

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE RISCO DE FAMÍLIAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Classification of risk levels of families in the Family Health Strategy

Simone Albino Silva¹, Valerio Landim Almeida²,
Flavia Oliveira³, Telma Lucas Borges Franco⁴

RESUMO

Este trabalho visa apresentar os resultados da implementação da classificação familiar por grau de risco, em uma micro área adstrita a uma unidade da Estratégia Saúde da Família, em Alfenas, Minas Gerais, Brasil. Essa tecnologia é realizada por meio da ficha de cadastro familiar, na qual se identificam os dados socioeconômicos (renda familiar *per capita*, alfabetização do chefe da família e abastecimento de água) e dados clínicos (número de pessoas da família com uma ou mais patologias ou condições crônicas). Esses dados recebem uma pontuação e, a partir da consolidação desses, as famílias recebem uma classificação. Na microárea em estudo, 129 famílias eram cadastradas, sendo analisadas 53 fichas (41,08%) com o seguinte resultado: Sem risco = 5 famílias (9,43%); Risco baixo = 6 famílias (11,32%); Risco médio = 30 famílias (56,61%); Risco Alto = 12 famílias (22,64%); revelando que 90,57% das famílias abordadas possuíam algum grau de risco.

PALAVRAS-CHAVE: Programa de Saúde da Família; Atenção Primária a Saúde; Fatores de Risco.

ABSTRACT

This work aims to present the results of implementing a process for family classification by degree of risk in a micro-area covered by a Family Health Strategy unit in Alfenas, Minas Gerais, Brazil. The process is carried out using the family registration form, in which socioeconomic data (household income per capita, literacy of the head of household, and water supply) and clinical data (number of family members with one or more diseases or chronic conditions) are specified. These data are given a score, and from their consolidation, families receive a rating. In the micro area in question, 129 families were enrolled and 53 medical files were analyzed (41.08%), with the following result: No risk = 5 families (9.43%); Low risk = 6 families (11.32%); Average risk = 30 families (56.61%); High risk = 12 families (22.64%); revealing that 90.57% of the families surveyed had some degree of risk.

KEYWORDS: Family Health Program; Primary Health Care; Risk Factors.

INTRODUÇÃO

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária a Saúde (APS) é desenvolvida preferencialmente pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Faz parte do enfoque do Ministério da Saúde para promover transformações importantes no modelo assistencial, apresentando-se como uma possibilidade de reestruturação da atenção

primária a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios fundamentais de integralidade, de universalidade, de equidade e de intersetorialidade. É uma estratégia que aponta para uma imersão na realidade da população, revelando a importância de o profissional de saúde ter uma visão abrangente sobre a realidade, considerando-se, assim, as variadas dimensões socioeconômicas e culturais envolvidas nos processos de

¹ Simone Albino Silva, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas. Enfermeira, doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem – EEUSP. Especialista em Educação Profissional em Enfermagem e mestre em Administração e Desenvolvimento Organizacional. Email: simone.silva@unifal-mg.edu.br

² Valerio Landim Almeida, mestrando em Biologia Buco-Dental/Anatomia na Faculdade de Odontologia de Piracicaba/FOP-Unicamp - São Paulo, Brasil. Enfermeiro, especialista em Prevenção e Controle das Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde

³ Flavia Oliveira, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas - Minas Gerais, Brasil. Enfermeira, especialista em Geriatria e Gerontologia

⁴ Telma Lucas Borges Franco, enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Guaxupé - Minas Gerais, Brasil. Mestranda em Enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas - Minas Gerais

adoecer ou de morrer das pessoas.¹

A ESF privilegia a família como espaço de atenção e de ação. Isso implica aprender a lidar com esse novo recorte, identificando instrumentos e saberes que possam transformar a prática assistencial em direção a uma prática pautada nos princípios éticos e morais e que leve a uma maior autonomia dos usuários.²

Nessa modalidade de atenção, são utilizadas tecnologias leves e leve-duras³, como a territorialização e o cadastro familiar. O cadastramento familiar é umas das tecnologias mais antigas no contexto da ESF e tem como finalidade instrumentalizar a equipe no conhecimento das famílias residentes nas áreas de sua responsabilidade, relacionando todas as informações necessárias para a programação das ações de saúde.

No cadastro familiar, a função do preenchimento da ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) pode ser potencializada, tendo seus dados utilizados para subsidiar a aplicação de instrumentos e tecnologias de abordagem familiar como o genograma e a classificação por grau de risco. A classificação de famílias por grau de risco⁴ permite identificar os principais fatores que colocam a unidade familiar em risco. Essa atividade, quando incorporada ao processo de trabalho da equipe, permite cumprir, além do papel diagnóstico, o educativo, apontando informações para a discussão e o planejamento de ações com e para a família, que envolvem não só a saúde, mas também outros setores sociais.

Este trabalho visa apresentar o relato de experiência da implementação da classificação familiar por grau de risco, em uma microárea adstrita a uma unidade da ESF, no município de Alfenas – MG, realizada como uma das propostas de prática da disciplina de Administração da Rede Básica dos Serviços de Saúde do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL/MG.

METODOLOGIA

A metodologia aplicada é proposta pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e foi introduzida no conjunto de instrumentos gerenciais para a APS apresentados no projeto “Oficinas de Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária a Saúde” desenvolvido em Minas Gerais de 2006 a 2010.⁴

O instrumento baseia-se na Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença e utiliza as informações socioeconômicas e clínicas da ficha A do SIAB para identificar todos os fatores que colocam a família em risco. A presença de um dos critérios a seguir é considerada como presença de um fator de risco.

Critérios socioeconômicos

- Renda familiar *per capita*: é considerada de risco a família que tenha renda *per capita* mensal de até R\$ 60,00, tendo ela filhos ou não.^{4,5} O cálculo da renda familiar *per capita* é realizado através do somatório do rendimento mensal de todas as fontes (salário, Programa Bolsa Família, aposentadoria, lucro auferido de atividades produtivas domiciliares) recebido por todos os membros da família e dividido pelo número total de integrantes;⁴

- Alfabetização do chefe da família: é considerada de risco a família cujo chefe não é alfabetizado, não sabe ler e não sabe escrever nem mesmo um bilhete simples;⁴

- Fonte do abastecimento de água: é considerada de risco a família cujo domicílio não tenha o abastecimento de água adequado, ou seja, não existe rede pública de abastecimento e a água é proveniente de poços, cisternas, nascentes naturais ou outras.⁴

Critérios clínicos

É considerada de risco a família que tenha uma ou mais condições crônicas ou patologias por ciclos de vida em um ou mais integrantes, conforme indicado no diagrama da Figura 1. As linhas guias de Atenção à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais⁶⁻¹⁰ são as referências na identificação desses critérios como, por exemplo, criança com situação de baixo peso ao nascer, adolescentes com doenças sexualmente transmissíveis, adultos portadores de hipertensão arterial, gestante com abortamento habitual, idosos com idade maior que 80 anos ou outras patologias definidas como prioritárias pela equipe de acordo com a realidade local.

Para se executar a classificação das famílias por grau de risco, são seguidos os passos:⁴

- Passo 1: Fazer a discussão sobre as famílias da área de responsabilidade a partir das informações do Cadastro Familiar – Ficha A do SIAB;

- Passo 2: Identificar os fatores socioeconômicos e as condições/patologias crônicas prioritárias presentes na família;

- Passo 3: Fazer a pontuação de cada um dos critérios;

- Passo 4: Fazer a somatória das duas pontuações, chegando à pontuação total.

A partir desses dados, as famílias da área de abrangência da unidade da ESF recebem a seguinte classificação de acordo

com a pontuação: 0 = sem risco; 1 = risco baixo; 2-3 = risco médio; ≥ 4 = risco alto, como mostra a Figura 1.

Figura 1 - Passos 4 e 5 da Classificação de Famílias por Grau de Risco.

PONTUAÇÃO FINAL PARA CLASSIFICAÇÃO POR GRAU DE RISCO		CRITÉRIOS SÓCIO-ECONÔMICOS			
		Nenhum dos fatores de risco	Presença de um dos fatores de risco	Presença de dois fatores de risco	Presença de três fatores de risco
p		0	1	2	3
CRITÉRIOS CLÍNICOS	Nenhum dos componentes tem alguma condição ou patologia crônica	0	1	2	3
	Apenas 1 dos componentes tem 1 patologia ou condição crônica	1	2	3	4
	2 ou mais componentes têm 1 patologia ou condição crônica	2	3	4	5
	1 ou mais componentes têm concomitantemente 2 ou mais condições ou patologias crônicas	3	4	5	6

Passo 5: Interpretação:

PONTUAÇÃO TOTAL	GRAU DE RISCO
0	Sem Risco
1	Risco Baixo
2 - 3	Risco Médio
>4	Risco Alto

Fonte: Minas Gerais (2009)⁴

A microárea em estudo possui 129 famílias residentes cadastradas e pertence à área de abrangência de uma equipe da ESF, que iniciou seus trabalhos em 1998, sendo reestruturada em 2002.

A pesquisa foi realizada entre setembro de novembro de 2010. Os dados foram coletados nas fichas do SIAB (dados secundários) preenchidas pelos acadêmicos de Enfermagem da Escola de Enfermagem da UNIFAL/MG e por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por ocasião do recadastramento da população adstrita à unidade.

Os critérios de inclusão das fichas na amostra analisada foram: ter sido preenchida há menos de um ano e estar completa e corretamente preenchida. Para consolidação do número total de cadastros e percentuais relacionados, foi criado um banco de dados no *software Microsoft® Office*

Excel (versão 2007), não sendo aplicado nenhum teste estatístico.

RESULTADOS

A microárea apresentava as seguintes características: situar-se na periferia da cidade; constituir-se em uma única rua que se iniciou com a ocupação irregular na década de 1980; estar às margens de uma estrada vicinal do município; ser recentemente dotada de infraestrutura básica de urbanização como pavimentação, saneamento básico e iluminação pública e posterior regularização da posse das habitações entre os moradores e a prefeitura municipal.

Das 129 fichas de cadastro familiar analisadas, 53 (41,08%) cumpriram os critérios de inclusão e apresen-

taram a seguinte classificação por grau de risco exposta na tabela 1, abaixo. Tendo em vista o baixo número de fichas aptas a serem incluídas na classificação, chama-se a atenção para a necessidade de preenchimento correto, completo e atualização periódica do cadastramento da população adstrita à unidade para que esse seja um instrumento vivo dentro do processo de trabalho da equipe.

Tabela 1 - Classificação por grau de risco das famílias residentes em uma microárea de uma unidade da ESF no Município de Alfenas, Minas Gerais, Brasil – 2010.

Grau de Risco	N	%
Sem Risco	5	9,43
Risco Baixo	6	11,32
Risco Médio	30	56,61
Risco Alto	12	22,64
Total	53	100

Fonte: dados da pesquisa.

Embora o número de fichas analisadas tenha sido baixo, essa tecnologia foi um meio eficiente e rápido de se conhecer e apresentar a situação local, revelando que 90,57% das famílias abordadas possuíam algum grau de risco e que 79,25% estavam nos dois mais altos níveis de risco do escore utilizado.

DISCUSSÃO

Por ser a família tão influente na proteção da saúde ou na manifestação de doenças, torna-se importante instrumentalizar os profissionais que estão na linha de frente, para que possam reconhecer os sinais de disfunção e as áreas de capacitação da família, e dar-lhes recursos básicos para poderem identificar famílias que necessitam de atenção especial.¹¹

A utilização de escalas de risco familiar com base no SIAB estabelece, de maneira simples e clara, a priorização de atendimento e visita domiciliar, utilizando-se de um instrumento que já está presente no processo de trabalho da equipe da ESF (Ficha A), não demandando a criação de novos impressos ou processos.¹²

Contudo estudo da utilização dos sistemas de informação do Ministério da Saúde do Brasil realizado em Minas Gerais¹³ e estudo de revisão integrativa que analisou a produção científica sobre o SIAB e sua utilização pelas equipes da ESF¹⁴ mostraram que a maioria das equipes reconhecem a potencialidade dos sistemas, mas não utilizavam suas informações para fins de planejamento e avaliação das ações da equipe por falta de compreensão, de capacitação para o seu manuseio correto ou por dificuldade em mudar os processos de trabalho em saúde.

Não se pretende com este relato de experiência estabelecer as únicas possibilidades de usos desses instrumentos para classificação de risco e de vulnerabilidade individual e familiar. No entanto os critérios utilizados são indicadores que sintetizam as condições sociais e de saúde da população estudada, como apresentado nos resultados.

Compreende-se o processo saúde doença como a síntese de um conjunto de determinações que operam em uma sociedade concreta, produzindo, nos diferentes grupos sociais, o aparecimento de riscos ou potencialidades característicos, por sua vez manifestos na forma de perfis ou padrões de doenças ou saúde e que a qualidade de vida a que cada grupo sócio-econômico está exposto é diferente e, portanto, é igualmente diferente na sua exposição a processo de risco que produzem o aparecimento de doenças e formas de morte específicas, assim como seu acesso a processos benéficos ou potencializadores da saúde e da vida.¹⁵

Uma nova maneira de pensar a saúde e a doença deve incluir explicações para os achados universais de que a mortalidade e a morbidade obedecem a um gradiente que atravessa as classes socioeconômicas, de modo que menores rendas ou o menor *status* social estão associados a uma pior condição em termos de saúde.¹⁶

A iniquidade em saúde é produzida pela injustiça social e está matando as pessoas em larga escala. Corrigir tais desigualdades é uma questão de justiça social e um imperativo ético para a Organização Mundial de Saúde.¹⁷

CONCLUSÃO

A aplicação da classificação das famílias por grau de risco, na microárea em estudo mostrou-se uma tecnologia de fácil execução, mas que precisa ser apropriada pela equipe da ESF. Seus resultados abrem caminho para aproximar ainda mais o processo de trabalho da ESF aos princípios da APS como a integralidade, a orientação comunitária e a centralização na família.

Como estratégia para mudança do modelo de assistência à saúde, a ESF pode utilizar tecnologias para favorecer um diagnóstico da situação local mais amplo e preciso, não somente fundamentada na base biologicista do conhecimento em saúde. As condições precárias de vida devem ser alvo de atenção das equipes do PSF uma vez que se constituem em fatores de risco para diferentes enfermidades e que necessitam de intervenções prioritárias por essas equipes. Essas intervenções precisam ser articuladas inter-setorialmente (Saúde, saneamento, planejamento e obras) no município para que se busquem soluções factíveis.

REFERÊNCIAS

1. Moretti-Pires RO. Complexidade em Saúde da Família e a formação do futuro profissional de Saúde. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2009; 13(30):153-66.
2. Vandelei MIG, Almeida MCP. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007; 12(2): 443-53.
3. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público.* São Paulo: Hucitec; 1997.
4. Minas Gerais. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária a Saúde. Guia Oficina 2 e 3 Análise da atenção primária à saúde e diagnóstico local. Belo Horizonte: ESPMG; 2009.
5. Brasil. Lei n.10.836 de 09 de Janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília,* 12 jan. 2004. Seção 1:1.
6. Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção ao pré-natal: protocolo Viva Vida. Belo Horizonte: SAS/SES; 2006.
7. Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção a saúde da criança. Belo Horizonte: SAS/DNAS; 2004.
8. Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção a saúde do idoso. Belo Horizonte: SAS/MG; 2006.
9. Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção a saúde do adolescente. Belo Horizonte: SAS/MG; 2006.
10. Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção a saúde do adulto/hipertensão e diabetes. Belo Horizonte: SAS/MG; 2006.
11. Falceto OG, Busnello ED, Bozzetti MC. Validação de escalas de diagnóstico do funcionamento familiar para utilização em serviços de atenção primária a saúde. *Rev Panam Salud Publica.* 2000; 7(4): 255-63.
12. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização de visitas domiciliares. *Rev Bras Med Fam Com.* 2004; 1(2): 19-26.
13. Rodrigues CG, Rodrigues FG, Wong LR, Perpétuo IHO. O sistema de informação em saúde: do processo de trabalho à geração de dados em Minas Gerais. In: *Anais do Anais do XIII Seminário sobre a Economia Mineira;* 2008 ago 25-30; Diamantina, BR. UFMG; 2008. p. 20-41.
14. Radigonda B, Conchon MF, Carvalho WO, Nunes FPA. Sistema de Informação da Atenção Básica e sua utilização pela equipe de saúde da família: uma revisão integrativa. *Rev Espaço para Saúde.* 2010; 12(1): 38-47.
15. Breilh J, Granda E. *La investigación de la salud em la sociedade.* Quito: CEAS; 1981.
16. Oliveira MAC, Egry EY. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. *Rev Esc Enferm USP.* 2000; 34(1): 9-15.
17. Nogueira RP. Determinantes, determinação e determinismos sociais. *Saúde em Debate.* 2009; 33(83): 397-406.

Submissão: janeiro/2012

Aprovação: fevereiro/2013
