



Revista de APS

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/index>



A utilização da classificação de risco familiar para a organização do processo de trabalho no âmbito da Estratégia Saúde da Família

The use of family risk classification for the organization of the work process in the framework of the family health strategy

Samuel Trezena Costa¹, Ana Iza Saraiva Rodrigues², Allana Ferreira e Silva³, Bianca Caires Santos Pauferro⁴, Gabriela Medeiros da Cruz⁵, Aline Soares Figueiredo Santos⁶, Marinilza Soares Mota Sales⁷

RESUMO

O presente artigo objetiva descrever o processo de estratificação de risco familiar e sua relevância, em uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), no município de Montes Claros, MG, Brasil. Relato de experiência de uma equipe multiprofissional em saúde, atuante em uma área adscrita. Foi utilizado instrumento de Classificação de Risco Familiar, idealizado pelo Plano Diretor de Regionalização da Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais (PDAPS-MG), que avalia as famílias do território conforme duas dimensões (socioeconômica e presença de condições ou patologias prioritárias). Após o uso da ferramenta, foi observado que 29,33% das famílias são sem risco; 29,19% de médio risco; 25,22% baixo risco; e 2,88% são de alto risco. Após experiência, os profissionais da ESF avaliaram criticamente a importância da identificação das famílias com essas informações, pois permitem traçar o perfil da comunidade e organizar ações efetivas e resolutivas, seguindo o princípio da

¹ Graduado em Odontologia pela Universidade Estadual de Montes Claros (2018). Especialista em Residência em Saúde da Família (Unimontes). *E-mail*: samueltrezena@gmail.com

² Cirurgiã-dentista, residente do Programa Multiprofissional em Saúde da Família do Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF)/ Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes).

³ Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes).

⁴ Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes).

⁵ Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes).

⁶ Doutora em Ciências da Saúde (Unimontes), mestre em Ciências da Saúde (Unimontes), pós-graduada em Saúde da Família pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família (Unimontes) e em Docência na Saúde (Unimontes). Professora do curso de Graduação em Odontologia da Unimontes.

⁷ Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva (Centro de Pós-Graduação São Leopoldo Mandic). Professora de Educação Superior do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes e da FUNORTE/SOEBRAS.

equidade em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia Saúde da Família. Atenção Básica. Equidade da Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This article aims to describe the family risk stratification process and its relevance, in an Family Health Strategy (FHS) team, in the country of Montes Claros, MG, Brazil. Experience report of a multiprofessional health team, working in an assigned area. A Family Risk Classification instrument was used. Idealized by the Master Plan for Regionalization of Primary Health Care in Minas Gerais (PDAPS-MG), which evaluates families in the territory according to two dimensions (socioeconomic status and the presence of priority conditions or pathologies). After using the tool, it was observed that 29.33% of families are without risk, 29.19% of medium risk, 25.22% low risk and 2.88% are high risk. After experience, FHS professionals critically evaluated the importance of identifying families with this information. By delimiting the profile of the community, it is possible to organize effective and resolute actions, following the principle of equity in health.

KEYWORDS: Family Health Strategy. Primary Health Care. Health Equity. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A saúde da população é um dos principais indicativos que determinam a qualidade de vida em um país ou região. Com a Constituição Brasileira de 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo a universalização do atendimento à saúde e, conseqüentemente, seu acesso a toda população para garantia da sua qualidade de vida¹.

Para organizar a prestação dos serviços de saúde para a população, faz-se extremamente necessário um diagnóstico prévio em saúde. Tal diagnóstico pode ser considerado um processo dinâmico, visto que em uma mesma região conseguem-se visualizar diferentes perfis epidemiológicos da população, que podem influenciar de forma divergente na qualidade da saúde familiar e dos indivíduos. Deve-se, portanto, sempre planejar de forma organizada e adequada o acompanhamento dos indivíduos inseridos em seus ambientes familiares²⁻⁴.

Nesse contexto, a Atenção Básica à Saúde (ABS) assume um papel fundamental, uma vez que é considerada a principal porta de entrada dos usuários no SUS. No Brasil, a reorganização da atenção básica é realizada por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), que foi implantada em 1994, através de abordagens intersetoriais, ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, centrada no indivíduo inserido em sua família e na integralidade do cuidado. Para isso, é necessária uma equipe multiprofissional, que atue de forma integrada, permanente e com qualidade^{5,6}.

Por ser o centro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a ABS ou Atenção Primária à Saúde (APS) possui grande relevância na saúde, através do cuidado contínuo individual e comunitário, de forma regionalizada, por meio de serviços diversificados visando ao atendimento dos mais comuns e mais frequentes agravos da população. A APS coordena o cuidado, realizando a referência daqueles que necessitam de um atendimento especializado, podendo ser entendida como o modelo que tem como objetivo organizar a atenção a saúde^{6,7}.

A atuação das equipes de saúde da família (EqSF) pode ocorrer na Unidade Básica de Saúde (UBS), nas residências ou, ainda, em espaços sociais na própria comunidade. Cada área delimitada tem uma dinâmica de processo de trabalho e são consideradas individualidades epidemiológicas e sociais, para o planejamento das ações a serem desenvolvidas para cada comunidade^{8,3,4}.

Constituem-se como características básicas do processo de trabalho no âmbito da APS a programação e implementação das atividades de atenção à saúde integrais de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde, segundo critérios de risco e vulnerabilidade. Além disso, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) traz como situação necessária para a ESF a existência de equipe multiprofissional. Recomenda-se que os profissionais de Saúde Bucal vinculem-se a uma ESF e compartilhem a gestão e o processo de trabalho da equipe, com responsabilidade sanitária pela mesma população adscrita e território que a ESF se responsabiliza⁶.

Assim, observa-se a necessidade da criação de prioridades em relação à assistência para cada indivíduo inserido em seu contexto familiar na área territorializada, seguindo o preceito da equidade, uma vez que cada família em cada domicílio carrega consigo suas diferenças em âmbito geográfico, social e individual. Nesse sentido, a avaliação de risco familiar surge como uma proposta para diferenciar as famílias em que os fatores de risco são mais significativos que os fatores protetores, a fim de identificar situações que justifiquem a priorização da atenção das famílias que estão cadastradas em um dado território^{5,3}. Com esse trabalho, pretende-se descrever a experiência de uma EqSF, no município de Montes Claros, MG, Brasil, no processo de estratificação de risco familiar e a relevância dessa ferramenta para a organização de um processo de trabalho efetivo e que valorize a equidade, ou seja, que priorize uma atenção às famílias de maior vulnerabilidade biológica e social.

DESENVOLVIMENTO

Relato de experiência realizada pela equipe multiprofissional composta por profissionais de enfermagem (uma enfermeira e uma técnica em enfermagem), uma médica, cinco agentes comunitários de saúde (ACS) e a equipe de saúde bucal (uma

cirurgiã-dentista, uma auxiliar em saúde bucal e três acadêmicos do curso de Odontologia) da UBS José Carlos de Lima. Localizada no município de Montes Claros (MG), a referida unidade foi implantada há 17 anos e assiste atualmente a uma população de 2058 indivíduos moradores do bairro José Carlos de Lima, do Conjunto Havaí e da Vila Maria Cândida. Sua população é dividida em seis microáreas que abrangem 658 famílias, cobertas pelos mesmos ACS desde a inauguração da UBS, à exceção de uma delas, a microárea 6, que se encontra descoberta. Desde 2007 a UBS realiza a classificação de risco familiar de acordo com o perfil socioeconômico e patologias, segundo instrumento proposto pelo Plano Diretor de Regionalização da Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais (PDAPS-MG), implantado em 2008, servindo de sinalização tecnológica para o melhor funcionamento e aperfeiçoamento das práticas executadas pelas equipes desse nível de atenção⁹⁻¹¹, com constantes atualizações ao longo dos últimos anos, a fim de orientar o planejamento das ações da equipe com base na realidade local. Em 2016 ocorreu novamente a estratificação do risco familiar de todas as famílias assistidas pela unidade.

O PDAPS-MG abrangeu dez oficinas que ofereceram tecnologias de organização de processo de trabalho no âmbito da APS e exigiram ações alcançadas pelos profissionais das equipes de saúde de cada município, sendo o tema da classificação de Risco, a oficina 3, “Diagnóstico Local”, em que constam as orientações de estratificação de risco familiar. Segundo essa proposta, há a necessidade de registrar famílias e/ou indivíduos com características sociais e/ou biológicas, cuja presença aumenta a possibilidade de apresentar uma condição de saúde. Esses grupos englobam famílias pertencentes a uma mesma área de abrangência que compartilham de situações que requerem maior atenção^{2-4,7,9-11}.

Segundo Bittencourt¹², a classificação de risco descrita pelo PDAPS-MG avalia as condições de cada família através das fichas de cadastramento familiar, caracterizando-se por uma abordagem mais detalhada com mais opções de condições a serem avaliadas. Essa, portanto, é a classificação usada na unidade que foi estudada para construção do presente estudo. Esse modelo avalia dois critérios: a dimensão socioeconômica (renda familiar, alfabetização do chefe de família e acesso a água tratada) e a presença de condições ou patologias crônicas prioritárias, sendo considerada de risco a família em que um ou mais integrantes apresentarem condições ou patologias por ciclo de vida (*checklist* de condições descritas no instrumento, de acordo com protocolos de ciclos de vida e de condições sistêmicas).

É necessário entender que a estratificação de risco leva em conta a presença da avaliação socioeconômica das famílias, uma vez que os determinantes sociais são fundamentais no processo de entendimento saúde-doença. A compreensão da doença centrada somente no âmbito biológico é arcaica, e a saúde pública, por intermédio de competências comunitárias, é essencial para a organização de saneamento, educação

populacional com foco na higiene pessoal e organização dos serviços de saúde, focando na manutenção de atividades promotoras de saúde. Desse modo, é compreensível que a vulnerabilidade em saúde parte também da carência econômica, política, educacional e cultural^{13-14,3}.

Seguindo o que é preconizado em relação à importância de constantemente atualizar a estratificação familiar, exemplo notado na UBS em questão, é fundamental que a ESF conheça quais são os fatores de risco predominantemente existentes em sua população com base no cadastro familiar e no diagnóstico de cada indivíduo, classificando todas as famílias adscritas em: sem riscos, baixos riscos, médios riscos e altos riscos, em um dado momento^{3,9-10}. A partir do cadastro, a EqSF começa a identificar os grupos de risco, as famílias em situações de risco ou vulnerabilidade, os casos que demandam intervenção imediata ou contato com outros setores, como, por exemplo, ação social e educação. A equipe também identifica o tipo de moradia predominante, a disponibilidade de esgoto, abastecimento de água, a escolaridade e outras características dos indivíduos, o que permite o planejamento de ações para intervir positivamente na realidade da comunidade^{11,3-4}.

A classificação de risco realizada pela EqSF em 2016 revelou que 29,33% das famílias estavam sem risco; 25,22% com baixo risco; 29,19% possuíam médio risco e 2,88% apresentavam risco alto, discriminadas por microáreas 1, 2, 3, 4 e 5 segundo Tabela 1. Como já relatado, a microárea 6 não apresentava ACS, portanto, sem classificação realizada.

Tabela 1 - Classificação de risco familiar por microárea na ESF José Carlos de Lima em 2016

Microáreas	Sem Risco	Risco Baixo	Risco Médio	Risco Alto
01	34	41	42	01
02	50	28	34	03
03	33	26	44	09
04	25	37	46	01
05	51	34	26	05
06	-	-	-	-
TOTAL	193 (29,33%)	166 (25,22%)	192 (29,19%)	19 (2,88%)

Fonte: Cadastro das famílias na ESF José Carlos de Lima, 2016

Através dos relatos da coordenação da UBS descrita nesse trabalho, ficou explícito que o processo de territorialização, do cadastro e da visitas domiciliares para acompanhamento dessas famílias e microáreas constitui-se em práticas imprescindíveis para o funcionamento e sistematização de toda a programação da ESF, devido à necessidade de o cuidado ser centrado no âmbito familiar, sendo que a criação de fortes vínculos entre família e EqSF traz consigo diversos benefícios para atender o indivíduo de forma singular. A identificação das famílias, o cadastramento de todos os seus membros, os dados referentes às condições de moradia e saneamento, dentre outras informações,

permitem traçar o perfil epidemiológico de uma comunidade e organizar ações efetivas, aumentando dessa forma sua resolutividade¹⁵.

A análise da utilização da escala neste relato corrobora com outro estudo que reflete que seria pertinente maior investimento em outras ferramentas de análise das condições de vulnerabilidade não contempladas pela escala, tais como: condições de higiene, poluição local, condutas pessoais de alimentação, sedentarismo, aspectos relacionais, interpessoais e criminais^{7,4}. Durante o desenvolvimento da presente experiência, foram percebidas limitações quanto à deficiência de algumas variáveis, realmente necessárias e determinantes no processo saúde-doença, que não são contempladas no PDAPS-MG. Outras dificuldades, perante o processo, são que devido ao dinamismo do território, muitas vezes, fichas de cadastros individuais e familiares acabam sendo modificadas, em curto espaço de tempo, cabendo uma maior dificuldade, por parte da equipe, de realizar uma fidedigna estratificação, pois durante a execução de classificação houve algumas alterações e atualizações.

Mesmo as dimensões do PDAPS-MG não abordando temas específicos como a atenção à saúde bucal dentro da ESF, alguns critérios são fundamentais, principalmente os de vulnerabilidade social, pois se vislumbra uma possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo, possibilitando ganhos situados no processo de trabalho em equipe em produzir um o cuidado equânime em saúde bucal¹⁶⁻¹⁷.

Com a interpretação dos dados e processos de trabalhos vivenciados na UBS José Carlos de Lima, no ano de 2016, percebe-se um esforço da equipe multiprofissional em desempenhar a função e responsabilidade designada, no sentido de praticar a vigilância em saúde, através do diagnóstico situacional e estratificação de risco familiar, prestando serviços para a família e a comunidade, com base na resolução dos problemas mais comuns e mais frequentes de uma população.

CONCLUSÃO

A estratificação de risco familiar é uma tecnologia de organização do processo de trabalho no âmbito da APS que beneficia a equidade. Nesse sentido, relatou-se a utilização de uma metodologia de classificação de risco, segundo o PDAPS (MG), para estabelecer prioridades no planejamento de ações em uma equipe da ESF no município de Montes Claros, destacando a magnitude de sua aplicabilidade e contribuições para melhoria do processo de trabalho em relação ao acompanhamento direcionado pelos riscos por todos os profissionais da equipe. Tal ferramenta se justifica na medida em que famílias com riscos mais elevados devem receber maior atenção da equipe da ESF, seja por meio de consultas e visitas domiciliares mais frequentes, atendimentos prioritários e/ou acompanhamento com profissionais de outras áreas da saúde, seja por meio de

atividades promocionais e preventivas, segundo critérios de risco. Tal estratificação fará com que a equipe possa ter maior domínio sobre essas famílias, garantindo assim maior efetividade dos serviços ofertados pela ESF.

Em contato recente com a equipe, os membros relataram a importância da atualização da classificação para o processo de trabalho além de atribuir o cuidado contínuo de famílias com maiores necessidades. Em 2020, devido a solicitação da Secretaria Municipal de Saúde, todas as ESF de Montes Claros (MG) realizaram atualizações das suas respectivas classificações de risco. O território estudado do presente relato apresentou mudanças quanto à redução do alto e médio risco e a aquisição, desde o ano de 2017, de um ACS para a microárea descoberta. Percebe-se assim o dinamismo territorial e a recomendação de atualizações periódicas na classificação de risco das famílias dessa e de outras áreas adscritas que utilizarem ferramentas de estratificação, dadas as condições dinâmicas das populações.

REFERÊNCIAS

1. Limongi JE, Menezes EC, Menezes AC. Vigilância em Saúde no Programa Saúde da Família. *Hygeia*. 2008 dez; 4(7):35-44.
2. 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-Ame Enferm*. 2013 set-out; 21(5).
3. Raminelli AO, Andrade CC, de Paula FFS, Garcia LAA, Santos AS. Abordagem da classificação de risco familiar com agentes comunitários de saúde. *REFACS*. 2018; 6(2):269-78.
4. França EPFB, Bezerra HJMD, Curado JCLG. Identificação e classificação de risco familiar em uma comunidade assistida por uma unidade de saúde da família em Recife – PE. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde*. 2017; 7(3):48-59.
5. Mendes EV. *As Redes de Atenção a Saúde*. Brasília – DF. Organização Pan- Americana da Saúde; 2011. 549p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF); 2017.
7. Melo RHV, et al. Análise de risco familiar na estratégia de saúde da família: uma vivência compartilhada entre preceptores, discentes e agentes comunitários de saúde. *Rev Bras Inovação Tecnológica Saúde*. 2013; 3(4):58-71.
8. Figueiredo EN. *A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS*. Unifesp [Internet]. 2012 [citado em 2017 mar 25]. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf.

9. Secretaria de Saúde de Minas Gerais (Brasil). Adaptado de Guia facilitador. Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde: Oficina II, A Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.
10. Andrade MV, et al. Análise da linha de cuidado para pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial: a experiência de um município de pequeno porte no Brasil. R Bras Est Pop. 2019; 36(s.n):e0104.
11. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. Rev Bras Medicina Família Comunidade. 2004; 1(2):19-26.
12. Bittencourt TOS. Avaliação da implantação do plano diretor de atenção primária à saúde sob a ótica de enfermeiros: contribuições da nova economia institucional [dissertação]. Alfenas: Universidade Estadual de Alfenas; 2014. 161 f.
13. Castelaneli IKM, Vilela MFG, Bedrikow R, Santos DS, Figueira MCS. Na ausência de endereço, onde mora a saúde? Determinantes sociais e populações de ocupações. Saúde Debate. 2019 dez; 43(esp8):11-24.
14. Nedel FB, Bastos JL. Para onde seguir com a pesquisa em determinantes sociais da saúde?. Rev Saúde Pública. 2020; 54(15).
15. Tibiriçá SHC, Ezequiel OS, Carminate DG, Rioga GMP, Ribeiro LC, Teixeira MTB. O potencial do cadastro das famílias no Sistema de Informação da Atenção Básica em saúde, como base para determinação da amostra em pesquisas na área da saúde. Rev. APS. 2009 abr-jun; 12(2):161-7.
16. Gonçalves ER, Ramos FRS. Dentists' work within the family health strategy: potential and limits in the struggle for a new care model. Interface - Comunic., Saude, Educ. 2010 abr-jun; 14(33):301-14.
17. Reis WG, Scherer MDA, Carcereri DL. O trabalho do cirurgião-dentista na atenção primária à saúde: entre o prescrito e o real. Rev Saúde Debate. 2015 jan-mar; 39(104):56-64.

Submissão: novembro de 2017.

Aprovação: janeiro de 2021.