

IMPLANTAÇÃO DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO FAMILIAR EM UNIDADE DE SAÚDE

Resumo: O objeto desse estudo foi à implantação da estratificação de risco familiar de Coelho-Savassi como instrumento de priorização das visitas domiciliares na Atenção Primária a Saúde. Objetiva priorizar as visitas de acordo com o grau de vulnerabilidade familiar e organizar o processo de trabalho. Este estudo trás o relato de experiência realizada em uma Unidade de Saúde da Família pelo pesquisador durante o mês de setembro de 2019, na qual analisa 25 famílias de cinco microáreas através da estratificação de risco familiar. As famílias classificadas como de risco máximo (R3) constituiu 44% (n=11), enquanto os demais riscos considerados médio (R2) e menor (R1) foram equivalentes a 24% (n=6) cada um e sem risco (R0) 8% (n=2). Observou-se que famílias consideradas de risco máximo foram predominantes em relação aos demais riscos. Essa estratificação viabilizou o planejamento das ações de saúde priorizando o grau de risco para determinar as frequências dessas visitas. **Descritores:** Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Visita Domiciliar, Classificação.

Implementation of family risk stratification in a health unit

Abstract: The object of this study was the implementation of the Coelho-Savassi family risk stratification as an instrument for prioritizing home visits in Primary Health Care. It aims to prioritize visits according to the degree of family vulnerability and organize the work process. This study brings the experience report carried out in a Family Health Unit by the researcher during the month of September 2019, in which he analyzes 25 families from five micro-areas through family risk stratification. Families classified as maximum risk (R3) constituted 44% (n=11), while the other risks considered medium (R2) and lower (R1) were equivalent to 24% (n=6) each and without risk (R0) 8% (n=2). It was observed that families considered to be at maximum risk were predominant in relation to other risks. This stratification enabled the planning of health actions prioritizing the degree of risk to determine the frequency of these visits. **Descriptors:** Primary Health Care, Family Health Strategy, Home Visit, Classification.

Implementación de la estratificación de riesgo familiar en una unidad de salud

Resumen: El objeto de este estudio fue la implementación de la estratificación del riesgo familiar Coelho-Savassi como instrumento para priorizar las visitas domiciliarias en Atención Primaria de Salud, con el objetivo de priorizar las visitas según el grado de vulnerabilidad familiar y organizar el proceso de trabajo. Este estudio trae el relato de experiencia realizada en una Unidad de Salud de la Familia por el investigador durante el mes de septiembre de 2019, en el que analiza a 25 familias de 5 microáreas a través de la estratificación del riesgo familiar. Las familias clasificadas como de máximo riesgo (R3) constituyeron el 44% (n = 11), mientras que los demás riesgos considerados medio (R2) y menor (R1) fueron equivalentes al 24% (n = 6) cada una y sin riesgo (R0) al 8% (n = 2). Se observó que las familias consideradas de máximo riesgo predominaron en relación a otros riesgos. Esta estratificación permitió planificar acciones de salud priorizando el grado de riesgo para determinar la frecuencia de estas visitas. **Descriptorios:** Atención Primaria de Salud, Estrategia de Salud de la Familia, Visita a Casa, Clasificación.

Laís Souza da Veiga Santana

Enfermeira. Especialista em Centro Cirúrgico e Centro de Material e Esterilização. Residência Multiprofissional. E-mail: laisveiga@live.com

Evaldo Almeida da Silva

Enfermeiro. Mestre em Enfermagem e Saúde. Residência Multiprofissional. E-mail: evaldo83@yahoo.com.br

Submissão: 20/07/2021

Aprovação: 14/01/2022

Publicação: 15/03/2022

Como citar este artigo:

Santana LSV, Silva EA. Implantação da estratificação de risco familiar em unidade de saúde. São Paulo: Rev Recien. 2022; 12(37):435-441.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.37.435-441>

Introdução

Durante a minha experiência como enfermeira do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e da Comunidade, organizada pela Fundação Estatal Saúde da Família - FESF/SUS, obtive o primeiro contato profissional com a realização de atividades relacionadas às visitas domiciliares. No início, a minha percepção era de que as visitas se resumiam a consultas de enfermagem realizadas no domicílio das famílias, mais focada no aspecto clínico do usuário.

Após realizar inúmeras pesquisas sobre essa atividade, descobri que a visita está inserida na atenção domiciliar. Esta é uma modalidade de saúde que integra a rede atenção à saúde realizada no ambiente domiciliar da pessoa que corresponde a um conjunto de ações de prevenção, reabilitação, palição e tratamento de doenças e promoção de saúde, a fim de garantir a continuidade do cuidado¹.

Com o aprofundamento dos meus conhecimentos sobre essa atividade, durante a participação no programa, ampliei minha visão sobre esse tipo de atendimento. Compreendi que outros aspectos também interferem na condição de saúde da pessoa, da família e da comunidade, tais como: o perfil da dinâmica familiar, as redes de apoio de cada família, os fatores socioeconômicos, e, as redes de atenção à saúde disponíveis e acessíveis.

Esse estudo, trata-se de um relato desta experiência, onde foi aplicada a metodologia de Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi por uma equipe de saúde da família no município de Dias D'Ávila, localizado na região metropolitana de Salvador/BA. Tal instrumento é aplicado com a intenção de se determinar níveis de risco social e de

saúde, refletindo a potencialidade de que estes indivíduos possam adoecer, dentro de seu núcleo familiar².

Inicialmente, as visitas familiares eram realizadas de uma maneira onde não havia uma discussão prévia sobre o seu planejamento pela equipe. Assim, após os agentes de saúde e os familiares dos pacientes informarem a equipe sobre a necessidade de melhoria, em relação a estas visitas, realizamos uma reunião na Unidade de Saúde Família para discutir essa demanda. A partir desta, definimos os critérios utilizados para sistematizar as visitas domiciliares, classificando-as por grau de risco, conforme o modelo de Coelho-Savassi, e, as ações de saúde, de acordo com as necessidades do usuário e da família para as visitas durante a rotina diária de trabalho.

Posteriormente a realização dos atendimentos, já com os novos critérios de atuação, surge à importância de se avaliar os resultados. Utilizando dos dados obtidos através deste procedimento adotado, foi traçado o perfil do público que acompanhei durante a participação no programa, considerando os principais aspectos que foram utilizados na aplicação prática da Escala de Risco Familiar.

A aplicação da estratificação de vulnerabilidade familiar ocorreu após incômodo da equipe com a desorganização das visitas domiciliares, por conseguinte foi buscado com essa reunião organizar as visitas por meio de estratificação de risco familiar para priorizar as visitas de acordo com o grau de risco associado. Assim, o problema aqui abordado procura responder se: a aplicação da metodologia de Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi em uma Unidade de Saúde da Família (USF) pode proporcionar uma melhora nos atendimentos às visitas domiciliares.

Tendo como objetivo priorizar as visitas de acordo com a vulnerabilidade familiar e organizar o processo de trabalho.

Por fim, espera-se avaliar se os procedimentos que foram adotados proporcionaram um melhor acolhimento a este público e compreender as dificuldades enfrentadas para o atendimento do perfil do público atendido. Contribuindo assim para o contínuo aprimoramento das estratégias a serem adotadas neste tipo de atendimento.

Material e Método

Foi utilizada Escala de Coelho-Savassi em uma Unidade de Saúde da Família do município de Dias D'Ávila, pertencente à região metropolitana de Salvador/BA, no mês de setembro de 2019. Esta foi

aplicada, pela primeira vez na Unidade, devido à necessidade em organizar as visitas domiciliares a serem realizadas pela equipe.

Esta Escala é um instrumento de estratificação baseado nos dados de cadastro da família (ficha A), do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), que são aplicadas pelos Agentes Comunitários de Saúde – ACS (previamente treinados) nas primeiras visitas domiciliares. Esta escala utiliza-se de sentinelas de risco social e individual, na qual refletem o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar². O quadro 01 relaciona as pontuações conforme a sentinela.

Quadro 1. Dados da Ficha A e Escore de Pontuação de riscos Segundo Coelho Savassi.

Dados da Ficha A do SIAB		Pontuação
Sentinelas para Avaliação da Situação de Risco		
Acamado		3
Deficiência física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição Grave		3
Drogadição		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de 6 meses de idade		1
Maior de 70 anos de Idade		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		

Fonte: Coelho; Savassi, 2012.

O instrumento de estratificação de risco familiar é constituído por 13 sentinelas de risco, onde 11 são consideradas de carácter individual: pessoas acamadas, deficiência física, deficiência mental, drogadição, desemprego, analfabetismo, criança menor de seis meses, idosos maior de 70 anos, pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. As outras duas sentinelas, de risco social, correspondem às baixas condições de saneamento e a relação morador/cômodo³.

Com base no somatório da pontuação das sentinelas de risco, realiza-se a classificação de risco familiar (quadro 02), sendo: escore menor que quatro = sem risco (R0), escores entre 5 e 6 = risco menor (R1), entre 7 e 8 = risco médio (R2) e acima de 9 = risco máximo (R3)⁴.

Quadro 2. Classificação das Famílias de acordo com a pontuação.

Escore	Risco Familiar
Menor que 5	R0 - Sem risco
5 a 6	R1 - Risco menor
7 a 8	R2 - Risco médio
9 ou mais	R3 - Risco máximo

Fonte: Coelho; Savassi, 2012.

Esta classificação, agora implementada, é realizada durante as reuniões de equipe que ocorrem semanalmente na Unidade de Saúde da Família. Destas participam além dos cinco agentes comunitários de saúde e de um médico da unidade, os profissionais residentes: de enfermagem (dois), dentistas (dois) e mais um residente do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) podendo ser fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista ou professor de educação física.

Após a primeira visita realizada pelo ACS, a todas as famílias de cada microrregião, é apresentada a

equipe o resultado dos dados coletados. A partir daí, será realizada a classificação de risco familiar para que se avalie a necessidade de visita domiciliar.

Neste estudo foram avaliadas 25 famílias de cinco microáreas. Os dados obtidos foram registrados em planilha eletrônica (EXCEL[®]) para anexar o grau de risco familiar de Coelho Savassi de cada família avaliada.

A equipe possui um livro para registro das necessidades de saúde dos pacientes, onde são sinalizados os graus de riscos das famílias. Também são registros quais serão os profissionais responsáveis para realizar a visita (de acordo com a necessidade do paciente e o grau de risco familiar). Além disso, a equipe definiu a periodicidade das visitas às famílias de acordo com o grau de risco de cada família. Esta periodicidade é definida de acordo com os espaços protegidos, nas agendas dos profissionais, para que os mesmos possam realizar as visitas domiciliares.

Assim, as famílias classificadas com risco máximo recebem visitas semanalmente por dois profissionais da equipe da USF, ou, por um profissional da equipe e outro do NASF. As de risco médio recebem visitas mensalmente por um profissional do NASF ou por um da equipe. Já os de risco menor ocorrem semestralmente por um ACS ou um profissional da equipe. Por fim, são registradas as metas a serem alcançadas em cada visita pelos profissionais.

Resultados e Discussão

Nesta implantação foi realizada a estratificação de 25 famílias compostas em sua maioria por pessoas idosas (≥ 60 anos) (64%; $n=14$), o que corrobora com os dados do Ministério da Saúde, que, por meio da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, traz que os usuários mapeados com necessidade de AD

geralmente são formados por: idosos frágeis, pessoas com incapacidade funcional temporária ou permanente, pessoas com transtornos psíquicos graves e egressos de internações hospitalares¹.

Além disso, das 25 famílias, 11 eram compostas por idosos com mais de 70 anos, o que corresponde a uma sentinela de risco individual da Escala de Coelho-Savassi. Esse número reflete o aumento da expectativa de vida, atrelada a melhoria das condições socioeconômicas (saúde, educação, moradia) no Brasil ao decorrer dos anos⁵.

Nas sentinelas de riscos individuais, onde incluem-se doenças crônicas como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), 54% (n=13) das famílias apresentavam HAS e 37,5% (n=9) o DM. Ainda havia famílias onde os indivíduos apresentavam essas duas doenças associadas (n=6). Observa-se que o aumento das doenças crônicas tem como fatores de risco o tabagismo, o sedentarismo, excesso de peso, alimentação não saudável e ao abuso de álcool que podem ser evitadas através da promoção do estilo de vida saudável^{6,7}.

Em relação às sentinelas correspondentes as deficiências físicas e/ou mentais graves, 23 famílias apresentavam algum familiar com dificuldade cognitiva, motora ou ambas. Estas foram decorrentes de algumas doenças ou agravos como: paralisia infantil (deficiência física causada pela poliomielite), acidentes de trânsito (lesões medulares), acidente vascular encefálico, ou, de ferimento por arma de fogo (lesões medulares). Um estudo transversal com abordagem quantitativa que descreveu o perfil epidemiológico das pessoas com deficiência física, residentes no município de Florianópolis/SC, também traz que entre as principais causas de deficiências

estão as doenças crônicas não transmissíveis e os acidentes de trânsito⁸.

Das famílias analisadas neste estudo, alguns fatores de riscos não foram pontuados por não estarem presentes e/ou não referidas pelos indivíduos, sendo estas a desnutrição grave, crianças menores de seis meses e a drogadição. Vale salientar que a maioria dessas famílias eram compostas por pessoas idosas e nenhuma delas relataram abuso de nenhuma substância lícita ou ilícita nas visitas realizadas. Uns dos fatores que podem levar a ausência deste tipo de informação, pela população idosa pode estar relacionada a diversas causas como constrangimento e receio do isolamento social⁹.

Os estudos^{10,2}, autores da escala de risco familiar, orientam que a baixa condição de saneamento básico seja desconsiderada, se houver alta prevalência na comunidade. Assim, essa sentinela não foi considerada na avaliação dessas famílias devido à alta prevalência nas microáreas da realização deste estudo. Destaca-se que essa situação incide, sobre estas comunidades, o risco de se contrair doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado, como diarreias, hepatite A e esquistossomose¹¹.

Ainda sobre as 25 famílias estratificadas pelo grau de risco familiar, aproximadamente a metade dos avaliados (48%; n=12), apresentavam problemas em relação a sua mobilidade (restritas ao leito, ou seja, acamadas). A sentinela de risco acamado é considerada como de pontuação máxima, no valor de três pontos, na classificação de risco familiar. Observou-se nessa avaliação que 88% das famílias (n=22) tinham como principais cuidadores os familiares. O cuidado a pessoas acamadas geralmente ocasiona sobrecarga física, social e emocional em

grande parte dos cuidadores informais que em sua maioria são compostas por familiares que residem no mesmo domicílio¹².

Algumas famílias também pontuaram nas sentinelas sociais relacionadas ao analfabetismo, relação morador/cômodo e desemprego. A falta de emprego tem sido umas das principais causas de depressão, ansiedade e desesperança nas pessoas, por isso, existe a necessidade de oferecer o apoio psicológico em alguns casos, e, para estes são oferecidos o suporte do NASF¹³.

Em relação ao escore total de risco familiar apresentaram risco máximo (R3) 44% das famílias (n=11), os de risco médio (R2) e de risco menor (R1) foram de 24% (n=6) cada um. As famílias classificadas como sem risco (R0) foram apenas 8% (n=2).

As famílias com risco máximo, pontuação maior que nove, precisam ter uma maior prioridade por parte dos profissionais de saúde, pois demandam visitas com uma maior frequência (semanalmente) e de brevidade no acesso aos demais serviços de saúde, como Centros de Reabilitação e Centros de Referências e Assistência Social (CRAS).

Em relação as R2 e R1 são oferecidas visitas em intervalos maiores ao se comparar com as famílias classificadas como R3, mensalmente e semestralmente respectivamente, devido à menor presença de sentinelas de risco. Visando oferecer um serviço equânime aos usuários, alguns autores orientam atualização constante desses dados pela possibilidade de mudança na classificação dessas famílias^{4,14}.

Conclusão

Esse estudo evidenciou que as sentinelas mais prevalentes na análise foram de pessoas idosas,

acamadas, hipertensas e portadores de deficiências. Verificou-se que das 25 famílias analisadas, a maioria (44%) foram consideradas de risco familiar máximo (R3). Estas famílias necessitam de maiores cuidados por apresentarem mais sentinelas de risco do que os dos outros riscos (R1 e R2).

A aplicação da Escala Coelho-Savassi colaborou para que a equipe organizasse melhor as visitas domiciliares através de um planejamento mais elaborado das ações de saúde, como de reabilitação, tratamento e promoção de saúde que seriam feitas durante a visita. Também sinaliza quanto à periodicidade e qual o profissional deve realizar as visitas.

A utilização desse instrumento de risco familiar também contribui para o reconhecimento do perfil do território de atuação da equipe. Isto permite uma visão ampliada da equipe de saúde a respeito das vulnerabilidades sociais e individuais de saúde que mais afligem as famílias (ex: elevado número de HAS, DM, as baixas condições de saneamento e as deficiências físicas e mentais).

Este estudo auxiliou a direcionar as visitas de acordo com o grau de risco e facilitar no planejamento do processo de trabalho quanto a sua periodicidade e as ações de saúde de tratamento, prevenção, promoção, palição e reabilitação a serem tomadas durante essa atividade.

Como limitações houve escassez de estudos recentes a respeito dessa temática. Observa-se há necessidade de realizar mais pesquisas e publicações como esta para que seja possível comparar os dados com outros.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Atenção domiciliar na atenção primária à saúde. Brasília. 2020. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf>. Acesso em 15 out 2020.
2. Savassi, LCM, Lage JL, Coelho FLG. Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi. *JMPHC - Journal of Management & Primary Health Care*. 2013; 3(2):179-185.
3. Nakata PT, Koltermann LI, Vargas KR, Moreira PW, Duarte ERM, Rosset-Cruz I. Classificação de risco familiar em uma unidade de saúde da família. *Rev Latino Am Enferm*. 2013; 21(5).
4. Menezes AHR, Cardelli AAM, Vieira GB, Martins JT, Fernandes MV, Marrero T-L. Classificação de risco familiar segundo escala de Coelho e Savassi - um relato de experiência. *Rev Ciência, Cuidado Saúde*. 2012; 11(1):190-195.
5. Oliveira AS. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. *Hygeia - Rev Bras Geografia Médica Saúde*. 2019; 15(32):69-79.
6. Cruz MF, Ramires VV, Wendt A, Mielke GI, Martinez-Mesa J, Wehrmeister FC. Simultaneidade de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre idosos da zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33(2).
7. Pereira SEA, Costa D, Penido R, Batista ANS, Calheiros A, Ferreira GV, et. al. Fatores de risco e complicações de doenças crônicas não transmissíveis. *Rev Ciência Saúde Coletiva*. 2017; 10(4):213-219.
8. Nogueira GC, Schoeller SD, Ramos FRS, Padilha MI, Brehmer LCF, Marques AMFB. Perfil das pessoas com deficiência física e Políticas Públicas: a distância entre intenções e gestos. *Rev Ciência Saúde Coletiva*. 2016; 21(10).
9. Diniz A, Pillon SC, Monteiro S, Pereira A, Gonçalves J, Santos MA. Uso de substâncias psicoativas em idosos: uma revisão integrativa. *Rev Psic Teoria Prática*. 2017; 19(2):23-41.
10. Coelho FL, Savassi, LCM. Aplicação de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. *Rev Bras Medicina Família Comunidade*. 2004; 1(2):19-26.
11. Siqueira MS, Rosa RS, Bordin R, Nugem RC. Internações por doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado na rede pública de saúde da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2010-2014. *Rev Epidemiologia Serviços Saúde*. 2017; 26(4):795-806.
12. Mendes PN, Figueiredo ML, Santos AMR, Fernandes MA, Fonseca RSB. Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. *Rev Acta Paul Enferm*. 2019; 32(1).
13. Cavalcante AKS, Leal JCS, Feijão GMM. “Desempregado, e agora?”: Uma análise sobre os impactos psicossociais do desemprego. *Rev Interfaces: Saúde, Humanas Tecnologia*. 2020; 8(1):362-70.
14. Melo RHV, Vilar RLA, Ferreira AF, Pereira EJS, Carneiro NEA, Freitas NGHB, et al. Análise de risco familiar na estratégia saúde da família: uma vivência compartilhada entre preceptores, discentes e agentes comunitários de saúde. *Rev Bras Inovação Tecnológica Saúde*. 2014; 3(4):58-71.