



ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO FAMILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA EXPERIÊNCIA NA ARTICULAÇÃO ENTRE ENSINO E SERVIÇO

Ricardo Henrique Vieira de Melo UFRN ricardohvm@gmail.com
Carlos Jordão de Assis Silva UFRN carlosjrdao@gmail.com

INTRODUÇÃO

O estudo do risco familiar deve ser pautado nas teias dos significados sociais que o próprio homem tece e destece no cotidiano, em meio ao que extravasa das casualidades e nas relações e determinações sociais. Consonante ao princípio de equidade, a Estratégia Saúde da Família precisa priorizar a atenção às famílias de maior vulnerabilidade biológica e social. Na visão de Barros e Franco (2007), a opção pela abordagem no coletivo familiar que está vinculado a uma equipe de referência local reproduz variadas concepções na pluralidade dos membros familiares e nas experiências diversificadas das relações de convivência, conflitos, consensos, que acumulam saberes, hábitos e costumes. Para Fontoura e Mayer (2006), o princípio da integralidade só é possível através de um olhar atento que possibilite apreender as necessidades das ações levando em conta a contextualização. E, conforme Cecílio (2001) alerta, uma integralidade focalizada pode ser identificada no espaço bem delimitado de um serviço de saúde, referida ao caso de uma experiência vivenciada e conquistada por meio do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional. Neste contexto surgiu a escala de risco familiar popularmente conhecida por Escala de Coelho. É um instrumento que, aplicado às famílias adscritas a uma equipe de saúde, pretende determinar seu risco social e de saúde, refletindo o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar. Savassi et al (2012) advertem que esta escala não foi desenvolvida para a finalidade de abordagem familiar, nem para classificar a totalidade dos riscos individuais e muito menos não envolve os diversos riscos presentes em uma família, porém serve de instrumento auxiliar para a avaliação da vulnerabilidade familiar e como mais uma ferramenta para planejamento das ações da equipe, pois serve de ponto de partida para um mapeamento das redes sociais



de apoio ao núcleo familiar. Esta pesquisa teve por finalidade compartilhar a sistematização de uma experiência de uso e validação de um instrumento para classificação de risco familiar no escopo da Estratégia Saúde da Família, vivenciada por tutores, preceptores, discentes e demais profissionais das equipes de saúde ocupantes de um lugar privilegiado no mar de possibilidades entre a academia, serviços e comunidade. Neste contexto a aplicação da Escala de Coelho teve como objetivos: conhecer os graus de risco das famílias adscritas; propor o uso deste instrumento como rotina no processo de trabalho local; e contribuir com o compromisso ético de fortalecimento da atenção básica como coordenadora do cuidado.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo metodológico de validação de um instrumento denominado Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi, aplicado para definir as prioridades de visita domiciliar. Os dados utilizados foram obtidos através das fichas A, de acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde. É conveniente ver em Savassi (2012) o detalhamento das sentinelas e o cálculo dos escores de risco. Foram Também utilizados registros de observações em diário de campo e dos portfólios de aprendizagem dos alunos dos cursos da área de saúde da UFRN. O local do estudo foi a Unidade de Saúde da Família de Cidade Praia, que contém duas equipes de saúde (aqui denominadas de X e Y), escolhida por ser campo de prática do Programa de Educação Tutorial na Saúde (PET-Saúde). A coleta dos dados foi realizada durante o primeiro semestre letivo do ano de 2013. O percurso do estudo ocorreu em três etapas. Na fase inicial ocorreram rodas de leitura para esclarecimento sobre as condições sentinelas, conhecimento e debate sobre o tema visita domiciliar com enfoque no instrumento (escala) de estratificação de risco a ser utilizado. Na segunda etapa foi feita a classificação das famílias cadastradas na unidade de saúde, categorizando-as em riscos R1, R2 e R3. A escala foi aplicada em regime de mutirão. Esta etapa foi realizada a partir da análise de 1904 fichas A que são preenchidas na primeira visita às famílias. Por fim, a etapa final contemplou a apresentação e discussão dos resultados obtidos para validação do instrumento e socialização dos aspectos pertinentes decorrentes do percurso, bem como os limites



da aplicação da escala na realidade observada. Após este momento foram realizadas visitas domiciliares às famílias de grau máximo (R3) em ordem decrescente para observação in loco dos critérios de classificação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A utilização da Escala representou a incorporação de um instrumento básico no cotidiano do planejamento das ações. Foram analisadas 1904 famílias: 1622 (85,19%) categorizadas como R1, 164 (8,61%) classificadas como R2 e 118 (6,2%) consolidadas como R3. Em uma vista panorâmica os resultados foram semelhantes para as duas equipes, mostrando uma fronteira estreita entre os escores de risco médio e elevado, o que denota a necessidade de atualização constante no consolidado desses dados, pela possibilidade de migração de famílias do escore R2 para R3 e vice versa, frente à dinâmica do território vivo. Observando atentamente os resultados para cada equipe em particular, foram evidenciadas algumas características singulares, o que justifica a pertinência do instrumento quanto à sua aplicação em cada estrato de território. Verificamos que dentro de uma mesma equipe as micro áreas possuem diferentes avaliações de risco, embora a proximidade entre as famílias de risco R2 e risco R3 seja confirmada. Essas semelhanças e divergências merecem ser analisadas com cautela, inclusive algumas micro áreas foram revisadas para afastamento do viés do sub registro. A diversidade quanto aos graus de risco demonstraram a heterogeneidade presente em micro áreas aparentemente homogêneas. A equipe X teve 1049 famílias analisadas, sendo que 902 (86%) foram classificadas como R1, 86 (8,20%) obtiveram R2 e 61 (5,80%) R3. Nesta equipe as micro áreas pertencentes a loteamentos (ruas sem pavimentação e com água servida escoando em valas a céu aberto) mostraram resultados próximos àquelas formadas por conjuntos habitacionais (ruas pavimentadas e com calçadas). Por sua vez, a equipe Y apresentou duas micro áreas em que o escore R3 foi maior do que o R2, e curiosamente mostrou uma maior divergência entre as áreas de conjuntos habitacionais e de loteamentos, entretanto uma micro área exclusiva de conjunto habitacional, apresentou um resultado semelhante às micro áreas de loteamento. Nesta equipe 720 (84,20%) famílias obtiveram a classificação R1, 78 (9,10%) R2 e



57 (6,70%) R3, de um total de 855 domicílios. Nas duas equipes de saúde da família em que foi aplicada, a escala de risco familiar de Coelho-Savassi foi útil na reorganização da demanda ao promover uma percepção mais apurada, objetiva e quantificada do risco das famílias avaliadas, impactando de maneira positiva o trabalho em equipe. É importante um maior investimento em outros instrumentos de avaliação e análise das necessidades e ações de saúde. Nesse sentido, concordamos com Ayres (2003) quando aponta a vulnerabilidade como conceito estruturante das abordagens de avaliação das condições de vida e saúde fundamentada na atribuição de sentidos e na interpretação da pluralidade dinâmica e complexa dos fenômenos sociais, inconstantes e relativos. Nascimento *et al* (2010) apontam alguns critérios que mereciam um esforço de inclusão no rol das sentinelas de acompanhamento, tais quais as precárias condições de higiene pessoal, a exposição a agentes poluidores domésticos, a presença de alérgenos constantemente inalados, bem como alguns aspectos tipo desemprego, sedentarismo, condutas pessoais de alimentação, desmotivações para adesão às condutas terapêuticas, indisposição para realização de atividades físicas e cultura do movimento e dimensões interpessoais e criminais. É pertinente ultrapassar o enfoque de risco, de característica predominantemente mecânica, em busca de novas formas de análises que possam estar mais condizentes com a realidade particular de cada cenário permeados pela teia de relações vivenciadas nos espaços de construção social e convivência entre os serviços de saúde e os grupos sociais.

CONCLUSÃO

Evidenciamos que a partir do uso da escala proposta por Coelho e Savassi para estratificação de risco familiar, foi possível estabelecer estratégias para priorizar as visitas domiciliares nas micro áreas de maior necessidade, de uma maneira simples, fácil e clara, utilizando um formulário tradicionalmente presente no cotidiano das equipes. Sugerimos a realização de estudos complementares para aferição do grau de divergência na classificação de risco feita por cada profissional avaliador, bem como a premissa de que esta avaliação seja feita em grupos multiprofissionais para minimização do viés da descalibração e ampliação dos olhares sócios sanitários. Há de se ter cuidado com as necessidades de saúde consideradas de risco baixo (R1).



A inércia de ações focadas nas famílias de risco mínimo poderá elevar a classificação desta graduação de risco, no futuro, para os níveis médio ou máximo, pois essas famílias exigem menos da assistência curativa e/ou reabilitadora, entretanto merecem maior atenção quanto aos aspectos de promoção e prevenção. Visualizamos ainda que a escala de Coelho e Savassi necessita de uma readequação e revisão criteriosa de todos os aspectos inclusive em relação à inclusão de novas condições sentinelas anteriormente não contempladas.

REFERÊNCIAS

AYRES José Ricardo et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA Dina; FREITAS Carlos. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.p.117-139.

BARROS, Ana Cecília.; FRANCO, Anamélia. Aspectos da interação do médico com a família. In: LEITE, Álvaro Jorge et al. **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. São Paulo: Editora Sarvier, 2007.

CECÍLIO, Luís. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni., MATTOS, Rubem (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado de saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-Abrasco, 2001.p.113-126.

FONTOURA, Rosane Teresinha; MAYER, Cristiane Nunes. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev. bras. enferm.** 2006, vol.59, n.4, p. 532-536.

NASCIMENTO, Fernanda Gomes do et al . 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**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, Aug. 2010.

SAVASSI, L., LAGE, J., COELHO, F.. Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi. **Journal of Management and Primary Health Care**, América do Norte, 3, jan. 2012.

Palavras-chaves: Estratégia Saúde da Família, Risco Familiar, Vulnerabilidade Social.