

APLICAÇÃO DA ESCALA DE COELHO E SAVASSI EM FAMÍLIA COM ALTO RISCO PARA CARCINOMA BASOCELULAR

Marcionília de Araújo Lima Neta¹; Catarina Pessoa de Vasconcelos¹; Natália Reis de Carvalho¹; Eliany Nazaré Oliveira²; Maristela Inês Osawa Vasconcelos²; Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto²

¹Estudante do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF)/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

²Docente/Pesquisador do Mestrado Profissional em Saúde da Família da UVA/RENASF/FIOCRUZ.

Resumo: A pesquisa objetivou identificar a tipologia e realizar a classificação de risco de uma família com alto risco para carcinoma basocelular, a partir de um estudo de caso, desenvolvido pela equipe da Estratégia Saúde da Família de Mangue Seco, Jijoca de Jericoacoara - Ceará. As etapas metodológicas utilizadas na pesquisa incluíram: reunião de equipe para avaliação e seleção da família, consulta às fichas de cadastro domiciliar e ao prontuário, além de visita ao lar para aplicação das ferramentas de abordagem familiar: tipologia familiar e Escala de Coelho e Savassi. Quanto a tipologia a família é considerada nuclear extensa. No tocante ao risco foi classificada como família com risco máximo (R3), totalizando um escore de 19 pontos. A abordagem familiar desenvolvida neste estudo permitiu a identificação da dinâmica familiar e ampliou a compreensão da ESF acerca de todo o contexto familiar.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Relatos de Caso; Relações Familiares; Risco.

INTRODUÇÃO

A abordagem familiar assume um papel primordial no trabalho na Atenção Primária à Saúde, sobretudo, por conta do trabalho em equipes multiprofissionais as quais devem orientar suas intervenções a partir do conhecimento dos membros da família e de seus problemas de saúde e da comunidade (STARFIELD, 2002). Tais ferramentas, constituem-se elemento de gestão do cuidado e de prática diagnóstica e terapêutica, pois permite e amplia a compreensão do contexto familiar e dos estressores mais relevantes que prejudicam o bem-estar de toda família.

A família deve ser vista como um sistema amplo no qual suas partes encontram-se interligadas, sendo assim, determinado problema ou situação que afete um membro da família pode gerar repercussões nas relações como um todo. Cada membro responde de maneira particular aos problemas, e que as condições apresentadas por estes podem estar relacionadas a disfunções da

família, sendo necessário intervir em todo o sistema familiar (BRASIL, 2010). Nesse sentido, os familiares constituem conexão crucial para a obtenção de resultados positivos frente ao adoecimento.

Destarte que, é fundamental a aproximação da equipe de saúde multidisciplinar à família, com o intuito de ouvi-la, conhecê-la, explorar seus recursos e dificuldades, trocar saberes e ajudá-la para que, a partir da satisfação de suas necessidades, ela possa desempenhar e legitimar seu papel de apoio e de cuidado aos seus parentes enfermos e a si própria (MONTEIRO *et al.*, 2016).

Tal aproximação pode ser potencializada com a utilização das ferramentas de abordagem familiar, tecnologias relacionais que tem por objetivo estreitar as relações entre a família e o profissional de saúde, possibilitando assim, conhecer o indivíduo em sua singularidade, bem como sua relação com a família e a comunidade (DITTERICH; GABARDO; MOYSÉS, 2009). Desta forma, o presente estudo tem como objetivo identificar a tipologia e realizar a classificação de risco de uma família com alto risco para carcinoma basocelular (CBC).

METODOLOGIA

Pesquisa do tipo estudo de caso, sob abordagem qualitativa, desenvolvido no território da Estratégia Saúde da Família Mangue Seco, no município de Jijoca de Jericoacoara, Ceará, Brasil durante o período de maio a julho de 2018 com um sujeito adulto, caso índice da família abordada. A faz parte do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Antes do início do estudo os participantes foram informados acerca dos objetivos e das etapas, sendo assegurado o direito de privacidade, sigilo, acesso aos dados ou quaisquer outras informações a respeito da pesquisa, bem como a liberdade de retirar-se do estudo, se assim lhes convier. Em seguida, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A classificação e avaliação da família foi realizada a partir tipologia familiar de Kaslow (2002) e a Escala de Classificação de Risco Familiar de Coelho e Savassi (2004). No que se refere à tipologia familiar Kaslow, Carnut e Faquim (2014) a apontam como a mais utilizada, descrevendo os seguintes tipos de famílias: família nuclear; família extensa; família adotiva; casais; família monoparental; família homoafetiva; família reconstituída após divórcio; e várias pessoas vivendo juntas sem laços legais.

A escala de Coelho e Savassi é um instrumento de estratificação de risco familiar, que almeja determinar o risco social e de saúde, refletindo o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar (MELO *et al.*, 2014). Baseia-se em 14 sentinelas de risco, avaliadas por escores que são: ente 5 e 6 - Risco menor - R1, Escore entre 7 e 8 - Risco médio - R2, Escore acima de 9 – Risco. Esta ferramenta pode auxiliar na avaliação da vulnerabilidade familiar bem como no planejamento das ações da

equipe, pois serve de ponto de partida para um mapeamento das redes sociais de apoio ao núcleo familiar (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012).

Para a coleta das informações foram efetuadas visitas ao lar para a realização de entrevistas, observação participante, registro em diário de campo, além de consulta nas fichas de cadastro domiciliar e individual do E-SUS/Atenção Básica e de prontuário para coleta de informações relevantes sobre o histórico de saúde de todos os membros da família.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Classificação e Estratificação do Risco Familiar

O caso índice do estudo é G.R.C que vive com a esposa L.P.B., com quem teve 16 filhos, dos quais três foram a óbito por causa indeterminada antes do primeiro ano de vida. Atualmente, moram com sete dos 13 filhos, e com uma neta. No que tange à tipologia familiar, de acordo com a classificação de Kaslow (2002), a família aqui estudada é considerada uma família nuclear extensa, composta por um casal de homem e mulher que mantém relação conjugal socialmente aceita e criam alguns filhos e uma neta (três gerações coabitando o mesmo domicílio). A família nuclear é a composta de um homem e uma mulher que coabitam e mantêm um relacionamento sexual socialmente aprovado, tendo pelo menos um filho (KASLOW, 2002; CARNUT; FAQUIM, 2014).

O domicílio de alvenaria, sem reboco e de “chão batido”, possui oito cômodos e apresenta condições precárias, como rachaduras nas paredes, sem banheiro e água encanada, porém com eletricidade. A água para consumo vem de poço e não recebe tratamento adequado. Todos os filhos trabalham com o pai na agricultura de subsistência.

G.R.C, 57 anos, agricultor, analfabeto, em acompanhamento para câncer de pele recorrente CBC infiltrativo, desde os 30 anos de idade e, desde então, realizou duas cirurgias para exérese de lesões suspeitas em 2013 e 2015). Em última recidiva (2015), o tratamento incluiu sessões de radioterapia devido ao caráter mais agressivo da doença. O CBC é a neoplasia maligna mais comum no mundo, representando cerca de 70% a 80% de todos os tumores malignos de pele. Sua incidência é de 10% ao ano, apresentando comportamento invasivo local e de baixo potencial metastático. Possui alta morbidade e impõe gastos elevados para os sistemas de saúde mundiais para sua excisão. O CBC desenvolve-se a partir da interação entre fatores genéticos e ambientais. Dentre os fatores ambientais, a radiação ultravioleta é considerada a principal causa, relacionando-se ao tempo, à intensidade e a quantidade de exposição, principalmente de sujeitos caucasianos (FAÍCO FILHO *et al.*, 2018).

G.R.C. reproduz esse comportamento de risco com os filhos, pois todos incluindo o caçula de nove anos, trabalham com o pai na agricultura sem proteção contra a exposição solar. Sendo assim, a abordagem familiar permitiu à equipe de saúde intervir de forma oportuna para prevenção do câncer de pele nos membros de maior risco.

A subsistência familiar é garantida por meio da agricultura. A renda mensal (somatório da renda de todos os membros da família no mês) é de R\$ 682,00 (seiscentos e oitenta e dois reais), proveniente do benefício do Programa Bolsa Família. Perfaz uma renda per capita mensal de R\$ 68,20 (sessenta e oito reais e vinte centavos), o que, de acordo com a estratificação do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, configura situação de extrema pobreza (PNUD, 2013).

As sentinelas de risco observadas e pontuadas durante a aplicação da Escala de Coelho e Savassi (2004) expostas na Tabela 1, foram: baixas condições de saneamento do domicílio (3 pontos); desemprego de cinco membros da família (10 pontos); analfabetismo de dois membros (2 pontos); hipertensão arterial sistêmica (HAS) de um dos membros (1 ponto); relação morador/cômodo maior que 1 (3 pontos), totalizando um escore de 19 pontos, classificando a família com risco máximo (R3).

Tabela 1 Estratificação de risco da família.

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		-
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		-
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		-
Drogadição	Utilização compulsiva de drogas lícitas ou ilícitas que apresentem potencial para causar dependência química (álcool, tabaco, benzodiazepínicos, barbitúricos, e drogas ilícitas).	2		-
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		10
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		2
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		-
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	3
		Se igual a 1	2	
		Se menor que 1	0	
Total				19

Com a aplicação da escala, a equipe passou a ter maior compreensão sobre a relação entre os determinantes de saúde e as situações vividas pela família. De acordo com Sen (2000), no contexto rural, há uma maior vulnerabilidade socioeconômica e um menor acesso aos bens e serviços, como foi possível constatar na pontuação das seguintes sentinelas de risco as quais a família estudada encontra-se exposta, como por exemplo: baixas condições de saneamento, desemprego, analfabetismo, bem como, a relação morador/cômodo que reflete uma fragilidade também das políticas de habitação para a população rural.

Desta forma, as demandas de sujeitos e grupos vulneráveis vinculados a ESF influenciam o acesso aos serviços de saúde e suas formas de organização, a magnitude do vínculo entre usuários e

profissionais, o tipo real de acolhimento, as ações preconizadas para a prevenção e o controle de agravos e os recursos sociais existentes no território (MELO *et al.*, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem familiar desenvolvida neste estudo permitiu a identificação da dinâmica familiar, dos papéis de cada membro, dos estressores mais relevantes (vulnerabilidade social), o que ampliou a compreensão da equipe de saúde acerca de todo o contexto familiar. Permitiu ainda, o fortalecimento do vínculo entre a equipe e os membros da família, além de um aprendizado que exige esforço de autorreflexão e disponibilidade/abertura ao novo, às possibilidades que se colocam para aqueles que pretendem fazer parte do processo de construção do futuro do nosso sistema de saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF, FIOCRUZ e UVA).

REFERÊNCIAS

BRASIL, C.H.G. **Ferramentas de acesso à Família** - Residência em Medicina de Família e Comunidade e Especialização em Saúde de Família para Enfermeiros e Cirurgiões Dentistas. Montes Claros: UNIMONTES, 2010. Disponível em: <https://esfcajati.files.wordpress.com/2012/07/ferramentasdeacessofamilia2010carlosbrasil-110718095223-phpapp01.pdf>. Acesso em: 03 ago. de 2018.

CARNUT, L.; FAQUIM, J. Conceitos de família e a tipologia familiar: aspectos teóricos para o trabalho em equipe de saúde bucal na estratégia de saúde da família. **J ManagPrim Health Care**, v. 5, n. 1, p. 62-70, 2014. Disponível em: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjKls631KndAhUJHpAKHfdtAGEQFjAAegQIAxAC&url=http%3A%2F%2Fportaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br%2Fwp-content%2Fuploads%2F2017%2F10%2F4-CARNUT-Leonardo-FAQUIM-Juliana.pdf&usq=AOvVaw2ZvH55g9_fo0akIpwWQISW. Acesso em: 07 set. 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. ISSN 2179-7994. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/104>. Acesso em: 02 ago. 2018.

DITTERICH, R.G.; GABARDO, M.C.L.; MOYSÉS, S.J. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR. **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 515-524, 2009. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902009000300015&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 05 set. 2018.

FAÍCO FILHO, K.; OLIVEIRA, A.; BATISTA, D.; SILVA, K.; PENA, L.; DUARTE, L., *et al.* Carcinoma basocelular em supercílio reconstrução com retalho bilateral: um relato de caso. **Nucleus**, Ituverava, v. 15, n. 1, p. 225-236, apr. 2018. ISSN 1982-2278. Disponível em: <<http://www.nucleus.feituverava.com.br/index.php/nucleus/article/view/2758>>. Acesso em: 12 sep. 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.3738/1982.2278.2758>.

KASLOW, F.W. Families and Family Psychology at the Millenium. **American Psychologist**. 2002, 56(1):37-46. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11242986>. Acesso em: 01 jul. 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. *et al.* 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**, [S.l.], v. 3, n. 4, p. 58-71, fev. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/4437>. Acesso em: 10 set. 2018.

MONTEIRO, G.R. S.S; MORAIS, J. C. O; COSTA S. F. G; GOMES, B.M. R; FRANÇA, I.S.X; OLIVEIRA, R.C. Aplicação do Modelo Calgary de Avaliação Familiar no contexto hospitalar e na atenção primária à saúde. Revisão integrativa. **Aquichán**, Bogotá, v. 16, n. 4, p. 487-500, Oct. 2016. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972016000400487&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 Sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.7>

NASCIMENTO, Arlindo Mello. População e família brasileira: ontem e hoje. Trabalho apresentado no XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em CaxambúMG – Brasil, de 18 - 22 de Setembro de 2006. **Anais**, p. 1-24, 2006. Disponível em: http://www.nomads.usp.br/disciplinas/SAP5846/populacao_familia_nascimento_abep06.pdf. Acesso em 12 ago 2018.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**. [S.l.]: PNUD/IPEA, 2013. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/>. Acesso em: 18 de jun. 2018.

SAVASSI, L.; LAGE, J.; COELHO, F. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho e Savassi. **J ManagPrim Health Care**, v. 3, n. 2, p. 179-185, 2012. Disponível em: <http://www.repositorio.ufop.br/handle/123456789/3783>. Acesso em: 20 jun. 2018.

SEN, A.K. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000. Disponível em: https://www.fep.up.pt/docentes/joao/material/desenv_liberdade.pdf. Acesso em: 14 set 2018.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: **UNESCO/Ministério da Saúde**, 2002. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Atencao_primaria__equilibrio_entre_necessidade_de_saude__servicos_e_tecnologia/291. Acesso em: 06 jun 2018.