

## Sentinelas de risco familiar em uma Estratégia Saúde da Família de Manaus

### Family risk sentinels in a Family Health Strategy in Manaus

DOI:10.34119/bjhrv4n2-035

Recebimento dos originais: 10/02/2021

Aceitação para publicação: 25/02/2021

#### **Wagner Ferreira Monteiro**

Enfermeiro, Doutorando no Programa de Pós-graduação em Medicina Tropical da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), professor assistente da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e do Centro Universitário Luterano de Manaus (CEULM/ULBRA).

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777 - Cachoeirinha, Manaus - AM

E-mail: wfmonteiro@uea.edu.br

#### **Mirian dos Santos Castro**

Enfermeira, Graduada pelo Centro Universitário Luterano de Manaus (CEULM/ULBRA)

Endereço: Rua: Setúbal, 17 – Petrópolis, Manaus-AM

E-mail: miriancastro049@gmail.com

#### **Darlisom Sousa Ferreira**

Enfermeiro, Doutor em Enfermagem (UFSC), professor Adjunto da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública (ProEnSP).

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777 - Cachoeirinha, Manaus-AM

E-mail: darlisom@uea.edu.br

#### **Aderlaine da Silva Sabino**

Enfermeira, Mestre em Enfermagem do Programa de Pós -Graduação em Enfermagem em associação com a Universidade do Estado do Pará (UEPA) e Universidade Federal do Amazonas (UFAM), docente e coordenadora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Luterano de Manaus (CEULM/ULBRA).

Endereço: Av. Jurunas, 8 - Flores, Manaus - AM

E-mail: aderlainesabino@yahoo.com.br

#### **Bianca Jardim Vilhena**

Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública (ProEnSP) e professora auxiliar da Universidade do Estado do Amazonas (UEA).

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777 - Cachoeirinha, Manaus-AM

E-mail: bjardim@uea.edu.br

#### **Kássia Janara Veras Lima**

Enfermeira, Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Medicina Tropical da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), servidora da Escola de Saúde Pública de Manaus (ESAP/SEMSA).

Endereço: Av. Mario Ypiranga, R. Penetração, 1689 - Nossa Sra. das Graças, Manaus - AM  
E-mail: kjplima@gmail.com

**Lucas Lorrán Costa de Andrade**

Graduando em Enfermagem pelo Centro Universitário Luterano de Manaus (CEULM/ULBRA)  
Endereço: Rua Sátiro Dias, 219 – São Francisco, Manaus-AM  
E-mail: lukaslorryan.ll@gmail.com

**Frankilândio Teixeira Costa**

Graduando em Engenharia Ambiental pelo Centro Universitário do Norte (UNINORTE)  
Endereço: Av. Leonardo Malcher, 1070, Apto 103, Edif. Sombra III, Centro, Manaus – AM.  
E-mail: franktcosta@gmail.com

**RESUMO**

O estudo tem como principal escopo avaliar as sentinelas do risco de vulnerabilidade biológica e social das famílias de uma Estratégia Saúde da Família (ESF) da cidade de Manaus – AM. Como estratégia, adotou-se um estudo do tipo descritivo, de abordagem quantitativa. A pesquisa coligiu dados secundários junto ao sistema de informações e-SUS, advindos do cadastro individual e familiar da área da ESF. A partir dos dados coletados foi possível mensurar a frequência de ocorrências de cada uma das sentinelas de risco avaliadas no estudo. A sistematização dos dados demonstrou que o território analisado não é homogêneo, pois, as microáreas apresentam níveis diferenciados de risco. Os resultados desse estudo, associados à teoria pertinente, possibilitaram a realização do diagnóstico das microáreas que apresentam graus mais elevados de vulnerabilidade biológica e social, permitindo o desenvolvimento de subsídios para o planejamento estratégico de ações em saúde, que tenham maior efetividade. Dentre outros aspectos, os dados permitiram a percepção da dinâmica territorial diferenciada e que se reflete sobre os níveis de risco familiar. O conhecimento acerca dos diferentes níveis de risco, permite aos gestores um planejamento mais eficiente das ações e organização dos serviços em saúde ofertados à população adscrito.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Risco. Saúde da População.

**ABSTRACT**

The study has as its main scope to evaluate the sentinels of biological and social vulnerability risk of families of a Family Health Strategy (FHS) of the city of Manaus - AM. As a strategy, a descriptive study with a quantitative approach was adopted. The research collected secondary data from the e-SUS information system, from the individual and family registry of the ESF area. From the data collected, it was possible to measure the frequency of occurrences of each of the risk sentinels evaluated in the study. The systematization of the data showed that the analyzed territory is not homogeneous, because the micro areas present different levels of risk. The results of this study, associated with the relevant theory, enabled the diagnosis of the micro areas that present higher degrees of biological and social vulnerability, allowing the development of

subsidies for the strategic planning of health actions that have greater effectiveness. Among other aspects, the data allowed the perception of differentiated territorial dynamics, which is reflected on the family risk levels. The knowledge about the different levels of risk allows managers to plan more efficient actions and organize the health services offered to the enrolled population.

**Keywords:** Primary Health Care. Family Health Strategy. Risk. Population Health.

## 1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), baseada nos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), visa a reorganização da Atenção Básica no Brasil, a qual é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo das vidas das pessoas e devendo ser o contato preferencial dos usuários. A atenção básica é também considerada a principal porta de entrada dos usuários na rede de atenção à saúde (RAS) e o centro de comunicação com toda a rede (BRASIL, 2017).

De acordo, com o conceito utilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), família é considerada como um conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica e residente no mesmo espaço domiciliar. Nesse contexto, a assistência à família como unidade de cuidado implica na construção do vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários, onde não se deve limitar a assistência direta ao indivíduo, mas considerar a família como um todo (NAKATA et. al., 2013).

A visita domiciliar é um meio de conhecer a realidade da população, estabelecer vínculos com os usuários e de compreender a dinâmica das relações familiares, a equipe multiprofissional é importante para esse processo, como também os agentes comunitários de saúde têm papel fundamental nas visitas domiciliares (SILVA et. al., 2013). Nessa perspectiva, utiliza-se como ferramenta a visita domiciliar para o desenvolvimento de atividades de promoção, prevenção de agravos e de vigilância a saúde (SAKATA, 2007).

O agente comunitário de saúde é o principal vínculo da população assistida com os profissionais de saúde da ESF, oferecendo desde um acolhimento até orientações sobre cuidado em saúde do indivíduo, família e coletividade. Além disso, esse profissional tem o conhecimento necessário territorial para indicar e avaliar problemas de saúde e seu impacto sobre a comunidade (OLIVEIRA et. al., 2020).

Um dos princípios fundamentais do SUS é a equidade que consiste, na prática, em oferecer maior atenção dos serviços de saúde a quem mais precisa. Logo, é necessário direcionar os esforços a grupos de famílias que estão em maior risco de vulnerabilidade ao processo saúde-doença onde possamos intervir dentro da Estratégia Saúde da Família. Pensando nisto, Coelho e Savassi (2004) criaram uma escala de classificação de risco de família, para análise objetiva de vulnerabilidade (COELHO; SAVASSI, 2004).

Com o conhecimento do grau de vulnerabilidade biológica e social das famílias do território sob responsabilidade sanitária das equipes de saúde, pretende-se otimizar o tempo e o trabalho dos profissionais da equipe de saúde, direcionando o cuidado e o apoio para a solução de problemas das famílias e/ou grupos prioritários. Ao classificar as famílias segundo graus de vulnerabilidade, espera-se que as famílias em maior risco apresentem melhora de sua situação, sem também deixar de lado as famílias com riscos menores, para que não evoluam para os níveis maiores de riscos por negligência da equipe de saúde (COELHO; SAVASSI, 2004).

Nesse sentido, o presente estudo tem por objetivo avaliar as sentinelas do risco de vulnerabilidade biológica e social das famílias de uma Estratégia Saúde da Família da cidade de Manaus – AM.

## 2 METODOLOGIA

É um estudo descritivo retrospectivo, com dados secundários e abordagem quantitativa, cuja fonte de informações foram as fichas do e-SUS do cadastro domiciliar e individual da área de cobertura da Estratégia Saúde da Família S 42 localizada na zona urbana de Manaus.

A população de referência desta pesquisa foi constituída do total de famílias cadastradas no sistema e-SUS, cujo domicílio estava situado no território de responsabilidade sanitária da equipe do município de Manaus, lotada na Unidade Básica Saúde da Família analisada (total: 3.157).

Os Critérios de inclusão foram: Famílias cadastradas no sistema de informações e-SUS e Famílias residentes no território de abrangência da equipe da UBSF; Critérios de exclusão: Famílias cujas fichas do e-SUS (domiciliar ou individual) não estejam preenchidas adequadamente e/ou incompletas.

A classificação de risco familiar foi realizada segundo o protocolo desenvolvido por Coelho e Savassi (2004). Trata-se de um instrumento composto de

treze critérios que permitem classificar as famílias da área de abrangência de uma equipe da ESF, segundo o risco biológico ou social - transitório ou permanente de um ou mais membros de uma família - com a finalidade de fornecer informações aos profissionais de saúde para priorizar as visitas domiciliares (COELHO; SAVASSI, 2004).

Para doze critérios a avaliação é dicotômica: positivo *versus* negativo. Aos critérios positivos (presentes) são atribuídas pontuações (escores), sendo: escore 3 (três) para cinco critérios - acamados, deficiência física, deficiência mental, baixas condições de saneamento básico e desnutrição grave; escore 2 (dois) para dois critérios - drogadição e desemprego e escore 1 (um) para cinco critérios - analfabetismo, menores de 6 meses, maiores de 70 anos, hipertensão arterial sistêmica e diabetes. Há um critério denominado “relação morador por cômodo”, o qual pode ter escore 0 (zero) - menos de um morador por cômodo, 2 (dois) - um morador por cômodo ou 3 (três) - mais de um morador por cômodo. Entende-se por cômodo qualquer compartimento da casa, como por exemplo um banheiro (COELHO; SAVASSI, 2004).

Considerando todos esses critérios e as respectivas pontuações atribuídas às situações reais, o escore total pode variar de 0-25 pontos. A partir da pontuação total é realizada a estratificação de risco (níveis crescentes de gravidade): a pontuação de 0-4 corresponde a categoria “risco habitual” (RH), de 5-6 a categoria “risco menor” (R1), de 7-8 a categoria “risco médio” (R2) e de 9-25 a categoria “risco máximo” (R3) (COELHO; SAVASSI, 2004).

Esse instrumento foi adaptado para uso na presente pesquisa. A adaptação se deu em função da ausência de informação de um dos critérios de avaliação (desnutrição grave). Conforme os idealizadores desse instrumento, todas as informações necessárias para o uso da escala estariam disponíveis na Ficha A do SIAB. Entretanto, não há dados que permitam a definição da desnutrição grave tanto na Ficha A, como na ficha e-SUS que a substitui desde 2011.

Os procedimentos de coleta de dados foram realizados da seguinte forma: elaboração de uma ficha contendo lacunas para os números das microáreas e família, a lista dos critérios estabelecidos por Coelho e Savassi (com exceção de um) e os respectivos escores para pontuação.

Os dados foram tabulados em planilha da Microsoft Office Excel 2007®. A análise foi descritiva de acordo com o proposto por Coelho e Savassi (2004). A proposta do presente estudo teve a anuência do gestor municipal de saúde. Cabe ressaltar que

estudos com dados secundários dispensam a utilização de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

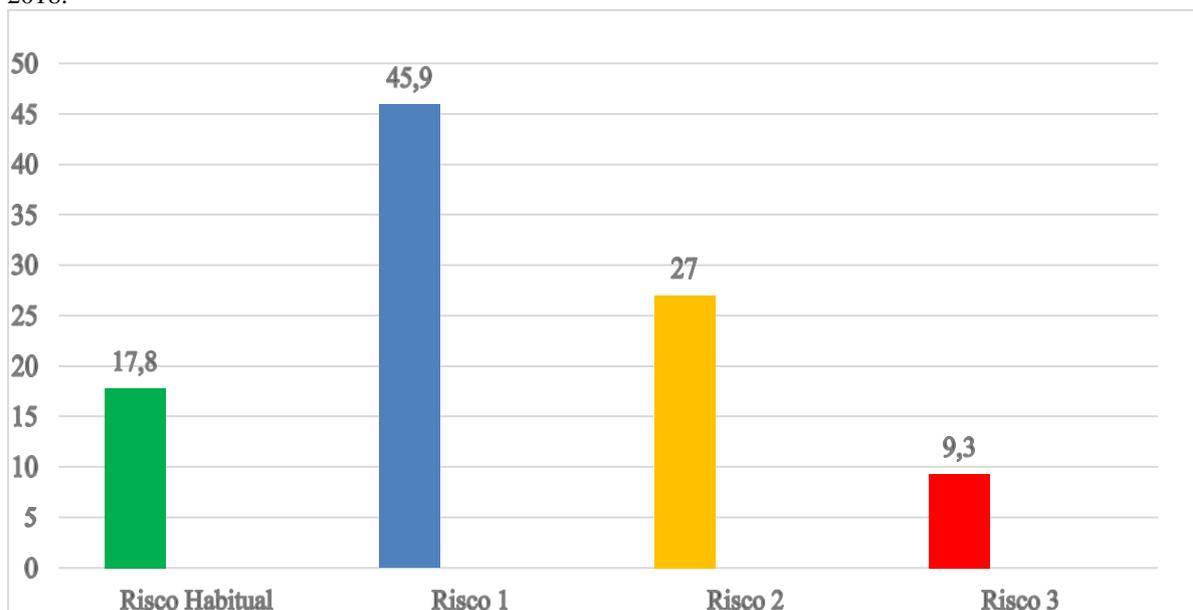
### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de famílias residentes na área de cobertura da equipe S 42 foram avaliadas 775 fichas e destas 95,9% foram incluídas nas análises, conforme gráfico 1. Foram analisadas 775 fichas das famílias adscritas, que estavam cadastradas no sistema de informações e-SUS. Desse total, apenas 32 fichas continham informações incompletas, possibilitando uma análise detalhada do perfil epidemiológico.

O uso das informações que alimentam o e-SUS proveniente dos dados colhidos junto às famílias pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), confere sentido ao trabalho desempenhado por estes profissionais, uma vez que se converte em um cadastro útil ao planejamento das ações da equipe ao invés de ser um mero preenchimento de formulários.

Das informações colhidas no e-SUS, foi possível traçar o perfil de vulnerabilidade social, biológica e social da área abrangida pela ESF S 42. A maior parcela das famílias analisadas se enquadram na classificação de risco 1 (45,9%). Dentre os outros níveis de risco, constatou-se que 17,8% apresentam risco habitual, 27% apresentam risco nível 2 e 9,3% apresentam risco 3, o maior dentre as classificações de risco. (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Vulnerabilidade familiar, biológica e social da área de cobertura da ESF S 42, Manaus/AM, 2018.



Fonte: dados dos autores, 2018.

Segundo Nakata et. al. (2013), o uso da classificação de risco tem sido um dos principais critérios na priorização de famílias para a realização de visitas domiciliares, visto que em uma mesma área existem diferentes níveis de vulnerabilidade social e biológica que impactam diferentemente cada família, implicando em seus agravos de saúde. Dessa forma, classificar as famílias em níveis de risco possibilita o direcionamento de recursos para os indivíduos com maior grau de vulnerabilidade.

Dessa maneira, é possível verificar as classificações de risco das famílias adscritas na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde estudada, categorizadas por microárea, relacionado ao risco. (Quadro 1).

Quadro 1: Classificação das famílias de acordo com a escala de risco por Microárea ESF S 42, Manaus/AM, 2018.

EQUIPE ESF	MICRO 1		MICRO 2		MICRO 3		MICRO 4		MICRO 5		MICRO 6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Risco 0</b>	13	9,2	10	7,6	42	33,3	3	3,0	14	12,3	50	38,8
<b>Risco 1</b>	55	38,7	78	60,0	48	38,0	38	37,6	71	62,3	51	39,5
<b>Risco 2</b>	55	38,7	32	24,4	25	20,0	45	44,5	24	21,0	20	15,5
<b>Risco 3</b>	19	13,4	11	8,4	11	8,7	15	14,8	5	4,4	8	6,2
<b>TOTAL</b>	142	100	131	100	126	100	101	100	114	100	129	100

Fonte: dados dos autores, 2018.

Para classificar as famílias entre as escalas de risco, são realizadas as somas das pontuações alcançadas em cada uma das 14 sentinelas avaliadas e explicitadas mais adiante. De acordo com os escores obtidos, as famílias podem variar de risco 1, o menor, ao risco 3, nível máximo, requerendo maior atenção da equipe de saúde.

As classificações de risco são obtidas, a partir de sentinelas utilizadas para avaliar a situação de cada família. A cada sentinela de risco é atribuída uma pontuação específica, que ao final são somadas para estabelecer um nível de risco, conforme proposto por Coelho e Savassi (2004). As sentinelas de risco da Escala Coelho-Savassi foram escolhidas pelos autores por sua relevância epidemiológica e o potencial impacto social e biológico no processo saúde- doença e no agravamento de condições de saúde preexistentes.

A cada uma das sentinelas avaliadas é atribuída uma pontuação, conforme o escore de risco. Nakata et. al. (2013), esclarecem que são 11 sentinelas de caráter individual, tais como “[...] pessoas acamadas, com deficiência física, deficiência mental

e desnutrição grave, as quais correspondem a três pontos para cada ocorrência” (NAKATA, et. al., 2013, p. 3).

As pontuações obtidas por ocorrência das sentinelas, são somadas para obter uma pontuação total que resultará em uma classificação por graus de risco, proposta por Coelho e Savassi. O quadro abaixo mostra a frequência e a pontuação alcançada em cada sentinela de risco, da população adscrita na área de cobertura.

Identificamos, a partir do quadro apresentado que as sentinelas com maior frequência e que obtiveram maior pontuação foram duas sentinelas de caráter individual, desemprego e hipertensão arterial sistêmica, sendo a primeira com frequência 207 e pontuação 412, a segunda com frequência 287 e pontuação 287. Das sentinelas não individuais, as com maior frequência e pontuação foram baixas condições de saneamento e relação morador/cômodo, aquela com frequência 265 e pontuação 795 e está com frequência 134 e pontuação 402 (Quadro 2).

Quadro 2: Frequência e pontuação variáveis avaliadas segundo a escala de risco familiar Equipe ESF S 42. Manaus/AM, 2018.

Sentinelas para avaliação da situação de risco	Frequência	Pontuação
Hipertensão arterial sistêmica	287	287
Baixas condições de saneamento	265	795
Desemprego	206	412
Morador/cômodo < 1	185	185
Morador/cômodo > 1	134	402
Diabetes <i>Mellitus</i>	110	110
Maior de 70 anos	103	103
Drogadição	96	192
Morador/cômodo = 1	69	138
Deficiência física	44	132
Analfabetismo	29	29
Menor de 6 meses	22	22
Acamado	15	45
Deficiência mental	07	21

Fonte: Adaptado de Coelho e Savassi (2004).

Identificamos, a partir do quadro apresentado que as sentinelas com maior frequência e que obtiveram maior pontuação foram duas sentinelas de caráter

individual, desemprego e hipertensão arterial sistêmica, sendo a primeira com frequência 207 e pontuação 412, a segunda com frequência 287 e pontuação 287. Das sentinelas não individuais, as com maior frequência e pontuação foram baixas condições de saneamento e relação morador/cômodo, aquela com frequência 265 e pontuação 795 e está com frequência 134 e pontuação 402.

Em outra pesquisa, os autores Moura et. al. (2016) procederam a aplicação da escala Coelho-Savassi, dando maior atenção a sentinela referente a pacientes acamados, em uma unidade de saúde em Fortaleza/CE. Os autores alcançaram bons resultados com o uso da escala, ressaltando que “[...] a aplicação da ERF-CS fortaleceu a interdisciplinaridade, [...] potencializando o trabalho em equipe. [...] Permitiu a reavaliação *in loco* dos diversos perfis populacionais [...]” (MOURA et. al., 2016, p. 39). Desse modo, vemos que a adoção da ERF- CS trouxe melhorias ao trabalho da equipe nos casos relatados, tornando-o mais dinâmico e integrado, trazendo resultados positivos para a população atendida.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para realizar ações em saúde que sejam efetivas no tratamento e prevenção de agravos de saúde, proporcionando a população serviços nas proximidades do domicílio e, assim, incentivando na continuidade de tratamentos de saúde e uma relação mais próxima da equipe de saúde, responsável pela comunidade adscrita. Nesse sentido, conhecer a realidade da população adscrita é fundamental para a equipe de saúde. Com os dados coletados junto a população, foi possível traçar o perfil epidemiológico, categorizando as famílias em níveis de risco por microárea da UBSF analisada.

O estudo elucidou que as microáreas 1 e 4 são as que apresentam maior proporção de famílias classificadas em risco 3. As duas regiões mostraram um quantitativo significativo de famílias em situação de vulnerabilidade. De posse dessas informações a equipe pode acompanhar essas famílias de forma mais intensiva, diminuindo as desigualdades no que concerne as condições de saúde e favorecendo a efetivação da equidade no SUS.

Em vista disso, mostrou que são diversas as vantagens que poderão ser obtidas pelas equipes de saúde com a adoção da metodologia Coelho-Savassi, para classificar as famílias por elas atendidas, trazendo impactos significativos no que se refere a melhoria dos serviços prestados, do planejamento de ações e otimização do trabalho das equipes de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. 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: Ministério da Saúde, 2017.
2. COELHO, F. L.; SAVASSI, L. C. M. **Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004.
3. MOURA, F.M.N.; MARINHO, A.D.P.; OLIVEIRA, L.L.; SANTOS, ARAÚJO JÚNIOR, O.L.A.; FERREIRA, M.J.M. **Aplicação da Escala de Risco Familiar na Atenção Básica.** Revista Extensão em Ação, Fortaleza, v.1, n.10, p. 33-42, Jan/Jun. 2016.
4. NAKATA, P. N.; KOLTERMANN, L. I.; VARGAS, K. R.; MOREIRA, P. W.; DUARTE, É. R. M.; ROSSET-CRUZ, I. **Classificação de risco familiar em uma Unidade de Saúde da Família.** Revista Latino- Americana de Enfermagem, v. 21, n. 5, p. 1-7, Set./Out., 2013.
5. OLIVEIRA, M. C. C.; OLIVEIRA, M. A. C; PEREIRA, K. D.; OLIVEIRA, G. E.; COUTINHO, M.L.S.A; MAIA, Y.M.S.; GONDIM, F. S. S.; BARBOSA, D. S. **Processo de territorialização em saúde como instrumento de trabalho.** Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, v. 3, n. 5, p. 13578-13588 set./out. 2020.
6. SAKATA, K. N.; ALMEIDA, M.C.P; ALVARENGA, A. M.; CRACO, P. F.; PEREIRA, M. J. B. **Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 60, n. 6, p. 659-664, 2007.
7. SILVA, P. M.; BARROS, K. P.; TORRES, H. C. **Acolhimento com classificação de risco na atenção primária: percepção dos profissionais de Enfermagem.** Revista Mineira de Enfermagem, Minas Gerais, v. 16.2, p. 225-231, abr./jun. 2013