

ESTUDO DE CASO COM ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO FAMILIAR NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Samy Loraynn Oliveira Moura¹; Jéssica Passos Rodrigues Ximenes Furtado¹; Millane Teles Portela de Oliveira¹; Eliany Nazaré Oliveira²; Ivaldinete de Araújo Delmiro Gémes²; Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto².

¹Estudante do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF)/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) - CCS – UVA; E-mail: loraynn08@gmail.com, ²Docente pesquisador do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF)/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) - CCS – UVA; E-mail: rosemironeto@gmail.com.

Resumo: O processo de trabalho em saúde com famílias pressupõe uma abordagem com acolhimento humanizado e o emprego de ferramentas que favorecem a troca de subjetividade e, uma consequente avaliação de seu núcleo e os possíveis riscos e/ou vulnerabilidades desta. O estudo objetivou realizar a estratificação de risco de uma família. Trata-se de um estudo de caso, desenvolvido no território da Estratégia Saúde da Família Alto dos Feitosa em Tururu – CE, com a utilização da escala de estratificação de risco familiar de Coelho e Savassi. Conforme aplicação desta ferramenta, foi possível identificar que a família em estudo, apresenta um risco familiar máximo. Tal estratégia possibilitou reorganizar a demanda, impactando diretamente no trabalho da equipe, com o enfrentamento das situações-problema, dos riscos e vulnerabilidades existentes, além de fomentar subsídios para a efetivação de uma atenção integral à saúde das famílias.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Relatos de Caso; Relações Familiares; Vulnerabilidade Social; Fatores de Risco.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal política brasileira para a estruturação de uma assistência focada na família. As ferramentas utilizadas para sua abordagem devem fundamentar-se na realidade local construindo um cuidar sólido, que permita a construção de vínculo entre família-comunidade-equipe, que implique no benefício da qualidade de vida da população e dos indicadores de saúde (SANTOS *et al.*, 2015).

A família é considerada uma unidade, principalmente pelas relações afetivas e/ou consanguíneas entre seus membros. Essa compreensão nos permite observar por meio de sua organicidade, funcionalidade e estrutura os fatores que contribuem e/ou determinam sua vulnerabilidade social, emocional e de saúde, podendo levar a riscos familiares. É na família que os primeiros laços de cuidado entre seus membros, estimulam práticas de autocuidado e

de promoção da saúde, o que favorece o trabalho da equipe da saúde (FRANÇA; BESERRA; CURADO, 2018).

Face ao exposto, identifica-se a necessidade de construir práticas sintonizadas com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o que facilitará a abordagem de uma família, por conta da criação do vínculo, que permite o desenvolvimento de intervenções para as diversas situações que envolvem o processo saúde-doença-cuidado, que normalmente estão na rotina de atendimentos dos serviços de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Sendo assim, o trabalho em saúde com famílias pressupõe o emprego de instrumentos que visam estreitar as relações entre a equipe multiprofissional e a família, que possibilitem conhecer a composição, o funcionamento e estrutura desta; bem como os problemas de saúde, as situações de risco e os padrões de vulnerabilidade, considerando as especificidades de cada grupo familiar. Nessa perspectiva, o objetivo do presente estudo é realizar a estratificação de risco de uma família.

METODOLOGIA

Estudo de caso, sob abordagem qualitativa, produto da atividade curricular do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF)/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), desenvolvido no período de maio a julho de 2018, com uma família do território da Estratégia Saúde da Família Otilha Feitosa da Silva - Alto dos Feitosa, no município de Tururu - CE, Brasil.

Antes do início do estudo a família foi consultada quanto ao seu interesse em participar, sendo o aceite confirmado por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como garantia da confidencialidade e anonimato foram usadas, para representar os familiares do estudo, as iniciais dos seus respectivos nomes. Por tratar-se de uma pesquisa envolvendo seres humanos foi assegurado os princípios éticos e legais postulados na Resolução do Conselho Nacional de Saúde de Nº 466/2012, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e dos coletivos, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça (BRASIL, 2012).

Para obtenção das informações que fundamentaram o desenvolvimento deste estudo foram realizadas visitas ao lar, onde foi realizada a entrevista e a observação participante, com o registro em gravador digital e no diário de campo, além de consultas ao prontuário clínico. Ressalta-se, que a filha J.C.L., contribuiu ativamente durante o processo de abordagem familiar, por ter um relacionamento mais próximo à mãe e ser sua cuidadora.

A partir das informações coletadas foi realizada a estratificação de risco familiar, com aplicação da Escala de Classificação de Risco Familiar de Coelho e Savassi (2004), sendo as informações analisadas com base na literatura disponível nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) do Ministério da Saúde, bem como de bibliografias que abordam a temática.

A Escala de Classificação de Risco Familiar de Coelho e Savassi consiste em uma lista de indicadores de risco familiar preestabelecidos aos quais são atribuídas pontuações entre a mínima e a máxima, que correspondem à sentinela para avaliação de risco. Na sequência é realizada a somatória desses valores e o escore total de cada família classifica o risco familiar como: Escore entre 5 e 6 - Risco menor - R1, Escore entre 7 e 8 - Risco médio - R2, Escore acima de 9 - Risco Alto - R3 máximo (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A situação de risco individual e social de uma família pode ser entendida como a circunstância vivida por este coletivo quando está determinada pelas características gerais dos diversos problemas que lhe conferem desvantagens nas múltiplas inter-relações de casualidade, determinações e de iniquidades do cotidiano (MELO *et al.*, 2014).

A família em estudo reside em domicílio próprio, em residência feita de taipa, dividida em oito cômodos, com precárias condições de saneamento básico, com rede de esgoto, água encanada e energia elétrica. A renda familiar é de um salário mínimo e residem no domicílio quatro pessoas: M.G.L. (caso índice), 86 anos, idosa, analfabeta, aposentada, hipertensa, vítima de violência verbal praticada pelos filhos; e seus três filhos: F.G.L., 37 anos, sexo masculino, analfabeto, tabagista, apresenta quadro psiquiátrico de transtorno esquizofrênico; P.G.L., 41 anos, sexo masculino, analfabeto, desempregado, alcoólatra e A.G.L., 55 anos, sexo masculino, analfabeto, desempregado, usuário de álcool e outras drogas. A mensuração do risco familiar e sua classificação pode ser melhor visualizado na Tabela 1.

Tabela 1 Estratificação de risco da família de uma idosa.

Dados da Ficha A (Sentinelas de Risco)	Definições das Sentinelas de Risco	Escore de Risco	Pontuação
Acamado	Toda pessoa restrita ao seu domicílio, por falta de habilidade e/ou incapacidade de locomoção por si só a qualquer unidade de saúde.	3	3
Deficiência Física	Defeito ou condição física de longa duração ou permanente que dificulta ou impede a realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer.	3	-
Deficiência Mental	Defeito ou condição mental de longa duração ou permanente que dificulta ou impede a realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer.	3	3
Baixas Condições de Saneamento	Saneamento implica no controle dos fatores do meio físico do homem que podem exercer efeitos prejudiciais à sua saúde.	3	3
Desnutrição (Grave)	Percentil menor que 0,1 e peso muito baixo para a idade.	3	-
Drogação	Utilização compulsiva de drogas lícitas ou ilícitas que apresentem potencial para causar dependência química (álcool, tabaco, benzodiazepínicos, barbitúricos, e drogas ilícitas).	2	6
Desemprego	Situação na qual a pessoa não esteja exercendo nenhuma ocupação (não incluir na avaliação férias, licenças ou afastamentos temporários). A realização de tarefas domésticas é considerada ocupação (trabalho doméstico), mesmo que não seja remunerado.	2	4
Analfabetismo	Pessoa que, a partir da idade escolar, não sabe ler nem escrever no mínimo um bilhete, e/ou que sabe apenas assinar o nome.	1	4
Menor de Seis (6) Meses	Lactente com idade até 5 meses e 29 dias.	1	-
Maior 70 anos	Toda pessoa com mais de 70 anos completos.	1	1
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	Pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg, em indivíduos que não usam medicação anti-hipertensiva.	1	1
Diabetes mellitus (DM)	Grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos.	1	-
Relação Morador/Cômodo	Número de cômodos na residência dividido pelo número de moradores do domicílio. São considerados cômodos todos os compartimentos integrantes do domicílio, inclusive banheiro e cozinha, separados por paredes, e os existentes na parte externa do prédio, desde que constituam parte integrante do domicílio, com exceção de corredores, alpendres, varandas abertas, garagens, depósitos.	Se maior que 1 - 3 Se igual a 1 - 2 Se menor que 1 - 0	1
Total			26

Conforme aplicação da escala de risco e vulnerabilidade de Coelho e Savassi (2004), foi possível identificar que esta família, apresenta um risco familiar máximo, visto que obteve uma pontuação máxima – R3, equivalente a um escore total de 26 pontos, o que implica a necessidade de uma maior atenção e o desenvolvimento de um plano terapêutico singular, com base nos riscos e necessidades afetadas. A escala de Coelho e Savassi (2004) oferece uma visão ampliada da família e pode inclusive fornecer um panorama dos territórios sanitários, servindo por vezes de indicador para o direcionamento de recursos priorizando as áreas que possuem as maiores necessidades, de acordo com os alertas da escala de risco (NASCIMENTO *et al.*, 2010).

Trata-se, portanto, de um instrumento que auxilia na avaliação da vulnerabilidade das famílias, subsidiando os profissionais no planejamento e organização dos serviços da ESF, o que permitirá o delineamento de ações de saúde, identificação dos reais problemas da população, que resultará na priorização dos atendimentos e melhorias da atenção às famílias mais vulneráveis (NAKATA *et al.*, 2013).

Os perfis divergentes, identificados na estratificação de risco, possibilitou reorganizar à demanda ao promover uma percepção mais apurada, objetiva e quantificada do risco das famílias avaliadas, impactando de maneira positiva no trabalho em equipe. Acredita-se que é

possível traçar prioridades fundamentadas no princípio da equidade, para ampliar a capacidade de mobilização dos recursos disponíveis de acordo com as necessidades identificadas, inclusive abrindo possibilidades para aplicação de outras ferramentas de abordagem familiar, que possam complementar as ações coordenadas de modo humanizado e efetivo, que proporcione resolubilidade às demandas sanitárias e sociais da família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa prática no serviço de classificar o risco familiar possibilita propor soluções para o enfrentamento das situações-problema, dos riscos e vulnerabilidades existentes, além de fomentar subsídios para a efetivação de uma atenção integral à saúde das famílias, visto que envolve a capacidade da equipe priorizar, avaliar e definir estratégias de cuidado adequadas a cada situação e assim reorganizar os processos de trabalho. Desta forma, espera-se melhorar a atenção às famílias mais vulneráveis, evitar progressão de enfermidades, prevenção de morbidades, contribuindo para a melhora da qualidade de vida dos indivíduos.

Com a realização desse estudo, constatou-se o quanto é imprescindível desenvolver um labor a partir de uma visão ampliada, com uso de ferramentas que permitam compreender e explorar as estruturas familiares, estabelecer e fortalecer os vínculos, elos de confiança e corresponsabilidade com as famílias, possibilitando assim a elaboração de estratégias personalizadas a cada conjunto familiar, que propiciem um aprofundamento da realidade de vida cotidiana das pessoas, avaliar as metodologias de atendimento da equipe para redimensionar as falhas e propor novas abordagens.

AGRADECIMENTOS

À RENASF, FIOCRUZ e UVA e seus docentes, manifesto profundo agradecimento, pela indubitável oportunidade de ser integrante do Mestrado Profissional em Saúde da Família, o qual vem instigando e aguçando sentimentos imprescindíveis para o despertar de novos conhecimentos, propiciando o aprimorar da aprendizagem, subsidiando melhorias satisfatórias em meu processo de labor, com uma prática profissional inovadora, criativa, crítica, reflexiva e contra hegemônica, com maiores perspectivas de potencializar as intervenções em saúde da família.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.
- COELHO, F.L.G.; SAVASSI, L.C.M. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 19-26, nov. 2004. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/104>. Acesso em: 02 ago. 2018.
- FRANÇA, E.P.F.B; BESERRA, H. J. M. D; CURADO, J. C. L. G. Identificação e classificação de risco familiar em uma unidade de saúde da família em Recife-pe. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**, [S.l.], v. 7, n. 3, p. 48-59, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.18816/r-bits.v7i3.11348>. Acesso em: 15 jun. 2018.
- NASCIMENTO, F.G.; PRADO, T. N. D.; GALAVOTE, H. S.; MACIEL, P. A.; LIMA, R. D. C. D.; MACIEL, E. L. N. Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória (ES). **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]. 2010, v. 15, n. 5, p. 2465-2472. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500021>. Acesso em: 15 jun. 2018.
- NAKATA, P. T.; KOLTERMANN, L. I.; DE VARGAS, K. R.; MOREIRA, P. W.; DUARTE, Ê.R.M.; ROSSET-CRUZ, I. Classificação de risco familiar em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n.5, p. 1088-1095, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000500011>. Acesso em 02 ago. 2018.
- OLIVEIRA, V.C.A.; OLIVEIRA, S.F.; MENDES, P.H.C.; SANTOS, A.S.F. Aplicação de ferramentas de abordagem familiar na Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Promoç Saúde**. Fortaleza, v. 30, n. 4, p. 1-8, Out-Dez, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2017.6682>. Acesso em 02 ago. 2018.
- MELO, R. H. V.; VILAR, R. L. A.; FERREIRA, A. F.; PEREIRA, E. J. S.; CARNEIRO, N. E. A.; FREITAS, N. G. H. B.; JÚNIOR, J. D. Análise de risco familiar na estratégia saúde da família: uma vivência compartilhada entre preceptores, discentes e agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**, v.3, n. 4, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/4437/4021>. Acesso em 02 ago. 2018.
- SANTOS, K.K.F.; de FIGUEIREDO, C. R.; de PAIVA, K. M.; CAMPOLINA, L. R.; BARBOSA, A. A. D.; SANTOS, A. S. F. Ferramentas de abordagem familiar: uma experiência do cuidado multiprofissional no âmbito da estratégia saúde da família. **Rev Univ Vale do Rio Verde**. v. 13, n. 2, p. 377-87, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v13i1.2340>. Acesso em: 15 jun. 2018.
- SAVASSI, L.C.M; LAGE, J. L; COELHO, F. L. G. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: escala de risco familiar de Coelho-Savassi. **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 3, p. 179-185, 2012. Disponível em: <http://www.repositorio.ufop.br/handle/123456789/3783>. Acesso em: 15 jun. 2018.