



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DR. JORGE DAVID NASSER  
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA  
NAYARA CORRÊA LOBO MOURA TEIXEIRA

*“NECESSIDADE, VONTADE É”*: ENXERGANDO VULNERABILIDADE SOCIAL EM  
UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PELA APLICABILIDADE DAS ESCALA  
COELHO-SAVASSI E ESCALA DE VULNERABILIDADE FAMILIAR

CAMPO GRANDE, 2025

NAYARA CORRÊA LOBO MOURA TEIXEIRA

**“NECESSIDADE, VONTADE É”: ENXERGANDO VULNERABILIDADE SOCIAL EM  
UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PELA APLICABILIDADE DAS ESCALA  
COELHO-SAVASSI E ESCALA DE VULNERABILIDADE FAMILIAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como item obrigatório para a conclusão do curso de pós-graduação *lato sensu* em Saúde Pública da Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, sob orientação da tutora Dra. Leila Simone Foerster Merey, na modalidade de projeto de intervenção.

CAMPO GRANDE, 2025

Dedico este trabalho a todos que, como eu, procuram transformar a Saúde Pública em algo palpável, viável e inteligível.

Agradeço a **Deus**, minha família, amigos próximos e colegas de profissão. Agradeço aos funcionários da Escola de Saúde Pública, coordenação e seus colaboradores. Agradeço aos meus colegas do grupo *EntreLaSUS* e a quem nos conduziu em tutoria.

**“E, tudo quanto fizerdes, fazei-o de todo o coração,  
como ao Senhor.”** Livro de Colossenses, capítulo 3,  
versículo 23. A Bíblia Sagrada versão Almeida Revista e  
Corrigida.

COMIDA – Titãs, 1984

Bebida é água

Comida é pasto

Você tem sede de quê?

Você tem fome de quê?

A gente não quer só comida

A gente quer comida, diversão e arte

A gente não quer só comida

A gente quer saída para qualquer parte

A gente não quer só comida

A gente quer bebida, diversão, balé

A gente não quer só comida

A gente quer a vida como a vida quer

Bebida é água

Comida é pasto

Você tem sede de quê? (De quê?)

Você tem fome de quê? (De quê?)

A gente não quer só comer

A gente quer comer e quer fazer amor

A gente não quer só comer

A gente quer prazer pra aliviar a dor

A gente não quer só dinheiro

A gente quer dinheiro e felicidade

A gente não quer só dinheiro

A gente quer inteiro e não pela metade

Bebida é água

Comida é pasto

Você tem sede de quê? (De quê?)

Você tem fome de quê? (De quê?)

A gente não quer só comida

A gente quer comida, diversão e arte

A gente não quer só comida

A gente quer saída para qualquer parte

A gente não quer só comida

A gente quer bebida, diversão, balé

A gente não quer só comida

A gente quer a vida como a vida quer

A gente não quer só comer

A gente quer comer e quer fazer amor

A gente não quer só comer

A gente quer prazer pra aliviar a dor

A gente não quer só dinheiro

A gente quer dinheiro e felicidade

A gente não quer só dinheiro

A gente quer inteiro e não pela metade

Desejo, necessidade, vontade

Necessidade, desejo

Necessidade, vontade

Necessidade, desejo, é

Necessidade, vontade, é

Necessidade, desejo, é

Necessidade, vontade, é

Necessidade

Compositores: Marcelo Fromer / Arnaldo Augusto Nora Antunes Filho / Sergio De Britto Alvares Affonso

Letra de Comida © Warner/chappell Edições Musicais Ltda, Rosa Celeste Empreendimentos Artísticos Ltda, Rosa Celeste.

### Lista de Abreviaturas

Sigla	Significado
SP	Saúde Pública
DSS	Determinantes Sociais em Saúde
OS	Profissional da Saúde
US	Unidade de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
VSP	Vigilância em Saúde Pública
PP	Política Pública
VSo	Vulnerabilidade Social
CS	Cuidados de/em Saúde
COVID-19	Pandemia viral infecciosa que atingiu diversas partes do mundo entre os anos de 2020-2022.
ECS	Escalas Coelho e Savassi
EVFAM-BR	Escala de Vulnerabilidade Familiar
CIAP	Classificação Internacional de Atenção Primária
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
CID-10	Código Internacional de Doenças
ACS	Agente Comunitário de Saúde
UEMS	Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul
ESF	Estratégia Saúde da Família
UNIDERP	Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal
USF	Unidade de Saúde de Família
CFNL	Clínica da Família Nova Lima
PS	Profissionais de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DIU	Dispositivo Intra Uterino
e-SUS	Sistema Unificado de Dados de Saúde
VSa	Vulnerabilidade em Saúde



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA  
DR. JORGE DAVID NASSER

LARC	Contracepção Reversível de Longa Duração
EP	Educação Permanente
SBIBAE	Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein
IMPLANON	Implante Subdérmico Liberador de Etonogestrel

## RESUMO

Teixeira, Nayara Corrêa Lobo Moura. “Necessidade, Vontade É”: Enxergando Vulnerabilidade Social em Uma Unidade de Saúde Da Família Pela Aplicabilidade das Escala Coelho-Savassi e Escala de Vulnerabilidade Familiar. Campo Grande, 2025. Trabalho de conclusão de curso (Pós-graduação *Lato Sensu* em Saúde Pública). Escola de Saúde Pública. Dr. Jorge David Nasser, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, 2025.

**Introdução:** A Saúde Pública enxerga o indivíduo como parte de um território vivo, estando ele dentro de um sistema que contempla os Determinantes Sociais da Saúde (DSS). O trabalho considera observar o processo a vulnerabilidade social de famílias de um território de saúde, por meio da aplicação de duas escalas: Escala de Vulnerabilidade Familiar (EVFAM-BR) E Escala de Coelho-Savassi (ECS), sendo estas ferramentas que avaliam a vulnerabilidade e ajudam a fornecer informações sobre os DSS. O conceito de vulnerabilidade, dentro do contexto da saúde pública, pode ser norteado pela observação dos DSS dentro de um território, e pode ser utilizado como disparador para reflexões acerca do processo do adoecer. Conseguir enxergar as vulnerabilidades dentro de um território ajuda a identificar as comunidades que correm maior risco de resultados adversos para a saúde, além do mais, a vulnerabilidade tem impacto direto no acesso e nos resultados dos cuidados em saúde. Como Projeto de Intervenção, este trabalho traz pontuações sobre o território e os DSS, além do processo de autonomia e autocuidado. **Objetivo Geral:** Enxergar a vulnerabilidade das famílias de um território, utilizando os instrumentos Escala de Coelho-Savassi e Escala de Vulnerabilidade Familiar na área administrativa delimitada na Unidade de Saúde de Família – Clínica da Família Nova Lima no município de Campo Grande, estado do Mato Grosso do Sul. **Objetivos específicos:** Aplicar as Escala de Coelho-Savassi; Aplicar a Escala de Vulnerabilidade Familiar; Observar a dinamicidade da vulnerabilidade familiar no território; Obter um recorte da vulnerabilidade familiar por meio de dois instrumentos: Escala de Coelho-Savassi e Escala de Vulnerabilidade Familiar. **Percursos das ações:** Foi feita a sensibilização sobre a temática por meio de uma reunião de equipe, com esclarecimentos sobre as ECS e EVFAM BR e definição da equipe participante, sendo esta composta com médica, enfermeira, técnica de enfermagem, agentes comunitários de saúde e acadêmicos de medicina, sendo possível demonstrar a relevância do tema e ouvir as sugestões da equipe Utilizando os instrumentos EVFAM-BR e ECS na área administrativa delimitada na Unidade de Saúde de Família – Clínica da Família Nova Lima no município de Campo Grande, estado do Mato Grosso do Sul, foram realizadas entrevistas em domicílio e em demandas programadas, com um recorte no número de usuários que as responderam. Foram realizadas entrevistas a 93 famílias e aplicadas as escalas EVFAM-BR e ECS. **Resultados e discussão:** Perpassando pelos caminhos da atenção à saúde, interprofissionalidade, educação em e na saúde, e gestão em saúde, o Projeto de Intervenção (PI) obteve resultados com relação ao recorte de vulnerabilidade da área delimitada, sendo possível inferir que em maior ou menor grau, há vulnerabilidade e riscos esperados e população da Unidade de Saúde de Família – Clínica da Família Nova Lima (CFNL). Pela ECS, das famílias entrevistadas, foram observadas 17 famílias em menor risco, 13 em médio risco e 14 em risco máximo familiar, não havendo pontuação de classificação de risco para 49 famílias entrevistadas. Já pela EVFAM-BR pontuaram-se 35 famílias em baixa vulnerabilidade, 27 em moderada vulnerabilidade e 29 em alta vulnerabilidade familiar,

sendo que 02 famílias não foram classificadas como vulneráveis pelo instrumento. Para além disso, este trabalho obteve resultado ao inserir no processo de trabalho da CFNL o estabelecimento de um fluxo para planejamento familiar, por meio da inserção de Contracepção Reversível de Longa Duração (LARC), que oferta as mulheres em vulnerabilidade social o acesso ao planejamento familiar e a um LARC hormonal, a saber: DIU Mirena®, DIU Kyleena® e Implanon®. Utilizando somente o critério da vulnerabilidade social, foram inseridos LARCs em mulheres que antes não possuíam acesso a esse tipo de material, sendo estabelecido um fluxo de trabalho que utilizou o protocolo estadual para LARCs, que possibilitou as mulheres elegíveis, acesso a produção de cuidado próprio e autonomia. **Considerações finais:** Considera-se, por fim, a necessidade de visualizar a vulnerabilidade como fator relevante no processo de adoecimento da população, sendo pertinente continuar estudos sobre o tema para que a produção de cuidado dentro das US seja gerenciada de acordo com as necessidades do território e suas dinâmicas, observando a individualidade inerente a cada ser humano, de forma que contemple os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Descritores: Saúde Pública. Determinantes Sociais da Saúde. Vulnerabilidade Social. Vigilância em Saúde Pública. Contracepção Reversível de Longo Prazo.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>IMPACTO DA PÓS-GRADUAÇÃO NA MINHA VIDA PROFISSIONAL E PESSOAL</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>	<b>16</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>17</b>
4.1	Objetivo geral	17
4.2	Objetivos específicos	17
<b>5</b>	<b>PERCURSO DAS AÇÕES</b>	<b>18</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>22</b>
6.1	O Sistema E-SUS	22
6.2	Território e Vulnerabilidade familiar	22
6.3	Classificação de Risco e Vulnerabilidade Familiar	22
6.4	Escalas e Tabelas de Risco e Vulnerabilidade Familiar	23
6.5	Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração e alta eficácia	26
6.6	Limitações	28
6.7	Facilitadores	30
<b>7</b>	<b>IMPLEMENTAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO</b>	<b>30</b>
7.1	Sensibilização da chefia imediata e Gestão em Saúde	30
7.2	Sensibilização dos colegas de trabalho e Interprofissionalidade	30
7.3	Educação Permanente	31
7.4	Educação na Saúde	32
7.5	Gestão em saúde	34
7.6	Monitoramento	34
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>36</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>38</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>42</b>

## **1 IMPACTO DA PÓS-GRADUAÇÃO NA MINHA VIDA PROFISSIONAL E PESSOAL**

Antes de estar dentro do curso de Pós-Graduação em Saúde Pública eu só enxergava que conseguir passar no processo seletivo e poder ter um espaço protegido da minha vida para estudar algo que eu já almejava como um sonho. E como faz bem realizar sonhos, não é mesmo? Não só o concluir algo que se planejava, mas também se dar a oportunidade de sonhar, lutar para sua realização, e por fim, celebrar, separar um espaço da minha vida para se permitir celebrar o que foi alcançado.

Eu penso que seja impossível distinguir a Nayara pessoa da Nayara profissional da saúde. Por mais que nos travestimos em nossa rotina de personas, seja por estratégia de sobrevivência, seja por comodismo, as mudanças que ocorreram em mim como um todo. Observei que fiquei mais atenta em meu local de trabalho, aos cuidados de saúde como um todo e as pessoas. Sofri também, já que durante esse processo tive que me manter disposta a travar batalhas que exigiram muito de mim, contudo se não fossem por elas hoje eu teria aprendido um pouco menos do que sei. Não é o que falam? Não se faz bom marinheiro com mar calmo?!

Sou preceptora de acadêmicos de medicina e observei que minha troca com eles ficou mais aguçada, sim, eles teriam que ser melhores profissionais de saúde, médicos, do que sou hoje e para isso juntos, nos debruçamos em enxergar os pacientes como um todo, e saúde como um processo multicompartilhado.

Depois que a gente já está lá, instalada e vivendo a pós-graduação, percebi o quanto fui fortalecida pelas experiências e vivências de meus colegas, entendi que não estava só. Se enxergar dentro de um grupo de pessoas que vislumbra as mesmas aspirações é pertencer, e como eu me sinto confortável na presença dos meus colegas de curso para mostrar minhas fragilidades, agrupar ideias e tentar alcançar um objetivo comum.

Além disso tudo, uma palavra não saiu de mim, muita coisa mudou, mas eu permaneci. Em meu local de trabalho, com meus pacientes e novos alunos, só eu permaneci. Continuei sendo a mesma pessoa sonhadora ao ingressar na área da saúde, mas ironicamente (ainda bem!) tudo mudou dentro de mim.

Acho que ainda não dá para mensurar todos os impactos que esse curso, essa turma e a Saúde Pública fizeram, pois creio que ainda continuará fazendo enquanto eu permanecer.

## 2 INTRODUÇÃO

Dentro da Saúde Pública (SP) o conceito da territorialização ampla enxerga o indivíduo como parte de um sistema de fluidez, com movimento e puras intersecções contínuas, algo indivisível: o indivíduo faz parte do território e o território exala o indivíduo. (LIMA *et al*, 2020).

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) incluem condições de trabalho, moradia, alimentação, segurança, lazer, segurança, liberdade e acesso universal e igualitário, e, nossa recente Constituição Federal afirma a saúde como um direito de todos e dever do estado. Pensando no conceito amplo de saúde, é possível separar o cidadão dos seus determinantes para assim avaliar sua saúde? (SAULSBERRY, 2023); (STARFIELD, 2002); (MENDES, 2015).

Segundo Eugênio Vilaça

“As condições de saúde são as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente e exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde”.

Reconhecer que o indivíduo não existe sem estar presente em seu território, ou independentes do seu ambiente, é uma área de investigação em expansão que volta as lentes do profissional da saúde (PS) para uma análise de uma comunidade vívida, visando o acesso completo aos cuidados de saúde. (LIMA, *et al* 2020); (MAIA, 2024); (MENEZES *et al*, 2020).

Não conhecer a real necessidade de saúde de uma população, apesar de trabalharmos com uma estimativa que organiza os fluxos de serviço dentro de uma Unidade de Saúde (US) da Atenção Primária em Saúde (APS), é um dos empecilhos para a real universalização e equidade, princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), confluindo ainda para a quebra do modelo da Vigilância em Saúde Pública (VSP). (BRASIL, 1990); (BRASIL, 2002).

O SUS, como Política Pública (PP), contempla diretrizes e princípios voltados a visão ampliada de saúde, que transpassa o modelo médico assistencial privatista e,

considera os DSS que apreciam os conceitos de vulnerabilidade social (VS) e riscos de saúde, território fluido e em constante construção, além de fatores como educação, oportunidades, bem-estar, preservação da cultura e do ambiente em que se vive.

A sensibilização e a mobilização dos profissionais de saúde são processos contínuos para a aplicabilidade eficaz da PP do SUS e, o uso de alguns instrumentos pode fortalecer o planejamento e a execução de ações em VSP de forma coesa e eficaz. Para sensibilizar e mobilizar profissionais de saúde no planejamento de ações no território, é importante adotar ferramentas e estratégias que requeiram compreensão das necessidades da comunidade, cooperação mútua e engajamento constante.

Conseguir enxergar a VSo dentro de um território ajuda a identificar as comunidades que correm maior risco de resultados adversos para a saúde, devido a fatores sociais, econômicos e ambientais. Por meio de escalas validadas e índices tabulados podem-se avaliar condicionantes de saúde, sendo possível orientar as intervenções de SP para que haja real movimento de mudança em uma comunidade ou população, tendo como objetivo final a transformação longitudinal dentro da APS. (SOUZA *et al*, 2023).

A VSo tem impacto no acesso e nos resultados dos cuidados de saúde (CS). A maior VSo está associada à redução do acesso aos CS, e inclui uma incapacidade total ou parcial do paciente em arcar com seus cuidados primários em saúde. Isto pode levar ao aumento de hospitalizações evitáveis, ao risco aumentado de uma população possuir mais consequências agravantes durante crises de saúde pública, como tivemos por exemplo com a pandemia da COVID-19. (SAUSLBERRY *et al*, 2023).

Ferramentas que avaliam a VSo fornecem informações valiosas sobre os DSS, permitindo uma alocação mais eficaz de recursos e intervenções para melhorar a equidade, os dados e os resultados em saúde. Esses índices, sendo enxergados pelas lentes da SP, têm o objetivo de priorizar áreas de intervenção, e garantir que os recursos sejam direcionados às populações mais vulneráveis para reduzir as disparidades na saúde. (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN, 2023).

### **3 JUSTIFICATIVA**

Este trabalho justifica-se por enxergar um recorte de um território sob a ótica da vulnerabilidade social que o atinge, e tem o intuito de conseguir incluir características que ampliam a visão do processo saúde-doença, a nível individual, familiar e comunitário.

Considerando a dinamicidade do território, o PI evidencia a observação ao acesso aos cuidados de saúde, através de enquadramentos que analisam as desigualdades em saúde, pela aplicação das ECS e EVFAM-BR.

A relevância, se dá no estudo, da interação entre as características de vulnerabilidade social e a vulnerabilidade em saúde de um território, relevantes aos profissionais de saúde pública, profissionais esses interessados na produção de cuidado.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo geral**

Enxergar a vulnerabilidade das famílias de um território, utilizando os instrumentos Escala de Coelho-Savassi e Escala de Vulnerabilidade Familiar na área administrativa delimitada na Unidade de Saúde de Família – Clínica da Família Nova Lima no município de Campo Grande, estado do Mato Grosso do Sul.

### **4.2 Objetivos específicos**

- Aplicar as Escala de Coelho-Savassi;
- Aplicar a Escala de Vulnerabilidade Familiar;
- Observar a dinamicidade da vulnerabilidade familiar no território;
- Obter um recorte da vulnerabilidade familiar por meio de dois instrumentos: Escala de Coelho-Savassi e Escala de Vulnerabilidade Familiar.

## 5 PERCURSO DAS AÇÕES

### Metodologia

Esta pesquisa será realizada na cidade de Campo Grande, situada no estado do Mato Grosso do Sul. Sua rede municipal de saúde conta com equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), unidades básicas de saúde (UBS), hospitais conveniados e diversos serviços especializados próprios e contratados. A pesquisa será realizada no território da área administrativa delimitada da Equipe 45/Ar na Unidade de Saúde de Família – Clínica da Família do bairro Nova Lima em Campo Grande, MS.

O bairro Nova Lima está situado na região Norte da cidade de Campo Grande e pertence administrativamente ao Distrito Sanitário Segredo. O bairro Nova Lima, na região norte de Campo Grande, assumiu o posto de mais populoso da Capital. Com 41.131 habitantes, com menor renda per capita do seu distrito, sendo esta de R\$ 407,04 na moeda brasileira vigente. (PLANURB, 2024).

Segundo dados da PLANURB, a taxa de analfabetismo, considerando-se pessoas com cinco anos completos ou mais, é a segunda maior do Distrito, sendo esta de 7,44%. O bairro consta com 1 batalhão de Polícia Militar, 01 ecoponto, feiras livres semanais, 04 USFs, 01 Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), 01 ginásio, campos de futebol e pistas de caminhadas diversas, além de algumas escolas públicas. (PLANURB, 2024).

A equipe aplicadora das escalas é composta por: Enfermeira (1), Médica (1), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (4) e Acadêmicos de Medicina - da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul (UEMS) (3); da Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal (UNIDERP) (3). Durante essa pesquisa o quadro de acadêmicos de medicina alterou-se em quantidade e pessoas, devido a rotatividade esperada no período de estágio obrigatório em APS.

No mês de agosto de 2024 foi feita a sensibilização sobre a temática por meio de uma reunião de equipe, com esclarecimentos se a oferta coincidia com as suas inquietações, sendo possível demonstrar a relevância do tema e ouvir as sugestões da equipe para realizar o trabalho da melhor forma. Foi realizada ainda em agosto, outra reunião de equipe com o intuito de leitura em conjunto das escalas e capacitação sobre sua aplicabilidade. Definimos ainda todos os envolvidos na pesquisa e quem seriam os aplicadores das escalas.

O preenchimento da ECS e EVFAM-BR foi feito com o responsável familiar ou representante familiar do domicílio. Preferencialmente pessoa com 18 anos completos ou mais e, cognitivamente capaz, residente da habitação, conforme cadastro via ACS da microárea.

Ocorreu a aplicação das escalas em visita domiciliar e demandas programadas (consultas agendadas e grupos de cuidado de saúde), com os pacientes do território da área administrativa delimitada da Equipe 45/Ar na CFNL em Campo Grande, MS, entre os meses de setembro a dezembro de 2024.

Foi feita a digitação no sistema e-SUS via Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), utilizando os códigos de Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP2) Z29 com Código Internacional de Doenças (CID-10) Z597 e CIAP A23 com CID-10 Z60, classificando os pacientes em Sem Risco, Baixo Risco, Moderado Risco e Alto Risco, com relação a ECS, e classificando em baixa vulnerabilidade, moderada vulnerabilidade e alta vulnerabilidade com relação a EVFAM-BR.

Os códigos de CIAP Z29 – Problema Social NE e A23 – Fator de Risco NE podem ser utilizados pelos OS técnica de enfermagem, enfermeira, médica e odontóloga da APS. Os códigos CID-10 Z59.7 – Seguro Social e Medidas de Bem-Estar Social Insuficientes e, Z60 – Problemas Relacionados com o Meio Social podem ser utilizados somente por profissional médica e odontóloga.

Os códigos de CIAP2 e CID supracitados contemplam os problemas de VS identificados nessa pesquisa. Ambos os códigos são complementares entre si e identificam problemas sociais no PEC individual, como condições ativas na saúde do usuário do serviço, sendo escolhidos por médica e enfermeira da equipe.

A pergunta inicial que norteou o Projeto de Intervenção era: Quais os instrumentos de avaliação da vulnerabilidade social em saúde existentes e como eles contemplariam os determinantes sociais de saúde do território da US em que trabalho?

Para embasamento teórico inicialmente houve uma busca na plataforma Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) na aba QUALQUER TERMO o termo “determinantes sociais” e o sistema me apresentou como resultado o descritor “determinantes sociais da saúde” como sendo o termo correto; pesquisei depois o termo “vulnerabilidade”, e o sistema apontou descritores como “vulnerabilidade em saúde” e “vulnerabilidade em saúde”; ao pesquisar o termo “cuidados em saúde” achei

os termos “Prática Integral de Cuidados de Saúde”, “integralidade em saúde”, dentre outros.

Com os descritores definidos acessei a plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) na busca avançada sob os filtros: Textos completos, em português e nos últimos 5 anos. Na busca avançada, coloquei na primeira caixa o descritor vulnerabilidade social entre aspas e utilizando o operador *booleano* AND para aglutinar outro descritor, “saúde”, tendo sucesso em achar alguns artigos relacionados.

Ainda na mesma plataforma, na busca avançada, coloquei na primeira caixa o descritor vulnerabilidade social entre aspas e utilizando o operador *booleano* AND para aglutinar outro descritor, “determinantes sociais da saúde”, sem sucesso em ter algum artigo.

Realizada então pesquisa somente com o termo determinantes sociais da saúde, com obtenção de diversos textos relacionados.

Foi feita uma leitura inicial dos títulos dos artigos até sendo separados por volta de 57 para leitura de seus resumos e metodologia, no final sendo escolhido o número atual de artigos para o embasamento teórico, assim como demais materiais.

Como critérios de inclusão para a inserção do PI: uma pessoa, responsável legal para responder as questões da EVFAM-BR E ECS e que desejasse participar.

Como critérios de exclusão do PI foram deixados de lado aplicações de escalas repetidas e não residentes na área de abrangência territorial da CFNL.

Foram realizadas entrevistas a 93 famílias e aplicadas as escalas EVFAM-BR e ECS com os resultados abaixo nos gráficos e tabelas.

Cronograma

Mês	Ação	Check
Agosto	Sensibilização de equipe; Fechar temática; Fichamento de artigos.	Feito
Setembro	Embasamento Teórico; Confeccionar Justificativa e Objetivos; Aplicar escalas.	Feito
Outubro	Confeccionar Introdução e Metodologia; Aplicar escalas.	Feito
Novembro	Aplicar escalas; Monitorar famílias.	Feito
Dezembro	Aplicar escalas; Monitorar famílias.	Feito
Janeiro	Avaliar dados; Embasamento Teórico.	Feito
Fevereiro	Avaliar dados; Confeccionar Desenvolvimento.	Feito
Março	Avaliar dados; Confeccionar Desenvolvimento e Resumo.	Feito
Abril	Revisar dados; Confeccionar Resultados.	Feito
Maio	Revisar dados; Entregar PI.	Feito parcialmente
Junho	Avaliação do PI	Feito
Julho	Finalização da pós-graduação.	Feito

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1 O Sistema E-SUS

O Ministério da Saúde do governo brasileiro possui como estratégia de reestruturação de seus sistemas de informação e interoperacionalização, a utilização de uma plataforma que contribui para que os atributos da APS sejam estabelecidos na dinâmica de assistência a saúde. Segundo os autores, o e-SUS APS é uma estratégia da Secretaria de Atenção Primária (SAPS) para reestruturar as informações da Atenção Primária à Saúde (APS) em nível nacional, sendo utilizado como ferramenta para cadastro, avaliação e seguimento de suas condições de saúde. (E-SUS/PEC, 2024).

Utilizado o e-SUS como fonte de dados para verificar a quantidade de famílias no território da equipe 45, foram observados no período de aplicação das escalas (último quadrimestre de 2024), a quantidade de famílias de 908, segundo o Relatório Consolidado da Situação do Território (E-SUS/PEC, 2024).

### 6.2 Território e Vulnerabilidade familiar

De acordo com Monken e Barcelos (2005), entender as condições do território, com seus grupos e práticas sociais, é essencial para elaborar uma epidemiologia prática do cotidiano que observa as necessidades de saúde de uma população.

Segundo Bertolozzi *et al* (2009) a vulnerabilidade contempla elementos abstratos associáveis aos processos de adoecimento, sendo o risco epidemiologicamente associado a um conceito de pessoas e características que as expõem a maior ou menor risco de eventos de saúde.

A vulnerabilidade expressa os potenciais de adoecimento, de não adoecimento e de enfrentamento, relacionados a cada indivíduo. O risco é um tipo de indicador das probabilidades, já a vulnerabilidade é um tipo de indicador da iniquidade e da desigualdade social. (BERTOLOZZI *et al*, 2006; MONKEN E BARCELOS, 2005).

### 6.3 Classificação de Risco e Vulnerabilidade Familiar

Os instrumentos de apoio para observar a dinâmica familiar não classificam os riscos individuais, nem todos os riscos, no entanto podem ajudar a enxergar um potencial de adoecimento do núcleo familiar, envolvendo o risco social e de saúde, não devendo ser uma classificação única e estática. (BERTOLOZZI *et al*, 2006).

Como disparadores de acesso e equidade, a classificação do risco e vulnerabilidade por meio das escalas validadas contempla a Política Nacional de Vigilância em Saúde. (BRASIL, 2018).

Segundo a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE, 2023), a EVFAM-BR apresenta-se como um instrumento conciso e com evidências de validade consistentes. Então há relevância de uma escala validada que permitisse a mensuração da vulnerabilidade familiar nos diferentes cenários.

A EVFAM-BR (SIBIBAE, 2023) possui a estrutura:

“EVFAM-BR é composta por 14 itens, distribuídos em quatro dimensões (renda, cuidado em saúde, família e violência), respondidos de forma dicotômica (sim ou não) e autorreferida por um membro da família, classificação da vulnerabilidade familiar: baixa vulnerabilidade (0 a 4 pontos), moderada vulnerabilidade (5 a 6 pontos) e alta vulnerabilidade (7 a 14 pontos)”.

Já para Savassi, Lage e Coelho (2012), o saber clínico, epidemiológico e da subjetividade, por meio do olhar para riscos e vulnerabilidades é contemplado na ECS. Em anexo será deixada tanto a ECS, quanto a EVFAM-BR.

#### **6.4 Escalas e Tabelas de Risco e Vulnerabilidade Familiar**

Por meio dos dados de saúde obtidos, longitudinalmente foi possível comparar a VSo entre as famílias do território, incluindo uma observação geral acerca das discrepâncias e congruências entre avaliações de risco entre as escalas.

Através da classificação de risco e vulnerabilidades dos usuários é possível estabelecer prioridades para o atendimento, com base nas informações obtidas a partir de um conteúdo contextualizado na gestão do processo de trabalho.

Foram elaborados gráficos e tabelas para ajudar a relacionar a vulnerabilidade e o risco familiar. Pudemos perceber, após a organização dos dados, que a EVFAM-BR pontua maior grau de vulnerabilidade, enquanto a ECS pontua menor grau de risco, no entanto, o recorte realizado, considerando o número total de famílias vinculadas a USF CFNL, seja em menor ou maior gradação, destaca que dentro do

território dessa US há o peso da vulnerabilidade no processo de adoecimento populacional, o que deve tornar nosso processo de trabalho alinhado a reagir a essa demanda.

Tabela 1 – Famílias que responderam a ECS e EVCFAM-BR

ESCALAS DE RISCO FAMILIAR	QUANTOS RESPONDERAM
ESCALA DE COELHO SAVASSI	93 Famílias
ESCALA DE VULNERABILIDADE FAMILIAR	93 Famílias

Gráfico 1 – Famílias que responderam a ECS e EVCFAM-BR

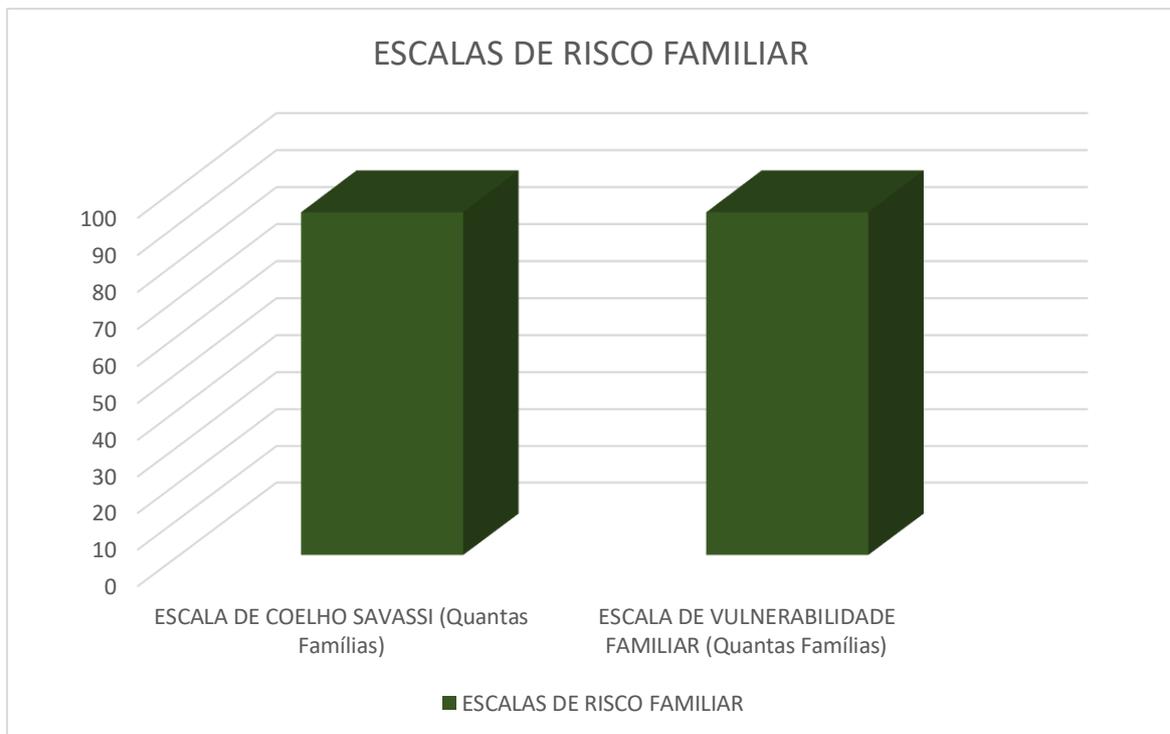


Tabela 2 - Classificação de Risco Familiar segundo a ECS

ESCALA DE COELHO SAVASSI			
CÁLCULO DO RISCO FAMILIAR			
R1 – Risco menor (5 ou 6)	R2 – Risco médio (7 ou 8)	R3 – Risco máximo (Acima de 9)	Não entram no risco (0 a 4)
17	13	14	49

Gráfico 2 - Classificação de Risco Familiar segundo a ECS

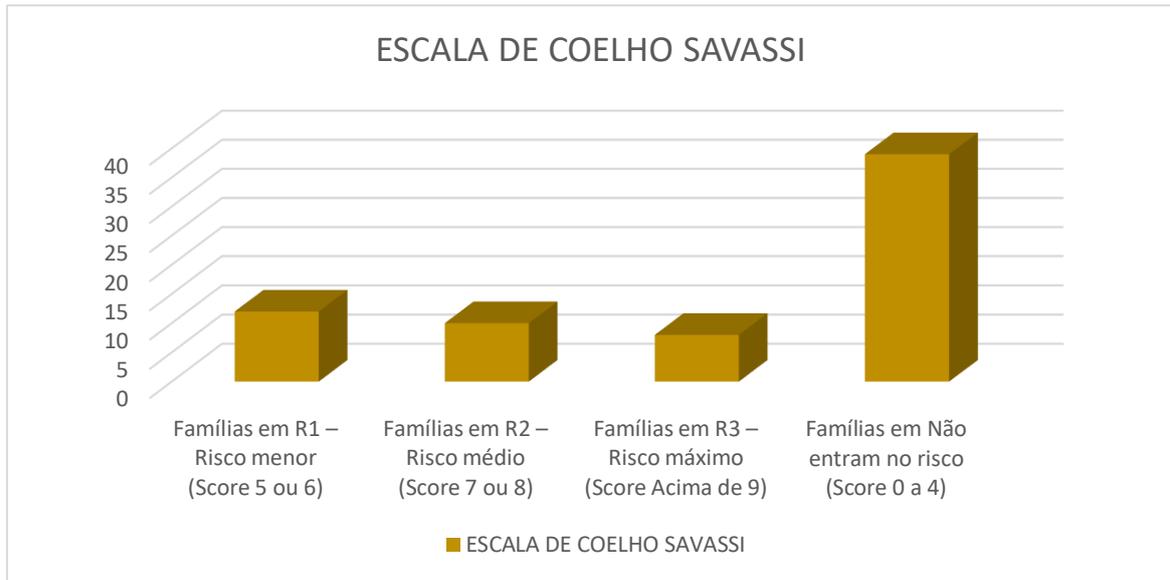
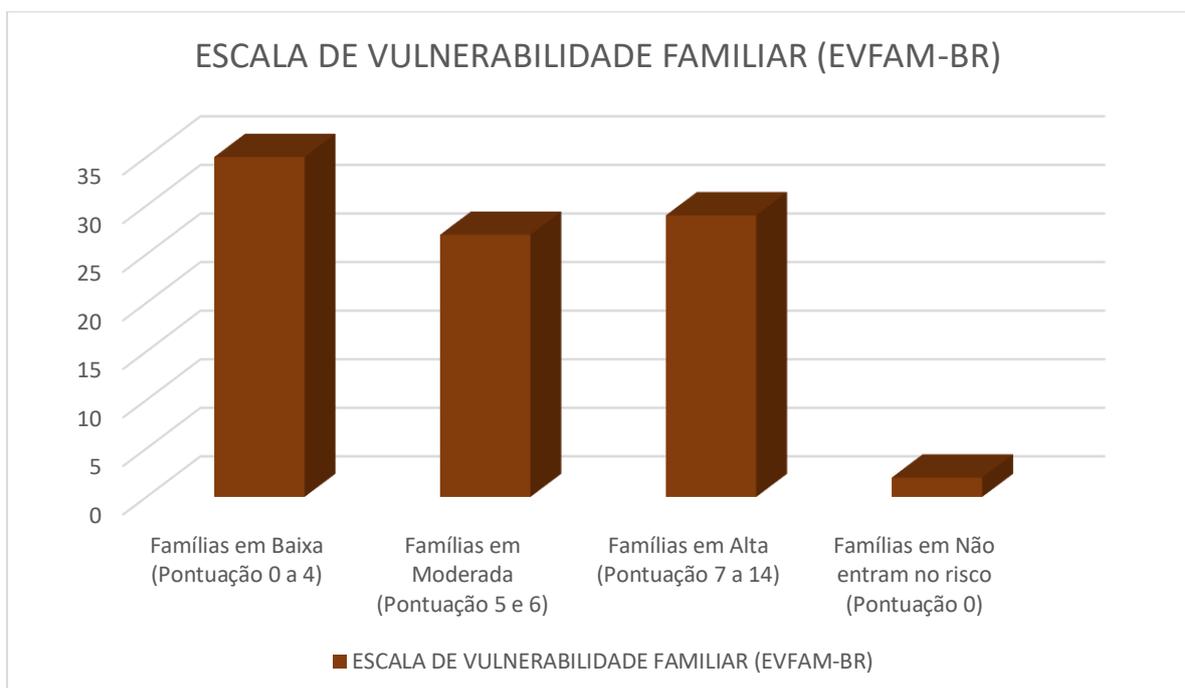


Tabela 3 - Classificação de Vulnerabilidade Familiar segundo a EVFAM-BR

ESCALA DE VULNERABILIDADE FAMILIAR (EVFAM-BR)			
CLASSIFICAÇÃO DA VULNERABILIDADE FAMILIAR			
Baixa (0 a 4)	Moderada (5 e 6)	Alta (7 a 14)	Não entram pontuam (0)
35	27	29	2

Gráfico 3 - Classificação de Vulnerabilidade Familiar segundo a EVFAM-BR



## 6.5 Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração e alta eficácia

A Contraceção Reversível de Longa Duração (*Long-Acting Reversible Contraceptives* – LARC) no estado do Mato Grosso do Sul possui um protocolo próprio. (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2022).

Com taxas de sucesso superiores a 99%, como o Dispositivo Intra Uterino (DIU) de cobre, o DIU hormonal com levonorgestrel (comercializado sob marcas como Mirena® e Kyleena®) e o implante subdérmico de etonogestrel (Implanon®), é possível promover a saúde sexual e reprodutiva para mulheres em idade fértil. (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2022); (BRASIL, 2010).

Utilizando o protocolo estadual de LARCs, foi construído em conjunto da equipe da USF um fluxo de inserção dos contraceptivos DIU Mirena® e Kyleena® e Implante Subdérmico (IMPLANON). O protocolo estadual contempla, para a inserção de DIU Mirena® e Kyleena® e Implanon®, excetuando-se demais condições, apenas mulheres em situação de vulnerabilidade social, havendo o questionamento interno sobre a comprovação da mesma. (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2022).

O fluxo estabelecido permitia que a paciente interessada nos dois LARCs hormonais DIU Mirena® e Implanon®, agendasse consulta programada com sua enfermeira da equipe para planejamento familiar. Durante a consulta, segundo é preconizado nos Cadernos de Atenção Básica sobre Saúde Sexual e Reprodutiva (BRASIL, 2010), ofertam-se de todos os métodos contraceptivos, aplicam-se a ECS e EVFAM-BR, com vulnerabilidade visualizada a paciente já se torna elegível para um LARC, pelo o protocolo estadual, sendo agendada assim consulta médica comigo para inserirmos o método escolhido, DIU Mirena® ou IMPLANON®.

A promoção da saúde sexual e reprodutiva, sobretudo por meio do planejamento familiar, para mulheres em idade fértil pode produzir melhora de índices de gravidezes não planejadas, além de promover um empoderamento para essas mulheres com relação a sua saúde sexual, o que produz autocuidado, por meio da educação da população feminina sobre saúde reprodutiva e familiar. (BRASIL, 2010).

Conseguimos introduzir LARCs, considerando o protocolo estadual e aplicação das escalas. Foram inseridos ao total 39 implantes subdérmicos IMPLANON®, 02 DIU KYLEENA® e 05 DIU MIRENA®. Realizadas ainda 04 tentativas de inserção de DIU sem sucesso.

A lista de espera para usuárias com planejamento familiar já realizado, aguardando nova chegada de material apresenta 18 pacientes, sendo 08

oportunizadas pela aplicação da EVFAM-BR ou ECS. (Imagem 03).



**APÊNDICE A**

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE LARC ESPECIAL**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		
ESTABELECIMENTO:		CNES:
IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE		
NOME DA PACIENTE:		
ENDEREÇO:		
CEP:	MUNICÍPIO:	UF:MS
CNS:		DATA DE NASCIMENTO:
NOME DA MÃE:		
TELEFONE FIXO: DDD ( )		CELULAR: DDD ( )
IDENTIFICAÇÃO DO LARC ESPECIAL UTILIZADO		
LARC USADO NA INSERÇÃO:	<input type="checkbox"/> IMPLANTE SUBDÉRMICO DE ETONOGESTREL 68 mg <input type="checkbox"/> DIU LEVONORGESTREL 52 mg <input type="checkbox"/> DIU DE LEVONORGESTREL – 19,5 mg	
CRITÉRIO DE USO CONFORME PROTOCOLO ESTADUAL		
DIU de Levonorgestrel 52 mg (Mirena)	Implante Subdérmico de Etonogestrel 68mg (Implanon)	Kyleena™ (Sistema Intrauterino de Levonorgestrel)
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Adolescente;</li> <li>○ Imunossuprimidos;</li> <li>○ Diabética com mais de 20 anos e com lesão de órgão;</li> <li>○ Trombofilia;</li> <li>○ Antecedentes de ciclos hipermenorrágicos com anemia;</li> <li>○ Antecedente de hiperplasia endometrial;</li> <li>○ Mulheres em situação de vulnerabilidade social;</li> <li>○ Outras situações: _____</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Adolescente;</li> <li>○ Dependente química;</li> <li>○ Imunossuprimidos;</li> <li>○ Diabética com mais de 20 anos e com lesão de órgão;</li> <li>○ Trombofilia;</li> <li>○ Mulheres em situação de vulnerabilidade social;</li> <li>○ Outras situações: _____</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Adolescente;</li> <li>○ Primíparas</li> <li>○ Outras situações: _____</li> </ul>

(Imagem 01: ficha de preenchimento do protocolo estadual de inserção de LARCS)

Formulário-de-Monitoramento-do-Use-de-LARC-ABRIL2025

Página Inicial Inserir Desenhar Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibir

Calibri (Corpo) 10

Formatação Condicional Formatar como Tabela Estilos de Célula Inserir Excluir Formatar

B50

SES Secretaria de Estado de Saúde Mato Grosso do Sul

**Prestação de contas - Lista nominal de mulheres que fizeram a inserção de LARC no mês anterior**

Legenda dos critérios de inserção DIU de COBRE (DIU de plástico com cobre 380 mm<sup>2</sup> modelo T)

- Mulher que deseja método reversível de longa duração no intervalo interparto
- Mulher que deseja método reversível de longa duração no pós-parto e pós-aborto imediato
- Mulher NULÍPARA, INCLUSIVE ADOLESCENTE, mas com discreto aumento nas taxas de expulsão

Legenda dos critérios de inserção DIU Mirena® (dispositivo intrauterino de levonorgestrel 52mg)

- Trombofilia
- Antecedente pessoal de tromboembolismo
- Antecedente de ciclos hiperemorrágicos com anemia
- Antecedente de adenomiose e endometriose comprovada por história clínica ou exame de imagem
- Antecedente de hiperplasia endometrial
- Adolescente
- Mulher em situação de vulnerabilidade social

Legenda dos critérios de inserção Implanon® (implante subdérmico de etonogestrel 68 mg)

- Adolescente
- Mulher com dependência química
- Mulher vivendo com HIV
- Comorbidade (Diabética há mais de 20 anos com lesão no órgão alvo; Trombofilia; Antecedente pessoal de tromboembolismo; Mulher que realizou cirurgia bariátrica em período igual ou inferior a 2 anos)
- Mulher em situação de vulnerabilidade social

Legenda dos critérios de inserção Mirena® dispositivo intrauterino de levonorgestrel 19,5 mg)

- Adolescente
- Primípara

Preencha os campos abaixo, conforme orientações.

Secretaria Municipal de Saúde de:

Nome completo da paciente	CNS	Idade	Qual o LARC inserido	Lote	Validade	Data da inserção do LARC	Justificativa de Uso: Critério de inserção conforme Protocolo Estadual (insira o número conforme legenda acima) OU perda	Estabelecimento de Saúde no qual o LARC foi inserido	CNES do Estabelecimento de Saúde no qual o LARC foi inserido
AMANDA SOUZA LIMA	708205640930045	18	Implanon® (etonogestrel 68 mg)	A103486	03/05/2028	11/02/2025	1	CF NOVA LIMA	2752530
DAYANE CRISTINA RITA BARBOZA	703006929159133	31	DIU Mirena® ( levonorgestrel 52mg )	TUB4002	31/05/2026	11/02/2025	7	CF NOVA LIMA	2752530
FERNANDA FREIRE	701803292014973	15	Implanon® (etonogestrel 68 mg)	A103486	03/05/2028	10/02/2025	1	CF NOVA LIMA	2752530
FRANCISMA JOSUELDI MAGALHÃES CRUZ	7034450290737300	18	Implanon® (etonogestrel 68 mg)	A103486	03/05/2028	04/02/2025	1	CF NOVA LIMA	2752530
GISLAINE SILVA JESUS DOS SANTOS	704002098831564	34	Implanon® (etonogestrel 68 mg)	A103486	03/05/2028	18/02/2025	5	CF NOVA LIMA	2752530
ISABELLE CRISTHINE PAZ DE ALMEIDA	709200227172139	25	Implanon® (etonogestrel 68 mg)	A103486	03/05/2028	29/01/2025	5	CF NOVA LIMA	2752530
IVANA DE SOUSA BRANDAO	704209549795190	39	de Cobre ( DIU de plástico com cobre 380 mm <sup>2</sup> modelo T)	212280	28/02/2028	15/01/2025	1	CF NOVA LIMA	2752530
JACQUELINE FAGUNDES JACOMO	702407018014124	29	Implanon® (etonogestrel 68 mg)	A103486	03/05/2028	04/02/2025	5	CF NOVA LIMA	2752530
JOYCE CALDEIRA DE ANDRADE	704200236123381	27	Implanon® (etonogestrel 68 mg)	A103486	03/05/2028	04/02/2025	5	CF NOVA LIMA	2752530
LARA APARECIDA RAMOS CARDOSO	705.008.274.031.550	16	Implanon® (etonogestrel 68 mg)	A103486	03/05/2028	11/02/2025	1	CF NOVA LIMA	2752530

1 - Agendamento 9 - Prestação de Contas

Há um filtro aplicado a esta planilha.

Pronto Modo de filtro Acessibilidade: investigar

(Imagem 02: planilha *on line* de preenchimento para prestação de contas do protocolo estadual de inserção de LARCs)

## 6.6 Limitações

As limitações iniciais aconteceram no campo da interprofissionalidade e gestão em saúde. Destaca-se a troca de chefia imediata – gestora da US – durante todo o período de intervenção, sendo desafiador o processo de sensibilização e articulação de pactos políticos frente ao PI, pois havia um certo grau de descrédito por meio da nova gestão com relação a equipe, que ocasionaram situações diversas de má condução de comunicação com relação a autonomia do coletivo em todos os setores.

Ainda com relação ao novo modelo de gestão inserido na US, no período da aplicação do PI houve a inversão dos valores que refletiam a promoção da saúde e produção de cuidado, considerados, mesmo diante dos protestos realizados por essa equipe de pesquisa, secundários frente a massificação do número de atendimentos para a equipe médica da US e ampliação da análise quantitativa de procedimentos e indicadores de saúde, em detrimento de ações de gestão do trabalho, educação em saúde e análise de dados em saúde, situações estas que esbarravam ainda na inabilidade técnica da gestora com relação a SP.

Outra limitação observada envolve o próprio processo da Educação em Saúde (ES), incluindo o fato de que eu, como aplicadora da intervenção na US, passei pelo

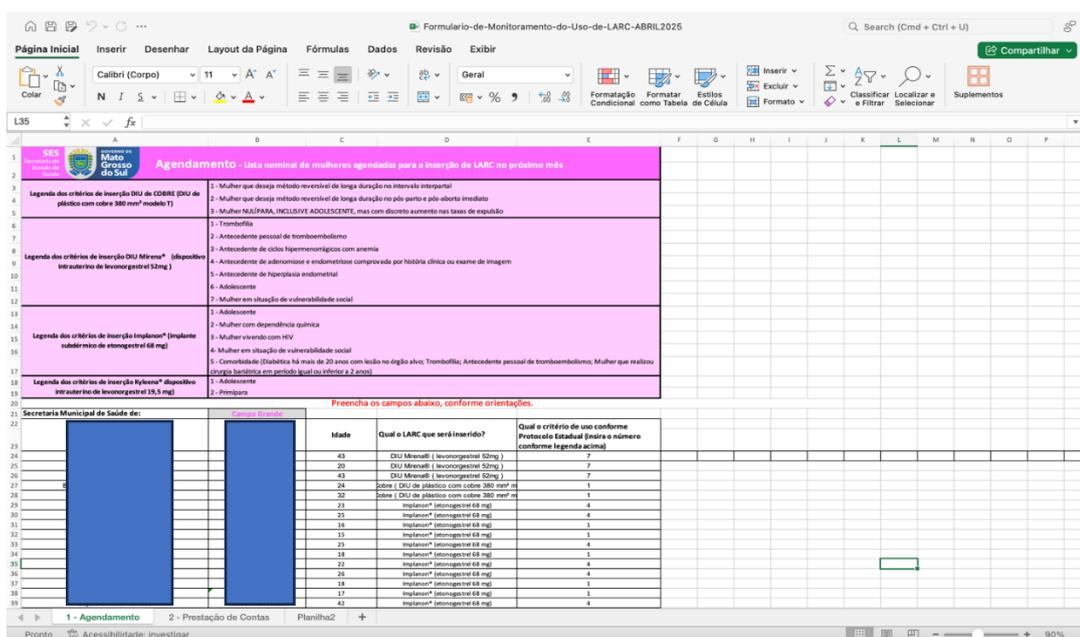
processo de aprendizado do que era ES enquanto tentava aplicá-la como parte do meu PI, sendo assim, como parte do método de integração pedagógica frente às metodologias propostas, observo a minha limitação como uma restrição inerente à minha posição de pós-graduanda.

Inclui-se ainda as fragilidades dos processos de trabalho que envolvem uma US formada por pessoas e seus atravessamentos: processos ativos de doença e convalescência, a diminuição da equipe e a lógica de equipe mínima, as sobrecargas envolvendo os ciclos de violência frente às situações vividas nas trocas diárias com a população, a própria humanidade do trabalhador da saúde que se cruza às histórias de outros seres humanos, dentre outras situações que fazem parte do cotidiano de muitos PS em nosso país.

Uma limitação encontrada foi a negativa de alguns usuários do serviço da CFNL em não desejarem responder o questionário das escalas, hoje percebo que não quantifiquei esse número de negativas, talvez por falta de experiência com trabalhos acadêmicos.

Tivemos limitações que incluem uma mudança no modo de agendamento dos pacientes que limitou meu tempo de consultas e eliminou um horário destinado previamente para a vigilância em saúde dentro da USF.

Outra limitação envolve a falta do LARC IMPLANON® a partir do mês de fevereiro de 2025, gerando uma lista de espera.



Idade	Qual o LARC que será inserido?	Qual o critério de uso conforme Protocolo Estadual (grau e número conforme legenda acima)
43	DIU Mirena® ( Levonorgestrel 52mg )	7
20	DIU Mirena® ( Levonorgestrel 52mg )	7
43	DIU Mirena® ( Levonorgestrel 52mg )	7
24	DIU de plástico com cobre 380 mm²	1
32	DIU de plástico com cobre 380 mm²	1
23	Implanon® (etonogestrel 68 mg)	4
25	Implanon® (etonogestrel 68 mg)	4
16	Implanon® (etonogestrel 68 mg)	1
15	Implanon® (etonogestrel 68 mg)	1
25	Implanon® (etonogestrel 68 mg)	4
18	Implanon® (etonogestrel 68 mg)	1
22	Implanon® (etonogestrel 68 mg)	4
26	Implanon® (etonogestrel 68 mg)	4
18	Implanon® (etonogestrel 68 mg)	1
17	Implanon® (etonogestrel 68 mg)	1
42	Implanon® (etonogestrel 68 mg)	4

(Imagem 03: lista de espera dos LARCs com nomes e identificações borrados)

## **6.7 Facilitadores**

Como facilitadores é possível citar o apoio da enfermeira da equipe, D.B.B., que absorveu a importância do mapeamento da vulnerabilidade das famílias do território, colocando-se a disposição para realizar a aplicação das escalas e no auxílio para treinar a equipe dos ACS.

Além disso, havia uma equipe de acadêmicos de medicina que, com as devidas orientações, conseguiram assimilar não só a importância da temática para o gerenciamento dos atendimentos aos usuários da CFNL, quanto o valor adquirido para a experiência deles ao vivenciar a rotina da APS.

Um facilitador foi a abertura da equipe de ACS da área 45 da CFNL nas primeiras reuniões em que expusemos o que era vulnerabilidade, e como poderíamos enxergá-la na região de nossa abrangência.

Outro facilitador envolveu toda a equipe técnica da CFNL, destacando-se a equipe médica, de enfermagem, farmácia e administrativos, em organizar um novo fluxo de trabalho para abordar as pacientes mulheres em idade fértil que desejavam iniciar um LARC.

## **7 IMPLEMENTAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO**

### **7.1 Sensibilização da chefia imediata e Gestão em Saúde**

Inicialmente houve uma tentativa de sensibilização da antiga chefia sobre a necessidade de enxergarmos as demandas reprimidas da US, tais como agendamentos prolongados, altos índices de absenteísmo, demanda espontânea não resolutiva, adoecimento da população, ausência de medidas de promoção de saúde e apagamento da produção de cuidado.

Mesmo com a abordagem inicial não houve interação frente a relevância apresentada, mesmo assim, por meio de trocas no decorrer dos dias de trabalho na US, houve a reafirmação da relevância da temática geral do PI ao território da CFNL.

### **7.2 Sensibilização dos colegas de trabalho e Interprofissionalidade**

Outra necessidade inerente ao PI foi a sensibilização dos demais colegas de trabalho frente sobre a temática geral da vulnerabilidade social de nosso território, os DSS e a multifatorialidade do adoecimento, por meio do aprendizado mútuo da Educação Permanente (EP), considerando a interação dos diversos atores

envolvidos: Enfermeiras; ACSs; Farmacêutica; Auxiliares Administrativos; Médicos e Assistente Social.

Foram utilizadas para esse passo as reuniões de equipe, além de nuances envolvendo a metodologia da Educação Permanente (EP), pela busca por uma atualização de conhecimento sobre o assunto e a transformação de práticas para que essas se adequassem a realidade local

Como descrito na metodologia e resultados, houve a organização de um novo fluxo de atendimento para a implementação de LARCs, que foi construído e revisado em conjunto de diferentes atores no contexto da USF CFNL.

### 7.3 Educação Permanente

Durante o período da implantação do PI pude compartilhar com colegas médicas de das USFs Tiradentes, Jardim Marabá e Noroeste, realizando uma troca de experiências sobre a inserção de LARCs e classificação de vulnerabilidade familiar na APS. Durante um período de 04 semanas tive a oportunidade de compartilhar *in locu* com a Dra J.L.M.R., residente do segundo ano de Medicina de Família e Comunidade da USF Tiradentes o passo a passo da inserção de IMPLANON®, conforme a imagem abaixo:



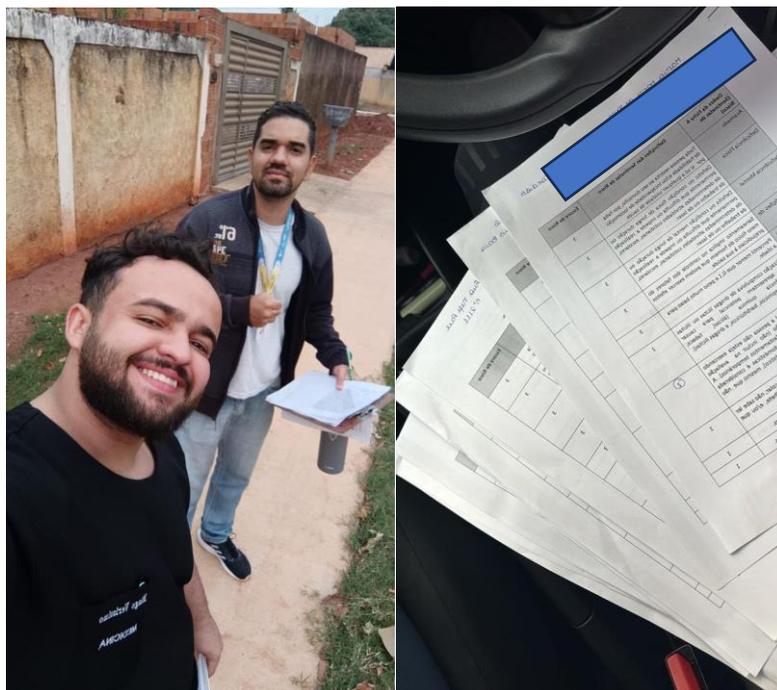
Compartilhando o conhecimento: Dra J.L.M.R. inserindo IMPLANON® em paciente na USF CFNL  
(Imagens de pacientes foram borradas para preservar identificação)

## 7.4 Educação na Saúde

Durante todo o processo do PI pude compartilhar ainda com os acadêmicos de medicina e inseri-los nos contextos da APS, eles puderam participar de cada etapa da elaboração do PI, conforme as imagens abaixo:



(Inserção de DIU Kyleena® orientando acadêmica de medicina)



(Aplicação de EVFAM-BR e ECS em domicílios por acadêmicos de medicina)



(Imagem a esquerda: IMPLANON®; Imagem a direita: Capacitação com acadêmicas de medicina sobre LARCs)

(Imagem abaixo: Atividade Coletiva Programada sobre Planejamento Familiar ministrada por acadêmicos de medicina)





Inserção de IMPLANON realizada por acadêmica de medicina

## 7.5 Gestão em saúde

As aplicações das escalas se tornaram por fim um instrumento disparador para avaliação de uma condição de saúde que antes não era visto como relevante: a vulnerabilidade familiar, além de promover a qualificação de cadastros em saúde, necessários para gerar dados em saúde e organização de um novo fluxo de cuidado de saúde no território.

## 7.6 Monitoramento

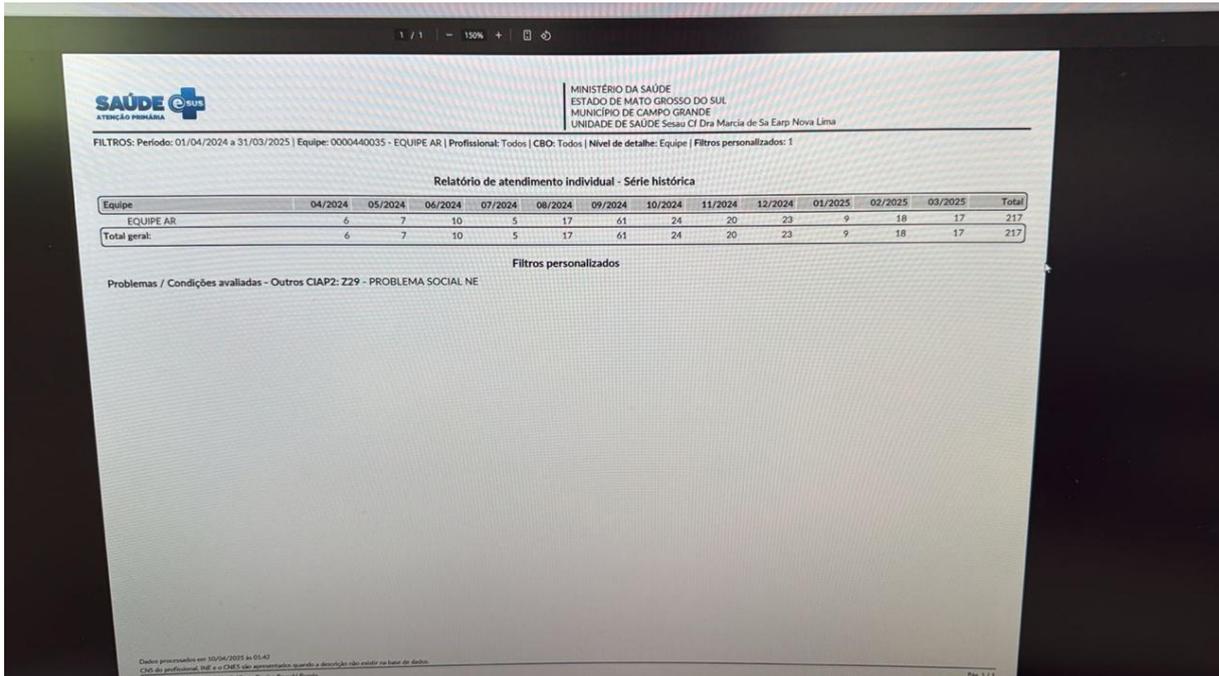
O sistema e-SUS (E-SUS/PEC, 2024), permite por meio de dados de saúde a elaboração de relatórios para avaliação de condições de saúde, por meio da digitação em campos específicos. Até a presente data o sistema e-SUS não possui indicador de digitação que contempla avaliação de risco ou vulnerabilidade (ou similar), como código de via a Tabela de Procedimentos Unificada SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

Existem no e-SUS, contudo, códigos denominados CIAP2 Z29 (Problema social NE) e CIAP2 A23 (Fator de Risco NE), além do CID Z597 (Seguro social e medidas de bem-estar social insuficientes) e CID Z60 (Problema relacionado ao meio social) que foram utilizados para as profissionais de saúde enfermeira e médica da equipe utilizados via sistema informatizado (E-SUS/PEC, 2024).

Optamos por fixar os códigos de CIAP2, tendo em vista que o CID não pode ser utilizado por enfermeira de equipe, sendo seu uso restrito a algumas categorias

de PS. Abaixo segue uma foto da série histórica com os códigos digitados, observe que houve aumento do uso dos códigos supracitados, pois uma vez ativado os códigos de CIAP2, toda a vez que o usuário é atendido há a possibilidade de se visualizar seu risco e/ou vulnerabilidade.

Imagens com o total de 217 pacientes identificados individualmente como vulneráveis socialmente pelo código Z29; além de 233 pelo Código A23.



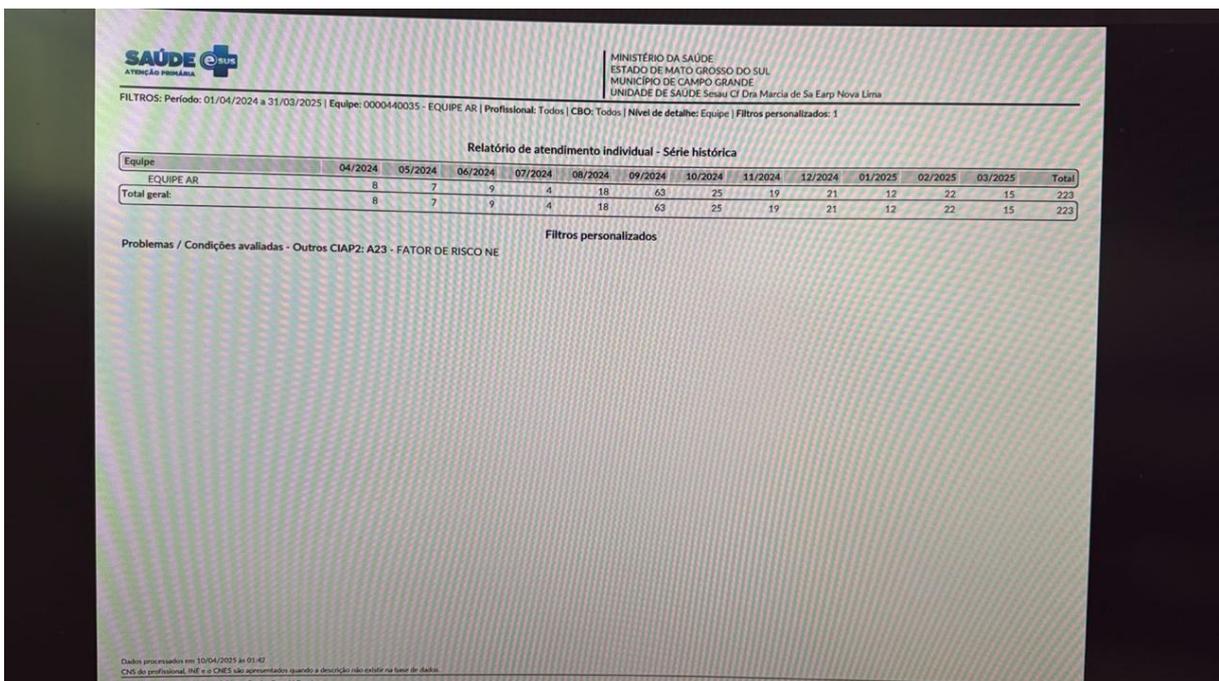
FILTROS: Período: 01/04/2024 a 31/03/2025 | Equipe: 0000440035 - EQUIPE AR | Profissional: Todos | CBO: Todos | Nível de detalhe: Equipe | Filtros personalizados: 1

Relatório de atendimento individual - Série histórica

Equipe	04/2024	05/2024	06/2024	07/2024	08/2024	09/2024	10/2024	11/2024	12/2024	01/2025	02/2025	03/2025	Total
EQUIPE AR	6	7	10	5	17	61	24	20	23	9	18	17	217
Total geral:	6	7	10	5	17	61	24	20	23	9	18	17	217

Filtros personalizados

Problemas / Condições avaliadas - Outros CIAP2: Z29 - PROBLEMA SOCIAL NE



FILTROS: Período: 01/04/2024 a 31/03/2025 | Equipe: 0000440035 - EQUIPE AR | Profissional: Todos | CBO: Todos | Nível de detalhe: Equipe | Filtros personalizados: 1

Relatório de atendimento individual - Série histórica

Equipe	04/2024	05/2024	06/2024	07/2024	08/2024	09/2024	10/2024	11/2024	12/2024	01/2025	02/2025	03/2025	Total
EQUIPE AR	8	7	9	4	18	63	25	19	21	12	22	15	233
Total geral:	8	7	9	4	18	63	25	19	21	12	22	15	233

Filtros personalizados

Problemas / Condições avaliadas - Outros CIAP2: A23 - FATOR DE RISCO NE

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho considerou visualizar a vulnerabilidade social das famílias, por meio de um recorte, utilizando os instrumentos ECS e EVFAM-BR no território da área administrativa delimitada na Unidade de Saúde de Família – Clínica da Família Nova Lima no município de Campo Grande, estado do Mato Grosso do Sul.

Foi possível por meio aplicação das escalas às famílias, observar a dinamicidade da vulnerabilidade familiar no território, considerando as informações obtidas e obtendo um recorte populacional, inclusive adquirindo o conhecimento da diferença entre o risco e a vulnerabilidade em cada domicílio.

Por meio da observação da vulnerabilidade, foi possível gerar acesso a cuidados de saúde utilizando o planejamento familiar, que valida o respeito aos direitos sexuais e direitos reprodutivos do Ministério da Saúde, principalmente ao contemplar mulheres em idade fértil sobre os métodos contraceptivos reversíveis de longa duração.

Houve ainda ganho geral para a autoria deste trabalho por meio das competências desenvolvidas durante a elaboração deste projeto.

Através da interprofissionalidade houve a colaboração mútua de boa parte dos membros da equipe da US com a ideia de começarmos a inserir DIU e IMPLANON.

A gestão em saúde incidiu quando identifiquei o problema das gestações indesejadas, sobretudo em adolescentes.

Durante a elaboração e execução, em conjunto da equipe, de um plano de ação, conseguimos avaliar melhorias no fluxo de implementação na APS de uso de LARCs sendo utilizado o protocolo estadual, além dos acadêmicos de medicina e a própria equipe que desconhecia o protocolo e as escalas de vulnerabilidade social, pontos que contemplam a educação na saúde.

Ao iniciar o fluxo de inserção dos contraceptivos DIU e Implanon® para mulheres que se enquadravam nos critérios de vulnerabilidade em minha US, foi observado um projeto de produção de cuidado, um critério da competência atenção em saúde.

A educação em saúde foi promovida quando conseguimos atualizar as pacientes sobre saúde reprodutiva sexual e métodos contraceptivos, por meios de consultas individualizadas ou atividades coletivas programadas.

Os ganhos são evidentes, contudo é adequado ter um olhar crítico-reflexivo

sobre a necessidade de considerar novos trabalhos sobre o assunto, já que esse projeto não tem por objetivo engessar a vulnerabilidade e o risco familiar do território apenas nos critérios das escalas selecionadas.

Com o aprofundamento de estudos sobre o assunto, espera-se um monitoramento da vulnerabilidade familiar, além do desenvolvimento de estratégias que visem a produção do cuidado individualizado na APS, cuidado esse que aprecia características peculiares e influências para além do que se considera atualmente o processo do adoecer, com o objetivo de seguir os princípios de equidade, universalidade e integralidade de um SUS viável a todos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGÊNCIA MUNICIPAL DE MEIO AMBIENTE E PLANEJAMENTO URBANO - PLANURB. **Perfil Socioeconômico de Campo Grande/Agência Municipal de Meio Ambiente e Planejamento Urbano - PLANURB**. 31. ed. rev. Campo Grande, 2024.
2. BERTOLOZZI M. R *et al.* **Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva**. Revista de Escola de Enfermagem. USP, 2009. 43(spe2):1326–30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000600031>. Acesso em: 29 de maio de 2025.
3. BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: 27 de maio de 2025.
4. BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 31 dez. 1990. Seção 1, p. 25694.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. 1. ed.; 1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf). Acesso em: 27 de maio de 2025.
7. BRASIL. Política Nacional de Vigilância em Saúde. Resolução nº 588, DE 12 de Julho de 2018. Conselho Nacional da Saúde. 2018.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 300 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

9. COELHO, F. L.; SAVASSI, L. C. **Aplicação da escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares.** Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade, 1(2):19-26, 2004.
10. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986, Ottawa. **Carta de Otawa.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília, DF, 2002. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf). Acesso em: 27 de maio de 2025.
11. HAGGERTY, J.; MINOTTI, S. C.; BOUHARAOU, F. **Development of an individual index of social vulnerability that predicts negative healthcare events: a proposed tool to address healthcare equity in primary care research and practice.** International journal for equity in health, v. 22, n. 1, p. 157, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01965-9>. Acesso em: 10 de outubro 2024.
12. HEIDEMANN, I. T. S. B., et al. **Simpósio de promoção da saúde e análise do eixo reorientação dos serviços de saúde: relato de experiência.** Ciência, Cuidado e Saúde, Florianópolis, Santa Catarina, 2020. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude>. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v19i0.46251. Acesso em: 28 de maio de 2025.
13. LIMA, M., et al. **A importância do território em ações de vigilância em saúde.** Redalyc, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org>. Acesso em: 05 de setembro de 2024.
14. MAIA, C. V. **Democracia, cidadania e saúde no Brasil: desafios para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).** Ciência & Saúde Coletiva, v. 29, n. 7, p. 1-6, 2024. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/democracia-cidadania-e-saude-no-brasil-desafios-para-o-fortalecimento-do-sistema-unico-de-saude-sus/19069?id=19069>. Acesso em: 05 set. 2024.
15. MENEZES, E. L. C. de.; VERDI, M. I. M.; SCHERER, M. D. dos A.; FINKLER, M. **Modos de produção do cuidado e a universalidade do acesso – análise de orientações federais para o trabalho das equipes da APS no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 5, p. 1751–1764, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33462019>. Acesso em 28 de maio de

- 2025.
16. MENDES, E. V. A. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.
  17. MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010. 15(5), 2297–2305. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2025.
  18. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **e-SUS APS**. Brasília, df: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/esus/>. Acesso em 28 de maio de 2025.
  19. MIRANDA, A. C.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J. C.; MONKEN, M. **O território da saúde: a organização do sistema de saúde e territorialização**. Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 183-203.
  20. MONKEN, M.; BARCELLOS, C. **Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300024>. Acesso em: 28 de maio de 2025.
  21. SAULSBERRY, L.; BHARGAVA, A.; ZENG, S.; GIBBONS, J. B.; BRANNAN, C.; LAUDERDALE, D. S.; GIBBONS, R. D. **The social vulnerability metric (SVM) as a new tool for public health**. *Health services research*, v. 58, n. 4, p. 873–881, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.14102>. Acesso em: 10 de outubro de 2024.
  22. SAVASSI, L. C.; LAGE, J. L.; COELHO, F. L. **Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: escala de risco familiar de Coelho-Savassi**. *Journal of Management & Primary Health Care*,3(2):179-85, 2012.
  23. SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **Roteiro para utilização da escala de vulnerabilidade familiar (EVFAM-BR) / Hospital Israelita Albert Einstein: Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais: São Paulo. Ministério da Saúde, 2023. 10 p.: il.** Disponível em: <https://planificasus.com.br/arquivo-download.php?hash=48c3191b70c9ff22b8b336331fa417eaf87d366d&t=1692220483&type=biblioteca>>. Acesso em 28 de maio de 2025.
  24. SOUZA, E. L.; ESHRIQUI, I.; REBUSTINI, F.; MASUDA, E. T.; PAIVA NETO, F. T.; LIMA, R. M.; BONFIM, D. **Family vulnerability scale: Evidence of content and internal structure validity**. *PloS one*, v. 18, n. 10, p. e0280857, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280857>. Acesso em: 01 de

outubro de 2024.

25. STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.
26. Torres DR, Cardoso GCP, Abreu DMF de, Soranz DR, Oliveira EA de. **Aplicabilidade e potencialidades no uso de ferramentas de Business Intelligence na Atenção Primária em Saúde**. Ciênc saúde coletiva. 2021Jun;26(6):2065–74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.03792021>. Acesso em 07 de novembro de 2024.
27. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública. **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica** [Recurso eletrônico]. Florianópolis: UFSC, 2016.
28. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health at a glance – Brazil**. Disponível em: <https://data.who.int/countries/076>. Acesso em 28 de maio de 2025.
29. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Protocolo Estadual de Atenção À Saúde Reprodutiva – Uso de Contracepção Reversível de Longa Duração (LARC’s)**. Mato Grosso do Sul, Brasil. Versão 2. SES, Mato Grosso do Sul, agosto de 2022. 23 p.

## ANEXOS

### Escala de Vulnerabilidade Familiar (EVFAM-BR)

Itens	Não (0 pts)	Sim (1 pts)
Alguém do domicílio passa por dificuldades financeiras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta dinheiro para atender as necessidades do domicílio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existem dificuldades de acesso a diferentes tipos de alimentos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém no domicílio faz uso de medicamentos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém no domicílio faz uso de 5 ou mais tipos de medicamentos por dia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém no domicílio possui condição de saúde que requer cuidados contínuos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém no domicílio tem dificuldades para realizar atividades do dia a dia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém no domicílio necessita de ajuda para realizar seus cuidados diários de saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém no domicílio teve a mãe ausente durante a infância?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém no domicílio teve o pai ausente durante a infância?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Algum familiar já esteve em situação de abandono pela família?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém no domicílio convive com pessoas violentas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém em seu domicílio já foi vítima de violência?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acontece violência em sua casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

FONTE: SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. Roteiro para utilização da escala de vulnerabilidade familiar (EVFAM-BR), 2023.

**Quadro 1.** Itens e dimensões da escala de vulnerabilidade familiar (EVFAM-BR)

Item	
<b>DIMENSÃO RENDA</b>	
1.	Alguém do domicílio passa por dificuldades financeiras?
2.	Falta dinheiro para atender as necessidades do domicílio?
3.	Existem dificuldades de acesso a diferentes tipos de alimentos?
<b>DIMENSÃO CUIDADOS DE SAÚDE</b>	
4.	Alguém no domicílio faz uso de medicamentos?
5.	Alguém no domicílio faz uso de 5 ou mais tipos de medicamentos por dia?
6.	Alguém possui condição de saúde que requer cuidados contínuos?
7.	Alguém tem dificuldades para realizar atividades do dia a dia?
8.	Alguém no domicílio necessita de ajuda para realizar seus cuidados diários de saúde?
<b>DIMENSÃO FAMÍLIA</b>	
9.	Alguém no domicílio teve a mãe ausente durante a infância?
10.	Alguém no domicílio teve o pai ausente durante a infância?
11.	Algum familiar já esteve em situação de abandono pela família?
<b>DIMENSÃO VIOLÊNCIA</b>	
12.	Alguém no domicílio convive com pessoas violentas?
13.	Alguém em seu domicílio já foi vítima de violência?
14.	Acontece violência em sua casa?

FONTE: SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. Roteiro para utilização da escala de vulnerabilidade familiar (EVFAM-BR), 2023.

Exemplo de aplicação/ aplicabilidade da Escala de Coelho

<b>Quadro 1</b>		
<b>Dados da Ficha A do SIAB e escore de pontuação de risco / Classificação das famílias segundo pontuação</b>		
<b>Dados da ficha A</b>		<b>Escore</b>
Acamado		3
Deficiência física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição (grave)		3
Drogadição		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de 6 meses		1
Maior de 70 anos		1
Hipertensão arterial sistêmica		1
Relação morador/cômodo	Se maior que 1	3
	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0
<b>Escore total</b>		<b>Classificação de risco</b>
Escore 5 ou 6		R1
Escore 7 ou 8		R2
Maior que 9		R3

Fonte: Escala de Coelho (COELHO, SAVASSI, 2004).