

Abordagem da classificação de risco familiar com agentes comunitários de saúde**Approaches to family risk classification with community health agents****Abordaje de la clasificación de riesgo familiar con agentes comunitarios de salud****Recebido: 15/02/2017****Aprovado: 20/08/2017****Publicado: 05/04/2018****Adrieli Oliveira Raminelli¹****Cíntia Cristina Andrade²****Fabiana Fernandes Silva de Paula³****Luan Augusto Alves Garcia⁴****Álvaro da Silva Santos⁵**

O objetivo deste estudo é descrever a experiência numa capacitação para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre a Classificação do Risco Familiar. Trata-se de um relato de experiência de acadêmicas do curso de Graduação em Enfermagem ao implementar um projeto de intervenção durante o estágio supervisionado em Saúde Coletiva junto a uma equipe de Saúde da Família do município de Uberaba-MG. A intervenção foi realizada no mês de maio de 2016, por meio de três encontros. A capacitação pautou-se na metodologia participativa dialógica, em que foram utilizadas exposições dialogadas, discussões, problematizações e vivências, baseadas nos conhecimentos prévios e na prática profissional vivenciados pelos ACS durante a realização das visitas domiciliares. A classificação de risco familiar amplia a visão dos profissionais de saúde e auxilia na resolução dos problemas relacionados à assistência ao usuário. Com isso, colabora para os achados de vulnerabilidades, permitindo que o profissional de saúde acompanhe com frequência os casos de maior necessidade.

Descritores: Atenção primária à saúde; Saúde da família; Visita domiciliar; Fatores de risco.

The objective of this study was to describe the experience of a training course for community health agents (ACS) about the categorization of Family Risk. This is an experience report of undergrads from the Nursing Graduation course, as they implemented an intervention project during their supervised Collective Health internship together with a Family Health team in the city of Uberaba-MG. The intervention was carried out in May 2016, through three meetings. The course used a dialogical and participative methodology, in which an expository method opened to dialogue was used, opening space for discussions, reflections about problems and experiences, based on previous knowledge and professional practice experienced by the agents during their domiciliary visits. Family risk categorization broadens the vision of health professionals and aids in the resolution of problems related to the assistance to the user. With that, it collaborates for the discovery of vulnerabilities, allowing for the health professional to frequently monitor the cases that need it the most.

Descriptors: Primary health care; Family health; Home visit; Risk factors.

El objetivo de este estudio es describir la experiencia en el entrenamiento para Agentes Comunitarios de Salud (ACS) sobre la Clasificación del Riesgo Familiar. Este es un relato de experiencia de estudiantes del curso de Graduación en Enfermería al implementar un proyecto de intervención en la práctica supervisada en Salud Colectiva con un equipo de Salud de la Familia de la ciudad de Uberaba-MG, Brasil. La intervención ocurrió en mayo de 2016, a través de tres reuniones. En la actividad se usó la metodología participativa dialógica, en la que se utilizaron exposiciones dialogadas, debates, problematizaciones y experiencias, basadas en conocimientos previos y en la práctica profesional vivenciados por los ACS durante la realización de las visitas domiciliarias. La clasificación de riesgo familiar amplía la visión de profesionales de la salud y asiste en la resolución de problemas relacionados con la asistencia al usuario. Con ello, colabora a los resultados de las vulnerabilidades, lo que permite que el profesional de salud haga el monitoreo de los casos de mayor necesidad.

Descriptores: Atención primaria de salud; Salud de la familia; Visita domiciliaria; Factores de riesgo.

¹ Enfermeira. Uberaba, MG, Brasil. ORCID 0000 - 0002 - 3890 - 7535 E-mail: adrieli_raminelli@hotmail.com

² Enfermeira. Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-2672-4309 E-mail: cintiaade@hotmail.com

³ Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família. Mestre em Atenção à Saúde. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família, Uberaba, MG, Brasil. ORCID 0000-0003-2557-9592 E-mail: fabiana_paula@uberabadigital.com.br

⁴ Enfermeiro. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Especialista em Gestão dos Serviços em Ergonomia. Especialista em Saúde do Adulto na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde. Mestre em Atenção à Saúde. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil. ORCID 0000-0003-0984-2688 E-mail: luangarciaatpc@yahoo.com.br

⁵ Enfermeiro. Especialista em Saúde Pública. Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica. Mestre em Administração em Serviços de Saúde. Doutor em Ciências Sociais. Pós-Doutor em Serviço Social. Professor Associado do curso de Graduação em Enfermagem, da Pós-Graduação em Atenção à Saúde e da Pós-Graduação em Psicologia da UFTM. ORCID 0000-0002-8698-5650 E-mail: alvaroenf@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária a Saúde (APS), proposta a partir da Conferência de Alma-Ata, é identificada mundialmente como estratégia de organização dos serviços de saúde capaz de efetivar a universalização do acesso à saúde através da oferta de um processo contínuo de assistência, amparado na prevenção, promoção, cura e reabilitação, e tem se constituído como fragmento de um decurso que aponta para o desenvolvimento social e econômico, almejando a intersectorialidade como estratégia de enfrentamento dos determinantes sociais de saúde^{1,2}. Seu campo de ação se dá no primeiro nível de assistência e visa garantir uma atenção contínua e de qualidade, com intenção de valorizar a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde e desviar o foco da assistência médica³.

Em nosso país, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo nacional de APS, definido pela Política Nacional de Atenção Básica, operacionalizando na prática a efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)³. Inicialmente conhecido como Programa Saúde da Família (PSF), sua criação ocorreu seis anos após a implementação do SUS, como estratégia de (re)orientação e organização da Rede de Atenção a Saúde (RAS) vinculados aos serviços da APS, associando os princípios de territorialização, longitudinalidade, intersectorialidade, descentralização político-administrativa, hierarquização dos níveis de atenção e controle social, promovendo uma assistência voltada às necessidades dos indivíduos com vistas a superar o modelo biomédico de atenção à saúde².

As equipes da ESF devem ser constituídas por, no mínimo, um profissional médico, um enfermeiro, auxiliares ou técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O ACS atua neste contexto como membro da equipe de saúde, sendo responsável por uma microárea dentro da área territorial adscrita desenvolvendo ações que buscam a integração entre a equipe de saúde e a população, além de ser responsável por cadastrar todas as pessoas de sua

microárea e manter os cadastros atualizados; orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, entre outras⁴. Devem ser profissionais selecionados do próprio contexto comunitário da área de abrangência para atuar junto à população. Cada ACS deve ser responsável, em média, por 400 a 750 pessoas⁴.

O seu trabalho ocorre, na maioria das vezes, fora do ambiente físico da unidade de saúde, realizando a intermediação entre os usuários e o serviço de saúde. Este elo se materializa por diversas formas, porém, a Visita Domiciliar (VD) é a mais importante dentro do escopo de atividades desenvolvidas pelos ACSs⁵.

A VD desponta como estratégia de trabalho capaz de permitir a inserção do profissional no ambiente familiar dos usuários, de forma a permitir a compreensão das relações existentes naquele ambiente, conhecimento da realidade de vida destes indivíduos bem como o estabelecimento de vínculos, com o objetivo de promover a autonomia de cada paciente e família na gestão de seu próprio cuidado, através do estabelecimento de metas negociadas por ambas as partes⁶⁻⁸.

Diante do importante papel desta estratégia no contexto de trabalho da ESF, torna-se fundamental um planejamento eficaz das VDs, sendo a Avaliação do Risco Familiar uma ferramenta eficaz no direcionamento das ações para as famílias com maiores necessidades⁹. Tal ferramenta emerge como proposta que permite distinguir as famílias pertencentes a uma mesma área de abrangência, na intenção de identificar fatores de risco que justifiquem a priorização de atendimentos^{10,11}.

Dessa forma, para que tal metodologia seja utilizada no apoio ao delineamento de estratégias de rastreamento de famílias vulneráveis, torna-se necessário que toda a equipe de saúde seja capacitada quanto a sua utilização, em especial os ACSs, que são os

profissionais que realizam a intermediação entre os usuários dos serviços e a equipe de saúde de forma mais expressiva. Assim, o objetivo deste trabalho é descrever a experiência na realização de uma capacitação para os ACSs, sobre a classificação do risco familiar.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência que emerge das atividades desenvolvidas pelos alunos matriculados na disciplina “Estágio Supervisionado em Saúde Coletiva” do 9º período do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM (Uberaba/MG), cuja ementa prevê a integração do discente no contexto de atividades administrativas e assistenciais no campo da atenção primária, em Unidades Básicas de Saúde que tenham ESF da RAS do município de Uberaba/MG. Ressalta-se que é requisito parcial, como avaliação da disciplina, a elaboração de um projeto de intervenção junto a equipe de escolha dos discentes.

Logo que os acadêmicos iniciam as atividades do estágio, os mesmos são orientados a realizar um diagnóstico situacional da unidade de saúde com vistas à necessidade de reconhecimento da estrutura física e administrativa da unidade de saúde, além da comunidade e vulnerabilidades da população adstrita. A utilização do diagnóstico situacional e administrativo é um processo amplo que confere compromisso social e credibilidade aos serviços, sendo um instrumento necessário para melhor organização e crescimento da equipe^{12,13}. Por meio desta estratégia poderão ser estabelecidas prioridades nas ações de acordo com a realidade da instituição, dos usuários e do território de abrangência¹⁴.

Durante a realização do diagnóstico situacional, os alunos coletaram os dados baseando-se em relatos dos funcionários da unidade, dos usuários, além de um mapeamento dos processos da unidade. Após a coleta destas informações, foram discutidas juntamente com a enfermeira da equipe as necessidades, e foi reportada a grande dificuldade dos ACSs em planejar e organizar

suas VD's, tendo em vista o número reduzido destes profissionais e a alta demanda de atividades, sendo que apenas uma ACS da equipe tinha realizado o treinamento de classificação de risco familiar. Assim, o grupo de acadêmicos, orientados pelo professor responsável da disciplina e por um aluno do programa de Mestrado em Atenção à Saúde, e a enfermeira preceptora da RAS optaram por desenvolver como intervenção uma capacitação para os ACSs, já que a equipe demonstrava esta necessidade de compreender e realizar a classificação de risco das famílias acompanhadas, para uma melhor atualização do mapa situacional da área.

A intervenção foi realizada no mês de maio de 2016, por meio de três etapas: no primeiro encontro foi realizada uma sensibilização sobre a temática e discussão da metodologia de trabalho; no segundo foi realizada a exposição teórica apoiada pela distribuição de material informativo sobre o conteúdo abordado, o passo-a-passo da classificação de risco familiar e a realização de exercícios coletivos baseados em casos clínicos; no último encontro foi realizado juntamente com cada ACS a classificação de risco de pelo menos uma família por ele acompanhado.

A capacitação pautou-se na metodologia participativa dialógica proposta por Paulo Freire, que visa a construção da autonomia no processo pedagógico de ensinar pelos alunos, valorizando seus aspectos culturais e os conhecimentos empíricos pregressos junto à individualidade de cada um¹⁵.

Para o alcance dos objetivos foram utilizadas exposições dialogadas, discussões, problematizações e vivências, baseadas nos conhecimentos prévios e na prática profissional vivenciada pelos ACSs durante a realização das VDs. Além disso, contou-se com o apoio de uma aluna estagiária do curso de Nutrição que também acompanhava as atividades e rotinas da equipe.

Os encontros aconteceram na sala de reuniões da unidade de saúde, nos dias e horários já estabelecidos de reunião da equipe juntamente com a presença de todos os seus profissionais (Enfermagem, ACSs, Médica,

Dentista e alunos da Residência Multiprofissional em Saúde que realizam atendimento na referida unidade).

Os comportamentos dos participantes e as discussões realizadas foram registrados em diário de campo, durante a realização dos encontros, como também na ata da equipe, onde são relatadas todas as atividades de educação permanente e reuniões.

Por se tratar de um relato de experiência, não houve a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Porém, foi solicitada autorização prévia para a gerente administrativa da unidade de saúde para a realização da intervenção. Todos os ACSs receberam explicações acerca dos objetivos da intervenção e da possibilidade de publicação de resultados, desde que não fossem identificadas quaisquer informações que pudessem caracterizar os participantes. Foram colhidos termos de ciência e consentimento para publicação de todos os participantes. Além disso, não será divulgado qualquer dado que permita a identificação da unidade de saúde ou os profissionais, respeitando as determinações da Resolução 466/2012¹⁶ do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

RESULTADOS

Participaram da capacitação todos os ACSs da equipe, os profissionais de Enfermagem (Enfermeira e técnica de Enfermagem), médica da equipe e profissionais da saúde bucal (dentista e técnico de saúde bucal), totalizando 09 profissionais.

Para melhor apresentação e discussão dos resultados foram criadas três categorias conforme as atividades realizadas: 1. Importância da Classificação de Grau de Risco Familiar; 2. Papel exercido pela unidade de saúde/profissionais diante das vulnerabilidades, e 3. Identificar os riscos das famílias de todos os ACSs e propor soluções.

Para tanto se usou como base um instrumento da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG).

DISCUSSÃO

O instrumento utilizado pertence às recomendações realizadas no treinamento de capacitação da Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde do Estado de Minas Gerais, em parceria com a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais¹⁷. Ele classifica as famílias conforme aspectos socioeconômicos e condições/ patologias crônicas prioritárias presentes na família, e utiliza os seguintes critérios para classificação:

1. Fatores socioeconômicos:

- a) *Alfabetização do chefe da família*: considerada de risco a família cujo chefe não é alfabetizado (não sabe ler e não sabe escrever bilhetes simples);
- b) *Renda Familiar*: considerada de risco a família em situação de extrema pobreza (renda per capita mensal de até 60 reais, tendo ela filhos ou não);
- c) *Abastecimento de água*: considerada de risco a família cujo domicílio não possui abastecimento adequado de água, ou seja, não existe rede de abastecimento e a água é proveniente de poços, cisternas, nascentes naturais ou outras. A Tabela 1 apresenta a forma de pontuação.

Tabela 1. Pontuação de fatores de risco segundo documento da SES/MG¹⁷.

Nenhum dos fatores de risco	0
Presença de um dos fatores de risco	1
Presença de dois dos fatores de risco	2
Presença de três dos fatores de risco	3

2. Presença de condições ou patologias prioritárias - é considerada de risco a família em que um ou mais de seus integrantes apresentarem uma das seguintes condições ou patologias por ciclo de vida:

- a) *Crianças com situações de risco do Grupo II*: baixo peso ao nascer, prematuridade, desnutrição grave; triagem neonatal positiva para hipotireoidismo, fenilcetonúria, anemia falciforme ou fibrose cística; doenças de transmissão vertical: toxoplasmose, sífilis, Aids; intercorrências importantes, no período neonatal, notificadas na alta hospitalar; crescimento/ desenvolvimento inadequados; evolução desfavorável de qualquer doença.

b) *Adolescentes de Alto Risco*: Doenças sexualmente transmissíveis ou portadores do vírus HIV/AIDS; gravidez precoce não planejada; transtornos alimentares: bulimia e anorexia; uso/abuso de substâncias lícitas ou ilícitas (com destaque ao uso do tabaco e do álcool); vítimas de exploração sexual ou que tenham sofrido abuso sexual; quadros de depressão; transtornos mentais e/ou risco de suicídio; fuga frequente de casa ou moradores de rua.

c) *Adultos com Risco Cardiovascular Alto ou Muito Alto*: Grupo de risco alto: portadores de Hipertensão Arterial (HA) grau 1 ou 2, com 3 mais fatores de risco; ou portadores de HA grau 3, sem fatores de risco; grupo de risco muito alto: portadores de HA grau 3, que possuem 1 ou mais fatores de risco; ou portadores de HA com doença cardiovascular ou renal manifesta.

d) *Adultos com Risco para Diabetes*: não usuários de insulina, com hipertensão; usuários de insulina.

e) *Adultos com Alto Risco para Tuberculose*: usuários com antecedentes ou evidências clínicas de hepatopatia aguda ou crônica; doente de AIDS ou soro positivo para o HIV; antecedentes ou evidências clínicas de nefropatias; suspeita de tuberculose multirresistente; tuberculose extrapulmonar (principalmente meningite tuberculose); pacientes em retratamento por abandono, recidiva e falência.

f) *Adulto com Alto Risco para Hanseníase*: surtos reacionais repetitivos; relato de reações adversas aos medicamentos; presença de sequelas nos olhos, nariz, mãos e pés.

g) *Adultos com Risco Grave para Saúde Mental*: usuários com transtornos mentais graves e persistentes; uso prejudicial de álcool e outras drogas; egressos de serviços de saúde mental.

h) *Gestantes de Alto Risco*: dependência de drogas lícitas e ilícitas; morte perinatal anterior; abortamento habitual; esterilidade/infertilidade; desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico; trabalho de parto prematuro e

gravidez prolongada; pré-eclâmpsia e eclâmpsia; diabetes gestacional; amniorrexe prematura; hemorragias da gestação; isoimunização; óbito fetal; hipertensão arterial; cardiopatias; pneumopatias; nefropatias; endocrinopatias; hemopatias; epilepsia; doenças infecciosas; doenças auto imunes; ginecopatias.

i) *Idoso com Alto Risco / Idoso Frágil*: idosos com idade igual ou superior a 80 anos; idosos com idade igual ou superior a 60 anos apresentando: polipatologias (mais que 5 diagnósticos); polifarmácia (mais que 5 drogas/dia); imobilidade parcial ou total; incontinência urinária ou fecal; instabilidade postural (quedas de repetição); incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, síndrome demencial, depressão, delirium); idosos com história de internações frequentes e/ou no período pós-alta hospitalar; idosos dependentes nas atividades de vida diária básica - AVD; insuficiência familiar: idosos que moram sós ou estão institucionalizados.

j) *Outras condições ou patologias definidas como prioritárias pela equipe de saúde*. A Tabela 2 mostra o modo de pontuação.

Tabela 2. Pontuação de fatores de risco segundo documento da SES/MG¹⁷.

Nenhum dos componentes tem alguma condição ou patologia	0
Apenas um dos componentes tem uma patologia ou condição	1
Dois ou mais componentes têm uma patologia ou condição	2
Um ou mais componentes têm concomitantemente duas ou mais condições ou patologias	3

Para realização da classificação é necessário consultar as informações na ficha de cadastro familiar (FICHA A – SIAB) e identificar os fatores socioeconômicos e condições/patologias presentes nas famílias, realizar a pontuação de cada critério e fazer o cruzamento das duas categorias com a pontuação final, conforme a **Figura 1**, chegando à classificação final, conforme a **Figura 2**.

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	0	1	2	3
	Apenas 1 dos componentes tem 1 patologia ou condição	1	2	3	4
	2 ou mais componentes têm 1 patologia ou condição	2	3	4	5
	1 ou mais componentes têm concomitantemente 2 ou mais condições ou patologias	3	4	5	6

Figura 1. Somatória das pontuações das categorias “Critérios Socioeconômicos” e “Critérios Clínicos”.
Fonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte; 2008.

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

Figura 2. Somatória para classificação por grau de risco.
Fonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do plano diretor da Atenção Primária à Saúde: Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte; 2008.

Em todos os dias da capacitação os participantes foram colocados em círculos para proporcionar melhor contato visual entre os participantes e organizadores. Após a realização das oficinas, o relato verbal dos ACSs foi de que tal metodologia possibilitou uma maior interação entre os organizadores do curso junto aos participantes e entre os próprios participantes, o que contribuiu para que as discussões fossem direcionadas para situações que aconteciam na realidade de trabalho deles.

Considerando a importância da Classificação do Grau de Risco Familiar para o trabalho da ESF entende-se que tal ferramenta auxilia nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, além de reconhecer as vulnerabilidades da família e propor solução para o problema enfrentado pelos usuários, permitindo assim uma

maneira eficaz de organizar e priorizar as visitas realizadas pelos ACSs¹⁸.

Os ACSs apontaram nas discussões realizadas durante os encontros a importância de compreender e interpretar as informações da classificação de risco familiar no seu contexto de trabalho, como mecanismo para encontrar recursos para amparar os usuários por eles assistidos, além de ser uma ferramenta que irá potencializar, otimizar e organizar sua rotina de trabalho, já que as famílias classificadas receberão cada uma sua cor e poderão ser colocadas em um mapa da área e abrangência para melhor visualização e acompanhamento conforme sua classificação. No entanto, elas levantaram alguns problemas dentro da classificação que acabam prejudicando o entendimento da situação familiar, sendo os principais: informações incompletas, mudança de endereços sem

avisos prévios aos ACSs, usuário resistente aos serviços públicos, e poucos ACSs para uma área ampla.

A classificação de risco familiar tem o propósito de tornar visível aos ACSs e à equipe de saúde o manejo adequado desses usuários. Para a unidade/serviço de saúde é importante que os profissionais conheçam as características de suas áreas de abrangência, de forma a facilitar o acompanhamento e assistência adequada a cada família, já que ela visa contribuir com a organização, planejamento e direcionamento de políticas de saúde direcionadas a prestar apoio às áreas mais suscetíveis⁹.

No cotidiano de trabalho dos ACSs existem inúmeras dificuldades apontadas por eles que podem contribuir para um desestímulo profissional com relação a suas expectativas profissionais e às ações que desempenham na prática. Estudo aponta que o trabalho do ACS apresenta uma carga excessiva, devido às distorções em decorrência da falta de esclarecimento quanto a suas reais atribuições, sendo muitas das vezes responsabilizado sozinho pela efetivação dos princípios e diretrizes do SUS em nível de APS¹⁹. Neste sentido eles apresentam, com maior frequência, sintomas de estresse em relação aos demais membros da equipe, por atuarem diretamente no ambiente familiar e terem a responsabilidade de criação do vínculo usuário/serviço de saúde sem nem ao menos terem tido formação e preparo profissional para realizar tais ações²⁰.

Com relação ao papel exercido pela unidade de saúde/profissionais diante das vulnerabilidades, os ACSs relataram que é importante os usuários sintirem-se acolhidos pelo serviço e profissionais da unidade de saúde, tendo em vista os princípios e diretrizes preconizados pela Política Nacional de Humanização. Além disso, eles reconhecem sua potencialidade na identificação dos riscos e vulnerabilidades da população, e a importância da apresentação e discussão em conjunto a sua equipe, para que todos tenham a oportunidade de opinar e discutir a melhor forma de abordagem do caso.

No relato dos ACSs é notória a carência com relação à resolutividade e respaldo das ações dos profissionais da unidade de saúde, sendo considerada um fator negativo e impeditivo do desenvolvimento profissional do ACS, com destaque aos casos de mau atendimento prestados aos usuários e déficit na oferta de serviços e profissionais disponíveis, relacionado à alta demanda¹⁹. Estas situações podem contribuir para uma diminuição da credibilidade do trabalho do ACS, tendo em vista que, quando o usuário, mediante o estímulo e encaminhamento dado pelos ACS, procura os serviços e não consegue acessá-los, seja pela falta de vagas, pelo mau atendimento ou ausência do profissional, passa a ter desconfiança no trabalho de toda a equipe²⁰.

A satisfação dos usuários com o trabalho dos ACSs se dá muitas vezes durante a realização da VD e se concretiza pelo correto diagnóstico situacional familiar realizado por este profissional, já que desta forma a equipe da ESF terá conhecimento das reais necessidades de saúde da família e possibilitará uma maior satisfação dos usuários com o trabalho dos ACSs e com os serviços de saúde oferecidos pela ESF²⁰.

Os riscos mais frequentes identificados na capacitação do ACS foram: renda mensal baixa em relação à quantidade de membros familiares, e presença de patologias como Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Não foram encontrados relatos científicos sobre a utilização da ferramenta de Classificação de Risco Familiar utilizada na intervenção, porém, foram encontrados estudos que utilizaram a Escala de Classificação Familiar de Coelho e Savassi²¹. Tal escala é bastante semelhante à utilizada no projeto de intervenção, e realiza a classificação familiar baseada em informações disponíveis (sentinelas) na Ficha de cadastro familiar (Ficha A).

Em estudo realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Londrina (Paraná), foram analisadas 889 fichas de cadastro familiar dos usuários cadastrados e 11,2% das famílias apresentaram algum risco, com predominância dos fatores biológicos, HA

e diabetes, e sociais, como a relação de um morador a mais por cômodo e desemprego¹⁸.

Outro estudo avaliou 927 famílias cadastradas em uma USF do município de Porto Alegre (Rio Grande do Sul) e encontrou 31,5% de famílias com presença de pelo menos um tipo de risco familiar, sendo os mais frequentes baixas condições de saneamento básico, Hipertensão Arterial, diabetes e drogadição⁹.

Para grande maioria dos problemas identificados, incluindo os mais frequentes, foi proposta a orientação aos usuários quanto à prevenção e controle adequado das patologias existentes durante as visitas domiciliares. A atividade de orientação, relacionada à transmissão de saberes, é apontada pelos ACSs como uma das atividades que realizam com maior frequência dentro do escopo de seu trabalho, sendo um fator de geração de satisfação para estes profissionais, pois lhes confere certa autonomia e sensação de contribuição para o bem-estar e melhoria do estado de saúde da população²⁰.

Na percepção dos usuários, como esta troca de informação não se dá mediada por uma interposição de hierarquia, que acontece quando é realizada por profissionais de nível superior, como os enfermeiros e médicos por exemplo, a sua aceitação e aderência é muito maior, além de contribuir para um maior estreitamento de vínculos de confiança, situação esta primordial para o trabalho do ACS²¹.

CONCLUSÃO

As atividades educativas são importantes, pois promovem a atualização profissional e a geração de novos conhecimentos, permitindo a troca de saberes entre os palestrantes e os ouvintes, sendo uma atividade primordial na rotina de trabalho do profissional enfermeiro, tendo em vista que fazem parte das suas atribuições a capacitação do indivíduo, o estímulo e a promoção ao autocuidado, além de orientação e capacitação dos ACSs.

Por meio da exposição verbal e da utilização de material de apoio como cartilhas, cartazes com imagens autoexplicativas e demonstração de como realizar a classificação de risco familiar, transmitiram-se

informações importantes aos ACSs de forma a empoderá-los no que se refere à autogestão de sua rotina de trabalho baseada na real situação de vulnerabilidade vivida pela população por eles atendida.

A classificação de risco familiar amplia a visão dos profissionais de saúde e auxilia na resolução dos problemas relacionados à assistência ao usuário. Com isso, colabora para os achados de vulnerabilidades, permitindo que o profissional de saúde acompanhe com frequência os casos de maior necessidade.

As áreas consideradas de risco são classificadas pelos ACSs, formando-se assim um grupo de atenção voltado para aquela família, ocasionando a junção de todos os profissionais da unidade com a finalidade de atenuar ou solucionar o problema enfrentado. Sendo assim, o ACS possui papel fundamental na troca de informações entre usuários e serviço, através do vínculo desenvolvido juntamente às famílias durante as visitas, que favorece a adesão às orientações e tratamentos prescritos pelos profissionais da APS.

Observou-se que o grupo acompanhado aderiu à proposta, pois os ACSs participaram das atividades propostas por meio de relato de experiências e esclarecimento de dúvidas. Além disso, criou-se um vínculo entre as acadêmicas e os profissionais da unidade de saúde, o que facilitou a troca de saberes e melhorou o processo de trabalho no decorrer do estágio.

Em relação às alunas envolvidas, o projeto de intervenção proporcionou acréscimo cultural, educativo e científico, resultando na troca de saberes entre os ouvintes e as mesmas, além de beneficiar o serviço de saúde. Evidenciou-se como ponto de oportunidade o estímulo para a inserção deste tipo de atividade no decorrer do curso e não apenas no estágio supervisionado, que é realizado no último ano da graduação, o que pode contribuir para uma aproximação mais precoce do acadêmico aos serviços de saúde e aos serviços de APS da RAS.

REFERÊNCIAS

1. Cardoso CS, Pádua CM, Rodrigues-Júnior AA, Guimarães DA, Carvalho SF, Valentin RF et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2013 [Citado em 05 mar 2017]; 34(4):227-34. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v34n4/03.pdf> f.
2. Melo MD, Egry EY. Determinantes sociais das internações por condições sensíveis à atenção primária em Guarulhos, São Paulo. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [Citado em 05 mar 2017]; 48(Esp):133-40. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600019>.
3. Barreto JOM, Nery IS, Costa MSC. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 [Citado em 05 mar 2017]; 28(3):515-26. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300012>.
4. Presidência da República (Brasil). Lei nº11.350, de 05 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5o do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências [Internet]. D.O.U., Brasília, DF, 06 out 2006 [citado em 05 mar 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm.
5. Baptistini RA, Figueiredo TAM. Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural. *Ambient Soc.* [Internet]. 2014 [Citado em 05 mar 2017]; 17(2):53-70. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-753X2014000200005>.
6. Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto & Contexto Enferm.* [Internet]. 2006 [Citado em 05 mar 2017]; 15(4):645-53. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000400013>.
7. Gallassi CV, Ramos DFH, Kinjo JY, Souto BGA. Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional. *ABCS Health Sci.* [Internet]. 2014 [Citado em 05 mar 2017]; 39(3):177-85. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v39i3.653>.
8. Clementino FS, Marcolino EC, Gomes LB, Guerreiro JV, Miranda FAN. Ações de controle da tuberculose: análise a partir do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. *Texto & Contexto Enferm.* [Internet]. 2016 [Citado em 05 mar 2017]; 25(4):e4660015. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004660015>.
9. 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 Latinoam Enferm.* [Internet]. 2013 [Citado em 05 mar 2017]; 21(5):1088-95. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000500011>.
10. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2004 [Citado em 05 mar 2017]; 1(2):19-26. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/104/98>.
11. Nascimento FG, Prado TN, Galavote HS, Maciel PA, Lima RCD, Maciel ELM. 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]. 2012 [Citado em 05 mar 2017]; 15(5):2465-72. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500021>.
12. Kleba ME, Krauser IM, Vendruscolo C. O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. *Texto & Contexto Enferm.* [Internet]. 2011 [Citado em 07 mar 2017]; 20(1):184-93. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000100022>.
13. Tanaka OY. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. *Saúde Soc.* [Internet]. 2011 [Citado em 07 mar 2017]; 20(4):927-34. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400010>.
14. Ribeiro LCC, Ribeiro M, Dias KS, Matos KA, Ferreira TS. O diagnóstico administrativo e situacional como instrumento para o planejamento de ações na estratégia saúde da família. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2008 [Citado em 07 mar 2017]; 13(3):448-52. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/13044/8823>.

15. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.
16. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012: que trata de pesquisas com seres humanos e atualiza a resolução 196 [Internet]. D.O.U., Brasília; 13 jun 2013 [Citado em 07 mar 2017]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
17. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do plano diretor da Atenção Primária à Saúde: redes de atenção à saúde [Internet]. Belo Horizonte; 2008 [Citado em 07 mar 2017]. Disponível em: <http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/04/pdaps-oficina2-facilitador.pdf>.
18. Souza EC, Santana CP, Cavalcante PS, Bortoleto MSS, Mathias TAF. Classificação de famílias segundo situações de risco. Cogitare Enferm. [Internet]. 2013 [Citado 07 mar 2017]; 18(1):50-6. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i1.31302>.
19. Baralhas M, Pereira MAO. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2013 [Citado 07 mar 2017]; 66(3):358-65. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000300009>.
20. Brand CI, Antunes RM, Fontana RT. Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde. Cogitare Enferm. [Internet]. 2010 [Citado em 07 mar 2017]; 15(1):40-7. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v15i1.17143>.
21. Saliba NA, Garbin CAS, Silva FSJFB, Prado RL. Agente comunitário de saúde: perfil e protagonismo na consolidação da atenção primária à saúde. Cad Saúde Coletiva [Internet]. 2011 [Citado em 08 mar 2017]; 19(3):318-26. Disponível em: http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_3/artigos/csc_v19n3_318-326.pdf

CONTRIBUIÇÕES

Adrieli Oliveira Raminelli e Cíntia Cristina Andrade participaram da concepção e redação do artigo. **Luan Augusto Alves Garcia** participou da redação e revisão crítica do artigo. **Fabiana Fernandes Silva de Paula e Álvaro da Silva Santos** contribuíram com a revisão crítica do artigo.

Como citar este artigo (Vancouver)

Raminelli AO, Andrade CC, Paula FFS, Garcia LAA, Santos AS. Abordagem da classificação de risco familiar com agentes comunitários de saúde. REFACS [Internet]. 2018 [Citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 6(2):269-278. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (ABNT)

Raminelli, A. O. et al. Abordagem da classificação de risco familiar com agentes comunitários de saúde. REFACS, Uberaba, MG, v. 6, n. 2, p. 269-278, 2018. Disponível em: *<inserir link de acesso>*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (APA)

Raminelli, A. O., Andrade, C. C., Paula, F. F. S., Garcia, L. A. A. & Santos, A. S. Abordagem da classificação de risco familiar com agentes comunitários de saúde (2018). REFACS, 6(2), 269-278. Recuperado em: *inserir dia, mês e ano de acesso de inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.