



ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO FAMILIAR NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

STRATIFICATION OF FAMILY RISK IN THE CONTEXT OF FAMILY HEALTH STRATEGY ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO FAMILIAR EN EL CONTEXTO DE LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

Anderson da Silva Rego¹, Raquel Gusmão Oliveira², Walkiria Maria Oliveira Macerau³, Carlos Alexandre Molena-Fernandes⁴, Thais Aidar de Freitas Mathias⁵, Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic⁶

RESUMO

Objetivo: identificar e classificar famílias cadastradas em uma Unidade Básica de Saúde conforme o grau de risco familiar. **Método:** estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa, que avaliou 1185 famílias, divididas em cinco microáreas. Os dados foram coletados na ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica, de setembro de 2014 a abril de 2015 e classificados segundo a Escala de Coelho em risco baixo, risco médio e alto risco. Os dados foram tabulados duplamente no programa *Microsoft Office Excel 2013*. **Resultados:** observou-se que a microárea 5 apresentou o maior número de famílias e classificadas em baixo e médio risco, diferenciando-se da microárea três que apresentou maior classificação de famílias em alto risco. Os fatores de risco mais prevalentes foram a hipertensão arterial 32,91%, analfabetismo 25,57%, idoso maior de 70 anos 19,49%, deficiência mental 12,24% e diabetes mellitus 9,79%. **Conclusão:** o estudo possibilita a condição de estruturar e executar as ações em saúde de acordo com as necessidades das famílias. **Descritores:** Estratégia de Saúde da Família; Vulnerabilidade Social; Fatores de Risco; Família.

ABSTRACT

Objective: to identify and classify families enrolled in a Basic Health Unit as the degree of familial risk. **Method:** a descriptive cross-sectional study with a quantitative approach, which evaluated 1,185 families, divided into five micro areas. Data were collected on the record A of the Primary Care Information System, from September 2014 to April 2015 and classified according to Coelho Scale in low, medium and high risk. Data were tabulated twice in *Microsoft Office Excel 2013*. **Results:** it was observed that the micro-area 5 had the highest number of families and classified in low and medium risk, differentiating the micro area three that showed higher classification in families in high-risk. The most prevalent risk factors were hypertension 32.91%, illiteracy 25.57%, aged greater than 70 years-old 19.49%, mental retardation 12.24%, and diabetes mellitus 9.79%. **Conclusion:** the study provides the condition to structure and implement the health actions according to the needs of families. **Descriptors:** Health Strategy for the Family; Social Vulnerability; Risk Factors; Family.

RESUMEN

Objetivo: identificar y clasificar las familias inscritas en una Unidad Básica de Salud como el grado de riesgo familiar. **Método:** estudio descriptivo transversal con un enfoque cuantitativo, que evaluó 1.185 familias, dividido en cinco micro zonas. Se recogieron datos sobre el tapón A del Sistema de Información de Atención Primaria, desde septiembre 2014 hasta abril 2015 y se clasifican de acuerdo al rango de Coelho en riesgo bajo, riesgo medio y alto riesgo. Los datos fueron tabulados dos veces en *Microsoft Office Excel 2013*. **Resultados:** se observó que el micro-área 5 tuvo el mayor número de familias y clasificada de bajo y medio riesgo, diferenciando los tres micro área que mostró superior en la clasificación familias de alto riesgo. Los factores de riesgo más prevalentes fueron la hipertensión 32,91%, 25,57% de analfabetismo, mayor de 70 años 19,49%, 12,24% el retraso mental y la diabetes mellitus 9,79% de edades. **Conclusión:** el estudio proporciona la condición de estructurar y poner en práctica las acciones de salud de acuerdo con las necesidades de las familias. **Descriptor:** Estrategia Salud de la Familia; La Vulnerabilidad Social; Factores de Riesgo; Familia.

¹Enfermeiro, Mestrando, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá/PPGENF/UEM. Maringá (PR), Brasil. E-mail: anderson0788@hotmail.com; ²Enfermeira, Docente, Centro Universitário de Maringá/UNICESUMAR, Doutoranda em Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/EERP/USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: calolive@hotmail.com; ³Mestre em Estatística, Docente, Departamento de Estatística, Universidade Estadual de Maringá/UEM. E-mail: walkiriamacerau@gmail.com; ⁴Educador Físico. Doutor em Ciências Farmacêuticas, Docente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá/UEM. Maringá (PR), Brasil. E-mail: carlosmolena126@gmail.com; ⁵Enfermeira, Doutora em Saúde Pública, Docente, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá/UEM. Maringá (PR), Brasil. E-mail: tafmathias@uem.br; ⁶Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde, Docente, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá/UEM. Maringá (PR), Brasil. E-mail: kikanovic2010@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) implantou em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), para a implementação da atenção primária em saúde e mudança do modelo assistencial vigente no país. Desta maneira o PSF foi considerado como um método assistencial voltado ao sujeito e a família, caracterizado por ações de promoção à saúde, atuando por meio de intervenções promocionais a população saudável, tornando um novo modelo de atenção prestado e na reorganização do processo de trabalho, com o objetivo de extinguir as diferenças no atendimento das ações em saúde e da prática assistencial focado na doença.¹⁻³

O PSF torna-se um programa em nível primário da atenção básica, trabalhando em parceria aos demais níveis de atenção à saúde, não atuando de forma única e exclusiva e sim, no conhecimento detalhado da população, em associação com indicadores de saúde, permitindo a organização e o direcionamento de determinados casos aos respectivos níveis de atenção.⁴

O MS concluiu que o programa norteou de forma estratégica as ações em saúde que visavam os princípios do SUS, superando os objetivos iniciais, quando criado. Deste modo, em 2006, o PSF foi redefinido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), compreendendo as propostas da Atenção Primária a Saúde (APS), como também, o modelo de assistência prestado pelos profissionais de saúde a população atendida.⁵

A APS é a base estruturante do SUS, por ser considerada a porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde e uma prioridade do MS. Nesse contexto de acesso prioritário, a APS vem enfrentando dificuldades quanto à melhoria do acesso, devido principalmente, as ações em saúde dos profissionais e as práticas e recursos de saúde prestada as famílias, que nem sempre seguem a integralidade da produção do cuidado, em suprir as necessidades da população, tendo em vista que os serviços de saúde, muitas vezes, não estão voltados a quem mais precisa.⁶

No intuito de garantir a integralidade das ações, a partir de uma abordagem integral ao indivíduo, baseado na promoção, prevenção e restabelecimento da saúde, o MS propõe a Estratificação de Risco para o conhecimento das diferentes vulnerabilidades, como os riscos de complicações cardiovasculares, nutricionais e de uso e abuso de drogas, permitindo também, que os profissionais possam programar, de forma integral, o manejo das ações em saúde para as pessoas.⁷

A estratificação de risco tem por finalidade determinar o risco social e de saúde das famílias, refletindo o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar.²⁴

A ESF possui suportes, como as visitas domiciliares, a aproximação com as famílias, principalmente através do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que auxiliam na coleta de informações e identificação de fatores de riscos que podem acometer a população, permitindo o planejamento e execução de suas ações em saúde⁸. Diante do exposto, o objetivo deste estudo consiste em identificar fatores de risco e classificar famílias conforme o grau de risco familiar em uma Equipe de Saúde da Família de Unidade Básica de Saúde.

MÉTODO

Estudo transversal descritivo, de abordagem quantitativa, realizado em uma Unidade Básica de Saúde de um município do noroeste do estado do Paraná. A população de estudo foi composta por famílias cadastradas na ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), em uma equipe de Saúde da Família, que é dividida em cinco microáreas, totalizando 1345 famílias, das quais foram excluídas 160, por que não continham todas as informações na ficha A, necessárias para a análise, consistindo a amostra final 1185 famílias.

Para classificar as famílias conforme a estratificação de risco foi utilizada a escala de risco familiar, validada por Coelho⁹, que define as sentinelas de risco que levam ao adoecimento individual ou em sua coletividade familiar. A escala é formada por 14 sentinelas de risco a saúde: diabetes *Mellitus* (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), indivíduo com idade maior ou igual a 70 anos, indivíduo com idade menor ou igual a seis meses e analfabetismo, estes pontuam na escala um (1) ponto. O desemprego e a drogadição somam dois (2) pontos.¹⁰

As sentinelas desnutrição grave, deficiência mental, deficiência física e acamados, baixas condições de saneamento básico somam três (3) pontos na escala. Já a relação cômodo/morador pontua da seguinte forma: se maior que um (1) pontua três (3), se igual a um (1) pontua dois (2) e se menor que um (1) pontua zero (0)¹⁰. Após a pontuação, os fatores foram somados e classificados conforme o grau de risco em R1 risco baixo (entre cinco e seis pontos), R2 risco médio (sete e oito pontos) e R3 risco maior (acima de nove pontos). Para os escores abaixo de cinco pontos e que foram classificados em famílias sem risco, foi considerada a distinção R0 para a classificação familiar.

Foram utilizados os dados da ficha A, cadastrados no período de janeiro a dezembro de 2014. O preenchimento da ficha A é realizado pelo ACS em sua primeira visita a família. Dessa forma, a identificação das famílias e o preenchimento da ficha A consiste em obter: dados demográficos, idade (identificação por faixa etária - normalmente são divididas em 0 a 15 anos e de 15 anos ou mais), sexo, nível de escolaridade; condições de saneamento básico e moradia; profissão; doença ou condição referida.

Para cada família foi separada uma escala de avaliação e identificada com o número da família, especificada na Ficha A. As escalas foram preenchidas entre os meses de agosto e setembro de 2014 e realizada uma atualização dos dados coletados durante os meses de março e abril de 2015, tendo em vista o objetivo do estudo, em realizar a estratificação de risco através dos dados cadastrados no SIAB, compreendendo todos os meses do ano de 2014.

Os dados foram tabulados duplamente no programa *Microsoft Office Excel* 2013, seguido de correções para evitar inconsistência dos dados. O processamento e análise deu-se por

meio do programa software *R*, onde foram realizadas as análises estatísticas. Foi utilizado o teste de *Kruskal Wallis* para avaliar a diferença entre os escores de risco de cada microárea e o Teste *Qui-quadrado de Pearson* para analisar a associação entre os fatores de risco. Para ambos os testes, foi considerado o valor de $p < 0,05$.

O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com o preconizado pela resolução 466/2012. O Termo de Proteção de Risco e Confiabilidade dos dados utilizados para a pesquisa foi assinado pelos autores impedindo à utilização em prejuízo a terceiro. O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Cesumar - Unicesumar (CAAE: 33397514.2.0000.5539; Parecer 743.544).

RESULTADOS

A amostra do estudo foi constituída por 1185 famílias, divididas em cinco microáreas. A microárea quatro é a maior em número de famílias diferenciando-se da três, que, apesar de menor, apresentou prevalência maior de famílias com presença de sentinelas de risco (Tab. 1).

Tabela 1. Distribuição de famílias cadastradas segundo MA e medidas descritivas dos escores de risco familiar. Maringá-PR, 2015.

Microáreas	Medidas Descritivas				
	n	%	Mediana±DP	3º Quartil	Máximo Escore
MA 1	239	20,17	1±2,03	3	11
MA 2	204	17,22	1±1,69	2	8
MA 3	224	19,91	2±2,28	3	13
MA 4	268	22,61	1±1,89	2	9
MA 5	250	21,09	1±2,21	3	10
Total	1185	100	-	-	-

Fonte: Ficha A / SIAB, Estratégia de Saúde da Família, Maringá - PR, 2015.
DP: desvio padrão.

Observa-se que a mediana e o desvio padrão (DP) do escore de risco da MA três é superior as demais. O escore máximo de 13 pontos (R3) está presente na MA três. Já a MA um, o escore máximo encontrado foi oito pontos (R2) (Tab. 1).

A maioria (88,77%) das famílias foi classificada com R0, entre as famílias que

apresentaram risco 7,85% foi considerada R1 com mediana/DP de 5±0,50. Por sua vez apenas 0,76% das famílias foram classificadas como R3, apresentando mediana/DP de 9±1,39. Porém, a MA três apresentou o número maior (0,42%) de famílias classificadas com maior vulnerabilidade, no grupo de R3 (cinco famílias). (Tab. 2).

Tabela 2. Distribuição das famílias segundo MA e classificação dos escores de risco familiar. Maringá-PR, 2015.

Risco por MA	Risco 0	Risco 01	Risco 02	Risco 03
Nº de Famílias	1052 (88,77%)	93 (7,85%)	31 (2,61%)	9 (0,76%)
MA 1	217(18,31%)	15(1,27%)	6(0,51%)	1 (0,08%)
MA 2	190(16,03%)	12(1,01%)	2(0,17%)	-
MA 3	191(16,12%)	19(1,60%)	9(0,76%)	5(0,42%)
MA 4	241(20,34%)	21(1,77%)	4(0,34%)	2(0,17%)
MA 5	213(17,97%)	26(2,19%)	10(0,84%)	1(0,08%)
Mediana±DP	1±1,27	5±0,50	7±0,50	9±1,39

Fonte: Ficha A / SIAB, Estratégia de Saúde da Família, Maringá - PR, 2015.
Teste Kruskal-Wallis

A tabela 3 apresenta, que nem toda família com sentinelas de risco presente, foram classificadas em algum grupo de risco, exceto

para o fator de risco baixa condições de saneamento. Entretanto, apenas uma família apresentou o fator de risco baixa condições de

saneamento e foram classificados em grupo de risco devido a esta família ter presentes outros fatores de risco.

Tabela 3. Distribuição e classificação das sentinelas presentes das famílias. Maringá-PR, 2015.

Sentinelas de Risco	Sentinelas Presente		p
	Não	Sim	
Acamado	1181 (99,66%)	4 (0,34%)	0,0009
Deficiência Física	1175 (99,15%)	10 (0,85%)	0,0001
Deficiência Mental	1040 (87,76%)	145 (12,24%)	0,0001
Baixas Condições de Saneamento	1184 (99,92%)	1 (0,08%)	0,0738
Desnutrição (Grave)	1185 (100%)	-	-
Drogadição	1151 (97,13%)	34 (2,87%)	0,0001
Desemprego	1142 (96,37%)	43 (3,63%)	0,0001
Analfabetismo	882 (74,73%)	303 (25,57%)	0,0001
Menor de Seis meses de idade	1172 (98,90%)	13 (1,10%)	0,0001
Maior de 70 anos de idade	954 (80,51%)	231 (19,49%)	0,0001
Hipertensão Arterial	795 (67,09%)	390 (32,91%)	0,0001
Diabetes Mellitus	1069 (90,21%)	116 (9,79%)	0,0001
Relação Com/Mor = 1	1111 (93,76%)	74 (6,24%)	0,0001
Relação Com/Mor < 1	1069 (90,21%)	116 (9,79%)	0,0001

Fonte: Ficha A / SIAB, Estratégia de Saúde da Família, Maringá - PR, 2015. Teste Kruskal-Wallis

Quanto à distribuição das sentinelas de risco, observou-se que 32,91% das famílias apresentam hipertensão arterial, seguida da sentinela de risco analfabetismo com 25,57%, e a sentinela maior de 70 anos de idade com 19,49% (Tab.3).

Tabela 4. Distribuição das sentinelas de riscos presentes das famílias. Maringá-PR, 2015.

Sentinelas de Risco	Risco Presente				p
	R0	R1	R2	R3	
Acamado	1 (0,08%)	-	1 (0,08%)	2 (0,17%)	0,0011
Deficiência Física	-	7 (0,59%)	-	3 (0,25%)	0,0001
Deficiência Mental	45 (3,80%)	69 (5,82%)	25 (2,11%)	6 (0,51%)	0,0001
Baixas Condições de Saneamento	-	-	-	1 (0,08%)	0,2191
Desnutrição (Grave)	-	-	-	-	0,0001
Drogadição	18 (1,52%)	5 (0,42%)	9 (0,76%)	2 (0,17%)	0,0001
Desemprego	12 (1,01%)	19 (1,60%)	11 (0,93%)	1 (0,08%)	0,0001
Analfabetismo	239 (20,37%)	44 (3,71%)	13 (1,09%)	7 (0,59%)	0,0001
Menor de Seis meses de idade	6 (0,51%)	3 (0,25%)	1 (0,008%)	3 (0,25%)	0,0001
Maior de 70 anos de idade	156 (13,16%)	46 (3,88%)	23 (1,94%)	6 (0,51%)	0,0001
Hipertensão Arterial	281 (23,71%)	72 (6,08%)	28 (2,36%)	9 (0,76%)	0,0001
Diabetes Mellitus	77 (6,50%)	18 (1,52%)	16 (1,35%)	5 (0,42%)	0,0001
Relação Com/Mor = 1	57 (4,51%)	9 (0,76%)	6 (0,51%)	2 (0,17%)	0,0018
Relação Com/Mor < 1	29 (2,45%)	9 (0,76%)	6 (0,51%)	4 (0,34%)	0,0001

Fonte: Ficha A / SIAB, Estratégia de Saúde da Família, Maringá - PR, 2015. Teste Qui-quadrado de Pearson

Na tabela 4 observa-se que as sentinelas de risco mais prevalentes no R1 são hipertensão arterial (9,08%), deficiência mental (5,82%), idade maior de 70 anos (3,88%) e analfabetismo (3,71%) e as ausentes são as sentinelas acamados, desnutrição, desnutrição grave e baixas condições de saneamento.

No grupo de R2, as de maiores proporção são hipertensão arterial (2,36%) e deficiência mental (2,11%), já as sentinelas ausentes são a deficiência física, baixas condições de saneamento e desnutrição. Em contrapartida, para a classificação do grupo de R3, todos os fatores de risco foram presentes, exceto a desnutrição, que se manteve ausente em todas as famílias avaliadas (Tab.4).

DISCUSSÃO

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) dispõe que cada UBS possua no máximo três equipes de Saúde da Família, responsável por até 4.500 pessoas,

distribuídas entre 600 e 1.000 famílias e que pertençam à área de atuação em que esta equipe está inserida, organizando e desenvolvendo suas atividades e ações em saúde, possibilitando uma maior organização assistencial à população. ⁸

Nesse contexto, a equipe estudada realiza a cobertura populacional de 1.185 famílias, que são distribuídas em cinco microáreas, compreendendo-se a média de 237 famílias, por ACS, sabendo-se que a PNAB determina o número máximo 250 por agente, considerando a localização e condição geográfica, a situação socioeconômica atual, como também, o número populacional e a acessibilidade aos serviços de saúde. ⁸

O estudo ressalta as diferenças das sentinelas de risco levantadas entre as microáreas, tanto em número de famílias, quanto na estratificação de risco, mesmo sendo pertencentes à mesma região geográfica.

Estudos que utilizaram a mesma escala de risco familiar em outras UBS, de diferentes estados e cidades, mostraram resultados em comum aos encontrados nesta pesquisa. O número de famílias sem risco, representado neste estudo por R0, somaram 88,77%, sendo a maior proporção das famílias avaliadas e estratificadas. Em estudo realizado no município de Londrina¹¹, no norte do Paraná, o percentual de família sem risco apresentou dados similares (88,8%). Já em outro estudo realizado no município de Contagem⁹, na região metropolitana de Belo Horizonte, em Minas Gerais, a soma das famílias sem risco, foi de 96%.

Em contra partida, outros estudos mostraram um número maior de famílias, que apresentavam risco, conforme a classificação, por meio da aplicação da escala. Pesquisa realizada em Porto Alegre¹⁰ apresentou uma proporção de 31,5% das famílias avaliadas em risco. Outro estudo, desenvolvido em Vitória¹², resultou que 55,4% de famílias avaliadas, apresentaram risco familiar.

Essas diferenças de risco encontradas na população estudada e descritas de outros estudos refletem na diversidade de determinantes sociais e da saúde. As diversidades desses determinantes caracterizam o indivíduo, considerando a condição econômica, social, o apoio cultural e religioso, a organização e disposição dos serviços de saúde pública, que ocasiona a forma com que se relaciona com a família e comunidade e suas atitudes e práticas frente à condição de sobrevivência.⁷

Nesse contexto, a Política Nacional de Promoção a Saúde, implantada e implementada no ano de 2006, coadunada com os princípios do SUS, tem o objetivo de conhecer esses determinantes de saúde, para então realizar as ações que promovam à qualidade de vida, diminuindo a prevalência de fatores de risco a população, que estão relacionados a esses determinantes, por meio de programas de promoção a saúde, possibilitando assim, a redução de desigualdades a saúde, favorecendo o estilo de vida saudável entre a população brasileira.¹³

O risco social neste estudo é representado na escala pelo desemprego, relação de morador e moradia, o saneamento básico e analfabetismo, sendo este uma sentinela latente nas famílias avaliadas. Apesar de sua alta prevalência em risco ausente (R0), o analfabetismo é uma sentinela que chama atenção pelo número de famílias que referiram os anos de estudo. O desemprego, não foi uma sentinela presente em grande

proporção, porém, nas famílias em que está associada, há uma prevalência maior em risco presente do que em famílias sem risco. O saneamento básico, presente em apenas uma família, tem significância por estar presente em uma das famílias com risco alto.

Essas sentinelas de risco social possuem relação entre si e produzem efeitos diretos no que se refere à acessibilidade aos serviços de saúde. A educação e a situação econômica influenciam na tomada de decisões, na capacidade de realizar hábitos saudáveis e na busca por auxílio médico. Em uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, os resultados indicaram que 40% dos fatores de riscos à saúde, são derivados da situação econômica e social da população, e que os profissionais de saúde, principalmente os médicos, não realizavam ações em saúde no contexto social.¹⁴⁻⁵

No Brasil, estudos realizados sobre a desigualdade no acesso aos serviços de saúde demonstraram que indivíduos mais pobres e sem estudo possuíam uma dificuldade maior na utilização dos serviços de saúde, quando comparados a quem possuía um nível economicamente maior e com grau de escolaridade avançado, onde podemos compreender a importância de ações estratégicas, realizadas principalmente pela ESF, para essa parcela da população, e de acordo com suas necessidades.^{16,17}

Neste estudo, a deficiência mental foi à quarta sentinela de risco mais prevalente entre as famílias avaliadas, onde 64% apresentaram algum grau de risco. No Brasil, as políticas públicas de saúde em prol da saúde mental vêm sofrendo reformulações e mudanças, que buscam a melhoria da qualidade de vida e assistencial. A família torna-se a principal fonte de atenção, provedora do cuidado, que geralmente, identifica as necessidades e buscam os serviços de saúde, para garantir a melhor forma de evitar complicações e agravamento dos sintomas do membro doente.^{18,19,20}

Estudos reforçam a inclusão social, como método para recuperar as pessoas com deficiência mental e socializá-la na família, comunidade e serviços de saúde, dirigindo ações de cuidado integral, que potencialize o tratamento no crescimento e desenvolvimento, ao invés de estabilizar o doente, e assim, obter uma resposta positiva do tratamento. A ESF é a intervenção primordial, trabalhando, principalmente, através de visitas domiciliares, criando e efetivando o vínculo entre usuário e profissional, favorecendo a integração da

Rego AS, Oliveira RG, Macerau WMO et al.

família no tratamento do familiar com deficiência mental.¹⁹⁻²¹

É importante ressaltar, que 160 famílias não apresentavam dados atualizados no sistema SIAB, durante o período de coleta dos dados. Esses dados são atualizados mensalmente pelos ACS, que por vários fatores, sua atuação é limitada na área de sua responsabilidade. Entre esses fatores limitantes, podemos citar a rejeição por parte das famílias, ao trabalho desenvolvido pelo membro da equipe da ESF, a percepção precária do objetivo de trabalho que é realizado pelo profissional, que interfere nas ações de cunho promocional, preventivo da saúde.²²

As mudanças socioeconômicas e a disposição de equipamentos e, principalmente, o poder aquisitivo dessas famílias, também são refletidas na dificuldade do ACS em realizar suas atividades, principalmente com as gestantes, explicando a número baixo de crianças com idade inferior a seis meses de vida, que é uma vulnerabilidade de risco familiar por ter relevância epidemiológica e pelo impacto considerável na dinâmica familiar.²²⁻⁴

A hipertensão arterial foi à sentinela de risco com maior prevalência em todas as microáreas, porém, com risco ausente, de acordo com a escala. O diabetes Mellitus, que também faz parte do grupo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), neste estudo foi à quinta sentinela com maior prevalência, assemelhando-se a HAS por ter risco ausente, ao considerar o número total de famílias.

A hipertensão arterial e o diabetes Mellitus são considerados problemas de saúde pública devido à alta taxa de morbimortalidade e que continuam crescendo em países subdesenvolvidos nos últimos anos. Esses resultados são motivados pela transição epidemiológica, demográfica e nutricional, tornando-se responsável por cerca de 60% dos óbitos mundiais e que poderiam ser evitáveis, o que torna as morbidades crônicas, como um grande desafio para os profissionais de saúde pública, considerando a perda da qualidade de vida, que gera limitações para os doentes em realizar as suas atividades diárias e o impacto na dinâmica familiar.²⁵⁻⁶

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022, tem seus objetivos pautados no desenvolvimento e implementações de políticas públicas, centradas no controle e prevenção das DCNT e seus fatores de risco a quais estão coadunadas, tendo como eixo central, a

Estratificação de risco familiar no contexto da...

vigilância epidemiológica, a promoção à saúde e o cuidado integral. Neste aspecto, é possível compreender a importância da APS, por intermédio da ESF, em criar mecanismo capazes de vincular as pessoas com hipertensão e diabetes às ações em saúde, como também, fortalecer o acesso às medicações que são disponibilizadas pela assistência farmacêutica, que promove uma melhor adesão ao tratamento, reduzindo riscos e complicações destas doenças.²⁷

Considerando ainda, que o risco maior de doenças crônicas está diretamente relacionado ao envelhecimento, justificado pelo rápido processo de transição demográfica do Brasil, contribuindo para mudanças e desenvolvimento social, econômico e de saúde. A população idosa é considerada um risco devido a sua alta carga epidemiológico, sanitário e que, com o aumento da expectativa de vida, as chances de agravos à saúde nessa faixa etária da vida, são maiores.²⁸ A população idosa, com idade superior/igual a 70 anos, foi a terceira sentinela mais frequente entre as famílias avaliadas. Nesse contexto, a família sofre mudanças em sua organização, o idoso torna-se mais favorável a agravos a saúde, que compromete a qualidade de vida e remete a ESF, a implementação de assistência à saúde do idoso.^{29,30}

A escala de risco familiar foi criada com o intuito primordial, de conhecer as famílias de responsabilidade da ESF e reorganizar o processo de trabalho, principalmente para visitas domiciliares, uma ferramenta importante para o manejo das ações em saúde, favorecendo a criação de vínculo entre as famílias e profissionais, oportunizando a equipe em identificar as necessidades em saúde da população no contexto familiar, consolidando as diretrizes do SUS em promover, prevenir e restabelecer a saúde das pessoas.^{29,30}

CONCLUSÃO

A escala de risco mostrou-se eficiente em realizar a estratificação de risco familiar, propiciando maneiras de estruturar as ações e como serão executadas, de acordo com as necessidades das famílias, demonstrando ser um instrumento útil e que pode ser utilizado por outras equipes da ESF.

As ações programáticas podem ser implementadas através das discussões entre os membros da equipe de ESF, oportunizando a organização do processo de trabalho, havendo interação entre os profissionais de saúde, estabelecendo metas e ações a serem desenvolvidas, levando os profissionais da atenção à saúde bucal e o Núcleo de apoio a

Rego AS, Oliveira RG, Macerau WMO et al.

Estratificação de risco familiar no contexto da...

Saúde da Família - NASF para em conjunto realizar ações educativas, considerando o número alto de idosos e de pessoas com baixa escolaridade e deficientes mentais.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho AM, Santos IVB, Almeida CA, Barbara JFRS. Dialogando sobre o sistema único de saúde com a comunidade: Um relato de experiência no contexto da educação em saúde. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2014 [cited 2015 July 25];8(2):478-83. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5472/pdf_4632
2. Silveira RCP, Robazzi MLC. Articulation in teaching-service within the Sistema Único de Saude and the implications for nursing. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 [cited 2015 July 25];6(4):947-55. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2554/pdf_1096
3. Oliveira KCS, Zanetti ML. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2015 May 15];45(4):862-68. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a10.pdf>.
4. Lionello CDL, Duro CLM, Silva AM, Witt RR. O fazer das enfermeiras da estratégia de saúde da família na atenção domiciliária. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2012 [cited 2015 May 15];33(4):103-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n4/13.pdf>
5. Marqui ABT, Jahn AC, Resta DG, Colomé ICS, Rosa N, Zanon T. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. Rev Esc enferm USP [Internet]. 2010 [cited 2015 Mar 27];44(4):956-61. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/14.pdf>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília, 2011 [Internet]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília, 2014 [Internet]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf
8. Brasil. Ministério Da Saúde. PNAB: Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2012. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
9. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. Rev Bras Med Fam Comum [Internet]. 2004 [cited 2015 June 26];1(2):19-26. Available from: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/viewFile/104/98>
10. 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 Enfermagem [Internet]. 2013 [cited 2015 Mar 23];21(5):1-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1088.pdf
11. Souza EC, Santana CP, Cavalcante PS, Bortoletto MSS, Mathias TAF. Classificação de famílias segundo situações de risco. Cogitare Enferm [Internet]. 2013 [cited 2015 Aug 02];18(1):50-6. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/31302/20013>
12. 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 [Internet]. 2010 [cited 2015 July 26];15(5):2465-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a21.pdf>.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3rd ed. Brasília [Internet]. 2010. Available from: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28_11_2013_14.57.23.7ae506d47d4d289f777e2511c83e7d63.pdf
14. Swain GR, Grande KM, Hood CM, Inzeo PT. Health Care Professionals: Opportunities to Address Social Determinants of Health. WJM [Internet]. 2014 [cited 2015 July 18];113(6):218-22. Available from: https://www.wisconsinmedicalsociety.org/_WM_S/publications/wmj/pdf/113/6/218.pdf
15. Scheil-Adlung, X. Response to health inequity: the role of social protection in reducing poverty and achieving equity. Health promotion international [Internet]. 2014 [cited 2015 July 26];29(suppl):i59-i67. Available from: http://heapro.oxfordjournals.org/content/29/suppl_1/i59.full.pdf
16. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. The Lancet [Internet]. 2011 [cited 2015 Set 03];377(9779):1778-97. Available from: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(11\)60054-8.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60054-8.pdf)
17. Nunes BP, Thumé E, Tomasi E, Duro SMS, Facchini LA. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de

Rego AS, Oliveira RG, Macerau WMO et al.

Estratificação de risco familiar no contexto da...

saúde. Rev Saúde Públ [Internet]. 2014 [cited 2015 May 29];48(6):968-76. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0968.pdf

18. Constantinidis TC, Andrade NA. Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2015 [cited 2015 June 20];20(2):333-42. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0333.pdf>

19. Correia VR, Barros S, Colvero LA. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2015 Aug 25];45(6):1501-6. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a32.pdf>

20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília [Internet]. 2013. Available from:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf

21. Baumgartner JN, Burns JK. Measuring social inclusion - a key outcome in global mental health. Intern Journal of Epidem. 2014;43:354-64.

22. Baralhas M, Pereira MAO. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. Rev Bras Enferm [Internet]. 2013 [cited 2015 Aug 29];66(3):358-65. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n3/a09v66n3.pdf>

23. Queirós AAL, Lima LP. A institucionalização do Agente Comunitário de Saúde. Trab Educ Saúde [Internet]. 2012 [cited 2015 July 09];10(2):257-81. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/tes/v10n2/05.pdf>

24. Savassi LCM, Lage JL, Coelho FLG. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi. J Manag Prim Health Care [Internet]. 2012 [cited 2015 Sept 12];3(2):179-85. Available from:

<http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/66/65>

25. Flor LS, Campos MR, Oliveira AF, Schramm JMA. Carga de diabetes no Brasil: fração atribuível ao sobrepeso, obesidade e excesso de peso. Rev Saúde Públ. 2015 [cited 2015 July 20];49:29. Available from:

http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005571.pdf

26. Freitas LRS, Garcia LP. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. Epidemiol Serv Saúde

[Internet]. 2012 [cited 2015 June 20];21(1):7-19. Available from:

<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n1/v21n1a02.pdf>

27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília [Internet]. 2011. Available from:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf

28. Lopes MCL, Marcon SS. A vivência do idoso e sua família com a hipertensão arterial. Cienc Cuid Saude [Internet]. 2013 [cited 2015 Aug 24];12(2):241-8. Available from:

<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/21745/pdf>

29. Horta ALM, Ferreira DCO, Zhao LM. Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [cited 2015 Aug 24];63(4):523-8. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/04.pdf>

30. Carreira L, Rodrigues RAP. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [cited 2015 Aug 24];63(6):939-46. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/10.pdf>

Submissão: 08/12/2015

Aceito: 01/02/2016

Publicado: 01/03/2016

Correspondência

Anderson da Silva Rego
Rua Mandaguari, 168. Apartamento 8.
Bairro Zona Sete
CEP 87020-230 – Maringá (PR), Brasil