825027. <https://doi.org/10.14244/198271994825>
22. Vicari T, Lago LM, Bulgarelli AF. Realidades das práticas da Estratégia Saúde da Família como forças instituintes do acesso aos serviços de saúde do SUS: uma perspectiva da Análise Institucional. Saúde debate [Internet]. 2022Jan;46(132):135-47. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213209>

23. Borges CD, Ribeiro Schneider D. Vulnerabilidade, família e o uso de drogas: uma revisão integrativa de literatura. *Psicol. Rev.* [Internet]. 29º de setembro de 2021 [citado 31º de julho de 2024];30(1):9-34. <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2021v30i1p9-34>
24. Bolsoni L, Garcia LP, Calderón DB de L. Predição de visitas domiciliares na atenção primária: uma abordagem de séries temporais com o modelo Autoregressive Integrated Moving Average. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 7º de outubro de 2022 [citado 31º de julho de 2024];17(44):3012. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3012](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3012)