

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO FAMILIAR SEGUNDO ESCALA DE COELHO E SAVASSI – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Adriana Henriques Ribeiro Menezes*
 Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli**
 Gabriela Berchiol Vieira***
 Julia Trevisan Martins****
 Marina Viana Fernandes*****
 Tai-Li Marrero*****

RESUMO

O presente estudo é descritivo de análise situacional e teve objetivo relatar a experiência da aplicação da escala de Coelho e Savassi como instrumento para a priorização das visitas domiciliares da ESF (Estratégia Saúde da Família). A escala consiste em uma lista de indicadores com escores cuja somatória assim classifica o risco familiar: R0 = sem risco; R1 = menor risco; R2 = risco médio; e R3 = risco máximo. Foi realizado um treinamento com profissionais da saúde de duas equipes da ESF de uma unidade de saúde com o objetivo de capacitá-los e sensibilizá-los. Esses profissionais avaliaram 1.810 famílias acompanhadas pela ESF daquela unidade através de dados contidos na ficha cadastral existente. Os resultados apontaram que 86% das famílias foram consideradas sem risco e 14% apresentaram algum risco. Das consideradas com risco 63% foram classificadas como R1, 22% como R2 e 15% como R3. Essa classificação viabilizou o planejamento das ações, dando prioridade àquelas famílias que apresentaram maior risco e determinando a frequência das visitas domiciliares. Ao final deste trabalho foi possível perceber a importância da classificação de risco familiar para direcionar e otimizar os trabalhos das equipes da ESF junto às famílias vulneráveis.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família. Visita Domiciliar. Família. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994, com a finalidade de propor mudanças no modelo da atenção à saúde vigente naquele momento, que era caracterizado por uma concepção curativa, individual e hospitalocêntrica, para um modelo que assistisse os indivíduos, suas famílias e a comunidade. Este modelo tornou-se uma estratégia de atenção à saúde da família⁽¹⁾ que estabelece para essas equipes:

A necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (Sistema Único de Saúde) [...] já que busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e produz resultados positivos nos principais indicadores de saúde^(2:712).

Sabe-se que as ações básicas de saúde devem estar em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS quanto à universalidade, integralidade e equidade e ser aplicáveis a todos os indivíduos. Estas atividades não devem se restringir ao ambiente interno de uma unidade básica de saúde (UBS), e sim, extrapolar as barreiras estruturais de forma que as pessoas percebam essas ações mesmo sem adentrar ao seu espaço físico⁽³⁾. Neste sentido, um instrumento importante para transcender essa barreira é a visita domiciliar, que permite a compreensão dos fenômenos que envolvem a condição de estar doente no domicílio⁽⁴⁾.

A visita domiciliar com a finalidade de atender à saúde, aprender ou investigar representa a continuidade do campo de trabalho, onde o profissional estende seu olhar para a detecção das necessidades e realiza a promoção

* Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina-PR (UEL). Especialista em Centro Cirúrgico e Centro de Material. Enfermeira Assessora Técnica de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina. E-mail: menezessgtbm@yahoo.com.br.

** Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Associada do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UEL. E-mail: macielalexandrina@gmail.com

*** Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da UEL. Especialista em Saúde da Família. E-mail: enf.gabriela.vieira@hotmail.com.

**** Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UEL. E-mail: jtmartins@uel.br

***** Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da UEL. Chefe de Enfermagem da Unidade de Quimioterapia do Hospital Universitário de Londrina. E-mail: mv_fernandes@yahoo.com.br

***** Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da UEL. Especialista em Auditoria em Saúde. E-mail: taii_marrero@hotmail.com

da saúde e um cuidado ampliado⁽⁵⁾. Essa visita constitui-se como uma oportunidade ímpar, na qual se estabelece o vínculo entre profissionais, pacientes e seus familiares através da escuta qualificada e do acolhimento, favorecendo a produção de saúde para os indivíduos.

Esta modalidade assistencial possibilita a compreensão do contexto no qual estão inseridas as famílias, além da percepção do cuidado que adotam para com todos os seus membros, pois é fato que as famílias têm o entendimento de que o processo saúde-doença é determinado por influência do meio social e cultural e pelas crenças e atitudes⁽⁶⁾; porém este entendimento pode não se concretizar na procura por cuidado.

A família é uma das principais fontes de apoio do indivíduo, e quando um de seus membros apresenta-se fragilizado, ela precisa ser fortalecida na sua integridade⁽⁷⁾. Assim, a visita domiciliar é relevante para a detecção não só de doenças individuais, mas principalmente da vulnerabilidade familiar, para o cuidado e manutenção da saúde de seus integrantes.

As visitas domiciliares são realizadas pelos membros das equipes de Saúde da Família, principalmente pelos ACSs (agentes comunitários de saúde), que comparecem ao menos uma vez por mês no domicílio de cada família de sua área de abrangência. Esses são os profissionais mais indicados para esta atividade, pois são o elo na triangulação Família - Equipe de Saúde da Família – Serviço, uma vez que estão inseridos no mesmo ambiente e consequentemente vivenciam a realidade local. Neste sentido os ACSs realizam o levantamento dos fatores determinantes e condicionantes de saúde contidos no meio onde os moradores se inserem cotidianamente, como as condições de moradia, saneamento básico, questões ambientais e sociais, além de facilmente estabelecerem vínculo com essas famílias⁽⁸⁾.

Como ferramenta para este levantamento inicial utiliza-se a ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a qual contém dados sociodemográficos de identificação da família. Essa ficha é um instrumento de cadastro familiar, utilizado pelo ACS em sua primeira visita à família, que possibilita a identificação de sentinelas de risco, as quais são determinantes para a classificação do risco específico, ajudando a equipe de saúde a traçar

ações estratégicas de prevenção de doenças e agravos em uma comunidade, assim como, promover ações curativas e reabilitadoras⁽⁹⁾.

Para que os serviços de saúde da atenção primária consigam reorganizar o processo de trabalho e complementar as ações programáticas atendendo adequadamente à demanda de seu território faz-se necessário estabelecer prioridades, principalmente no atendimento às famílias com vulnerabilidade social. Essa vulnerabilidade pode ser expressa no adoecimento de um ou vários membros, em situações recorrentes do uso de drogas, violência doméstica e outras condições que impeçam ou detenham o crescimento saudável deste grupo⁽¹⁰⁾.

Assim sendo, a Assessoria Técnica da Diretoria de Ações em Saúde do município de Londrina – PR, por meio da equipe de trabalho da Unidade de Saúde Irmã Maria Osvalda Kneer, também conhecida por UBS Lindóia, optou pela aplicação da Escala de Risco Familiar Coelho e Savassi⁽¹¹⁾ para subsidiar os profissionais no planejamento e organização dos serviços da ESF. Acredita-se que as informações advindas deste instrumento podem, efetivamente, ajudar outros serviços da ESF no processo de planejamento e avaliação do risco à saúde das famílias em suas áreas de atendimento, facilitando as ações de saúde a serem implementadas.

Desta forma, este artigo teve como objetivo relatar a experiência da aplicação da Escala de Risco Familiar Coelho e Savassi⁽¹¹⁾ como instrumento para priorização das visitas domiciliares da ESF às famílias em risco.

MATERIAL E MÉTODO

O estudo é descritivo de análise situacional e se caracteriza como relato de experiência sobre a aplicação da Escala de Risco de Coelho e Savassi às famílias residentes na área de abrangência da Unidade Saúde da Família (USF) Lindóia, que abrange o território de 16 bairros e atende a uma população de 10.069 habitantes⁽¹²⁾. Esta USF possui uma equipe de Saúde da Família chamada de Equipe A, a qual é composta por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e quatro ACSs. Outra equipe, denominada Equipe B, é a do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), composta por uma enfermeira e quatro ACS.

Conta ainda com outros profissionais de saúde, como dentistas, auxiliares e técnicos de odontologia, pediatra, ginecologista, e com uma equipe denominada Núcleo de Apoio Saúde da Família – NASF, cujos integrantes são um nutricionista, um farmacêutico, um educador físico, um psicólogo e um fisioterapeuta.

As unidades de análise deste estudo foram 1.810 fichas A, que continham os dados necessários para a análise proposta e correspondiam às famílias cadastradas pelas equipes da UFS Lindoia. Como instrumento para coleta destes dados utilizou-se um formulário elaborado com os itens propostos pela Escala de Coelho e Savassi⁽¹¹⁾. Esta escala consiste em uma lista de indicadores de risco familiar preestabelecidos aos quais são atribuídas pontuações entre mínima, que corresponde à ausência da sentinela para a avaliação de risco, e máxima, que corresponde à presença da sentinela de risco, conforme mostra o quadro 1.

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 seis meses de idade		1
Maior de 70 anos de idade		1
Hipertensão arterial sistêmica		1
Diabetes <i>Mellitus</i>		1
Relação morador/cômodo	Se maior que 1	3
	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0
TOTAL		

Quadro 01 - Dados da Ficha A e Escore de Pontuação de Risco segundo Coelho e Savassi⁽¹¹⁾

Na sequência faz-se uma somatória desses valores e o escore total de cada família classifica

o risco familiar como: R0 = sem risco; R1 = menor risco; R2 = risco médio; e R3 = risco máximo (quadro 02).

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 e Savassi⁽¹¹⁾.

Quadro 02. Classificação das Famílias de acordo com a pontuação.

A coleta de dados foi desenvolvida durante o mês de maio de 2011 pelos ACSs e enfermeiros das equipes A e B, após capacitação para a aplicação da escala e diagnóstico do grau de risco familiar. Este treinamento teórico, com duração de oito horas, teve por finalidade apresentar a metodologia proposta na aplicação da escala de Coelho e Savassi⁽¹¹⁾ e sensibilizar os participantes para a utilização do instrumento, bem como para as vantagens e a importância deste processo para o diagnóstico das famílias em risco. Este treinamento foi realizado por assessores da Diretoria de Ações em Saúde do município de Londrina - PR.

Para o desenvolvimento da pesquisa foram considerados os princípios éticos disciplinados pela Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a qual estabelece normas sobre pesquisas que envolvam seres humanos⁽¹³⁾, e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina (Parecer n.º 128b/11) e autorizado pela Gerência de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina – PR.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados identificou que a maioria das famílias (n= 1.557; 86%) não apresentava risco (R0) e 14% (n= 253) foram consideradas em risco. Do total de famílias classificadas como de risco, 63% (n=159) foram categorizadas como R1; 22% (n=56) como R2 e 15% (n=38) como R3 (tabela 1).

Equipe	Micro área	R0		R1		R2		R3		TOTAL
		N	%	N	%	N	%	N	%	
A	MA -1	206	99,5	0	0,0	0	0,0	1	0,5	207
A	MA -2	199	92,5	9	4,2	2	0,9	5	2,4	215
A	MA -3	217	95,6	6	2,7	0	0,0	4	1,7	227
A	MA -4	191	94,1	3	1,5	4	1,9	5	2,5	203
B	MA -1	158	57,3	81	29,3	24	8,7	13	4,7	276
B	MA -3	234	91,0	12	4,7	9	3,5	2	0,8	257
B	MA -4	204	98,0	2	1,0	1	0,5	1	0,5	208
B	MA -5	148	68,2	46	21,2	16	7,4	7	3,2	217
TOTAL		1557	86,1	159	8,7	56	3,1	38	2,1	1810

Tabela 1 – Classificação das Famílias de acordo com a escala de risco da Unidade Saúde da Família Lindóia, Londrina-PR, 2011

Verificou-se que do total das famílias (n=852; 47%) pertencentes à área de atuação da equipe A, a maioria (n=813; 95,4%) foi classificada como R0 = sem risco e somente 1,8% (n=15) foram identificadas como R3. Quanto às famílias alocadas na área de abrangência da equipe B (n=958; 53%), observou-se que a maioria (n=744; 77,7%) não apresentava risco familiar e apenas 2,4% (n=23) foram avaliadas como R3. Constatou-se que a área de abrangência da equipe B apresentava maior número de famílias de risco em comparação com a equipe A, com destaque para a microárea 01(MA – 1), que apresentou um número de famílias classificadas como R3 superior em relação às demais microáreas, totalizando 34% (n=13) das famílias. Este resultado corrobora o de um estudo⁽¹¹⁾ segundo o qual é possível identificar diferentes classificações de risco familiar dentro de uma mesma área de abrangência, justificando a necessidade de priorização de estratégias e de mais investimento em recursos humanos e financeiros nesta microárea.

O número de famílias avaliadas como de maior risco (R3) foi reduzido em relação à totalidade, o que mobilizou todos os integrantes das equipes A e B ao atendimento domiciliar e permitiu diagnóstico apurado sobre as reais necessidades dessas famílias. Destaca-se que o diagnóstico do risco familiar evidenciou uma população idosa (> de 70 anos), constituída em grande parte por indivíduos hipertensos,

portadores de diabetes *mellitus* e acamados. Estes dados estão de acordo com as mudanças do padrão demográfico do país, marcado pela diminuição da fecundidade e aumento da longevidade e consequente aumento das doenças crônico-degenerativas. No município de Londrina o índice de envelhecimento passou de 15% no ano de 1991 para 37,9% em 2009. Estas mudanças apontam a necessidade de adequar o sistema de saúde local às novas demandas, com a implementação de ações específicas para essa população e o uso de novas tecnologias⁽¹⁴⁾.

Não obstante, o planejamento de atuação da equipe multiprofissional com foco no princípio da equidade tem sido alvo de muitas discussões por sua pouca efetividade, pois as visitas domiciliares são priorizadas segundo o olhar curativo ainda dominante, e as famílias a serem visitadas, frequentemente, são selecionadas em função da gravidade da doença atual ou do estado clínico do paciente. Assim, famílias com outras necessidades relacionadas às interfaces dos determinantes do processo saúde doença que também constituem risco à saúde têm sua atenção postergada ou não são incluídas na assistência^(15,16). Isto reforça a necessidade da utilização da Escala de Coelho⁽¹¹⁾ como instrumento de apoio para a programação das ações de saúde.

Pesquisas^(11,17) sugerem que os indicadores da escala e suas respectivas pontuações, ao serem avaliados, podem ser adaptados conforme as particularidades de cada comunidade; entretanto,

na aplicação da escala neste estudo verificou-se que as sentinelas estavam adequadas à abordagem necessária para a categorização das famílias da região e permitiram atingir os objetivos propostos. Sendo assim, optou-se pela manutenção do instrumento sem alterações, quer das sentinelas quer da pontuação atribuída.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação da escala pelos profissionais envolvidos no processo de estratificação de risco das famílias que participaram da capacitação realizada evidenciou que a categorização do risco familiar permite direcionar as ações mediante critérios definidos.

A classificação do risco familiar possibilitou determinar a frequência das visitas domiciliares

pelos diferentes profissionais de saúde que atuam na ESF, priorizando as famílias R3, as quais deverão ser assistidas com mais atenção e cujo acompanhamento deverá ocorrer em intervalos mais curtos que o das outras famílias. Da mesma forma, as famílias R2 também deverão ser visitadas com frequência menor que a das R3 e maior que a das R1, possibilitando o planejamento adequado das ações programáticas e melhoria da qualidade da assistência.

Por fim, ressalta-se a significância da classificação do risco familiar, que permite o delineamento de ações de saúde por meio de um planejamento que identifique os reais problemas da população, o que resultará na priorização dos atendimentos às famílias vulneráveis.

FAMILY RISK CLASSIFICATION ACCORDING TO COELHO AND SAVASSI'S SCALE – REPORT ON PROFESSIONAL EXPERIENCE

ABSTRACT

This is a descriptive study with a situational analysis approach. The aim was to report the experience of applying Coelho and Savassi's as a tool for prioritization of home visits enrolled into the Family Health Strategy (FHS). This scale has a list of index scores that indicates the family risk classification by the sum of the scores. R0 indicates no risk, R1 indicates low risk, R2 indicates mild risk, and R3 indicates high risk. Health professionals from two FHS teams were trained to apply the scale. The professionals assessed 1810 families enrolled in the FHS of a Health Center using data from the enrollment profile form. Results pointed that 86% families were not exposed to any risk and 14% were exposed to some risk. Out of the families exposed to risk, 63% were classified as R1, 22% as R2 and 15% as R3. This classification allowed to develop plans giving priority to families at high risk, and also determining frequency of home visits. In conclusion, we highlight the importance of family risk classification in focusing and improving health care actions of FHS teams toward vulnerable families.

Keywords: Family Health Program. Home Visit. Family. Nursing.

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO FAMILIAR SEGÚN ESCALA DE COELHO Y SAVASSI – UN RELATO DE EXPERIENCIA

RESUMEN

El presente estudio es descriptivo de análisis situacional, cuyo objetivo fue relatar la experiencia de la aplicación de la escala de Coelho y Savassi como instrumento para la priorización de las visitas domiciliarias de la Estrategia Salud de la Familia (ESF). La escala consiste en una lista de indicadores con puntuación, cuya sumatoria clasifica el riesgo familiar, siendo R0 = sin riesgo; R1 = riesgo menor; R2 = riesgo medio y R3 = riesgo máximo. Fue realizado un entrenamiento con los profesionales de salud de dos equipos de la ESF de una unidad de salud, con la finalidad de capacitarlos y sensibilizarlos. Estos profesionales evaluaron 1810 familias acompañadas por la ESF de la unidad a través de datos contenidos en la ficha de registro existente. Los resultados señalaron que 86% de las familias fueron consideradas sin riesgo y 14% presentaron algún riesgo. De las consideradas en riesgo, 63% fueron clasificadas como R1, 22% como R2 y 15% como R3. Esta clasificación posibilitó planear acciones, dando prioridad a aquellas familias que presentaron mayor riesgo y determinando la frecuencia de las visitas domiciliarias. Al final de este trabajo, fue posible percibir la importancia de la clasificación del riesgo familiar para dirigir y mejorar los trabajos de los equipos de la ESF junto a las familias vulnerables.

Palabras clave: Programa de Salud Familiar. Visita Domiciliaria. Familia. Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Básica e a Saúde da Família. 2012. [online]. [acesso jun 2012]. Disponível em: dab.saude.gov.br/atençãobasica.php.
2. Carneiro Junior N, Jesus CH, Crevelim MA, George JB. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Rev Saude Soc.* 2010; jul-set; 19(3):709-716.

3. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. 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. 20 set 1990; Seção 1:018055.
4. Mendes AO, Oliveira FA. Visitas domiciliares pela Equipe de Saúde da Família: reflexões para um olhar ampliado do profissional. Rev Bras Med Fam Com. 2007 jan-mar; 8(2):253-260.
5. Lopes WO, Saupe R, Massaroli A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. Cienc Cuid Saúde. 2008 abr-jun; 7(2):241-247.
6. Dias SMZ, Mota MGC. Processo de cuidar a criança hospitalizada e família: percepções de enfermeiro. Rev. Gaucha Enferm. 2009; 27(4):578-582.
7. Machado TCM, Ueji JY, Pinheiro JCF, Marin MJS. Cuidando de uma família de acordo com o modelo Calgary em uma unidade básica de saúde da cidade de Marília. REME Rev Min Enf. 2006 jan-mar; 10(1):69-74.
8. Cruz MM, Bourget MMM. A visita domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções da família. Rev Saude Soc. 2010 jul-set; 19(3):605-613.
9. Azeredo CM, Cotta RMM, Schott M, Maia TM, Marques ES. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. Ciênc. Saúde Coletiva. 2007; 12(3):743-753.
10. Prati L, Couto MCP, Koller, SH. Famílias em Vulnerabilidade Social: rastreamento de termos utilizados por terapeutas de família. Psicol Teor Pesqui. 2009; jul-set, 25(3):403-408.
11. Coelho FL, Savassi L. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. Rev Bras Med Fam Com. 2004; 1(2):19-26.
12. Londrina. Prefeitura Municipal de Londrina – Pr. Secretaria de Saúde [online]. [acesso 01 jun 2011]. Disponível em <http://www1.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=93&Itemid=618>.
13. Conselho Nacional de Saúde (BR). Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. Resolução nº169/96. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília(DF); 1996.
14. Londrina. Plano municipal de saúde 2010-2013. Prefeitura Municipal de Londrina-Pr. [online]. [acesso 26 jun 2012] Disponível em: <www.londrina.pr.gov.br/link:saude>.
15. Savassi LCM, Dias MF. Visita Domiciliar. Grupo de Estudos em Saúde da Família. AMMFC.[online] 2006. [acesso 26 jun 2012]. Disponível em: <http://www.smmfc.org.br/gesf/gesf_vd.htm>.
16. Oliveira RG, Marcon SS. Trabalhar com famílias no programa saúde da família: a prática do enfermeiro em Maringá-Pr. Esc Enf USP. 2007; 41(1):65-72.
17. Nascimento FG, Prado TN, Galavote HS, Maciel PA, Lima RCD, Maciel ELN. 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. 2010; 15(5):2465-2472.

Endereço para correspondência: Adriana Henriques Ribeiro Menezes. Rua Flor do Paraíso, nº 80, Jardim Casarin. CEP: 86035-250. Londrina, Paraná.

Data de recebimento: 23/09/2011

Data de aprovação: 07/03/2012