



UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AMBIENTE E SAÚDE

ALESSANDRAWALTRICK MUNIZ

RELAÇÃO ENTRE O RISCO FAMILIAR COM AS ÁREAS DE VULNERABILIDADE
SOCIOAMBIENTAL E O ACESSO AO SERVIÇO NA ATENÇÃO BÁSICA

LAGES

2024

ALESSANDRAWALTRICK MUNIZ

RELAÇÃO ENTRE O RISCO FAMILIAR COM AS ÁREAS DE VULNERABILIDADE
SOCIOAMBIENTAL E O ACESSO AO SERVIÇO NA ATENÇÃO BÁSICA

Dissertação apresentada para obtenção do título de
Mestre no Programa de Pós-Graduação em
Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto
Catarinense - UNIPLAC.

Orientadora: Dra. Ana Emilia Siegloch

Coorientadora: Dra. Lenita Agostinetto

LAGES

2024

Ficha Catalográfica

M966r Muniz, Alessandra Waltrick
Relação entre o risco familiar com as áreas de vulnerabilidade socioambiental e o acesso ao serviço na atenção básica / Alessandra Waltrick Muniz ; orientadora Prof. Dra. Ana Emilia Siegloch ; coorientadora Prof. Dra. Lenita Agostinetto. – 2024.
82 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Planalto Catarinense. Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense. Lages, SC, 2024.

1. Atenção básica. 2. Estratificação de risco. 3. Vulnerabilidade socioambiental. 4. Acesso a Serviços de Saúde. 5. Gestão em saúde. I. Siegloch, Ana Emilia (orientadora). II. Agostinetto, Lenita (coorientadora). III. Universidade do Planalto Catarinense. Programa de Pós-Graduação em Educação. IV. Título.

CDD 610

Catálogo na fonte – Biblioteca Central

ALESSANDRA WALTRICK MUNIZ

RELAÇÃO ENTRE O RISCO FAMILIAR COM AS ÁREAS DE VULNERABILIDADE
SOCIOAMBIENTAL E O ACESSO AO SERVIÇO NA ATENÇÃO BÁSICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense, para obtenção do título de Mestre em Ambiente e Saúde.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Ana Emilia Siegloch

Orientadora e Presidente da Banca Examinadora

Profa. Dra. Lenita Agostinetti

Coorientadora

Profa. Dra. Andréia Valéria Miranda

Examinadora Titular Externa

Profa. Dr. Dalvan Antônio de Campos

Examinador Titular Interno - PPGAS/UNIPLAC

DECLARAÇÃO DE ORIGINALIDADE

Declaro que os dados apresentados nesta versão da Dissertação para o Exame de Defesa de Dissertação são decorrentes de pesquisa própria e de revisão bibliográfica referenciada segundo normas científicas.

Lages, 19 de junho de 2024.

Alessandra Waltrick Muniz

Aos Doutores Professores, que com sua sabedoria, paciência e orientação dedicada, iluminaram o caminho da minha jornada acadêmica rumo à conclusão deste mestrado. Suas palavras inspiradoras, seu apoio incondicional e sua expertise foram fundamentais para o meu crescimento pessoal e profissional. Agradeço de coração por tudo que fizeram por mim e por compartilharem seu conhecimento de forma tão generosa. Este trabalho é fruto do aprendizado que recebi com vocês, e é com profunda gratidão que dedico esta conquista a cada um de vocês.

AGRADECIMENTOS

Queridos!

Hoje, com imensa gratidão no coração, quero expressar meu profundo agradecimento a Deus e a vocês, minha amada família, filha e marido, por todo o apoio, amor e incentivo que me proporcionaram durante minha jornada de mestrado, esta jornada intensa e desafiadora só foi possível graças ao amor, incentivo e compreensão de vocês. A cada dia, enfrentei novos desafios e obstáculos, mas o apoio incondicional de vocês me deu força para continuar, as noites de estudo foram mais leves sabendo que tinham vocês ao meu lado, incentivando-me a persistir, a acreditar nos meus sonhos, lembrando-me do propósito e da importância deste caminho.

À minha filha, por ser a minha parceira de todos os dias com sua força e determinação, por entender os momentos em que precisei me dedicar aos estudos, por me lembrar constantemente do que realmente importa, por ser a luz que ilumina meus dias e o amor que aquece minha alma.

Ao meu marido, meu parceiro de vida, meu companheiro inseparável, agradeço por todo o amor, apoio incondicional, compreensão e paciência que você dedicou a mim ao longo desses anos, por sempre acreditar em mim e no meu potencial, por estar ao meu lado em cada etapa desta jornada, sua presença ao meu lado é meu maior presente, e sua fé em mim é minha maior força.

Vocês foram a base que me sustentou nos momentos mais difíceis, meu apoio, meu porto seguro, a motivação para persistir ao longo deste caminho.

Que este momento seja não apenas uma celebração da conclusão de um mestrado, mas também um marco de gratidão por tudo o que vivemos juntos e por tudo o que ainda vamos conquistar, que possamos continuar caminhando juntos, enfrentando desafios e celebrando vitórias, sempre com amor, união e fé em Deus.

Com todo o meu amor e gratidão.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças, e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”

(Constituição Federal do Brasil de 1988).

RESUMO

O conceito de saúde está para além da ausência de doenças, pois caracteriza-se pelo completo bem-estar físico, mental e social, sendo um direito garantido a todos pelo SUS. Assim, a Atenção Básica em Saúde é crucial como primeiro nível de atenção, coordenando cuidados e ações de saúde com base em dados epidemiológicos para assegurar equidade no acesso à saúde. Nesse sentido, este estudo analisou a relação entre o risco familiar, os indicadores de vulnerabilidade socioambiental e o acesso ao serviço de saúde na Atenção Básica de um bairro de Lages/SC, por meio de uma pesquisa de natureza descritiva com abordagem quantitativa. A presente pesquisa foi realizada com 788 famílias (2725 usuários) cadastradas na área 30 da Unidade de Saúde São Pedro, Lages. Foram incluídas as famílias com cadastro ativo e registro completo no sistema do município (G-mus). A coleta e registro dos dados teve início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer n.º 6.209.487) e foi constituída pelas etapas: capacitação dos agentes comunitários de saúde, obtenção da estratificação do risco familiar, acesso aos serviços de saúde e obtenção da situação de risco socioambiental das famílias. Os dados foram planilhados e analisados por estatística descritiva e georreferenciados no Google Maps. Os resultados mostraram que os maiores percentuais foram de famílias classificadas como sem risco e com risco R3, segundo a escala de Coelho e Savassi. Em todas as escalas foram encontradas elevado percentual de indivíduos acometidos por hipertensão e diabetes. Enquanto nas escalas de risco R2 e R3, houve o aumento significativo nos escores desemprego, drogatização. Correlações significativas foram encontradas entre o escore de risco R3 com os demais grupos nos sentinela desemprego, drogatização, falta de saneamento básico e relação cômodo/morador (<1 , $p=0,05$). No grupo R3 foram registrados uma piora das condições socioambientais, baixas condições de saneamento básico e relação cômodo/morador menor que um. Quanto ao acesso a saúde observou-se que as famílias classificadas com maior risco (R3) tiveram mais acesso aos serviços de saúde, recebendo maior número de consultas médicas e de enfermagem conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. O estudo evidenciou que a estratificação de risco domiciliar possibilita uma melhor gestão do serviço, bem como a priorização do acesso à saúde para a população mais vulnerável, possibilitando a criações de políticas públicas voltadas para esta reduzir as assimetrias e acesso da população a saúde.

Palavras-chave: Atenção Básica; Estratificação de risco; Vulnerabilidade socioambiental; Acesso a saúde; Gestão em saúde.

ABSTRACT

The concept of health goes beyond the absence of diseases, as it is characterized by complete physical, mental and social well-being, being a right guaranteed to everyone by the SUS. Thus, Basic Health Care is crucial as the first level of care, coordinating care and health actions based on epidemiological data to ensure equity in access to health. In this sense, this study analyzed the relationship between family risk, socio-environmental vulnerability indicators and access to health services in Primary Care in a neighborhood of Lages/SC, through descriptive research with a quantitative approach. This research was carried out with 788 families (2725 users) registered in area 30 of the São Pedro Health Unit, Lages. Families with active registration and complete registration in the municipal system (G-mus) were included. Data collection and recording began after approval by the Research Ethics Committee (Opinion No. 6,209,487) and consisted of the following steps: training community health agents, obtaining family risk stratification, access to health services, health and obtaining the socio-environmental risk situation of families. The data was spreadsheeted and analyzed using descriptive statistics and georeferenced on Google Maps. The results showed that the highest percentages were of families classified as no risk and R3 risk, according to the Coelho and Savassi scale. In all scales, a high percentage of individuals affected by hypertension and diabetes were found. While in the R2 and R3 risk scales, there was a significant increase in the unemployment and drug addiction scores. Significant correlations were found between the R3 risk score and the other sentinel groups: unemployment, drug addiction, lack of basic sanitation and room/resident ratio (<1 , $p=0.05$). In group R3, a worsening of socio-environmental conditions, poor basic sanitation conditions and a room/resident ratio lower than one were recorded. Regarding access to health, it was observed that families classified as being at higher risk (R3) had more access to health services, receiving a greater number of medical and nursing consultations as recommended by the Ministry of Health. The study showed that risk stratification Domicile enables better management of the service, as well as the prioritization of access to health for the most vulnerable population, enabling the creation of public policies aimed at reducing asymmetries and the population's access to health.

Keywords: Primary Care; Risk stratification; Socio-environmental vulnerability; Access to healthcare; Health management.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação gráfica da proposta interdisciplinar do estudo	17
Figura 2 – Médias das sentinelas desemprego, analfabetismo, drogadição e doença mental da escala de risco de Coelho e Savassi, do Bairro São Pedro do Município de Lages/SC.	51
Figura 3 – Sentinelas de Moradia, Saneamento Básico, Relação cômodo morador menor que um cômodo e Relação cômodo morador igual a um cômodo, entre o período de 2022 e 2023, no bairro são Pedro, Lages Santa Catarina., N =788	52
Figura 4 – Número médio de Consultas médicas e de enfermagem (A) e visitas dos Agentes Comunitários de Saúde (B) por grupo de risco familiar durante o período de 12 meses da pesquisa no bairro São Pedro Lages Santa Catarina nos anos de 2022 e 2024.....	54
Figura 5 – Percentual de beneficiários do Programa Auxílio Brasil na amostra sorteada da área 30, do bairro São Pedro, Lages, Santa Catarina, entre 2022 e 2023.....	56
Figura 6 – Os diferentes níveis de risco familiar, R1, R2, R3, em uma amostra da população do Bairro São Pedro do Município de Lages/SC.	57
Figura 7 – Sentinelas Hipertensão Arterial, Deficiente Mental e <i>Diabetes Mellitus</i> da amostra da população classificada com R1, R2 e R3 do Bairro São Pedro do Município de Lages/SC.....	58
Figura 8 – Sentinelas Desemprego, Drogadição, Analfabetismo da amostra da população classificada com R1, R2 e R3 do Bairro São Pedro do Município de Lages/SC.	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Escala de risco familiar de Coelho e Savassi (2004).....	28
Tabela 2 – Resultado do cálculo amostral realizado no SESTNet com 95% de intervalo de confiança para a população da área 30 do bairro do bairro São Pedro no município de Lages, SC.....	42
Tabela 3 – Percentual de família em cada escore da escala de Coelho e Savasi para uma população de 788 famílias do Bairro São Pedro do Município de Lages/SC.	45
Tabela 4 – Frequência de ocorrência e percentual para cada sentinelas da escala de Coelho e Savassi para uma população de 788 famílias (2.725 indivíduos), do Bairro São Pedro do Município de Lages/SC.	46
Tabela 5 – Número de famílias e indivíduos acometidos em cada sentinela no grupo sem risco (SR) familiar (N=510 famílias) da escala de risco de Coelho e Savassi, do Bairro São Pedro do Município de Lages/SC.	47
Tabela 6 – Número de famílias e indivíduos acometidos em cada sentinela no grupo R1 (N=110 famílias) da escala de risco de Coelho e Savassi, do Bairro São Pedro do Município de Lages/SC.	48
Tabela 7 – Número de famílias e indivíduos acometidos em cada sentinela no grupo R2 (n=63 famílias) da escala de risco de Coelho e Savassi, do Bairro São Pedro do Município de Lages/SC.....	49
Tabela 8 – Número de famílias e indivíduos acometidos em cada sentinela no grupo R3 (N=105 famílias) da escala de risco de Coelho e Savassi, do Bairro São Pedro do Município de Lages/SC.	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária em Saúde

CDS – Coleta de Dados Simplificada

ESF – Estratégia Saúde da Família

eSUS – e-SUS Atenção Primária

GIS – Sistemas de Informações Geográficas

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitárias de Saúde

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PSF – Programa Saúde da Família

R1 – Risco um

R2 – Risco dois

R3 – Risco três

SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica da Família

UNIPLAC – Universidade do Planalto Catarinense

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	18
2.1	Objetivo geral	18
2.2	Objetivos específicos.....	18
3	REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1	Conceito de Saúde e Saúde no Brasil.....	19
3.2	Sistema Único de Saúde (SUS)	21
3.3	Atenção Básica em Saúde	22
3.4	Gestão em saúde e acesso ao Sistema Único de Saúde.....	24
3.5	Visita domiciliar e estratificações do risco familiar	26
3.6	Determinantes sociais e ambientais em Saúde.....	30
3.7	Territorialização por meio do uso do georreferenciamento.....	33
3.8	Artigo.....	36
4	RESULTADOS.....	45
4.1	Estratificação do risco familiar	45
4.2	Acesso aos serviços de saúde	52
4.3	Vulnerabilidade socioambiental das famílias	55
4.4	Mapeamento.....	56
5	DISCUSSÃO	60
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO.....	70
	REFERÊNCIAS	72
	APÊNDICE 1	81

1 INTRODUÇÃO

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em seu sentido mais abrangente, diz que a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (Conferência Nacional de Saúde, 1986). A Constituição Brasileira de 1988 considera a saúde um direito de todos e um dever do estado (Brasil, 1988). Em 1990 para garantir este direito à população, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), composto pelos três princípios doutrinários, universalidade, integralidade e equidade (Brasil, 1990). O princípio da universalidade diz que o acesso à saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantindo e assegurando a todas as pessoas, sem restrição ou distinção; a integralidade, consiste em atender o indivíduo como um todo, promovendo saúde e prevenindo e tratando doenças, já a equidade refere-se a tratar de forma igual os desiguais, oferecendo prioridade e serviços especializados a quem mais precisa (Brasil, 1990).

Em 1991 foi criado o Programa de Agentes Comunitárias de Saúde (PACS) voltado para o cuidado integral, promoção de saúde e prevenção de doenças. Este modelo foi considerado uma inovação no cuidado, com visitas do Agente Comunitário de Saúde (ACS) ao domicílio do paciente com o objetivo de levar informações das Unidades Básicas de Saúde (UBS), bem como fazer o caminho inverso, trazer as informações de saúde do paciente para a equipe de saúde da UBS (Brasil, 2010).

Em 1994 foi instituído o Programa Saúde da Família (PSF), vinculado ao PACS, ampliando a carteira de serviços ofertados nas UBS, garantindo acesso ao paciente de forma integral à Atenção Básica. Em 2011 o PSF deixou de ser um programa e passou a se chamar Estratégia de Saúde da Família (ESF) o primeiro nível de atenção à saúde, tendo como atribuição prestar cuidado de forma holística, observando os usuários como um todo dentro de seu território (Brasil, 2011).

A concepção de Atenção Básica em saúde contempla três componentes essenciais: acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema de saúde; indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social, reconhecendo-se os determinantes sociais; e participação social (Ramirez, 2011). Com relação ao termo Atenção Básica em saúde pelo Movimento Sanitário Brasileiro teria buscado uma diferenciação ideológica em relação ao reducionismo presente na ideia de Atenção Básica, com o objetivo de construção de um sistema público universal em uma concepção de cidadania ampliada (Giovannella; Mendonça, 2008).

Desta forma, o processo de gestão em saúde é de suma importância para o planejamento e desenvolvimento de ações em promoção em saúde, prevenção de doenças, reabilitação, manutenção da saúde, as quais impactam de forma positiva os determinantes de saúde da coletividade, para tais resultados sugere-se trabalho em equipe, gestão participativa, território definido, responsabilidade sanitária e dinamicidade no território em que vivem essas populações (Brasil, 2017).

Conhecer o território, ter ele adscrito e a partir dele realizar ações intersetoriais é uma das atribuições previstas a todos os profissionais da Atenção Básica, sendo essa uma das principais ferramentas para organização dos serviços em saúde no Brasil (Brasil, 2017). A territorialização consiste em identificar indivíduos, famílias, grupos expostos a riscos ou acometidos por alguma patologia, para posteriormente planejar, programar e executar ações com foco no território e nas condicionantes em saúde, advindas de determinantes e indicadores do local (Brasil, 2011). Assim, construir mapas baseados nos dados epidemiológicos e sociodemográficos da região de abrangência, com a localização das famílias/indivíduos, elencar as subpopulações, áreas de risco social e ambiental é uma das atribuições da Atenção Básica para organizar as ações em saúde (Brasil, 2017).

Os aplicativos e tecnologias disponíveis atualmente auxiliam na construção de mapas, na territorialização e no georreferenciamento, sendo ferramentas que otimizam o processo de trabalho e aproxima a população da equipe de saúde, além de facilitar o trabalho em rede, prioriza o cuidado das famílias mais vulneráveis, além de garantir o acesso ao usuário, a continuidade do cuidado e a boa gestão em saúde (Camargos, 2019; Canto *et al.*, 2017). O uso de aplicativo para georreferenciamento é um excelente instrumento para a tomada de decisões e facilitador da gestão em saúde, devido a compreensão geovisual, visto ser mais efetiva e tornar o raciocínio mais analítico (Bueno *et al.*, 2019; Berney *et al.*, 2015; Faure *et al.*, 2017; Ribeiro *et al.*, 2014).

Neste processo de territorialização e mapeamento dos determinantes da saúde, pode-se utilizar como instrumento para gestão a Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi (2004) que utiliza as sentinelas de risco contidos na ficha do Sistema de Informação da Atenção Básica. Os principais indicadores que determinam o escore de risco familiar classificados em baixo, médio ou alto risco são: as condições de saneamento, áreas de drogadização, analfabetismo, desemprego, doença mental, deficiência física, hipertensão, diabetes, número de acamados na família, indivíduos com mais de setenta anos e menor de seis meses de idade e a relação entre número de moradores e número de cômodo na residência (Coelho; Savassi, 2004).

A estratificação de risco familiar tem como proposta elencar as famílias com risco elevado, a fim de priorizar o cuidado daqueles com maior vulnerabilidade (Costa *et al.*, 2020). É indicada a utilização da escala de risco em todas as Unidades Básicas de Saúde, haja visto a aplicabilidade da escala e a sensibilidade do instrumento em identificar vulnerabilidades sociais, auxiliando a gestão em saúde que possui como base o território que consiste nos locais de vulnerabilidade socioambiental e residências das famílias atendidas (Bezerra *et al.*, 2022).

Os riscos ambientais são todos aqueles que interferem na saúde humana, tais como saneamento básico inadequado, não ter acesso a água potável e tratamento de esgoto, suscetibilidade a enchentes, enxurradas ou movimentos de massa (IBGE, 2018). O risco ambiental está associado aos locais de maior vulnerabilidade social, aqueles onde há ausência de planejamento urbano (Carvalho; Rocha, 2020). No Brasil, a Vigilância Ambiental em Saúde é responsável por garantir um conjunto de ações e serviços com o objetivo de prevenir, gerenciar, controlar fatores de riscos e agravos à saúde decorrentes do ambiente, promovendo o mapeamento e a gestão de risco no território (Brasil, 2010).

Um dos maiores desafios para a Atenção Básica é praticar uma gestão efetiva que atenda às necessidades da população e a organização de informações confiáveis, para auxiliar na tomada de decisões na administração pública e garantir acesso à saúde aos usuários (Ferreira *et al.*, 2020). A boa gestão em saúde se dá pela construção de saberes entre os diversos profissionais, com base em um pensamento complexo e interdisciplinar. A troca de conhecimentos é necessária para desfragmentação do cuidado e a construção de ações intersetoriais em saúde, garantindo a integralidade do cuidado (Zanoni *et al.*, 2020).

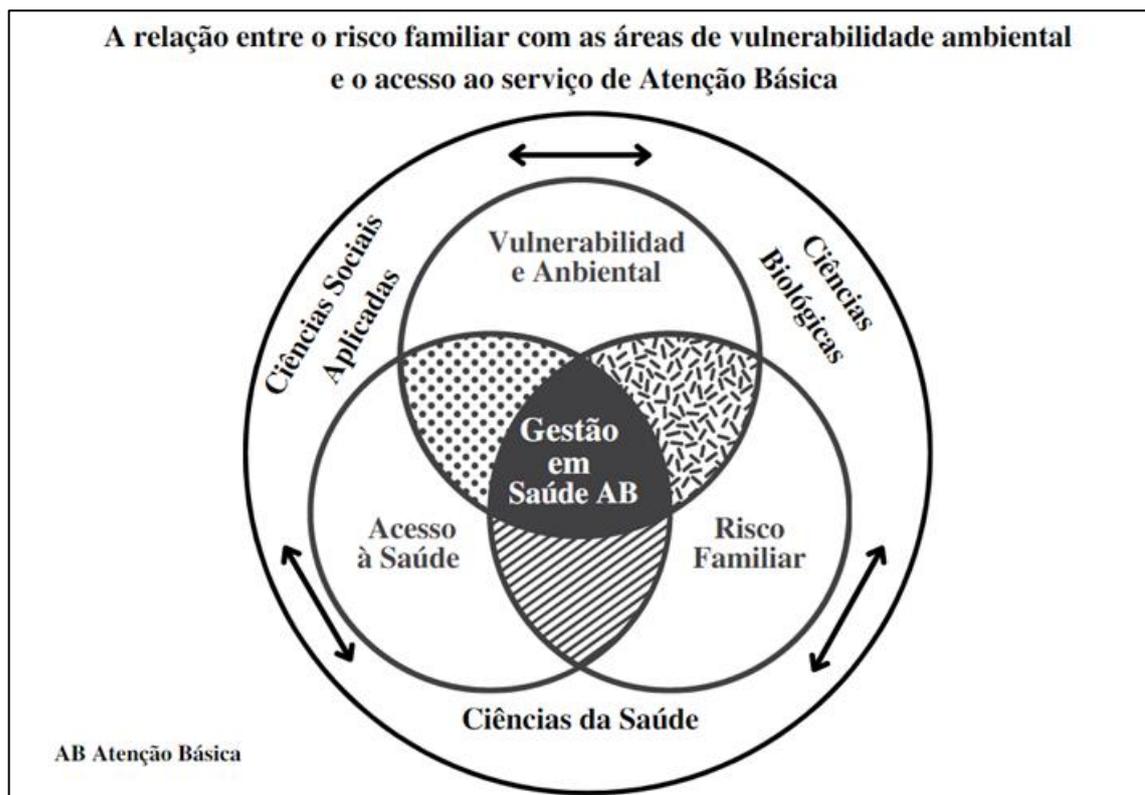
O acesso à saúde é universal e está estreitamente ligado ao primeiro contato entre usuário e profissional de saúde. A Atenção Básica executa um trabalho interdisciplinar e intersetorial capaz de solucionar até 85% das demandas, além de ser ordenadora do cuidado, garantir o acesso à saúde de quem necessita, manter um equilíbrio entre a demanda e a oferta dos serviços e fazer a gestão das famílias e usuários do sistema único de saúde (Mendes, 2015). A implantação da Estratégia de Saúde da Família pode garantir a ampliação da cobertura de saúde, contudo não tem logrado o mesmo êxito quando se trata de garantir o acesso e a integralidade do cuidado em virtude da escassez de financiamento, do processo de trabalho fragmentado e do modelo hospitalocêntrico ainda muito presente (Morisini; Fonseca, 2018).

Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar a todos em todas as idades é previsto no objetivo 3 Saúde e Bem-Estar e o objetivo 8 Trabalho decente e crescimento econômico do Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas -

ONU (ONU, 2015). A agenda 2030 da ONU tem por finalidade garantir que os países, incluindo o Brasil, desenvolvam ações para acabar com a pobreza, proteger o clima e o meio ambiente, garantindo que as pessoas desfrutem de paz e posteridade (ONU, 2015).

No Município de Lages, a Atenção Básica em Saúde possui 27 Unidades Básicas de Saúde com 50 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (Lages, 2022). Segundo a Diretora de Atenção Básica do município, uma das principais fragilidades tem sido o gerenciamento do acesso a saúde dos pacientes, haja visto que a procura é maior que a oferta de atendimento, o que sobrecarrega o serviço e onera o sistema de saúde (Lages, 2022). Segundo a Diretoria de Atenção Básica, para a gestão em saúde é fundamental primar pelo trabalho interdisciplinar e intersetorial das equipes da APS junto à população, levando em consideração o risco familiar, as vulnerabilidades ambientais existentes no espaço geográfico ocupado pelos usuários e a capacidade de acesso ao sistema de saúde (Figura 1).

Figura 1 – Representação gráfica da proposta interdisciplinar do estudo



Fonte: A Autora (2022).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a relação entre o risco familiar, os indicadores de vulnerabilidade socioambiental e o acesso ao serviço de saúde na Atenção Básica de um bairro de Lages/SC.

2.2 Objetivos específicos

- Determinar os indicadores de risco familiar e o escore do risco nas famílias do bairro selecionado;
- Caracterizar as áreas de vulnerabilidade socioambiental;
- Quantificar o acesso ao serviço na Atenção Básica das famílias do bairro;
- Relacionar os escores do risco familiar com os indicadores de vulnerabilidade socioambiental da área;
- Relacionar os escores do risco familiar com o acesso aos serviços na Atenção Básica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Na revisão de literatura será abordada uma síntese sobre o histórico do SUS no Brasil, gestão em saúde e acesso ao SUS. Posteriormente, será abordado a respeito da visita domiciliar e estratificações de risco familiar, além dos determinantes sociais e ambientais em saúde. Após, será dissertado sobre o conceito de territorialização por meio do uso do georreferenciamento, com abordagem sobre a atuação da ESF.

3.1 Conceito de Saúde e Saúde no Brasil

A palavra saúde vem do Latim *salus (salutis)*, que significa cura, conservação da vida e bem-estar (FIOCRUZ, 2009). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) ter saúde não consiste somente na ausência de doenças, mas sim completo bem-estar físico, mental e social (OMS/WHO, 1946).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em seu sentido mais abrangente, diz que a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (Conferência Nacional de Saúde, 1986). Para Silva *et al.* (2019) o conceito de saúde depende da percepção das pessoas e esta questão é subjetiva, assim elaborar um conceito específico a partir da percepção individual para a coletividade torna-se muito complexo.

Um dos aspectos importantes para entender a saúde em sua totalidade é considerar as vulnerabilidades socioambientais. Essas vulnerabilidades estão relacionadas a condições de vida desfavoráveis, como falta de acesso a serviços básicos, pobreza, desigualdade social, falta de saneamento básico, entre outros. Indivíduos e famílias expostos a essas vulnerabilidades têm maior probabilidade de adoecer (Rios *et al.*, 2019).

A saúde é influenciada por uma série de fatores inter-relacionados, e abordar as vulnerabilidades socioambientais é essencial para melhorar as condições de saúde das populações. A saúde pública desempenha um papel importante na identificação e na redução dessas vulnerabilidades, buscando promover condições de vida saudáveis para todos (OMS/WHO, 2008).

Antes de 1988 o sistema público de saúde atendia a quem contribuía para a Previdência Social, quem não contribua dependia da caridade e da filantropia (Centro Cultural do Ministério

da Saúde, s. d.). Em alguns países não há sistema de saúde público, como é o caso de países como os Estados Unidos, e nem tampouco há a APS para cuidar das pessoas e não somente tratar doenças ou condições específicas (OPAS, s. d.). Com o surgimento da saúde pública o processo de saúde-doença passou a ser reconsiderado, difundindo o conceito amplo de saúde que depende da interação das diversas dimensões biopsicossocial, econômica, cultural, individual e coletiva. Segundo Rios *et al.* (2019) os indivíduos que estão mais expostos a vulnerabilidades socioambientais estão mais suscetíveis a ficar doentes, por exemplo, as famílias sem saneamento básico estão mais expostas a verminoses e doenças diarreicas que as famílias com saneamento básico.

As fases até a implantação do SUS consistem em: Período Colonial (1500-1822) período em que a assistência à saúde estava voltada principalmente para a população branca e privilegiada, a assistência à saúde era fornecida principalmente pelos padres e religiosos, a população indígena tinha seus próprios métodos de cura, baseados em suas crenças e práticas tradicionais (Costa, 2010). No período imperial (1822-1889) ocorreram algumas iniciativas de saúde pública, como a criação das Juntas de Higiene e o Conselho Geral de Saúde Pública, neste período o Brasil passava por um grande surto de febre amarela e varíola, a assistência à saúde continuava a ser limitada e desigual (Hochman, 1998). Durante a República Velha (1889-1930) foram criados os primeiros serviços de saúde voltados para a população em geral. Ainda assim, a cobertura era limitada e insuficiente, e a saúde pública enfrentava desafios estruturais e falta de recursos (Nunes, 2017). No governo de Getúlio Vargas (1930-1945) foram implementadas medidas para a expansão dos serviços de saúde. Destacam-se a criação do Departamento Nacional de Saúde e a estruturação de ações sanitárias e campanhas de saúde pública, o acesso a saúde estava vinculado a carteira de trabalho (Paim *et al.*, 1998). No período Pós-Vargas até a Ditadura Militar, a saúde pública no Brasil passou por um período de transformações, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966 e o Ministério da Saúde, que ampliaram o acesso à saúde e a proteção social, também ocorreram avanços na área de pesquisa científica em saúde e a implementação de políticas de previdência e assistência médica, no entanto, essas políticas ainda não abrangiam toda a população (Nunes, 2017).

3.2 Sistema Único de Saúde (SUS)

A saúde no Brasil foi marcada por períodos históricos, sendo o foco da saúde estritamente curativo até o final dos anos 80, anteriormente quem necessitava de atendimento gratuito deveria procurar as Santas Casas de Misericórdia. Esta realidade somente passou a ser modificada em 22 de setembro de 1988, ocasião em que ocorreu a criação do SUS (Santos *et al.*, 2020).

Instituído pela Constituição Federal de 1988, o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, tem como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade, garantindo o acesso igualitário aos serviços de saúde para toda a população brasileira. O SUS é financiado por recursos públicos e oferece serviços desde a Atenção Básica até procedimentos de alta complexidade, atendendo a diversos níveis de complexidade e cuidados de saúde (Lima, 2012).

Com a criação do SUS, houve uma transformação significativa na forma como a saúde é concebida e oferecida no Brasil, passando de um modelo focalizado na cura para um modelo mais abrangente, com ênfase na prevenção, promoção e recuperação da saúde. O SUS representa um avanço importante na busca pela garantia do direito à saúde para todos os brasileiros, independentemente de sua condição socioeconômica (Brasil, 1990).

O SUS foi instituído sob a diretriz de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Assim, o SUS é um sistema público de saúde, com a missão de promover saúde a prevenção e recuperação de doentes, pautado nos princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade (Brasil, 1990).

Os princípios do SUS foram criados para garantir que os direitos do cidadão sejam assegurados de maneira mais assertiva, com um olhar para a saúde deste usuário de forma integral, observando suas particularidades e identificando que cada ser é único e dentro da sua necessidade de saúde (Carvalho *et al.*, 2020).

A universalidade preconizada pelo SUS diz que o acesso à saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido e assegurado a todas as pessoas sem restrição ou distinção, de raça cor ou credo (Brasil, 2019). A integralidade trata de atender o indivíduo na sua integralidade, como um todo, atender todas as suas necessidades, promover saúde e prevenir doenças, em todas as áreas da saúde, além de garantir qualidade de vida (Brasil, 2019). Já a equidade consiste em tratar de forma igual os desiguais ao observar que a necessidade de cada

indivíduo é diferente, além de diminuir a desigualdade, em especial entre as pessoas com necessidades especiais (Brasil, 2019).

Além disso, o SUS possui três princípios organizativos que são a regionalização e hierarquização, a descentralização de comando único e a participação popular. A regionalização e hierarquização consistem em organizar os serviços de forma crescente dos menos complexos para os mais complexos, garantindo o serviço conforme a necessidade do usuário e a disponibilidade de cada região e a delimitação geográfica (Brasil, 1990). Já a descentralização de comando único que reconhece a autonomia de cada esfera, diz que a responsabilidade é tripartite e cabe ao município, estado e ao governo federal, onde o município deve acompanhar o emprego dos recursos. A participação popular se dá pela participação da população em conselhos, confederações, conferências, sendo que essa representatividade é fundamental para tomada de decisões e gestão popular e participativa (Brasil, 2019).

3.3 Atenção Básica em Saúde

A Atenção Básica em Saúde (APS) cuja proposta é cuidar das pessoas e não somente tratar doenças ou condições específicas é reconhecida como o primeiro nível de atenção à saúde e caracterizada por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, e familiar, ou seja, é a principal porta de entrada do usuário ao SUS e tem como objetivo a promoção e prevenção de doenças, proteção da saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (Brasil, 2019).

O usuário é visto como um ser integral com impacto na coletividade, desta forma, entende-se que a APS é a ordenadora do cuidado, e deve trabalhar em rede com os demais serviços de saúde (Brasil, 2017).

Em 1991 junto a APS foi criado o PACS voltadas para o cuidado integral, promoção de saúde e prevenção de doenças, sendo considerado um modelo inovador de cuidado, com visitas do ACS ao domicílio do paciente (Brasil, 2010). O objetivo era levar informações das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ao paciente, bem como fazer o caminho inverso, trazer as informações de saúde dos usuários para a equipe de saúde da UBS, fortalecendo o elo entre saúde e comunidade, o que aprimora o gerenciamento dos processos de saúde/doença (Brasil, 2010).

Em 1994 foi instituído o PSF, onde cada equipe de PSF passou a ser responsável por um território com até 4000 pessoas cadastradas e para melhoria deste acesso à saúde foi ampliada a carteira de serviços ofertados nas UBS, tais como: médico clínico geral ou de saúde

da família, enfermeiro de saúde da família, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, a esta equipe pode ser vinculada equipe de saúde bucal com dentista e auxiliar de consultório dentário (Brasil, 2010). À equipe multidisciplinar também pode ser vinculada psicólogo, fisioterapeuta, educador físico, assistente social, entre outros profissionais (Brasil, 2010).

Em 2006 foi regulamentada a primeira portaria de Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a portaria MG648 estabelece normas e rotinas para organizar a Atenção Básica, o (PSF) e o PACS (Brasil, 2006). Em 2011 a PNAB voltou a ser revisado, o PSF deixou de ser um programa e passou a se chamar Estratégia de Saúde da Família, que tem por finalidade reorganizar a Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Essa mudança vem para fortalecer o primeiro nível de atenção à saúde, onde o paciente é assistido integralmente e acompanhado pela equipe desde o nascimento até o envelhecimento. Assim como as eSF empregam equipes multidisciplinares para prestar cuidados de saúde abrangentes, desde a promoção da saúde até a reabilitação, focando no cuidado integrado e direcionado à população de um território específico (Brasil, 2011).

Em 30 de agosto de 2017 foi aprovado à nova PNAB por meio da Portaria n.º 2436, cuja característica mais marcante neste novo texto foi entender as especificidades regionais, programar a flexibilização da Atenção Básica conforme as características da região, assim os agentes comunitários de saúde passam a ser flexibilizados não sendo mais necessária a cobertura de 100% de ACS, ou seja, em uma equipe com três mil usuários cadastrados, o município pode manter somente um ACS, desde que este não ultrapasse o acompanhamento de até 750 pessoas (Morosini *et al.*, 2018).

Em novembro de 2019 a Portaria n.º 2979 estabeleceu o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Básica em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2019).

As alterações de financiamento dos repasses de verbas estão vinculadas ao cadastro do indivíduo ao sistema de ESF, bem como a gestão das ações em saúde, assim o ACS passou a ser um dos integrantes fundamentais para auxiliar na gestão, pois ele é o principal responsável por cadastrar e atualizar o cadastro dos usuários do sistema de ESF, sendo estas informações fundamentais para o levantamento de dados sociodemográficos, a fim de auxiliar a gestão de possíveis ações estratégicas pautadas a partir dos indicadores gerados (Silva, 2019).

A APS sustenta e determina o trabalho dos demais níveis do sistema de saúde, sendo considerado o primeiro nível de contato de indivíduos, famílias e comunidades ao sistema único de saúde (Pinto, 2012). A APS realiza a abordagem dos problemas predominantes na

comunidade, ou seja, os mais conhecidos e com menor definição, exemplificando os serviços de prevenção, cura e reabilitação para melhorar a saúde e o bem-estar. Torna possível ainda a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham em um processo de atenção continuada à saúde (Pinto, 2012). Refere-se a um nível do sistema de saúde em que é possível inserir as famílias em um sistema que irá atender todas as novas necessidades e problemas da comunidade, além de fornecer suporte às pessoas no decorrer do tempo, coordenando ou integrando a atenção fornecida em algum outro lugar do sistema (Pinto, 2012).

3.4 Gestão em saúde e acesso ao Sistema Único de Saúde

A gestão em saúde é de grande importância para o planejamento e o desenvolvimento de ações em saúde com base no território de acordo com as necessidades dos usuários, promovendo ações com foco na prevenção de doenças, reabilitação e manutenção da saúde que impactam de forma positiva nos determinantes de saúde da coletividade (Brasil, 2017).

Para resultados efetivos na gestão sugere-se trabalho em equipe, gestão participativa, território definido, responsabilidade sanitária e dinamicidade no território em que vivem essas populações (Brasil, 2017). E para um planejamento eficaz o gestor precisa alimentar, analisar, verificar dados inseridos nos sistemas de informação, de tal forma a garantir o acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país, sem discriminação (Brasil, 2017).

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são ferramentas que aprimoram os processos de trabalho na APS, pois facilitam à gestão do território e geram indicadores em saúde que auxiliam no planejamento de ações em saúde ao qualificar os processos de trabalho e de gestão na APS (Ferreira *et al.*, 2020). O uso dos SIS é necessário para o gerenciamento das ações e acompanhamento das metas da equipe, para tomada de decisões e aprimoramento dos processos de gestão com base em informações coletadas, o que resulta em um atendimento mais eficaz (Ferreira *et al.*, 2020).

A gestão eficiente na APS garante uma melhor aplicabilidade dos recursos financeiros Pires *et al.* (2019), considerando a otimização da rotina de análise dos dados produzidos pelos serviços de saúde (Brasil, s. d.), o que por consequência garante a promoção, prevenção, Proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada (Governo do Estado do Paraná, s. d.), que pode melhorar consideravelmente o acesso à saúde (Pires *et al.*, 2019).

O acesso na APS pode ser entendido como o ato de possibilitar maneiras para o usuário ingressar ao serviço de saúde (Garnelo *et al.*, 2018). A APS deve garantir o primeiro acesso ao usuário, sendo a porta de entrada à rede de atendimento do SUS, além de garantir ao cidadão a acessibilidade e vinculação, assegurando ao usuário o atendimento de suas necessidades, assim como a longitudinalidade do cuidado, também ordena as ações e serviços que possibilitem o acesso à saúde com a garantia dos princípios do SUS (Brasil, 2017).

O direito a saúde é garantido pela Constituição Federal, cujo acesso facilitado à saúde é um dever assegurado pelo Estado, todavia os modelos de gestão ainda postos na APS seguem os padrões biomédicos com atendimento livre demandado para pessoas de grupos específicos, com agendas restritas, as quais deixam algumas populações que dependem somente do SUS desassistidas, com acesso à saúde restrito (Silva *et al.*, 2020).

Durante a pandemia de Covid-19 muitas pessoas deixaram de usar planos de saúde devido à dificuldade financeira, aumentando a busca pelo acesso e acolhimento na APS, o que configura um crescente aumento da demanda ao sistema público de saúde que já possuía restrição de acesso (Silva *et al.*, 2020).

Estudos apontam que o acesso à saúde na APS ainda é precário, haja vista que há necessidade de fortalecer estratégias para flexibilização de agendas e para isto é fundamental o envolvimento de toda a equipe no atendimento à saúde, com um olhar voltado às condições agudas e crônicas, no cuidado continuado e ampliado, centrado na pessoa, na família e na comunidade que está vinculada ao território. É primordial manter a vigilância e ações em saúde para as populações com maior vulnerabilidade, estimular a educação permanente e o cuidado continuado e, para que isto seja possível é necessário garantir o financiamento federal para fortalecer as ações voltadas a APS (Tesser; Norman; Vidal, 2018).

Para que o acesso equitativo na APS seja uma realidade, usuários, trabalhadores e gestores devem colaborar nos colegiados gestores das unidades, para identificar e solucionar as barreiras, que tornam imperceptíveis as demandas e necessidades em saúde da população (Pereira; Chazan, 2019).

A limitação de acesso à saúde ou falta de resolutividade na APS em alguns territórios como na área rural faz com que os usuários procurem atendimento na rede especializada dos centros urbanos. No geral, as comunidades rurais estão distribuídas em territórios muito extensos o que dificulta o acesso ao serviço e o atendimento da demanda espontânea, devido à rigidez de agendas e o modelo de atendimento (Garnelo *et al.*, 2019).

Além disso, o acesso inicial ao SUS é considerado insatisfatório pelos usuários, pois há baixo nível de vinculação entre os usuários e a APS o que interfere na continuidade do cuidado, refletindo no elevado número de internações por causas sensíveis à APS, pois quando o acesso a APS é baixo o número de internações é elevado (Moreira *et al.*, 2021).

A avaliação do SUS pelos usuários é de grande relevância para nortear os gestores quanto às limitações de acesso à saúde e identificar através da ótica da comunidade as fragilidades e potencialidades dos serviços de saúde, haja vista que são eles que utilizam o sistema diariamente (Nied *et al.*, 2020). Assim, é recomendado que os municípios realizem pesquisa com os pacientes para avaliar o acesso à saúde, a fim de analisar pontos que precisam ser mudados e garantir um atendimento que representa a realidade do território (Nied *et al.*, 2020).

O SUS foi de extrema importância para o enfrentamento da pandemia Covid-19, pois atuou de maneira imprescindível em diversos setores de trabalho, por meio do desenvolvimento de ações e práticas na tentativa de manter os cuidados e a saúde da população. A estrutura física, a capilaridade, os materiais, os recursos financeiros, auxiliaram o direcionamento de serviços similares na microrregião de saúde e seguiu os princípios e as diretrizes do SUS (Paz *et al.*, 2021).

A gestão/administração em saúde pode ser definida como o conhecimento utilizado para gerir todas as organizações de saúde, incluindo a gestão de saúde em redes, ambientes de saúde pública, hospitais, laboratórios, clínicas e outras instituições e serviços, a necessidade de formar e operar redes de atenção à saúde para prestar um serviço de atenção integral, justo, equitativo, de qualidade e eficaz (Matos; Pires, 2006).

Não é à toa que a gestão em saúde permanece enraizada em métodos e estratégias tradicionais derivados da teoria clássica de gestão. Continua sendo um desafio construir novas formas de governança em saúde, baseadas em práticas participativas, colaborativas e interdisciplinares, onde trabalhadores e usuários sejam atores ativos (Matos; Pires, 2006).

3.5 Visita domiciliar e estratificações do risco familiar

A visita domiciliar é uma atribuição inerente a todos os profissionais de saúde da APS, além de realizar orientações/atendimento de saúde ou ações/intervenções domiciliares a pessoas, famílias ou grupos, sendo os usuários portadores de alguma patologia ou não, esteja ela controlada ou agudizada (Brasil, 2017). A ESF vem traçando estratégias de cuidado voltadas

para promoção e prevenção de agravos, realizando atendimentos de maior ou menor complexidade, seja ele preventivo, curativo ou paliativo (Brasil, 2017).

A visita domiciliar é um instrumento que permite ao profissional da saúde realizar a abordagem ao indivíduo com um olhar holístico, rompendo com paradigmas do modelo centrado na doença em que o indivíduo recebe atendimento domiciliar quando enfermo, uma vez que, permite ao profissional realizar visitas domiciliares ao indivíduo sadio para orientar sobre prevenção e agravos a saúde, pois o perfil da ESF não é somente curativo (Pinheiro *et al.*, 2019).

O ACS é responsável por informar a comunidade durante a visita domiciliar sobre as formas de acesso aos serviços de saúde, atua como principal meio de comunicação entre a equipe de saúde e a comunidade, orientando e informando os usuários. Os ACS têm a função de acolher, vincular e aproximar o usuário ao serviço de saúde, bem como, é o principal responsável por realizar o cadastro da população da área de abrangência no sistema, auxiliando no mapeamento e territorialização (Brasil, 2018).

Durante a visita domiciliar é realizado o cadastro individual com o preenchimento correto das informações sociodemográficas, a fim de construir indicadores do perfil epidemiológico da região, com o propósito de auxiliar na gestão e planejamento de ações em saúde de acordo com a vulnerabilidade do território (Martins *et al.*, 2018). Além de realizar o cadastro individual com dados relativos a patologias, escolaridade e situação de trabalho, a fim de identificar o perfil populacional do território (Martins *et al.*, 2018).

Instrumentos de gestão para visitas domiciliares se fazem necessários para uso racional do tempo haja vista a mudança na pirâmide etária e a tendência na ampliação do cuidado, tornando indispensável a visita domiciliar (Pinheiro *et al.*, 2019). A avaliação de risco e gestão de visita domiciliar permite identificar as situações de risco e vulnerabilidades dos usuários do SUS, este instrumento viabiliza a organização dos processos de trabalho da equipe de saúde, possibilitando um cuidado com mais equidade (Pinheiro *et al.*, 2019).

Durante a visita domiciliar, a aplicação da escala de risco familiar permite um reconhecimento do perfil dos usuários do território, viabilizando um olhar diferente da equipe para as situações de vulnerabilidades, o que possibilita o planejamento das visitas domiciliares seguindo a sua periodicidade (Santana; Silva, 2022). Segundo os autores determinar o grau de risco familiar auxilia na organização das agendas da equipe multiprofissional da UBS, priorizando os cuidados às famílias que necessitam de maior atenção e ações de intervenção. Além disso, a partir da aplicação do instrumento é possível realizar ações de prevenção,

promoção e reabilitação da saúde para as famílias elencadas com mais eficácia (Costa *et al.*, 2020).

Entre as escalas, a mais utilizada é a escala de risco familiar de Coelho-Savassi (2004), um instrumento de estratificação de risco familiar constituído com base nos sentinelas de risco da ficha cadastral do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), composta por 13 sentinelas de risco (Quadro 1), sendo estes: idosos maior de 70 anos, crianças menores de 6 meses, deficiência mental, deficiência física, acamado, drogadização, analfabetismo, desemprego, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial e desnutrição grave (Coelho, Savassi, 2004; Santana, Silva, 2022). Estas sentinelas somadas vão resultar em um escore que determina o risco familiar em: sem risco (R0), risco menor (R1), risco médio (R2) e risco máximo (R3), facilitando assim gerenciar os cuidados das famílias com maior risco (Coelho, Savassi, 2004; Santana, Silva, 2022).

Tabela 1 – Escala de risco familiar de Coelho e Savassi (2004)

SENTINELAS DE RISCO		ESCORE CORRESPONDENTE
Acamado		3
Deficiência física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição grave		3
Drogadização		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de seis meses		1
Maior de 70 anos		1
Hipertensão arterial sistêmica		1
Diabetes Mellitus		1
Relação Morador/Cômodo	Se maior que 1	3
	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0
Total		

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	
Escore menor que 5	SR Sem Risco
Escore 5 ou 6	R1 - Menor
Escore 7 ou 8	R2 - Médio
Maior que 9	R3 - Máximo
*Valor de sentinela aplicada	

Fonte: Coelho e Savassi (2004).

Aplicar a escala de risco familiar é uma estratégia para atender melhor a realidade do território, auxilia na reorganização do cuidado na APS, haja vista que consiste em informações essenciais que possibilitam o planejamento de ações em saúde, considerando as condições de vida da população, viabilizando a melhoria do acesso ao cuidado, permitindo o dimensionamento das equipes de trabalho, a reorganização do território auxiliando no mapeamento e territorialização, ou seja fortalecendo a APS (Pereira *et al.*, 2020).

Bezerra *et al.* (2022) realizaram um estudo em uma UBS no Sertão da Paraíba utilizando a escala de risco familiar de Coelho e Savassi (2004), composta por 13 avaliações de risco social, onde dentre as 58 famílias avaliadas, 43,3% (315 usuários) não apresentaram nenhum risco, pois a pontuação foi inferior a 5, contudo, constatou-se um número importante de famílias em risco (76 famílias; 236 usuários), além de 39 famílias (29,1%, 131 usuários) com escore igual ou superior a 9, indicando risco máximo (Bezerra *et al.*, 2022). O diagnóstico do risco familiar dos autores mencionados evidenciou dados significativos de usuários hipertensos (n= 93; 16,87%), em drogadização (n= 64; 11,6%), maiores de > 70 anos (n= 43; 7,8%) e diabéticos (n= 36; 6,5%) (Bezerra *et al.*, 2022). Segundo os mesmos autores a escala de risco evidenciou alta vulnerabilidade na área estudada apesar de ser uma região de classe média, alertando a equipe de saúde da família para criar estratégias para minimizar a vulnerabilidade dessas famílias e reprogramar suas atividades nessa área. A aplicabilidade da escala de risco familiar de Coelho e Savassi (2004), mostrou-se sensível na identificação da vulnerabilidade familiar, e pode ser usada para diagnosticar a condição em qualquer ambiente de cuidados primários (Bezerra *et al.*, 2022).

Já no estudo realizado por Monteiro *et al.* (2021) que objetivou avaliar as sentinelas do risco de vulnerabilidade biológica e social das famílias de uma ESF da cidade de Manaus – AM, evidenciou as sentinelas com maior frequência e maior pontuação, foi identificado também

a região com número significativo de famílias vulneráveis. A partir destas informações, a equipe pode acompanhar de forma mais intensa essas famílias, reduzir as desigualdades na situação de saúde e promover a equidade no SUS (Monteiro *et al.*, 2021).

Segundo Monteiro *et al.* (2021) o estudo mostrou que ao adotar a metodologia Coelho-Savassi (2004) as equipes de saúde obtêm diversas vantagens na estratificação das famílias atendidas, com consequente impacto positivo na melhoria dos serviços prestados, além de auxiliar no planejamento e aperfeiçoamento do trabalho das equipes de saúde.

Em outra pesquisa, os autores Moura *et al.* (2016) aplicaram a escala Coelho-Savassi, dando maior atenção a sentinela referente aos pacientes acamados, em uma unidade de saúde em Fortaleza/CE e evidenciaram que a aplicação da escala de risco fortaleceu a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe e permitiu a reavaliação *in loco* dos diversos perfis populacionais (Moura *et al.*, 2016).

No geral, a adoção da escala de risco familiar de Coelho-Savassi (2004) traz melhorias ao trabalho da equipe multiprofissional de saúde e torna o atendimento mais dinâmico e integrado, melhorando a qualidade do serviço a população atendida (Moura *et al.*, 2016).

3.6 Determinantes sociais e ambientais em Saúde

Segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) os determinantes sociais da saúde referem-se às condições de vida das pessoas, as condições sociais, econômicas, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam na ocorrência de problemas de saúde e são considerados fatores de risco em uma população (OMS/WHO, 2008.). A relação entre as condições sociais, como renda, emprego, alimentação, moradia e escolaridade, influenciam a saúde, o acesso aos serviços de saúde e agravamento de doenças, afetando os processos de saúde/doença em diferentes grupos populacionais (Sobral; Freitas, 2010).

Outro importante indutor na geração de doenças e que impactam os serviços de saúde são os problemas ambientais contemporâneos, como degradação dos ecossistemas, poluição e mudanças climáticas (Sobral; Freitas, 2010). A relação direta entre os problemas ambientais e a saúde da população é alvo de discussões e preocupações globais, especialmente em países em desenvolvimento (Khan *et al.*, 2013). No Brasil enchentes e inundações tem elevado o número de casos de leptospirose, especialmente em áreas onde as condições ambientais e socioeconômicos são precárias (Da Silva *et al.*, 2019). Em um estudo realizado no Estado do

Amapá identificou-se que as doenças diarreicas agudas possuem correlação positiva com a qualidade do abastecimento de água, fatores socioeconômicos e as baixas condições de saneamento básico (Araújo *et al.*, 2021). A água contaminada com produtos químicos, metais pesados, agrotóxicos, esgoto, entre outros poluentes é um fator que impacta de forma significativa a saúde e qualidade de vida das pessoas. Além disso, os fatores socioeconômicos determinam a capacidade da população adaptar-se aos efeitos negativos do clima, haja visto que pessoas expostas às situações de vulnerabilidades (como habitar em moradia precária, ser idoso, criança, possuir baixa renda) são as mais suscetíveis de sofrer com os impactos negativos das mudanças climáticas, da contaminação ambiental, entre outras alterações e catástrofes ambientais (Farias, 2021).

Além disso, ondas de calor e frio muito intensos podem ser precursores de cânceres, problemas cardiovasculares, cerebrovasculares, respiratórios e de pele, que por sua vez afetam a mortalidade, além da mortalidade ocasionada por enchentes e movimentos de massa, sendo que o impacto de tais eventos naturais em diferentes grupos populacionais está diretamente relacionado às condições socioeconômicas (Mendonça, 2003).

Atualmente, duas iniciativas institucionais, uma internacional e outra nacional, representam o reinício de uma abordagem baseada na análise da desigualdade em saúde e suas causas estruturais no processo saúde doença (Siqueira *et al.*, 2017). Em 2005, a OMS criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde onde o objetivo é promover a conscientização global em nível internacional sobre o impacto dos fatores sociais no estado de saúde de indivíduos e grupos populacionais e a necessidade de combater as desigualdades de saúde que eles criam (OMS/WHO, 2008; Siqueira *et al.*, 2017).

No Brasil a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde foi criada em 2006, com o objetivo de gerar informação e conhecimento sobre os determinantes sociais da saúde do Brasil; e contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas e programas de promoção da equidade em saúde; e estimular a mobilização de diferentes órgãos governamentais e da sociedade civil sobre esta questão (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Ainda segundo esta comissão, a situação de saúde não depende apenas dos recursos e serviços de saúde, pois tanto nos países pobres quanto nos ricos, a carga de doenças está intimamente relacionada com o nascimento, a vida, as condições de trabalho das pessoas, e também com as condições de seu desenvolvimento, mas também baseia-se na estratificação social e nas condições econômicas, culturais, sociais e ambientais, sendo assim, promover a equidade em saúde significa ir além das intervenções que focam apenas nas causas imediatas

da doença (OMS/WHO, 2008; Siqueira *et al.*, 2017). Para atingir esses objetivos, as ações da comissão nacional são norteadas por três compromissos éticos: garantir a equidade em saúde, recomendar intervenções baseadas em evidências científicas e trabalhar para combater as desigualdades em saúde por meio de vigilância em saúde e de políticas e programas (CNDSS, 2008).

Por outro lado, a Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde Ambiental do Ministério da Saúde adotou o método de abordagem Motriz-Pressão-Situação-Exposição-Efeito-Ações, utilizada pela OMS, cujo modelo mostra que a condição de saúde está relacionada a fatores causais múltiplos (Brasil, 2007). Esse método é uma ferramenta para regular indicadores que permitam uma análise integrada do impacto das condições ambientais na saúde em nível nacional e estadual, permitindo uma análise integrada da saúde ambiental no contexto econômico e social, o modelo também pode ser utilizado para apoiar o monitoramento do estado de sustentabilidade ambiental e da saúde nos níveis regional e municipal (Brasil, 2007). A discussão do tema ambiental vem crescendo ao longo dos anos, e possui indicadores sendo construídos, para a análise dos efeitos na saúde para além do saneamento básico. A importância de preservar a integridade dos ecossistemas e preservar os serviços ambientais devem ser fortemente integradas com a gestão em saúde (FUNASA, 2020).

O conceito geral de vulnerabilidade a desastres abarca três componentes: exposição a perigos; incapacidade de responder; dificuldade em enfrentar o risco (Marandola; Hogan, 2005; Alves; Torres, 2006). Os indicadores de vulnerabilidade socioambiental são considerados instrumentos utilizados para promover ações de planejamento territorial, planejamento de ações em saúde e de gestão ambiental, além de importantes marcadores para o desenvolvimento econômico, os quais possibilitam o poder público atuar com maior coerência em programas de mitigação, por meio de políticas públicas (Oliveira *et al.*, 2010).

Além dos impactos negativos das mudanças climáticas e contaminações ambientais para a população, em especiais das mais vulneráveis, os equipamentos de saúde também são danificados. Um estudo apresentado por Londe *et al.* (2015) evidenciou que durante as enchentes ocorridas em Santa Catarina no ano de 2008, foram declarados estado de calamidade pública em 14 municípios e outros 59 municípios foram declarados estado de emergência, danos em estruturas de atendimento, danos a infraestruturas como estações de tratamento de água, centros de saúde e hospitais, bem como, estoques de equipamentos, insumos e medicamentos foram identificados neste período, causando grandes problemas socioambiental na região. O custo total das perdas e danos das enchentes catarinenses de 2008 foi de R\$ 4.750 bilhões,

divididos em infraestrutura (transporte, água e saneamento), social (moradia, saúde e educação) e produção (agricultura, indústria e comércio) (Londe *et al.* 2015).

Durante os desastres ambientais o número de hospitais e centros de saúde que sofreram com os eventos climáticos e passaram por destruição ou avarias é um motivo de preocupação não só no Brasil, mas em toda a América Latina e Caribe, haja visto que quando ocorrem situações desta amplitude, muitas pessoas procuram os estabelecimentos de saúde (OPAS, 2003).

Outra proposição que vem agregar a discussão sobre a interrelação entre saúde humana, ambiental e animal é a abordagem Uma Só Saúde ou *One Health* que surgiu em 2008, até então as pesquisas e discussões estavam setorizadas em cada uma das áreas. Em 2008, a OMS juntamente com a Organização dos Animais, ambientais e Biológicas, falaram sobre o tema “Um Mundo Uma Saúde”, de onde surgiu o termo Uma Só Saúde, definido como uma colaboração multidisciplinar que faz a interligação de diversas áreas para garantir uma saúde ideal para as pessoas, animais e meio ambiente, fomentando a implementação de política pública que visa unir esforços para promover saúde e prevenir doenças no âmbito interdisciplinar em diferentes âmbitos (Farias, 2021).

Em Lages, local do presente estudo, há diversas vulnerabilidades socioambientais que refletem na saúde da população. Segundo o Censo de 2021, o Índice de Desenvolvimento Humano do Município é de 0,770, ocupando a 50º lugar no Estado de Santa Catarina. No ano de 2020, a proporção de pessoas com ocupação no Município era de apenas 32%, cerca de 54.424 pessoas têm algum tipo de ocupação com média mensal salarial de 2,2 salários-mínimos, 31% dos domicílios apresentam renda de até meio salário mínimo por pessoa e cerca de 6% da população (9.302 pessoas) são beneficiárias do bolsa família (IBGE, 2021). O índice de mortalidade infantil do município é de 14,45 por mil nascidos vivos, ocupando a posição 79 no estado e 1777 no país (IBGE, 2021). Cerca de 85% da população apresenta esgotamento sanitário adequado, mas 15.483 pessoas estão expostas a riscos de inundação, enxurrada e deslizamento (IBGE, 2021).

3.7 Territorialização por meio do uso do georreferenciamento

A territorialização associada ao uso da estratificação da vulnerabilidade familiar e o georreferenciamento permite identificar o território e suas diversidades, identificando as potencialidades, fragilidades, vulnerabilidades, diagnóstico situacional, o que propicia o

planejamento estratégico com equidade e auxilia o processo de trabalho da APS, bem como a gestão com base no território (Calistro *et al.*, 2019).

Para melhorar a análise e a avaliação de dados da saúde pública, os profissionais podem combinar territorialização com Sistemas de Informações Geográficas (GIS) para gerenciar e integrar os dados. Essa ferramenta tecnológica foi reconhecida pela Organização Pan-Americana da Saúde, como uma das técnicas disponíveis mais eficazes para facilitar a tomada de decisões em saúde pública (Câmara; Davis; Monteiro, 2001; OPAS, 2009).

A informatização da Atenção Básica tem sido reconhecida em muitos países como uma importante estratégia para automatizar processos e melhorar a gestão da informação (Montague, 2014). Em 2013, com o objetivo de reorganizar o sistema de informação da Atenção Básica em nível nacional, o Ministério da Saúde desenvolveu sistemas de aplicativos em busca de um SUS eletrônico, sendo um deles o e-SUS AB, um sistema de Coleta de Dados Simplificada (CDS). O CDS é composto por fichas do e-SUS da Atenção Básica que incluem a ficha cadastral pessoal e a ficha cadastral familiar, preenchidas pelos profissionais que as utilizam para fornecer informações ao sistema informatizado, que realiza um agrupamento de dados, possibilitando uma análise dos indicadores em saúde (Brasil, 2014). Vale ressaltar que nos lugares onde a informatização ainda é uma dificuldade, estas fichas são preenchidas em papel e posteriormente transferidas ao sistema (Brasil, 2014).

Nessa abordagem, a territorialização por meio da Estratégia de Saúde da Família é considerada um ponto de partida para iniciar a gestão de ações ao programa de vigilância em saúde, pois possibilita a compreensão das condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde de uma população (Caires; Junior, 2017). A territorialização requer coletar e organizar dados demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos, políticos, culturais e de saúde, que devem ser organizados para que possam ser criados mapas de base e áreas cartográficas temáticas (Caires; Junior, 2017).

A definição das áreas de atuação da Atenção Básica é fundamental para o bom funcionamento dos serviços de saúde, uma vez que o SUS é baseado em áreas específicas, atribuindo os serviços de saúde de acordo com a definição das áreas de abrangência e respeitando a complexidade (Brasil, 2017).

Em seu direcionamento organizacional, o SUS mantém relações importantes para a compreensão das regiões como a identificação de determinadas áreas do panorama do trabalho em saúde para uma determinada população, embora com composições quantitativas e qualitativas distintas (Brasil, 2017).

A regionalização e a priorização são princípios para a organização geográfica dos serviços de saúde, definindo bases regionais formadas por aglomerações crescentes, como as pequenas regiões como pilares do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e as regiões como equipes de saúde atuantes, assim como áreas de cobertura domiciliar e saneamento básico (Caires, Junior, 2017).

O planejamento das ações de gestão tem se mostrado eficiente com o uso da ferramenta de mapeamento e georreferenciamento, haja vista que a análise geovisual evidência de forma mais clara e simples os processos que estão acontecendo no território, que é vivo e está em constante movimento, assim a partir de áreas mapeadas torna-se mais eficiente realizar as ações de vigilância (Bueno *et al.*, 2019).

A geoterritorialização mostrou-se eficiente em identificar o território e mapear os problemas, além de ser um instrumento de fácil acesso e pode sistematizar os dados em saúde pública, cabe salientar que podem ser cruzados vários dados como variáveis ambientais, metodológicas, sociodemográficas norteando ações em saúde para que as esferas decisórias possam sanar as fragilidades apontadas (Moraes *et al.*, 2021).

Sendo assim, observa-se a relevância de realizar esta pesquisa no Município de Lages, pois pode gerar informações sobre as condições socioambientais, o acesso ao Sistema Único de Saúde, além de apontar as peculiaridades do território quanto a possíveis ocorrências de enchentes, movimento de massa de terra, inundação que podem afetar a saúde da população. Salienta-se ainda que levantar estes dados se faz necessário para posterior territorialização, sendo esta ferramenta de suma importância para gestão do processo de trabalho na APS e, para a construção de indicadores que auxiliam na gestão em saúde, assim como no planejamento de ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde do Município.

A seguir será apresentado o artigo científico elaborado com os resultados da referida pesquisa de Mestrado, conforme preconizam as normas do Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da UNIPLAC.

3.8 Artigo

RELAÇÃO ENTRE O RISCO FAMILIAR COM AS ÁREAS DE VULNERABILIDADE SOCIOAMBIENTAL E O ACESSO AO SERVIÇO NA ATENÇÃO BÁSICA

RESUMO

O conceito de saúde caracteriza-se por um completo bem-estar físico, mental e social, sendo um direito garantido a todos pelo SUS. Assim, a Atenção Básica à Saúde é crucial como primeiro nível de atenção, coordenando cuidados e ações de saúde com base em dados epidemiológicos para assegurar equidade no acesso à saúde. Nesse sentido, neste estudo foi analisado a relação entre o risco familiar, os indicadores de vulnerabilidade socioambiental e o acesso ao serviço de saúde na Atenção Básica de um bairro de Lages/SC, por meio de uma pesquisa de natureza descritiva com abordagem quantitativa em uma amostra de cerca de 788 famílias (2725 usuários). Tais dados foram analisados por estatística descritiva, teste associação e correlação e georreferenciamento no *Google Maps*. Os resultados revelaram que os maiores percentuais das famílias foram classificadas como sem risco e com risco R3, segundo a escala de Coelho e Savassi. Em todas as escalas ocorreu um elevado percentual de indivíduos acometidos por hipertensão e diabetes. Na escala de risco R2 e R3 houve um aumento significativo nos escores desemprego e drogatização. Correlações significativas foram encontradas entre o escore de risco R3 com as sentinelas desemprego, drogatização, falta de saneamento básico e relação cômodo morador menos que um. No grupo R3 foi observado piora das condições socioambientais. O grupo de maior risco familiar, R3, teve maior acesso aos serviços de saúde (consultas médicas e de enfermagem). O estudo evidenciou que a estratificação de risco domiciliar possibilita uma melhor gestão do serviço, bem como a priorização do acesso à saúde para a população mais vulnerável, possibilitando a criações de políticas públicas voltadas par esta população identificada, otimização da gestão dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Estratificação de risco; Vulnerabilidade socioambiental; Acesso a saúde; Gestão em saúde; Atenção Básica.

ABSTRACT

The concept of health goes beyond the absence of diseases, but complete physical, mental and social well-being, being a right guaranteed to everyone by the SUS. Therefore, Primary Health Care is crucial as the first level of care, coordinating care and health actions based on epidemiological data to ensure equity in access to health. In this sense, this study was motivated to analyze the relationship between family risk, socio-environmental vulnerability indicators and access to the Primary Care health service in a neighborhood of Lages/SC, through descriptive research with quantitative approach on a sample of around 788 families (2725 users). Such data were analyzed using descriptive statistics, Pearson analysis and georeferenced on Google Maps. The results revealed that the highest percentages were families classified as no risk and R3 risk, according to the Coelho and Savassi scale. In all scales there was a high percentage of individuals affected by hypertension and diabetes, while in risk R2 and R3 there was a significant increase in the unemployment, drug addiction scores and significant correlations were found between the R3 risk score and the other groups in the unemployment sentinels, drugization, lack of basic sanitation and a resident-to-resident ratio of less than one. In group R3, a worsening of socio-environmental conditions was observed. Regarding access to healthcare, the greatest risk was in R3, the flu that had greater access to healthcare services. The study showed that household risk stratification enables better management of the service, as well as the prioritization of access to health for the most vulnerable population, enabling the creation of public policies aimed at this identified population, optimizing the management of health services.

Keywords: Risk classification; Socio-environmental vulnerability; Access to healthcare; Health management; Basic Care.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, além da ausência de doenças (OMS, 1946, 2000). A Constituição Brasileira de 1988 estabelece a saúde como um direito de todos e uma obrigação do Estado

(Brasil, 2016). Para garantir esse direito, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, onde a universalidade assegura o acesso à saúde para todos sem discriminação; mantendo a integralidade, promovendo saúde e prevenindo doenças (Brasil, 1990).

Em 1991, foi lançado o Programa de Agentes Comunitárias de Saúde, que se dedica ao cuidado integral, promoção da saúde e prevenção de doenças. Os Agentes Comunitários de Saúde realizam visitas domiciliares para transmitir informações das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e coletar dados dos pacientes para a equipe de saúde (Brasil, 2010). Em 1994, o Programa Saúde da Família foi criado, ampliando os serviços nas UBS e oferecendo acesso integral à Atenção Básica, passando a se chamar Estratégia de Saúde da Família, em 2011, tornando-se o primeiro nível de atenção à saúde (Brasil, 2011).

A Atenção Básica em Saúde (APS) cuja proposta é cuidar das pessoas e não somente tratar doenças ou condições específicas é reconhecida como o primeiro nível de atenção à saúde e caracterizada por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, e familiar, ou seja, é a principal porta de entrada do usuário ao SUS e tem como objetivo a promoção e prevenção de doenças, proteção da saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (Brasil, 2019).

A concepção de Atenção Básica à Saúde contempla três componentes essenciais: acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema de saúde; indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social, reconhecendo-se os determinantes sociais; e participação social (Ramirez, 2011).

Os profissionais da Atenção Básica em Saúde devem conhecer e adscrever o território, promover ações intersetoriais, organizar os serviços de saúde, realizar a territorialização e identificar indivíduos e grupos em risco, de modo a planejar e executar ações focadas nos condicionantes de saúde locais, elaborar mapas com dados epidemiológicos e sociodemográficos, a fim de localizar famílias e áreas de risco. Assim, tais atribuições são dadas aos profissionais para organizar as ações de saúde no território (Brasil, 2011; Brasil, 2017).

Atualmente, as tecnologias ajudam na criação de mapas, contribuem para a territorialização e georreferenciamento, melhoram e facilitam o trabalho e aproximam a população das equipes de saúde, e favorecem o cuidado de famílias vulneráveis e garantem o acesso, a continuidade do cuidado e a boa gestão em saúde (Beck et al., 2019; Berney et al., 2015; Camargos, 2019; Faure et al., 2017).

No processo de territorialização e mapeamento dos determinantes de saúde, a Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi (2004) é uma ferramenta de gestão eficaz, visto que nos indicadores de risco familiar são avaliadas as condições de saneamento, drogadição, analfabetismo, desemprego, doenças mentais, deficiências, hipertensão, diabetes, número de acamados, idade dos moradores e a relação entre o número de moradores e cômodos (Coelho; Savassi, 2004).

A estratificação de risco familiar busca identificar famílias com maior risco para priorizar o cuidado àquelas mais vulneráveis, a escala de risco deve ser usada em todas as Unidades Básicas de Saúde por sua eficácia em detectar vulnerabilidades sociais, ajudando na gestão de saúde baseada em territórios vulneráveis (Bezerra *et al.*, 2022; Costa *et al.*, 2020).

A gestão eficaz na Atenção Básica em Saúde é desafiadora, pois precisa atender às necessidades da população, organizar dados para embasar decisões e garantir o acesso aos serviços. Assim, a gestão deve se basear na colaboração entre diversos profissionais, com o objetivo de superar a fragmentação do cuidado e promover ações conjuntas em saúde (Ferreira *et al.*, 2020; Zanoni *et al.*, 2020).

A Atenção Básica resolve até 85% das necessidades de saúde da população atendida ao organizar o cuidado, garantir o acesso, ao equilibrar a oferta e demanda e gerenciar os usuários do sistema (Mendes, 2015). A Estratégia de Saúde da Família amplia a cobertura de famílias assistidas pelos ACS, mas enfrenta desafios como garantir acesso e integralidade do cuidado, devido à falta de recursos e ao modelo hospitalocêntrico predominante (Morisini; Fonseca, 2018).

No contexto do Município de Lages, onde foi conduzida a pesquisa, a Atenção Básica em Saúde é constituída por 27 Unidades Básicas de Saúde que abrigam 50 Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A Diretora de Atenção Básica do município identificou que uma das principais dificuldades enfrentadas é a gestão do acesso dos pacientes ao sistema, devido à demanda que excede a capacidade de atendimento, resultando em sobrecarga aos profissionais e custos adicionais para o sistema de saúde. Destaca ainda, que para melhorar a gestão em saúde, é crucial promover o trabalho interdisciplinar e intersetorial das equipes da Atenção Básica com a população, considerando o risco familiar, as vulnerabilidades ambientais presentes no ambiente dos usuários e a capacidade de acesso aos serviços de saúde (Lages, 2022). Nesse contexto, o objetivo geral deste estudo foi avaliar a relação entre o risco familiar, as áreas de vulnerabilidade ambiental e o acesso aos serviços de saúde da Atenção Básica em um bairro do município de Lages/SC.

METODOLOGIA

A pesquisa é de natureza descritiva, com coleta de dados a campo e abordagem quantitativa, com intuito de avaliar a relação entre o risco familiar, as áreas de vulnerabilidade socioambiental e o acesso ao serviço de Atenção Básica de um bairro de Lages/SC.

A presente pesquisa foi realizada na área de abrangência da Unidade de Saúde São Pedro no Município de Lages/SC, no período de janeiro de 2022 à janeiro de 2023. Lages é o maior município em extensão territorial de Santa Catarina, localizado na Serra Catarinense, tem aproximadamente 157.158 habitantes e o índice de desenvolvimento humano 0,770, considerada a 57ª posição no estado (IBGE, 2019).

A Unidade de Saúde São Pedro está localizada no bairro São Pedro na região leste da cidade de Lages/SC. Esta unidade de saúde é responsável pela cobertura de aproximadamente seis bairros, com 1587 famílias, totalizando cerca de 4844 usuários cadastrados. As famílias estão divididas em duas áreas, sob a responsabilidade de duas equipes da Estratégia de Saúde de Família (ESF), denominadas como área 30 e área 31, sendo a área 30 com 788 famílias e 2725 usuários e a área 31 com 749 famílias e 2091 usuários, estas áreas subdividem em microáreas, sendo que cada equipe é responsável por uma área que se subdivide em 04 microáreas.

As equipes da Unidade de Saúde São Pedro são compostas por dois enfermeiros, três técnicos de enfermagem, dois médicos, dois cirurgiões dentistas, dois auxiliares de saúde bucal, auxiliar de serviços gerais e oito agentes comunitários de saúde (ACS).

Participantes da pesquisa e coleta dos dados

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos com o parecer n.º 6.209.487. O estudo foi realizado com 788 famílias, totalizando 2725 usuários cadastrados na área 30 da Unidade de Saúde de Saúde São Pedro no município de Lages, SC. Foram incluídas nessa pesquisa as famílias com cadastro ativo e registro completo no sistema do município (G-mus) e que aceitaram o acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde (ACS).

O sistema G-mus é utilizado no município de Lages para acompanhamento dos usuários no sistema de saúde, os dados inseridos neste sistema são exportados para os sistemas nacionais do Ministério da Saúde. Foram excluídas do estudo as famílias que não estavam cadastradas no sistema da Unidade de Saúde São Pedro, e aquelas que recusaram a visita domiciliar ou que não aceitaram o acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde.

Anualmente a gestão da UBS do Bairro São Pedro realiza capacitação com os ACS para informar e sensibilizar os agentes comunitários de saúde sobre o recadastramento das famílias/usuários da Unidade de Saúde do bairro, bem como, o correto preenchimento da ficha do e-SUS, inclusa no sistema G-mus, haja visto que este preenchimento fidedigno é utilizado para classificar o risco familiar.

Em maio de 2022, ocorreu a capacitação dos ACS sobre o recadastramento e, posteriormente, os ACS revisitaram todos os domicílios cadastrados no território, a fim de revisar os cadastros das famílias, sendo que esta etapa foi finalizada no mês de julho de 2023. Após o recadastramento foi obtida e aplicada a estratificação do risco familiar, conforme descrito a seguir.

Estratificação do Risco Familiar

Após capacitação sobre a aplicação do risco familiar de Coelho e Savassi (2004) (Tabela I), os ACS aplicaram o referido instrumento de risco familiar para todas as famílias cadastradas na UBS do bairro São Pedro entre os meses de agosto e setembro de 2023.

O instrumento de estratificação de risco familiar consiste em uma soma de 13 sentinelas de risco social, sendo 11 de caráter individual drogadização, analfabetismo, desemprego, doença mental, deficiência física, hipertensão arterial sistêmica - HAS, *Diabetes Mellitus* - DM, pessoa acamado, indivíduos com mais de setenta anos e menor de seis meses de idade e duas sentinelas não individuais, tais como baixas condições de saneamento e a relação entre o número de moradores da residência e o número de cômodos, informações que estão contidas nas fichas do e-SUS (Quadro I). As sentinelas somadas resultam em um escore, com a qual identifica se a família é de baixo, médio ou alto risco.

Após a organização dos dados em planilha de Excel foi realizada a estratificação de risco familiar para cada domicílio (788 famílias) conforme o escore da tabela I.

Acesso aos serviços de saúde

Para determinar a amostra a ser investigada quanto o acesso aos serviços de saúde das famílias, foi realizado cálculo amostral estratificado a partir do resultado da escala de risco familiar (famílias classificadas com alto risco, baixo, médio e sem risco) da área 30 do bairro São Pedro no município de Lages a partir do programa SESTnet (Tabela 2). A técnica utilizada para a seleção das famílias foi a análise probabilística por cluster ou conglomerado, onde a unidade amostral (famílias) refere-se ao conglomerado por meio do qual foi acessado a unidade de análise (indivíduos que compõem a família). Ou seja, após realizado o sorteio das famílias todos os indivíduos da família sorteada foram incluídos no estudo.

Tabela 2 – Resultado do cálculo amostral realizado no SESTNet com 95% de intervalo de confiança para a população da área 30 do bairro do bairro São Pedro no município de Lages, SC.

Estratificação de Risco de Coelho e Savassi	População da área 30		Resultado do cálculo amostral	
	Número de famílias	Número de pessoas	Número de famílias	Número de pessoas
Sem Risco (SR) – Escore menor que 5	510	1632	167	541
Risco R1 – Escore 5 ou 6	110	378	39	146
Risco R2 – Escore 7 ou 8	63	233	18	72
Risco R3 - Maior que 9	105	482	35	163
Total	788	2725	259	922

Após o sorteio das famílias em cada estrato de risco foi solicitado ao setor responsável pelos indicadores da Secretaria Municipal de Saúde os relatórios com o quantitativo de consultas médicas, de enfermagem e visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde no período de janeiro de 2022 a janeiro de 2023, para todos os integrantes de cada família em cada grupo de risco.

Posteriormente, os dados fornecidos pela secretária de saúde foram planilhados, com o quantitativo de atendimentos realizados por profissional de nível superior, médico e enfermeiro, e o quantitativo de visitas domiciliares realizadas pelos ACS, a todos os integrantes das famílias sorteadas em cada estratificação de risco familiar.

Obtenção da situação de risco socioambiental das famílias

Para cada família classificada na escala de risco familiar e selecionada para compor a amostra do item anterior (acesso aos serviços de saúde) foi levantado a situação socioambiental.

As seguintes variáveis foram levantadas: número de analfabetos e desempregados na família, saneamento, tipo da moradia. Também foi levantado a informação se as famílias recebem Auxílio Brasil, pois essa variável pode influenciar a vulnerabilidade das famílias a eventos de risco. Os dados foram obtidos através de relatórios fornecidos via Secretaria Municipal de Saúde, com a concordância do responsável pelo setor para realização da pesquisa.

Foi solicitado ao setor de indicadores da Secretaria Municipal de Saúde um relatório com o tipo de moradia, (própria, cedida, alugada, ocupação) juntamente com o relatório de beneficiários do Auxílio Brasil das famílias da área de estudo. Após o recebimento dos relatórios, os dados foram organizados em planilha de Excel e tabulados. Em seguida, os dados foram comparados entre as famílias de cada escala de risco sorteadas para o estudo.

Outro dado que foi pesquisado durante o período do estudo foi o número de focos de ocorrência do mosquito da dengue (*Aedes aegypti*), bem como o número de armadilhas instaladas na região do estudo. Para este dado foi solicitado ao Agente Comunitário de Endemias da região o relatório das armadilhas, bem como, o número de casos no período da pesquisa.

Análise de dados

Os dados coletados foram organizados em planilha do Excel, posteriormente foi realizado uma análise descritiva (média, desvio padrão, percentual) com os resultados apresentados e ilustrados na forma de tabelas e figuras. A estratificação das famílias nos quatro grupos de risco familiar (sem risco, risco 1, 2 e 3), assim como a pontuação dos escores de cada família foi realizada conforme preconiza a escala de risco de Coelho e Savassi (2004).

Para relacionar os escores do risco familiar com os indicadores de vulnerabilidade socioambiental da área (analfabetismo, desemprego, saneamento básico) foi utilizada a correlação de Pearson. Enquanto para as variáveis qualitativas de vulnerabilidade socioambiental como o recebimento de auxílio financeiro governamental e tipo de moradia foi realizada o teste de associação qui-quadrado com as categorias de risco familiar. A relação entre os escore do risco familiar e o acesso aos serviços de Atenção Básica (número de visitas

domiciliares dos agentes comunitários de saúde e o número de consultas médicas e de enfermagem a todos os indivíduos que compõem a família) foi realizado por meio de correlação de Person. Além disso, para investigar as diferenças entre os quatro grupos de estratificação de risco familiar foi empregado a análise de variância (ANOVA one way), seguido de teste post hoc (Tukey). Todas as análises foram realizadas utilizando o software estatístico SPSS, utilizando nível de significância de $p < 0,05$.

A última etapa da pesquisa foi a construção de mapas georreferenciados, no aplicativo *Google Maps*. Primeiramente foram realizados plotagens georreferenciadas para os indivíduos sorteados na amostra classificados com R1, R2 e R3, o segundo mapa foi plotado com os fatores de saúde, e o último mapa foi construído unindo os fatores sociais, ambientais. Foi usada a coordenada geográfica em UTM de cada residência familiar para a elaboração dos mapas (Sirgas, 2000).

4 RESULTADOS

Neste item será apresentado os resultados da pesquisa, onde inicialmente será abordado a estratificação do risco familiar, na sequência o acesso a saúde, o risco socioambiental, e por fim o mapeamento da distribuição dos níveis de risco familiar, sendo que em cada um desses itens estão descritas informações e a forma que o processo foi realizado, de tal forma a indicar a necessidade de priorizar estratégias, investimentos em recursos humanos e financeiros, com direcionamento àquelas famílias em maior vulnerabilidade, respondendo aos objetivos propostos nessa Dissertação.

4.1 Estratificação do risco familiar

A estratificação do risco familiar foi aplicada com o intuito de determinar o risco social e de saúde, pois busca refletir o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar. Assim, foi possível verificar distintos riscos familiares no território analisado. Das 789 famílias selecionadas, 510 (65%) foram classificadas sem risco (SR), 110 (14%) famílias classificadas com risco um (R1), 63 (8%) famílias classificadas com risco dois (R2) e 105 (13%) famílias classificadas com risco três (R3), sendo o escore médio da escala de risco (12,1) e a média de indivíduos por família (4,6 indivíduos por família) mais elevada na classe de risco três conforme pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 3 – Percentual de família em cada escore da escala de Coelho e Savasi para uma população de 788 famílias do Bairro São Pedro do Município de Lages/SC.

RISCO FAMILIAR	N.º FAMÍLIAS (%)	N.º INDIVÍDUOS (%)	MÉDIA DE INDIVÍDUOS POR FAMÍLIA	ESCORE MÉDIO POR GRUPO FAMILIAR
Sem Risco (SR)	510 (65%)	1.632 (60%)	3,2	1,8
Risco 1 (R1)	110 (14%)	378 (14%)	3,4	5,4
Risco 2 (R2)	63 (8%)	233 (9%)	3,7	7,3
Risco 3 (R3)	105 (13%)	482 (17%)	4,6	12,1
TOTAL	788	2.725	3,4	

Fonte: Autora (2024).

Ao analisar cada sentinela da Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi para as 788 famílias selecionadas, foi possível observar maior frequência de ocorrência da sentinela de Hipertensão Arterial Sistêmica, sendo que em 357 famílias (45,2%) ao menos um indivíduo é acometido pela doença, seguida pela sentinela desemprego que ocorreu em 229 famílias (29,1%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Frequência de ocorrência e percentual para cada sentinelas da escala de Coelho e Savassi para uma população de 788 famílias (2.725 indivíduos), do Bairro São Pedro do Município de Lages/SC.

SENTINELAS	FAMÍLIAS (%)	SOMA DE INDIVÍDUOS POR DOMICÍLIO (%)	MÉDIA DE INDIVÍDUOS POR FAMÍLIA
Acamados	7 (1%)	9 (0,3%)	1,3
Deficientes físico	23 (2,9%)	25 (0,9%)	1,1
Deficiente mental	28 (3,5%)	39 (1,4%)	1,4
Saneamento Básico	44 (5,6%)	-	-
Desnutrição	0 (0%)	0	0,0
Drogadição	80 (10,1%)	115 (4,2%)	1,4
Desemprego	229 (29,1%)	376 (13,8%)	1,6
Analfabetismo	56 (7,1%)	78 (2,9%)	1,4
Menor de 6 meses	12 (1,5%)	13 (0,5%)	1,1
Maior de 70	119 (15,1%)	137 (5,0%)	1,2
HAS	357 (45,2%)	419 (15,4%)	1,2
DM	114 (14,4%)	126 (4,6%)	1,1
Maior que 1 cômodo	526 (33,2%)	-	-
Igual a 1 cômodo	149 (42,3%)	-	-
Menor que 1 cômodo	113 (24,2%)	-	-
Sem sentinela	257 (50,3%)		
TOTAL DE FAMÍLIAS	788	2.725	3,5

* os percentuais podem ultrapassar 100% pois, cada família pode pontuar em mais de uma sentinela.

Fonte: Autora (2024).

Das 510 famílias (que somam 1632 indivíduos) classificadas como sem risco familiar, 164 famílias (31,5%) apresentavam a Hipertensão Arterial Sistêmica. Além disso, em 435 famílias (83,6%), a relação cômodo/morador em suas residências é maior que um cômodo por morador, conforme apresentado na Tabela 5. É importante destacar que nas famílias classificadas como sem risco (SR), os escores de acamados, saneamento básico e desnutrição

não foram pontuados (Tabela 5). Além disso em 257 famílias (50,3%) não foram registradas nenhuma sentinela de risco.

Tabela 5 – Número de famílias e indivíduos acometidos em cada sentinela no grupo sem risco (SR) familiar (N=510 famílias) da escala de risco de Coelho e Savassi, do Bairro São Pedro do Município de Lages/SC.

GRUPO SEM RISCO	FAMÍLIAS (%)	SOMA DE INDIVÍDUOS POR DOMICÍLIO (%)	MÉDIA DE INDIVÍDUOS POR FAMÍLIA
Acamados	0	0	-
Deficientes Físico	2 (0,4%)	2 (0,1%)	1
Deficiente Mental	3 (0,6%)	5 (0,3%)	1,7
Saneamento Básico	0	-	-
Desnutrição	0	0	-
Drogadição	5 (1,0%)	5 (0,3%)	1
Desemprego	20 (4,0%)	20 (1,2%)	1
Analfabetismo	8 (1,5%)	8 (0,5%)	1
Menor de 6 meses	4 (0,8%)	4 (0,2%)	1
Maior de 70	36 (7,0%)	38 (2,3%)	1,1
HAS	164 (31,5%)	182 (1,1%)	1,1
DM	36 (7,0%)	36 (2,2%)	1,0
Maior que 1 cômodo	435 (83,6%)	-	-
Igual a 1 cômodo	61 (11,7%)	-	-
Menor que 1 cômodo	14 (2,3%)		
Não pontuaram nas Sentinelas	257 (50,3%)	832 (50,9%)	3,2
TOTAL DE FAMÍLIAS	510	1.632	3,0

* os percentuais podem ultrapassar 100% pois, cada família pode pontuar em mais de uma sentinela.

Fonte: Autora (2024).

Dentre as famílias que receberam a estratificação de risco um (R1), observou-se que 66,3% (73 famílias) apresentam pessoas diagnosticadas com Hipertensão Arterial Sistêmica, e 64,5% (71 famílias) possuem pessoas desempregadas. Além disso, 43,6% (48 famílias) possuem uma relação morador/cômodo > 1. Outros 22,7% (25 famílias) possuem integrantes com idade superior a 70 anos e 24,5% (27 famílias) contam com membros que sofrem de Diabetes Mellitus.

Em 7,2% (em 8 famílias) há relatos de envolvimento com drogas e 10,0% (11 famílias) afirmam que pelo menos um membro do núcleo familiar é analfabeto. As sentinelas deficiência física, deficiência mental e ausência de saneamento básico estavam presentes em cerca de 4% das famílias com estas condicionalidades (Tabela 6).

Ainda na Tabela 6 é importante destacar que nas famílias classificadas como risco um (R1), as sentinelas acamados, desnutrição e crianças com idade menor de seis meses somaram a pontuação menor que 1% ou não pontuaram no período em que o instrumento foi aplicado.

Tabela 6 – Número de famílias e indivíduos acometidos em cada sentinela no grupo R1 (N=110 famílias) da escala de risco de Coelho e Savassi do Bairro São Pedro do Município de Lages/SC.

GRUPO RISCO R1	FAMÍLIAS (%)	SOMA DE INDIVÍDUOS POR DOMICÍLIO (%)	MÉDIA DE INDIVÍDUOS POR FAMÍLIA
Acamados	1 (0,9%)	1 (0,3%)	1
Deficiente físico	4 (3,6%)	4 (1,3%)	1
Deficiente mental	4 (3,6%)	4 (1,3%)	1
Saneamento Básico	4 (3,6%)	-	
Desnutrição	0	0	-
Drogadição	8 (7,2%)	11 (2,9%)	1,3
Desemprego	71 (64,5%)	94 (24,8%)	1,3
Analfabetismo	11 (10,0%)	13 (3,4%)	1,1
Menor de 6 meses	1 (0,9%)	1 (0,3%)	1,0
Maior de 70	25 (22,7%)	29 (7,6%)	1,2
HAS	73 (66,3%)	85 (22,4%)	1,2
DM	27 (24,5%)	29 (7,6%)	1,2
Maior que 1 cômodo	48 (43,6%)		
Igual a 1 cômodo	41 (37,2%)		
Menor que 1 cômodo	20 (18,1%)	-	-
TOTAL DE FAMÍLIAS	110	378	3,4

* os percentuais podem ultrapassar 100% pois, cada família pode pontuar em mais de uma sentinela.

Fonte: Autora (2024).

Das 63 famílias classificadas com risco dois (R2), as sentinelas com maior percentual foram em famílias com moradores desempregados, correspondendo a 74,6% (47 famílias), seguida por famílias com indivíduos diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica, 68,2% (43 famílias). Em 38,0% (24 famílias) ao menos um dos indivíduos é acometido por Diabetes Mellitus. Com relação a sentinela relação cômodo/morador, cerca de 36,5% (23 famílias) possuíam moradias com um cômodo por morador.

Outra informação que merece destaque é que 23,8% (15) das famílias possuem ao menos um usuário de drogas. Em se tratando de saneamento básico 12,9% (8 famílias) não possuem e as demais sentinelas deste grupo apresentaram um dado inferior a 10%, conforme Tabela 7.

Tabela 7 – Número de famílias e indivíduos acometidos em cada sentinela no grupo R2 (n=63 famílias) da escala de risco de Coelho e Savassi, do Bairro São Pedro do Município de Lages/SC.

GRUPO RISCO R2	FAMÍLIAS (%)	SOMA DE INDIVÍDUOS POR DOMICÍLIO (%)	MÉDIA DE INDIVÍDUOS POR FAMÍLIA
Acamados	2 (3,1%)	2 (0,8%)	1
Deficientes físico	4 (6,3%)	4 (1,7%)	1
Deficiente mental	7(11,1%)	7 (3,0%)	1
Saneamento Básico	8 (12,6%)	-	-
Desnutrição	0 (0%)	0 (0%)	0
Drogadição	15 (23,8%)	15 (6,4%)	1
Desemprego	47 (74,6%)	66 (28,3%)	1,4
Analfabetismo	7 (11,1%)	10 (4,2%)	1,4
Menor de 6 meses	1 (1,5%)	1 (0,4%)	1
Maior de 70	17 (27,0%)	21 (9,0%)	1,2
HAS	43 (68,2%)	55 (23,6%)	1,2
DM	20 (31,7%)	24 (10,3%)	1,2
Maior que 1 cômodo	22 (34,9%)		
Igual a 1 cômodo	23 (36,5%)		
Menor que 1 cômodo	16 (25,3%)	-	-
TOTAL DE FAMÍLIAS	63	233	3,7

* os percentuais podem ultrapassar 100% pois, cada família pode pontuar em mais de uma sentinela.

Fonte: Autora (2024).

Cerca de 105 famílias foram classificadas como risco três (R3). Nesta estratificação de risco foi possível observar que o desemprego impacta 87,6% (92 famílias), enquanto a Hipertensão Arterial Sistêmica estava presente em 73,3% (77 famílias). Quando se trata da composição das moradias, 27,6% ou 29 residências tinham um cômodo por morador e 53,3% (56 famílias) tinham a relação cômodo/morador menor que um. Em relação ao saneamento básico 30,4% (32 famílias) dos domicílios não possuíam saneamento adequado. Além disso, 49,5% (52 famílias) tinham pessoas envolvidas com drogas e 40,0% (42 famílias) tinham moradores com mais de 70 anos de idade. Também foi identificado que 30,4% (32 famílias) classificadas como risco três (R3) tinham pelo menos um membro com Diabetes Mellitus (Tabela 8). Outros fatores relevantes incluem o analfabetismo, presente em 28,5% (30) das famílias. Os demais escores pontuaram menos de 20% em cada sentinela, conforme Tabela 8.

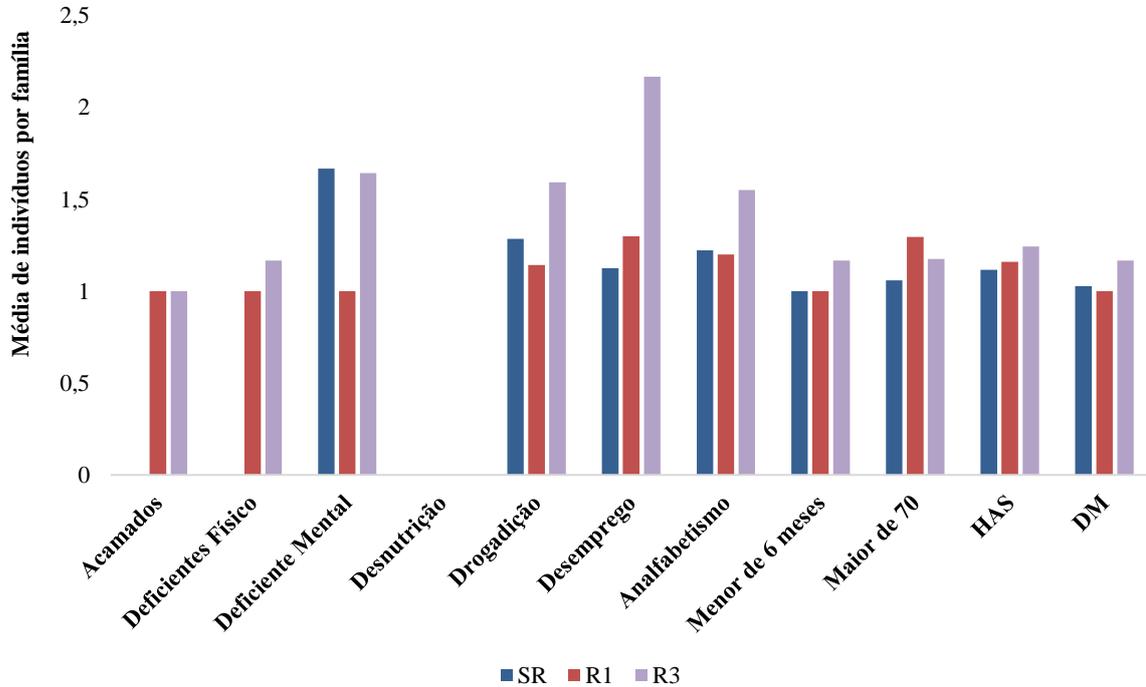
Tabela 8 – Número de famílias e indivíduos acometidos em cada sentinela no grupo R3 (N=105 famílias) da escala de risco de Coelho e Savassi, do Bairro São Pedro do Município de Lages/SC.

GRUPO RISCO R3	FAMÍLIAS (%)	SOMA DE INDIVÍDUOS POR DOMICÍLIO (%)	MÉDIA DE INDIVÍDUOS POR FAMÍLIA
Acamados	5 (4,7%)	5 (1,0%)	1
Deficientes físicos	13 (12,3%)	15 (3,1%)	1,1
Deficiente mental	16 (15,2%)	27 (5,6%)	1,7
Saneamento Básico	32 (30,4%)	-	-
Desnutrição	0	0	-
Drogadição	52 (49,5%)	84 (17,4%)	1,6
Desemprego	92 (87,6%)	196 (41,0%)	2,1
Analfabetismo	30 (28,5%)	47 (9,7%)	1,6
Menor de 6 meses	6 (5,7%)	7 (1,4%)	1,2
Maior de 70	42 (40,0%)	50 (10,3%)	1,2
HAS	77 (73,3%)	98 (20,3%)	1,3
DM	32 (30,4%)	39 (8,1%)	1,2
Maior que 1 cômodo	20 (19,0%)		
Igual a 1 cômodo	29 (27,6%)		
Menor que 1 cômodo	56 (53,3%)	-	-
TOTAL DE FAMÍLIAS	105	482	4,6

Fonte: A Autora (2023).

Dentre as classificações pesquisadas, observou-se que a média de indivíduos por famílias acometidas pelas sentinelas desemprego e analfabetismo nos grupos de risco dois (R2) e risco três (R3) foi mais alta quando comparado aos grupos sem risco (SR) e risco um (R1), por outro lado, nas demais sentinelas não se observa discrepância significativa, conforme pode ser melhor observado no Figura 2. A hipertensão arterial e diabetes acometem de forma similar as famílias em todas as classificações de risco.

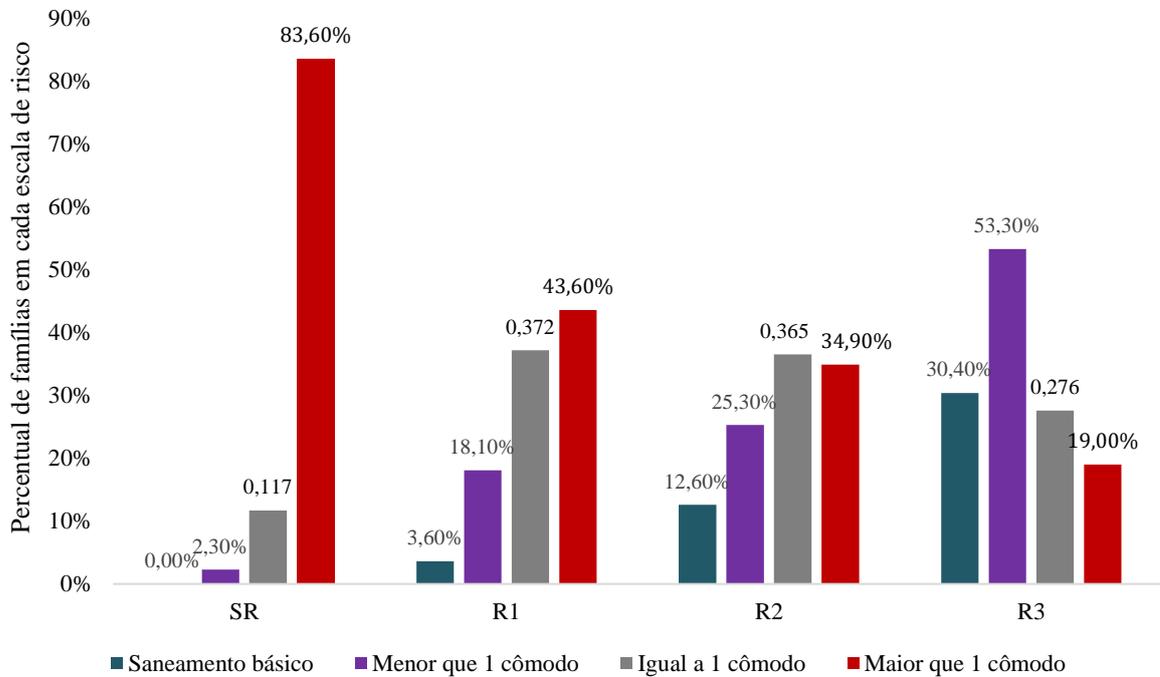
Figura 2 – Médias das sentinelas desemprego, analfabetismo, drogadição e doença mental da escala de risco de Coelho e Savassi, do Bairro São Pedro do Município de Lages/SC.



Fonte: Autora (2024).

Quanto a sentinela saneamento básico foi possível identificar um total de 44 famílias com a falta de saneamento básico, o que corresponde a 5,6% do total de famílias estudadas. Sendo que das 510 famílias classificadas como sem risco (SR) não houve ocorrência desta sentinela, enquanto nas famílias classificadas com risco três (R3) foram identificadas 32 famílias (30,4%) com falta de saneamento básico (Figura 3), ou seja, o percentual desta sentinela crescente conforme o grau de vulnerabilidade social. A comparação também é observada na sentinela relação cômodo/morador, pois conforme aumenta a vulnerabilidade social, o número de cômodos diminui proporcionalmente (Figura 3).

Figura 3 – Sentinelas de Moradia, Saneamento Básico, Relação cômodo morador menor que um cômodo e Relação cômodo morador igual a um cômodo, entre o período de 2022 e 2023, no bairro são Pedro, Lages Santa Catarina (N =788)



Fonte: Autora (2024).

4.2 Acesso aos serviços de saúde

Quanto ao acesso a saúde, o grupo sem risco (SR) correspondente a 167 famílias e um total de 541 indivíduos, receberam 1.398 visitas domiciliares feitas pelos Agentes Comunitários de Saúde, ou seja, uma média de 2,6 visitas por indivíduo. Além disso, passaram por um total de 733 consultas médicas ou de enfermagem no período estudado, ou seja 1,3 atendimento/indivíduo no ano (Tabela 9).

As 39 famílias classificadas como risco um (R1) compostas por um total de 146 indivíduos, receberam um total de 319 visitas domiciliares, o que corresponde a uma média de 2,2 visita/indivíduo no período de 12 meses. Quanto aos atendimentos, foram registrados 220 atendimentos médicos ou de enfermagem neste mesmo período, ou seja, uma média de 1,5 atendimentos/indivíduo (Tabela 9).

No grupo de risco dois (R2) foi possível observar que as 18 famílias compostas por 72 indivíduos, receberam um total de 199 visitas domiciliares do agente comunitário em saúde, ou

seja, uma média de 2,8 visita/indivíduo em 12 meses e 146 atendimentos médicos ou de enfermagem no mesmo período (2,0 médias/indivíduos) (Tabela 9).

No grupo risco três (R3) composto por 35 famílias e 163 indivíduos receberam um total de 514 visitas domiciliares (média de 3,1 visitas /indivíduo) em 12 meses e 470 atendimentos médicos e de enfermagem (média de 2,9 atendimento/indivíduo) ao longo deste período (Tabela 9).

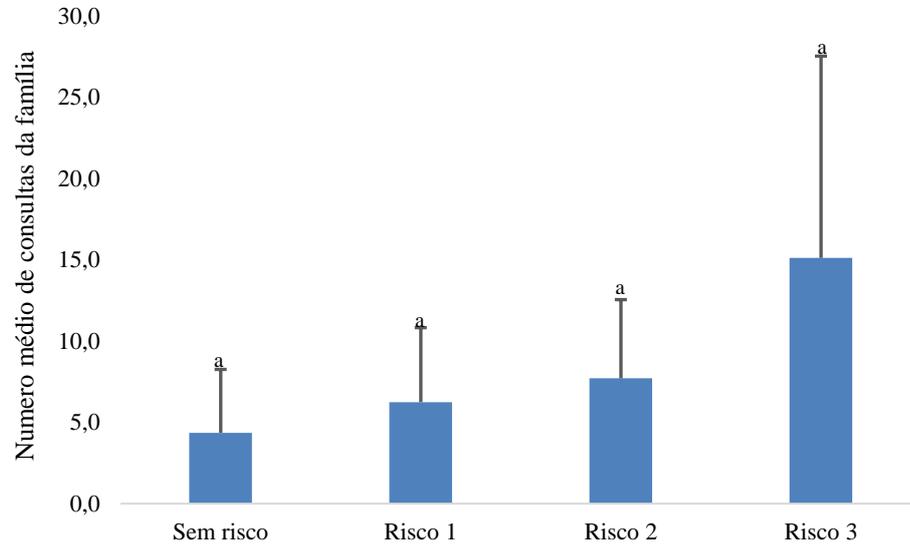
Tabela 9 – Visitas Domiciliares e de consultas médica e de enfermagem durante o período de 12 meses da pesquisa no bairro São Pedro Lages Santa Catarina nos anos de 2022 e 2023

ESCORE DO RISCO FAMILIAR	N. DE FAMÍLIAS	N.º TOTAL DE INDIVÍDUOS	N.º VISITAS DOS ACS AOS INDIVÍDUOS (MÉDIA POR INDIVÍDUO)	N.º DE CONSULTAS PELOS INDIVÍDUOS (MÉDIA POR INDIVÍDUO)
Sem risco	167	541	1398 (2,6)	733 (1,3)
R1	39	146	319 (2,2)	220 (1,5)
R2	18	72	199 (2,8)	146 (2,0)
R3	35	163	514 (3,1)	470 (2,9)

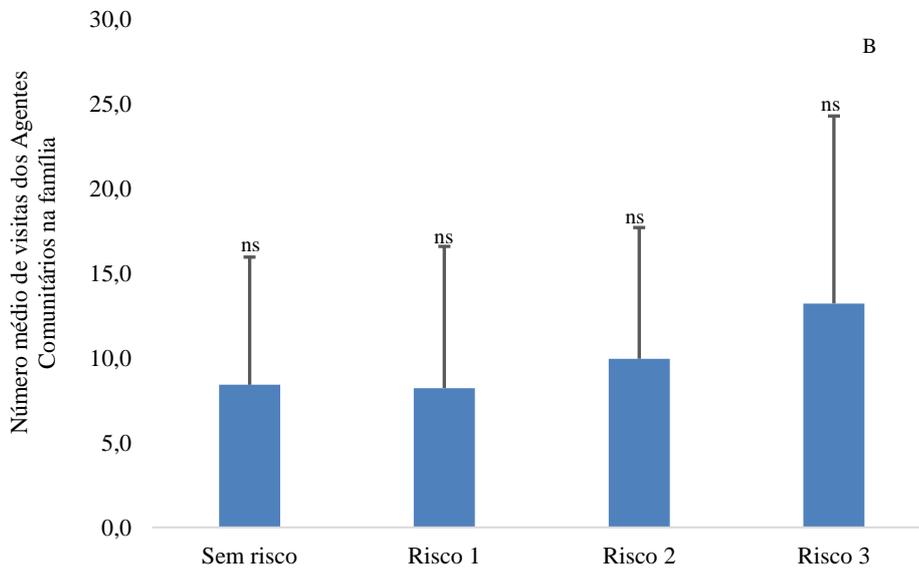
Fonte: Autora (2024).

Os resultados evidenciaram que apesar de fraca, houve correlação positiva significativa apenas entre o escore da estratificação de risco familiar e o número de consultas médicas e de enfermagem recebidas pela família ($r= 0,4$, $p<0,05$). Ao comparar os quatro grupos de risco familiar referente ao número de visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde e de consultas médicas ou de enfermagem recebidos por todos os indivíduos que compõem as famílias por meio da análise de variância (Anova), verificou-se que houve diferença estatística entre os quatro grupos de risco apenas para o número de consultas recebidas pelos indivíduos que compõem o grupo de risco familiar ($F=18,3$, $p<0,05$). Após a realizar o teste pos hoc de tukey foi verificado que a diferença se encontra entre o grupo de risco R3 com os demais grupos ($p<0,05$), ou seja, o número de consultas do grupo R3 foi maior, indicando que os indivíduos deste grupo possuem maior acesso as consultas, já os demais grupos apresentaram números similares, revelando a equidade entre os grupos estudados, o que demonstra um trabalho realizado de forma imparcial e justa, embora seja possível observar um leve aumento no R3. Por outro lado, o número de visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde foi similar entre os 4 grupos de risco familiar ($F=1,1$, $p>0,05$) (Figura 4).

Figura 4 – Número médio de Consultas médicas e de enfermagem (A) e visitas dos Agentes Comunitários de Saúde (B) por grupo de risco familiar durante o período de 12 meses da pesquisa no bairro São Pedro Lages Santa Catarina nos anos de 2022 e 2024



Fonte: Autora (2023).



^{ns} Não possui diferença estatística (Anova one way).

Fonte: Autora (2024).

4.3 Vulnerabilidade socioambiental das famílias

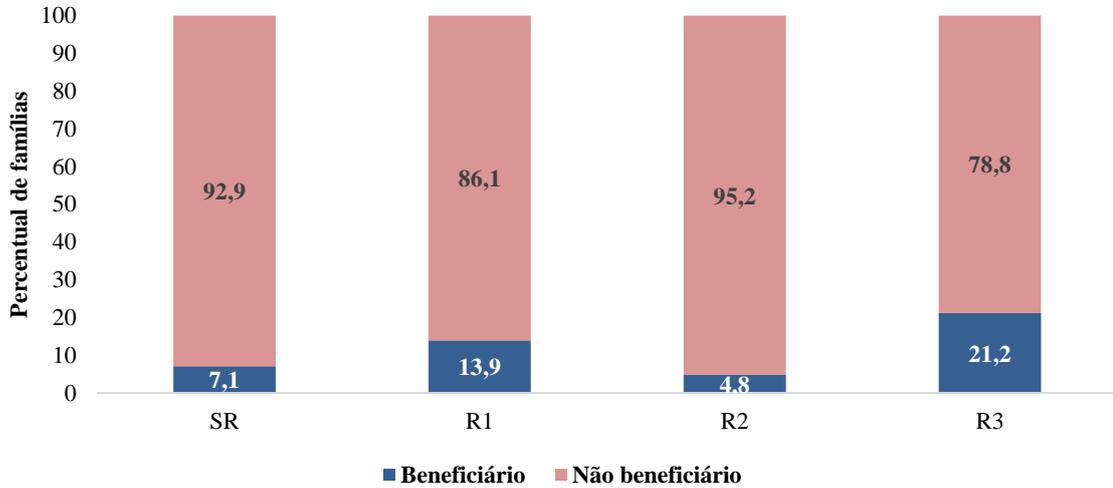
O levantamento de informações junto a vigilância epidemiológica mostrou ausência de focos de ocorrência do mosquito da dengue, haja visto que essa região é monitorada frequentemente com armadilhas instaladas na área do estudo. Os dados apontaram que no período de janeiro de 2022 a janeiro de 2023 não foram identificados focos de mosquito da dengue na região. O relatório também apontou que esta região continha 27 armadilhas instaladas, as quais tinham monitoramento periódico. Considerando o local ser predominantemente frio, acredita-se ser este um dos motivos para que o foco do mosquito não se prolifere, uma vez que a incidência deste mosquito se dá em ambientes com cenário de chuvas e elevadas temperaturas, típico de um clima tropical, que não é o caso do Município de Lages.

A análise de correlação de Pearson evidenciou correlação significativa entre o escore de risco familiar e o número de indivíduos analfabetos e desempregados ($p < 0,05$). E a análise de variância (ANOVA one way) mostrou que há diferença significativa entre os quatro grupos de risco familiar para a variável desemprego ($F=71,5$, $p < 0,05$), sendo esta diferença encontrada entre o grupo sem risco, R2 e R3 e entre R1, R2 e R3 ($p < 0,05$). Para a variável analfabetismo também houve diferença entre os grupos ($F=34,9$, $p < 0,05$).

Houve correlação significativa e positiva entre o escore de estratificação de risco familiar e a variável saneamento básico mesmo que fraca ($r=0,4$, $p < 0,05$). A análise de variância (Anova) também indicou diferença estatística entre os quatro grupos de risco referente ao saneamento básico ($F=14,8$, $p < 0,05$). Após a realizar o teste pos hoc de tukey foi verificado que a diferença se encontra entre o grupo de risco R3 com os demais grupos ($p < 0,05$), ou seja, há maior número de residências do grupo R3 com falta de saneamento básico que os demais grupos.

Das famílias classificadas como sem risco (SR), 7,1% (12 famílias) eram famílias beneficiárias do Programa do Governo intitulado Auxílio Brasil. No grupo risco um (R1) foram encontradas 12,8% (5 famílias) e no risco dois (R2) 5,5% (apenas 1 família) que recebiam o benefício. Enquanto, no estrato de famílias com risco três (R3) foi observado a presença de 20,0% (7 famílias) beneficiárias do Programa Auxílio Brasil (Figura 5). O teste de qui-quadrado mostrou que há associação entre a estratificação de risco familiar e o recebimento do auxílio econômico governamental, ou seja, há uma tendência de que as famílias beneficiadas com o referido auxílio estejam alocadas no grupo de risco R3 ($p < 0,05$).

Figura 5 – Percentual de beneficiários do Programa Auxílio Brasil na amostra sorteada da área 30, do bairro São Pedro, Lages, Santa Catarina, entre 2022 e 2023.



Fonte: Autora (2024).

Neste estudo, foram identificadas que 95% (240) das moradias eram próprias, 5% (13) delas eram alugadas, uma das moradias estava identificada como cedida e outra como ocupação. O teste de qui-quadrado não mostrou associação significativa entre os quatro grupos de risco familiar quanto ao tipo de moradia ($p > 0,05$).

4.4 Mapeamento

O mapeamento georreferenciado no *google maps* revelou que as famílias com risco R1, R2, R3, da amostra, estão distribuídas de maneira dispersa no território estudado. Observa-se pequenas concentrações das famílias classificadas como R3 em uma determinada região do território, porém não formando grandes aglomerações. Foram mapeadas e identificadas as famílias que continham algum tipo de risco, sorteadas na pesquisa, sendo elas, 35 famílias classificadas como risco três (R3), considerado alto, 18 famílias como risco dois (R2), considerado médio, e 39 famílias como risco um (R1), considerado baixo, conforme Figura 6. O grupo sem risco não foi plotado.

Figura 7 – Sentinelas Hipertensão Arterial, Deficiente Mental e *Diabetes Mellitus* da amostra da população classificada com R1, R2 e R3 do Bairro São Pedro do Município de Lages/SC.

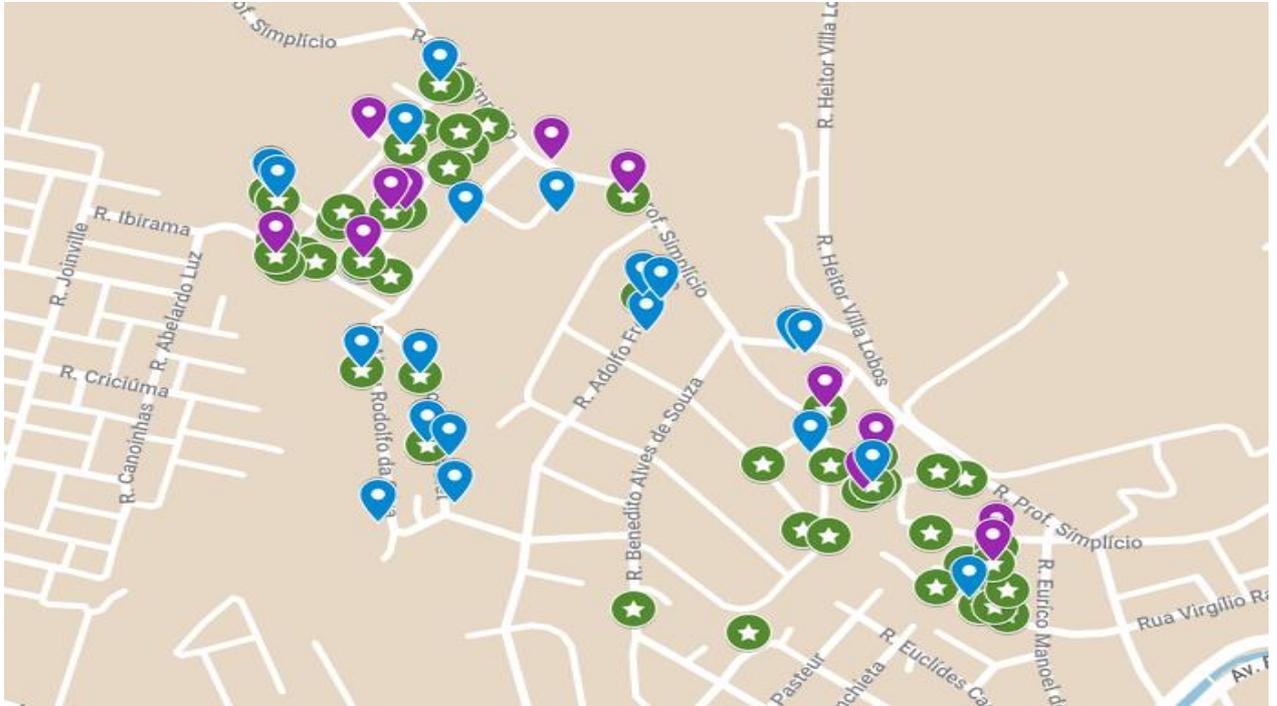


Hipertensão	24 Famílias
Diabetes	29 Famílias
Deficiente Mental	13 Famílias

Fonte: Autora (2024).

Ao mapear as sentinelas desemprego, drogadição e analfabetismo identificou-se que duas regiões apresentam maior número de pessoas desempregadas, enquanto a outras dois sentinelas possuem a distribuição mais homogenia, não apresentando maiores concentrações em nenhuma área específica (Figura 8).

Figura 8 – Sentinelas Desemprego, Drogadição, Analfabetismo da amostra da população classificada com R1, R2 e R3 do Bairro São Pedro do Município de Lages/SC.



Desemprego	50 Famílias
Analfabetismo	20 Famílias
Drogadição	13 Famílias

Fonte: Autora (2024).

5 DISCUSSÃO

Este estudo mostrou que a estratificação do risco familiar está associada aos dados socioambientais e ao acesso a saúde, sendo que conforme o risco familiar aumenta, fatores relacionados aos dados socioambientais (analfabetismo, desemprego, saneamento básico inadequado e número de beneficiários de auxílio governamental) e o acesso a saúde (número de consultas por profissional de nível superior) aumentam conforme o grau de risco familiar.

Além disso, a aplicação da escala de risco familiar mostrou que em todos os grupos houve elevado percentual de famílias que possuem indivíduos acometidos pela hipertensão arterial e diabetes. O percentual da população acometida hipertensão arterial (cerca de 15,4%) deste estudo é maior que a média da Secretaria Municipal de Saúde de Lages (11,8%), mas menor que a média nacional, que é de 26,3% (IBGE, 2019). A população do Sul do Brasil atinge um percentual de 24,5% de pessoas acometidas pela doença, conforme estudo realizado IBGE (2019). Segundo o Ministério da Saúde (2013) a hipertensão arterial ou pressão alta é uma doença de alta prevalência, em especial, nos países de baixa e média renda, como é o caso do Brasil. É um importante fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças cardiovasculares. Esse dado mostra que ações voltadas a orientação da população referente aos cuidados com o controle da hipertensão arterial ainda precisam ser melhoradas no Bairro estudado.

A ocorrência de *Diabetes Mellitus* na população estudada foi similar a registrada para a população do município, que corresponde a 5% da população cadastrada na Secretaria Municipal de Saúde de Lages 2024 (SMS Lages), e menor que a média nacional que é de 7,4% da população (Vigitel, 2019). O percentual expressado na população estudada pode ser explicado considerando as ações de prevenção adotadas pela Secretaria de Saúde do Município, além de orientações, conforme projetos intitulados, projeto “Fortalecendo a rede de cuidados em relação ao *Diabetes Mellitus*”, um projeto desenvolvido e implementado pela Prefeitura de Lages por meio da Secretaria Municipal da Educação no ano de 2023, ou o “Projeto PlanificaSUS”, que vem sendo implantado por esta equipe desde o ano de 2019. O Projeto PlanificaSUS é desenvolvido em parceria com o Instituto Albert Einstein através do PRO ADI SUS e constitui na planificação do cuidado de saúde, fortalecendo o papel da atenção básica em saúde, além de organizar o processo de trabalho com foco nas necessidades dos usuários.

Ao avaliar cada uma das sentinelas, um dado que chama atenção é a média elevada de 1,4 indivíduos por família da sentinela deficiente mental, em especial no grupo de risco um

(R1). Na pesquisa publicada pelos autores Rego *et al.* (2016), a sentinela deficiência mental ficou expressada em 64%, demonstrando existir um risco mais prevalente, os autores afirmaram ainda que no Brasil as políticas públicas de saúde em prol da saúde mental vêm sofrendo reformulações e mudanças, e buscam a melhoria da qualidade de vida e assistencial. Os autores acrescentam ainda que a família é a principal fonte de atenção, provedora do cuidado, que geralmente, identifica as necessidades e buscam os serviços de saúde, para garantir a melhor forma de evitar complicações e agravamento dos sintomas do membro doente.

Bernardo (2011) afirma que a saúde mental também é reconhecida como indispensável ao bem-estar dos indivíduos para o bom convívio familiar e social. Guareschi e Bernardes (2006), indicam que a vulnerabilidade social e saúde mental se agrava no instante em que acontece a falta de conscientização dos sujeitos envolvidos e de políticas assistenciais.

Os autores indicam ainda que além destes indivíduos viverem em espaços estigmatizadores e vulneráveis, uma vez que, se percebem diferentes, devido ao sofrimento psíquico, acabam por assumirem determinadas posições de sujeito, pois, tornam-se vulneráveis aos olhos dos outros, em diferentes esferas de suas vidas, que os enxergam como incapacitados de exercerem outros papéis sociais, fazer escolhas e tomar decisões, o que reafirma que estes indivíduos necessitam de maior cuidado e atenção (Guareschi; Bernardes, 2006),

Este estudo evidenciou que a densidade familiar aumenta conforme a estratificação de risco familiar, o que parece associado aos fatores socioeconômicos. No estudo proposto por Méio e Morsch (2003), os autores afirmam que a densidade familiar ou número de pessoas por cômodo reflete de maneira significativa na piora das condições socioeconômicas. Conforme enfatizam os autores Bezerra, Macedo e Medeiros (2022), são várias as formas de vulnerabilidade, especialmente a fragilidade dos grupos em função da situação econômica. Os autores enfatizam ainda que a aplicação da Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi (2004) se mostra sensível a identificação de vulnerabilidades familiares.

As sentinelas desemprego, analfabetismo e drogatização estão relacionadas aos maiores escores da escala de risco familiar, ou seja, os maiores valores foram encontrados no extrato classificado como R3, de maior risco familiar, sendo os percentuais da região estudada elevados se comparados a média registradas para Lages e Brasil. Segundo a OMS (2022) cerca de 6% da população brasileira faz uso de alguma substância química, enquanto em Lages cerca de 1% da população faz uso de álcool ou outras drogas, segundo o Portal de Indicadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (2023).

Segundo Albuquerque *et al.* (2022), a drogatização muitas vezes está associada ao desemprego, pois pode acarretar uma vida sem significados, que aliado a desordem psíquica pode levar ao uso de drogas. O estudo desenvolvido por Barros e Oliveira (2009) indica que o desemprego pode ocasionar uma desordem simbólica e psíquica, podendo acarretarem conflitos no relacionamento familiar e social do sujeito; isolamento social; especialmente a ocorrência constante de uso de álcool ou de outras drogas; apelo anormal para a religião ou esporte; ou agravamento de problemas sociais, como por exemplo, a criminalidade e a informalidade do trabalho.

No geral, os percentuais de pessoas desempregadas na população estudada, em especial nos grupos R2 e R3 são maiores que os indicadores nacionais que é de cerca de 9,3% (IBGE, 2024). Conforme IBGE (2023), 3,6% da população de SC encontra-se desempregada, enquanto o percentual de desempregados na área estudada com maior risco (R3) chegou a 41%, sendo este percentual muito acima da média nacional e estadual

Ao observar os dados referentes ao acesso à saúde é possível identificar que não há diferença significativa na média de visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde as famílias conforme o grau de risco, o que demonstra a equidade entre os grupos estudados, levando a compreender que vem sendo realizado um trabalho de forma imparcial e justa, mas que indica que seria necessário aumentar o número de visitas nas famílias de maior risco. Por outro lado o número de consultas de profissional de nível superior por indivíduo foi maior no estrato de risco familiar R3 com relação aos demais grupos.

Os dados indicam que a gestão em saúde da UBS do bairro está priorizando as pessoas em maior risco familiar, conforme preconiza o Sistema Único de Saúde. No entanto, os resultados deste estudo apontam que será necessário melhorar o acesso as consultas médicas e de enfermagem ao grupo de risco R2 e o números de visita domiciliar e acompanhamento dos grupos de Risco R2 e R3 pelos agentes comunitários de saúde.

No Brasil as visitas domiciliares realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde devem ser mensais, podendo ser com maior frequência conforme a vulnerabilidade familiar (Brasil, 2017). A média anual de consulta/habitante preconizada pela Portaria de 2015, n.º 1631/MS/GM é de 2 a 3 pelo profissional médico e de 0,5 a 1 pelo profissional enfermeiro, podendo mudar conforme a condição de saúde do usuário, questões socioeconômicas ou planejamento em saúde (Brasil, 2015).

Segundo Jabotá (2011) e Oliveira (2017) ressalta que condições de habitabilidade consideradas básicas, como redes de esgotamento sanitário e de abastecimento de água,

tratamento de efluentes, coleta de resíduos, obras de contenção de encostas e drenagem de águas pluviais, aliada às precárias condições de habitação, agravam esta exposição ao risco, e ainda, quando atreladas as carências de serviços públicos de acesso a saúde, maior se torna a exposição a risco dos indivíduos submetidos a estas condições, pois conforme a estratificação do risco familiar, poderá existir a necessidade de um maior número de consultas. Este estudo mostrou que os maiores escores da escala de risco familiar foi associado as condições de falta de saneamento básico.

No estrato R3 também foi encontrado o maior percentual de famílias que recebem benefícios sociais, o que já era esperado, pois estes apresentam maior vulnerabilidade social. Para os autores Costa (2020), os indivíduos classificados com maior vulnerabilidade devem receber maior cuidado pelo poder público, uma vez que, vivem em risco mais elevado.

Segundo Carvalho e Rocha (2020) enfatizam que para estes indivíduos deve haver maior planejamento urbano, como por exemplo o fornecimento de infraestrutura básica adequada e saneamento para propiciar mais qualidade de vida. Os autores Tesser et al. (2018) enfatizam que é essencial manter a vigilância e ações em saúde a esta população, na tentativa de estimular a educação permanente e o cuidado continuado por meio do fortalecimento de ações e políticas públicas voltadas a população pelo governo federal, estadual e municipal.

Semzezem e Alves (2013) ressaltam em sua pesquisa que uma vez compreendido que as vulnerabilidades sociais estão vinculadas a situações de empobrecimento, especialmente relacionadas a dificuldades materiais para a manutenção da sobrevivência, mas, também, a dificuldades relacionais e culturais, as quais interferem na forma de viver dos trabalhadores e de suas famílias, é necessário o suporte de algum benefício econômico.

Para Monteiro *et al.* (2021), conhecer sobre os diferentes riscos permite aos gestores um planejamento mais eficiente das ações e organização dos serviços de saúde oferecidos aos indivíduos classificados com risco. Bezerra, Macedo e Medeiros (2022), apontam que a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS afirma que o alcance de um padrão de saúde desejável, que independente da raça, religião, ideologia política, situação econômica ou social devem estar fundamentadas na Atenção Primária à Saúde.

Neste sentido o governo deve assumir a responsabilidade, sustentabilidade, participação, orientação de qualidade e segurança a respeito da implementação, para que assim possa ser respondido de forma equitativa e eficaz às necessidades de saúde dos indivíduos, especialmente os indivíduos classificados com risco.

Por outro lado, este estudo evidenciou que a maioria dos indivíduos possuem moradia própria. Esta afirmação se dá diante do fato da região ter grande parte do seu território formado por condomínios populares e regiões de área verde com construções irregulares, que ao longo do tempo foram sendo regularizadas pelo município (Oliveira, 2017). No ano de 2024 muitos destes moradores receberam a escritura dos seus terrenos regularizando as moradias que estavam construídas em terrenos considerados com área verde, conforme o Projeto de Lei n.º 62/2017 intitulado Programa de Regularização Fundiária no Município de Lages implantado pela Prefeitura do Município de Lages (2022).

Cabe ressaltar que a Lei n.º 17.492 de 22 de janeiro de 2018, a qual dispõe sobre a responsabilidade territorial urbana, considera em seu Art. 2.º área destinada a uso pública, a área verde, que é convertida em direito real de propriedade na forma da Lei Federal n.º 13.465 de 11 de julho de 2017, a qual dispõe sobre a regularização fundiária rural e urbana, desde que identificado de seus ocupantes, o tempo da ocupação e a natureza da posse. Os condomínios populares da região de estudo tiveram seu início em 1997, por intermédio do Programa Habitar Brasil, que possibilitou a construção de 30 residências populares no bairro Gralha Azul para populações de baixa renda que necessitavam ser realocadas de áreas de risco (Mascaró, 2012).

Diante dos resultados desta dissertação que evidenciou que os escores de risco familiar estão relacionados com as condições socioambientais (analfabetismo, desemprego, saneamento básico e recebimentos de benefícios sociais), os grupos de risco familiar em maior vulnerabilidade deve ser priorizados quanto ao acesso a saúde, visando que tais famílias geralmente expostas a algum tipo de risco socioambiental sejam atendidas dentro de forma prioritária, utilizando o princípio da equidade no acesso a saúde. Os riscos socioambientais são entendimentos como o resultado da associação entre os riscos naturais e os riscos decorrentes de processos naturais agravados pela atividade humana e pela forma de ocupação do território (Carvalho, 2015).

Para Carvalho e Rocha (2020) um dos motivos pelos quais os indivíduos classificados com risco socioambiental estão diretamente relacionados ao processo de urbanização desordenado, uma vez que traz prejuízos incalculáveis ao meio ambiente, assim como para sociedade. Jabotá (2011) aponta que uma vez que os indivíduos vivam em ambientes em situações de risco, chamam a atenção do poder público, criando oportunidades a estes indivíduos e grupos sociais a estes riscos.

No geral, este estudo mostrou uma relação significativa do risco familiar com os indicadores de vulnerabilidade socioambiental e ao acesso aos serviços de saúde, ressaltando

que é fundamental compreender e abordar as necessidades de saúde das famílias, para que os gestores construam políticas públicas municipais voltadas as necessidades dos usuários, como estímulo ao emprego, programas de enfrentamento ao uso de substâncias ilícitas, entre outras. Quanto a estratificação do risco está revelou padrões de dispersão pelo território estudado, a qual poderá contribuir para uma gestão mais eficiente nas intervenções em saúde, especialmente para aquelas famílias que foram identificado situação de maior vulnerabilidade. Conhecer os diferentes riscos familiares permite um planejamento mais eficiente das ações e da organização dos serviços de saúde oferecidos a população.

A utilização da Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi (2004), permitiu identificar as principais variáveis socioambientais que afetam os grupos de maior risco, tais como desemprego, analfabetismo, saneamento básico e benefícios sociais. Além disso, aspectos como a prevalência de *Diabetes Mellitus* e hipertensão arterial acometeram um elevado percentual em todos os grupos de riscos, evidenciando a necessidade de intervenções específicas para o controle dessas condições de saúde. Observou-se, também, um aumento expressivo na incidência de drogadição em famílias classificadas em estratos de maior risco, o que reforça a importância de abordagens multidisciplinares e preventivas nesse contexto. Este estudo reforça a relevância de iniciativas e políticas públicas voltadas para a prevenção e o cuidado em saúde, como desenvolvimento de projetos relacionados a hipertensão arterial, ao diabetes mellitus e ao planejamento urbano (saneamento básico), ressaltando a necessidade de priorizar o acesso à saúde para as famílias mais vulneráveis e garantir a equidade e atenção adequada às necessidades específicas de cada indivíduo, conforme preconiza os princípios do SUS.

6 CONCLUSÃO

A estratificação de risco familiar possibilitou refletir o potencial de adoecimento de cada núcleo família e indicou diferenças níveis de risco familiar. O acesso a saúde, analisado a partir de indicadores da Secretaria Municipal de Saúde permitiu conhecer a realidade em saúde, possibilitando assim realizar acompanhamento e planejamento com ações voltadas ao público específico. O estudo também evidenciou que as famílias avaliadas no período tiveram acesso aos serviços de saúde, (consultas de enfermagem e médicas) quanto aso Agentes Comunitários de Saúde, os acompanhamentos poderiam ser melhor assistidos.

Quanto ao risco ambiental chamou a atenção para a ausência de ocorrências do mosquito da Dengue, embora houvesse armadilhas instaladas, as quais eram monitoradas periodicamente, além disso foi identificado a existência de domicílios que sofrem com a ausência de saneamento básico.

Este estudo reforça a relevância de iniciativas e políticas públicas voltadas para a prevenção e o cuidado, como os projetos relacionados ao diabetes mellitus, estímulo ao emprego, prevenção ao uso e abuso de substâncias ilícitas ao planejamento urbano, ressaltando a necessidade de priorizar o acesso à saúde para as famílias mais vulneráveis, garantindo equidade e atenção adequada às suas necessidades específicas, conforme preconiza os princípios do SUS, é importante ressaltar a necessidade de mais estudos nesta linha de pesquisa, visando auxiliar na construção de políticas públicas para as populações com maior vulnerabilidade.

7 REFERÊNCIAS DO ARTIGO

ALBUQUERQUE, C. K.; MOREIRA, F. M.; SOUZA, E. S.; et al. A relação entre o desemprego e o alcoolismo. **Research, Society and Development**, v. 11, n.10, e546111033349, 2022.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – ALESC. **Lei n.º 17.492 de 22 de janeiro de 2018**. Dispõe sobre a responsabilidade territorial urbana, o parcelamento do solo, e as novas modalidades urbanísticas, para fins urbanos e rurais, no Estado de Santa Catarina e adota outras providências. Florianópolis, 22 de janeiro de 2018.

ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Nações Unidas do Brasil**. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 2 jun., 2022.

BARROS, C. A. D.; OLIVEIRA, T. L. D. Saúde mental de trabalhadores desempregados. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, v. 9, n. 1, p. 86-107, 2009.

BERNARDO, M. H.; NOGUEIRA, F. R. C.; BÜLL, S. Trabalho e saúde mental: repercussões das formas de precariedade objetiva e subjetiva. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 63, p. 83-93, 2011.

BERNEY, D.; et al. Using environmental public health tracking to identify community targets for public health actions in childhood lead poisoning in wisconsin. **Journal of Public Health Management**, v. 21, p. 1–5, 2015.

BEZERRA, A. L. D.; MACEDO, M. B.; MEDEIROS, N. M. H.; et al. Risco familiar segundo a escala de Coelho e Savassi – análise em uma unidade básica de saúde do Nordeste. **Concilium**, v. 22, n. 3, p. 20–32, 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 jun., 2022.

BRASIL. **Lei n.º 8.080 de 19 de dezembro de 1.990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 19 set., 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria n.º 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 21 out., 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. Brasília: MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF), 2017.

BRASIL. **Resolução n.º 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n.º 13.465 de 11 de julho de 2017**.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria n.º 2.979 GM/MS, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União 2019.

CAMARGOS, M. A. Uma experiência de uso do georreferenciamento e do mapeamento no processo de territorialização na Atenção Primária à Saúde. **Saúde Pública**, p. 1–11, 2019.

CANTO, T. S. Cartography, new technologies and geographic education: theoretical approaches to research the field. **International Cartographic Association**, p. 1–6, 2017.

CARVALHO, A. C. L.; ROCHA, G. DE M. Análise dos riscos e da vulnerabilidade socioambiental urbana, face ao desenvolvimento desordenado e a pressão aos recursos hídricos em Belém –PA. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 4, p. 18127–18142, 2020.

CARVALHO, M. S. Riscos e vulnerabilidades socioambientais na bacia costeira do rio Vaza Barris/Sergipe/Brasil: **Contribuições para o planejamento e gestão ambiental**. VIII Congresso sobre Planejamento e Gestão das Zonas Costeiras dos Países de Expressão Portuguesa. Aveiro. 2015.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade** [Internet], v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/104>. Acesso em: 24 out., 2022.

COSTA, S. T.; *et al.* A utilização da estratificação de risco familiar para a organização do processo de trabalho no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Global index Medicus**, v. 23, p. 1–8, 2020.

FAURE, E.; *et al.* A accuracy of two geocoding methods for geography information system-based exposure assessment in epidemiological studies. **Enviromental Health**, p. 1–12, 2017.

GUARESCHI, N.; BERNARDES, A. G.; *et al.* A Vulnerabilidade social e o programa Hospital-dia: uma discussão sobre as políticas públicas em Saúde Mental. **Rev. Cienc. Humanas**, n. 40, p. 299-316, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Cidades**. 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/lages/panorama>. Acesso em: 9 mar., 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. v. 4, 2019.

JABOTÁ, S. U. S. Urbanização, meio ambiente e vulnerabilidade social. **Boletim Regional, Urbano e ambiental**, v. 5, jun., 2011.

LAGES, **Secretaria Municipal de Saúde de Lages**, 2022.

MASCARÓ, J. J. Análise da opinião da população sobre a arborização urbana em bairros de diferentes classes sociais. **REVSBAU**, Piracicaba – SP, v.7, n.4, p.69-76, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/revsbau.v7i4.66544>

MÉIO, M. D. B. B.; LOPES, C. S.; MORSCH, D. S. Fatores prognósticos para o desenvolvimento cognitivo de prematuros de muito baixo peso. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 3, 2003.

MENDES, E. V.; *et al.* A construção social da atenção primária à saúde. **Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, v. 45, 2015.

MONTAGUE E. The promises and challenges of health information technology in primary health care. **Primary Helth Care and Development**. v.15, n. 3, p. 227-30, 2014.

MONTEIRO, W. G.; CASTRO, M. S.; FERREIRA, D. S. Sentinelas de risco familiar em uma Estratégia Saúde da Família de Manaus. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 4416-4425, 2021.

MOROSINI, M. V. G. V.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p 11- 24, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7ppb5bj8w46g3s95gfctzjx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 ago., 2022.

OLIVEIRA, Grazielle Schemes; AGOSTINETTO, Lenita. A influência do planejamento do uso e ocupação do solo na qualidade de vida urbana: Santa Helena, Lages/SC. Lages, 2017. 183 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Site**. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/brasil>. Acesso em: 5 ago., 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - Agenda 2030**. 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 21 abr., 2024.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LAGES. Câmara Municipal de Lages - SC. **Projeto de Lei n.º 62 de 2017**. Institui o programa de regularização fundiária no Município de Lages, e dá outras providências.

REGO, A. S.; et al. Estratificação de risco familiar no contexto da estratégia de saúde da família. **Rev Enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 3, p. 977-84, mar., 2016.

RIBEIRO, A. I.; *et al.* Tools for address georeferencing – limitations and opportunities every public health professional should be aware of. **Journals Plos One**, p. 1–13, 2014.

SEMZEZEM, P.; ALVES, J. M. Vulnerabilidade social, abordagem territorial e proteção na política de assistência social. **Serv. Soc. Rev.**, v. 16, n. 1, p. 143-166, 2013.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 361–378, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Ottawa Charter for Health Promotion**. 1986. Disponível em: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/em/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health**. 2008. Disponível em: https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf

ZANONI, E. M.; *et al.* Artigo de Revisão O Cuidado Interdisciplinar e Intersetorial nas Equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família. **Id online Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 14, p. 1282–1295, 2020.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

Ao realizar a presente pesquisa foi possível compreender e se aproximar da relação entre o risco familiar com os indicadores de vulnerabilidade socioambiental e o acesso ao serviço de saúde da Atenção Básica de um Bairro do Município de Lages. Na ocasião, a pesquisa proporcionou resultados valiosos ao classificar as famílias em diferentes níveis de risco familiar ao mapeá-las no território estudado.

O resultado apresentado nesta pesquisa é fundamental para compreender a dispersão do risco familiar ao indicar uma distribuição sem grandes aglomerações ao longo do território de cobertura da unidade de saúde onde foi realizada a pesquisa, visando apoiar a gestão dos serviços de tal forma a melhorar sensivelmente os atendimentos a todas os usuários sem nenhuma discriminação, pois o estudo evidenciou que a estratificação de risco domiciliar possibilita uma melhor gestão do serviço, bem como a priorização do acesso à saúde para a população mais vulnerável, possibilitando a criações de políticas públicas voltadas para esta população identificada, otimização da gestão dos serviços de saúde. Cabe ressaltar que os dados coletados e analisados ficarão à disposição da equipe para gestão em saúde do Município.

A estratificação de risco familiar possibilitou refletir o potencial de adoecimento de cada núcleo família e indicou diferentes níveis de risco familiar. O acesso a saúde, analisado a partir de indicadores da Secretaria Municipal de Saúde permitiu conhecer a realidade em saúde. Quanto ao risco ambiental chamou a atenção para a ausência de ocorrências do mosquito da Dengue, embora houvesse armadilhas instaladas, as quais eram monitoradas periodicamente, além disso foi identificado a existência de domicílios que sofrem com a ausência de saneamento básico.

A utilização da Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi permitiu uma abordagem detalhada, identificando correlações significativas entre os diferentes níveis de risco e as diversas variáveis socioambientais, incluindo o desemprego, alfabetismo, e acesso aos benefícios sociais, com maior percentual mais elevado nas famílias classificadas com maior risco. Observou-se, também, um aumento expressivo na incidência de drogadição em famílias classificadas em estratos de maior risco, o que reforça a importância de abordagens multidisciplinares e preventivas nesse contexto. Além disso, aspectos como a prevalência de diabetes mellitus e hipertensão arterial foram destacados, evidenciando a necessidade de intervenções específicas para o controle dessas condições de saúde.

O estudo demonstrou que a estratificação do risco familiar se faz necessária para melhorar o gerenciamento das necessidades em saúde dos indivíduos/ família, haja visto que conforme o risco familiar aumenta, elas devem receber maior atenção dos profissionais de saúde, sejam estes acompanhamentos por visita domiciliar ou atendimento da equipe técnica. Fica evidenciado no estudo que a partir da estratificação de risco, o gestor da unidade de saúde consegue realizar esse gerenciamento de forma mais eficiente, tendo em vista que as famílias estão devidamente classificadas em grau de vulnerabilidade, podendo assim realizar acompanhamento e planejamento com ações voltadas ao público específico. O estudo evidenciou que as famílias avaliadas no período tiveram acesso aos serviços de saúde, (consultas de enfermagem e médicas) quanto aos Agentes Comunitários de Saúde, os acompanhamentos poderiam ser melhor assistidos.

Este estudo reforça a relevância de iniciativas e políticas públicas voltadas para a prevenção e o cuidado, como os projetos relacionados ao diabetes mellitus, estímulo ao emprego, prevenção ao uso e abuso de substâncias ilícitas ao planejamento urbano, ressaltando a necessidade de priorizar o acesso à saúde para as famílias mais vulneráveis, garantindo equidade e atenção adequada às suas necessidades específicas, conforme preconiza os princípios do SUS, é importante ressaltar a necessidade de mais estudos nesta linha de pesquisa, visando auxiliar na construção de políticas públicas para as populações com maior vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C. K.; MOREIRA, F. M.; SOUZA, E. S.; et al. A relação entre o desemprego e o alcoolismo. **Research, Society and Development**, v. 11, n.10, e546111033349, 2022.

ALVES, H. P. F.; TORRES, H. G. Vulnerabilidade socioambiental na cidade de São Paulo: uma análise de famílias e domicílios em situação de pobreza e risco ambiental. **São Paulo em Perspectiva**, v. 20, n. 1, p. 44-60, 2006. Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v20n01/v20n01_04.pdf. Acesso em: 23 jan., 2023.

Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde; 17-21 Mar. 1986, Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

ARAÚJO, E. P.; et al. Indicadores de abastecimento de água e doenças de transmissão hídrica em municípios da Amazônia oriental. **Engenharia Sanitária e Ambiental**, v. 26, n. 6, 2021. <https://doi.org/10.1590/S1413-415220200179> . Acesso em: 19 fev., 2023.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – ALESC. **Lei n.º 17.492 de 22 de janeiro de 2018**. Dispõe sobre a responsabilidade territorial urbana, o parcelamento do solo, e as novas modalidades urbanísticas, para fins urbanos e rurais, no Estado de Santa Catarina e adota outras providências. Florianópolis, 22 de janeiro de 2018.

ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Nações Unidas do Brasil**. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 2 jun., 2022.

BARROS, C. A. D.; OLIVEIRA, T. L. D. Saúde mental de trabalhadores desempregados. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, v. 9, n. 1, p. 86-107, 2009.

BERNARDO, M. H.; NOGUEIRA, F. R. C.; BÜLL, S. Trabalho e saúde mental: repercussões das formas de precariedade objetiva e subjetiva. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 63, p. 83-93, 2011.

BERNEY, D.; et al. Using environmental public health tracking to identify community targets for public health actions in childhood lead poisoning in wisconsin. **Journal of Public Health Management**, v. 21, p. 1–5, 2015.

BEZERRA, A. L. D.; MACEDO, M. B.; MEDEIROS, N. M. H.; et al. Risco familiar segundo a escala de Coelho e Savassi – análise em uma unidade básica de saúde do Nordeste. **Concilium**, v. 22, n. 3, p. 20–32, 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 jun., 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria n.º 1.886 de 18 de dezembro de 1997**. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União 18 dez., 1997.

BRASIL. **Lei n.º 8.080 de 19 de dezembro de 1.990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 19 set., 1990.

BRASIL. Ministério da Integração Social. Secretaria Nacional de Defesa Civil. **Sistema Integrado de Informações sobre Desastres – S2ID**. 2010. Disponível em: <<http://s2id.integracao.gov.br/relatorio/geoespacial/geoespacial.html>>. Acesso em: 23 jan., 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria n.º 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 21 out., 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. Brasília: MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes Nacionais de Implantação da Estratégia e-SUS Atenção básica**. Brasília: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF), 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria n.º 2.979 GM/MS, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria n.º 1.631 de 1 de outubro de 2015**. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/drac/cgpas/>

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é Estratégia de Saúde da Família?** s. d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia#:~:text=A%20Estrat%C3%A9gia%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia,por%20favorecer%20uma%20reorienta%C3%A7%C3%A3o%20do>. Acesso em: 19 ago., 2024.

BRASIL. **Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

BRASIL. **Resolução n.º 510, de 07 de abril de 2016.** Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n.º 13.465 de 11 de julho de 2017.**

BRASIL. Uma SUS. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. **Pesquisa Vigitel** 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial.** Brasília (DF): Cadernos de Atenção Básica, 2013.

BRASIL. Serviços e Informações do Brasil. **Gestão e-SUS APS.** s. d. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/apps/gestao-e-sus-aps>. Acesso em: 19 ago., 2024.

BUENO, A. S.; CALLIARI, A. B. T.; EMMANOUILIDIS, J.; *et al.* Mapeamento georreferenciado de doenças crônicas em unidade de atenção primária de porto alegre. **Revista Saúde e Ciência Online**, v. 8, p. 33–44, 2019.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007.

CAIRES, E. S.; JÚNIOR, P. J. S. Territorialização em saúde: uma reflexão acerca de sua importância na atenção primária. **REAS - Revista Eletrônica Acervo Saúde**. v. 9, n.1, p. 1174-1177, 2017.

CALISTRO, O.; *et al.* Territorialização com uso de georreferenciamento e estratificação de vulnerabilidade social familiar na Atenção Básica. **SciELO Saúde Pública**, p. 1–8, 2019.

CÂMARA, G.; DAVIS, C.; MONTEIRO, A. M. V. **Introdução à ciência da geoinformação.** São José dos Campos: INPE; 2001.

CAMARGOS, M. A. Uma experiência de uso do georreferenciamento e do mapeamento no processo de territorialização na Atenção Primária à Saúde. **Saúde Pública**, p. 1–11, 2019.

CANTO, T. S. Cartography, new technologies and geographic education: theoretical approaches to research the field. **International Cartographic Association**, p. 1–6, 2017.

CARVALHO, A. C. L.; ROCHA, G. DE M. Análise dos riscos e da vulnerabilidade socioambiental urbana, face ao desenvolvimento desordenado e a pressão aos recursos hídricos em Belém –PA. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 4, p. 18127–18142, 2020.

CARVALHO, L. R. DE O.; RODRIGUES, H. S. M. DE C.; DA ROSA, C. D. P. Marcos históricos que permeiam a saúde pública brasileira: perspectiva de 1950 até 2019. **Revista Educação em Saúde**, v. 8, n. 1, p. 161–177, 2020.

CARVALHO, M. S. Riscos e vulnerabilidades socioambientais na bacia costeira do rio Vaza Barris/Sergipe/Brasil: **Contribuições para o planejamento e gestão ambiental**. VIII Congresso sobre Planejamento e Gestão das Zonas Costeiras dos Países de Expressão Portuguesa. Aveiro. 2015.

CENTRO CULTURAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. SUS: a saúde no Brasil - Antes e Depois de 1988. s. d. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/sus/antes-depois.php#:~:text=%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde,-,Antes%20de%201988,Assist%C3%AAncia%20m%C3%A9dico%2Dhospitarlar>. Acesso em: 19 ago., 2024.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE – CNDSS., As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil **Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde** (CNDSS). 2008. Disponível em: http://bmvs.saude.gov.br/publicações/causas_sociais_iniquidades/pdf. Acesso em: 25 out., 2022

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade** [Internet], v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/104>. Acesso em: 24 out., 2022.

COSTA, S. T.; *et al.* A utilização da estratificação de risco familiar para a organização do processo de trabalho no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Global index Medicus**, v. 23, p. 1–8, 2020.

COSTA, N. R. da S. A saúde no Brasil Colonial: análise da organização das Santas Casas de Misericórdia. História, **Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 10, n. 3, p. 725-753, 2010.

DA SILVA, M. M. Estratégia da Saúde da Família: um olhar no modelo de organização da Atenção Básica no Brasil. **Revista EDUC-Faculdade de Duque de Caxias**, v. 6, p. 51–62, 2019.

FARIAS, G. T. M. Avaliação De vulnerabilidade socioambiental da população de Fernando de Noronha Frente as mudanças climáticas. **Repositório UFRN/BR**, v. 7, p. 6, 2021.

FAURE, E.; *et al.* A accuracy of two geocoding methods for geography information system-based exposure assessment in epidemiological studies. **Enviromental Health**, p. 1–12, 2017.

FERREIRA, J. E. de S. M.; OLIVEIRA, L. R. de; MARQUES, W. S.; *et al.* Sistemas de Informação em Saúde no apoio à gestão da Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 14, n. 4, 2020. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1923>. Acesso em: 10 mar., 2023.

FIOCRUZ. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2009.

FUNASA, **Fundação Nacional de Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília, 2020. Disponível em: www.funasa.gov.br. Acesso em: 10 nov., 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**. 2023. Disponível em: www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html. Acesso em: 25 out., 2023.

GARNELO, L.; *et al.* Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde Dabate**, v. 42, p. 81–99, 2018.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L.; *et al.*, organizadores. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 575-625.

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ. Secretaria da Saúde. **Atenção Primária à Saúde**. s. d. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/pagina/atencao-primaria-saude#:~:text=a%20aten%c3%a7%c3%a3o%20prim%c3%a1ria%20%c3%a0%20sa%c3%ba%20de,cuidado%20integrado%20e%20gest%c3%a3o%20qualificada%2c>. Acesso em: 19 ago., 2024.

GUARESCHI, N.; BERNARDES, A. G.; *et al.* A Vulnerabilidade social e o programa Hospital-dia: uma discussão sobre as políticas públicas em Saúde Mental. **Rev. Cienc. Humanas**, n. 40, p. 299-316, 2006..

HOCHMAN, G. **Política e Saúde no Império Brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Coordenação de Geografia, População em Áreas de Risco, Rio de Janeiro**. 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101589>. Acesso em: 1 mai., 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Cidades**. 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/lages/panorama>. Acesso em: 9 mar., 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. v. 4, 2019.

JABOTÁ, S. U. S. Urbanização, meio ambiente e vulnerabilidade social. **Boletim Regional, Urbano e ambiental**, v. 5, jun., 2011.

KHAN, S.; *et al.* Drinking water quality and human health risk in Charsad da district, Pakistan. **Journal of Cleaner Production**, v. 60, p. 93-101, 2013.

LIMA, N. T. Saúde e previdência no Brasil: um debate sobre os rumos da seguridade social. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 19, n. 2, p. 435-454, 2012.

LAGES, **Secretaria Municipal de Saúde de Lages**, 2022.

LIMA, N. T. Medicina e Saúde Pública no Brasil Colonial. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, n. 4, p. 959-977, 2018.

LONDE, L. R.; *et al.* Impactos de desastres socioambientais em saúde pública: estudos dos casos dos Estados de Santa Catarina em 2008 e Pernambuco em 2010. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 32, n. 3, p. 537-562, 2015.

MASCARÓ, J. J. Análise da opinião da população sobre a arborização urbana em bairros de diferentes classes sociais. **REVSBAU**, Piracicaba – SP, v.7, n.4, p.69-76, 2012.
DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/revsbau.v7i4.66544>

MARANDOLA JR., E.; HOGAN, D. J. Vulnerabilidades e riscos: entre Geografia e Demografia. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 22, n. 1, p. 29-53, 2005.

MARTINS, B. R.; *et al.* Construção do perfil sociodemográfico e clínico de indivíduos de uma microárea pertencente a uma estratégia de saúde da família: ações do pet-graduadas. **Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde**, v. 1, n. 4, p. 267–273, 2018.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v.15, n. 3, p. 508-14, 2006.

MÉIO, M. D. B. B.; LOPES, C. S.; MORSCH, D. S. Fatores prognósticos para o desenvolvimento cognitivo de prematuros de muito baixo peso. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 3, 2003.

MENDES, E. V.; *et al.* A construção social da atenção primária à saúde. **Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, v. 45, 2015.

MENDONÇA, F. Aquecimento global e saúde: uma perspectiva geográfica: notas introdutórias. **Terra Livre**, v. 1, n. 20, p. 205-221, 2003.

MONTAGUE E. The promises and challenges of health information technology in primary health care. **Primary Health Care and Development**. v.15, n. 3, p. 227-30, 2014.

MONTEIRO, W. G.; CASTRO, M. S.; FERREIRA, D. S. Sentinelas de risco familiar em uma Estratégia Saúde da Família de Manaus. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 4416-4425, 2021.

MORAES, I. C.; *et al.* Mapeamento participativo aplicado à Estratégia de Saúde da Família: a experiência em Santo Amaro – BA. **Revista Brasileira de Cartografia**, p. 1–21, 2021.

MOREIRA, I. A. V.; *et al.* Avaliação do acesso ao serviço prestado pela Atenção Primária de Saúde na Região de Saúde Sudoeste I do Estado de Goiás. **Research, Society and Development**, v. 2021, p. 1–12, 2021.

MOROSINI, M. V. G. V; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p 11- 24, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7ppb5bj8w46g3s95gfctzjx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 ago., 2022.

MOURA, F. M. N.; OLIVEIRA, L. L.; MARINHO, A. D. P.; *et al.* Aplicação da escala de risco familiar na atenção básica. **Revista Extensão em Ação. Fortaleza**, v. 1, n. 10, 2016. Disponível em: <http://www.revistaprex.ufc.br/index.php/exta/article/view/225/150>. Acesso em: 10 ago., 2022

NIED, M. M.; *et al.* Elementos da Atenção Primária para compreender o acesso aos serviços do SUS diante do autorrelato do usuário. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, p. 362–372, 2020.

NUNES, E. D. V. Brasil República Velha. In **Dicionário Histórico-Biográfico da Primeira República** (1889-1930). Editora FGV, 2017, p. 1-5.

OLIVEIRA, D. G. F. **Determinantes do estado de saúde dos portugueses**. 2010. 114f. Dissertação (Mestrado em Estatística e Gestão da Informação) – Instituto Superior de Estatística e Gestão da Informação, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2009.

OLIVEIRA, Grazielle Schemes; AGOSTINETTO, Lenita. A influência do planejamento do uso e ocupação do solo na qualidade de vida urbana: Santa Helena, Lages/SC. Lages, 2017. 18 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Site**. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/brasil>. Acesso em: 5 ago., 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Atenção primária à saúde**. s. d. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 19 ago., 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Ministério da Saúde. **Protección de lãs nuevas instalaciones de salud frente a desastres naturales: guía para lapromoción de lamitigación de desastres**. Washington, D.C.: Opas/Banco Mundial, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Sistemas de informação geográfica em saúde: conceitos básicos**. Brasília: OPAS, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. Rio de Janeiro: NEPP-DH, 1946. Disponível em: <http://www.nepp-dh.ufjf.br/oms2.html>. Acesso em: out. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - Agenda 2030**. 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 21 abr., 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Determinantes sociais de saúde**. s. d. Disponível em: <https://www.who.int/pt/about>. Acesso em: ago., 2024.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PAZ, E. S. O.; *et al.* **A importância do sistema único de saúde na Pandemia do Coronavírus**. 2021. Bacharelado (Curso de Enfermagem). Universidade São Judas - São Paulo. 2021.

PEREIRA, E. N. L.; *et al.* Proposta de um método para estratificação de usuários adscritos por equipe de saúde na Atenção Primária à Saúde: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. 1–8, 2020.

PEREIRA, L. B. C.; CHAZAN, A. C. S. O acesso das pessoas transexuais à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1795, 2019.

PINHEIRO, J. V.; *et al.* Ferramenta para avaliação e gestão da visita domiciliar na atenção primária à saúde: um relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1818, 2019.

PINTO, M. E. B. Promoção da saúde e atenção primária à saúde em Porto Alegre. **Lume Repositório Digital**, 2012. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/49011>

PIRES, E. D. P.; *et al.* Gestão em saúde na atenção primária: o que é tratado na literatura. **Texto & contexto enfermagem**, v. 28, e20160, p. 1–19, 2019.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LAGES. Câmara Municipal de Lages - SC. **Projeto de Lei n.º 62 de 2017**. Institui o programa de regularização fundiária no Município de Lages, e dá outras providências.

RAMÍREZ, N. A.; RUIZ, J. P.; ROMERO, R. V.; LABONTÉ, R. Comprehensive primary health care in South America: contexts, achievements and policy implications. **Cad Saúde Pública**, v. 27, p. 1875-90, 2011.

RAMÍREZ, P. D. Las actividades preventivas en la consulta de atención primaria. **Semergen, Soc. Esp. Med. Rural Gen.**, v. 37, n. 4, p. 171-172, abr. 2011.

REGO, A. S.; *et al.* Estratificação de risco familiar no contexto da estratégia de saúde da família. **Rev Enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 3, p. 977-84, mar., 2016.

RIBEIRO, A. I.; *et al.* Tools for address georeferencing – limitations and opportunities every public health professional should be aware of. **Journals Plos One**, p. 1–13, 2014.

RIOS, D. R. DA S.; SOUSA, D. A. B.; CAPUTO, M. C. Diálogos interprofissionais e interdisciplinares na prática extensionista: o caminho para a inserção do conceito ampliado de saúde na formação acadêmica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. 1–20, 2019.

RIOS, D.; CARVALHO, A. I.; PEREIRA, M. F.; SANTOS, A. J. A influência dos determinantes socioambientais na saúde. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 22, p. 7-16, 2019.

SANTANA, L. S. DA V.; SILVA, E. A. Implantação da estratificação de risco familiar em unidade de saúde. **Revista Recien – Revista Científica de Enfermagem**, v. 12, n. 37, p. 435–441, 2022.

SANTOS, I. F. DOS; GABRIEL, M.; MELLO, T. R. DE C. Sistema Único de Saúde: marcos históricos e legais dessa política pública de saúde no Brasil. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 7, n. 5, p. 381–391, 2020.

SILVA, L. S.; *et al.* Universalidade do acesso e acessibilidade no cotidiano da atenção primária: vivências de usuários do sus. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, p. 1–9, 2020.

SILVA, M. J. DE S. E; SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, p. 1–19, 2019.

SIQUEIRA, S. A. V.; *et al.* Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 22, n. 5, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33552016>. Acesso em: 28 jan., 2023.

SEMZEZEM, P.; ALVES, J. M. Vulnerabilidade social, abordagem territorial e proteção na política de assistência social. **Serv. Soc. Rev.**, v. 16, n. 1, p. 143-166, 2013.

SOBRAL, A.; FREITAS, C. M. Modelo de Organização de Indicadores para Operacionalização dos Determinantes Socioambientais da Saúde. **Revista Saúde Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 35-47, 2010.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 361–378, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Ottawa Charter for Health Promotion**. 1986. Disponível em: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/em/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health**. 2008. Disponível em: https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf

ZANONI, E. M.; *et al.* Artigo de Revisão O Cuidado Interdisciplinar e Intersetorial nas Equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família. **Id online Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 14, p. 1282–1295, 2020.

APÊNDICE 1



UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE (Resoluções 466/2012 ou 510/2016 CNS/CONEP)

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “Relação Entre o Risco Familiar com as Áreas De Vulnerabilidade Socioambiental e o Acesso ao Serviço de Atenção Básica”. O objetivo deste trabalho é avaliar a relação entre o risco familiar com as áreas de vulnerabilidade ambiental e o acesso ao serviço de Atenção Básica de um bairro de Lages/SC.

Para realizar o estudo será necessário conceder acesso as informações dos prontuários previamente agendadas a sua conveniência. Para a instituição e para sociedade, esta pesquisa servirá como parâmetro para avaliar a relação entre o risco familiar com os indicadores de vulnerabilidade socioambiental e o acesso ao serviço de saúde da Atenção Básica. De acordo com a resolução 466/2012 ou 510/2016.

A presente pesquisa não apresenta riscos aos usuários, haja visto que se dará de forma documental através de pesquisa em prontuários e plataformas digitais de acesso público. As informações serão necessárias para a pesquisa serão obtidas por meio de relatórios e consulta aos cadastros das famílias pesquisadas, contidos no sistemas da SMS e no site de acesso público GEO Lages.

Em virtude das informações coletadas serem utilizadas unicamente com fins científicos, sendo garantidos o total sigilo e confidencialidade, através da assinatura deste termo, o qual receberá uma cópia. Mesmo após assinar este documento o participante tem o direito de pleitear indenização por reparação de danos que apresente nexos causal com a pesquisa.

Os benefícios da pesquisa são, as melhorias que poderão ser implementadas na UBS auxiliando os gestores na gestão dos serviços prestados, no acesso da população local, otimização dos recursos humanos e financeiros, georreferenciamento dos indicadores, etc.

Os resultados desta pesquisa também estarão disponíveis na instituição de ensino, os participantes poderão ter acesso aos resultados através dos meios onde serão publicados ou solicitar a pesquisadora

Você terá o direito e a liberdade de negar-se a participar desta pesquisa total ou parcialmente ou dela retirar-se a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo com relação ao seu atendimento nesta instituição, de acordo com a Resolução CNS nº466/12 e complementares.

Para qualquer esclarecimento no decorrer da sua participação, estarei disponível através dos telefones: (49)984112539, ou pelo endereço R. Dorgelo da Silva Ortiz nº 319, Bairro São Francisco. Se necessário também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Planalto Catarinense UNIPLAC, Av. Castelo Branco, 170, bloco 1, sala 1226, Lages SC, (49) 32511086, email: cep@uniplaclages.edu.br.

Desde já agradecemos!

Eu _____, CPF
declaro que após ter sido esclarecido (a) pela pesquisadora, lido o presente termo, e entendido tudo o que me foi explicado, concordo em participar da Pesquisa.

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal

Lages, de ____ de ____

Responsável pelo projeto: Alessandra Waltrick Muniz CPF 02937915973

Endereço para contato: Telefone para contato: E-mail: