

Abordaje de la clasificación de riesgo familiar con agentes comunitarios de salud
Abordagem da classificação de risco familiar com agentes comunitários de saúde
Approaches to family risk classification with community health agents

Recibido: 15/02/2017
Aprobado: 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

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.

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.

Descriptores: 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.

¹ Enfermera. Uberaba, MG, Brasil. ORCID 0000-0002-3890-7535 E-mail: adrieli@raminelli@hotmail.com

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

³ Enfermera. Especialista en Enfermería del Trabajo. Especialista en Atención Básica en Salud de la Familia. Magister en Atención a la Salud. Enfermera de la Estrategia Salud de la Familia, Uberaba, MG, Brasil. ORCID 0000-0003-2557-9592 E-mail: fabiana_paula@uberabadigital.com.br

⁴ Enfermero. Especialista en Enfermería del Trabajo. Especialista en Gestión de los Servicios en Ergonomía. Especialista en Salud del Adulto en la modalidad Residencia Multiprofesional en Salud. Magister en Atención a la Salud. Doctorando del Programa de Pos-Graduación en Atención a la Salud por la Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil. ORCID 0000-0003-0984-2688 E-mail: luangarciaatpc@yahoo.com.br

⁵ Enfermero. Especialista en Salud Pública. Especialista en Enfermería Médico Quirúrgica. Magister en Administración en Servicios de Salud. Doctor en Ciencias Sociales. Poes Doctor en Servicio Social. Profesor Asociado de la carrera de Graduación en Enfermería, de la Pos-Graduación en Atención a la Salud y de la Pos Graduación en Psicología de la UFTM. ORCID 0000-0002-8698-5650 E-mail: alvaroenf@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria a la Salud (APS), propuesta a partir de la Conferencia de Alma-Ata, es identificada mundialmente como estrategia de organización de los servicios de salud capaz de efectivizar la universalización del acceso a la salud a través de la oferta de un proceso continuo de asistencia, amparado en la prevención, promoción, cura y rehabilitación, y se ha constituido como fragmento de un decurso que apunta al desarrollo social y económico, anhelando la intersectorialidad como estrategia de enfrentamiento de los determinantes sociales de salud^{1,2}. Su campo de acción se da en el primer nivel de asistencia y tiene como objetivo garantizar una atención continua y de calidad, con intención de valorizar la integralidad y longitudinalidad del cuidado en salud y desviar el foco de la asistencia médica³.

En nuestro país, la Estrategia Salud de la Familia (ESF) es el modelo nacional de APS, definido por la Política Nacional de Atención Básica, operando en la práctica la efectivación de los principios y directrices del Sistema Único de Salud (SUS)³. Inicialmente conocido como Programa Salud de la Familia (PSF), su creación ocurrió seis años después de la implementación del SUS, como estrategia de (re)orientación y organización de la Red de Atención a la Salud (RAS) vinculados a los servicios de APS, asociando los principios de territorialización, longitudinalidad, intersectorialidad, descentralización político-administrativa, jerarquización de los niveles de atención y control social, promoviendo una asistencia dirigida a las necesidades de los individuos con el fin de superar el modelo biomédico de atención a la salud².

Los equipos de ESF deben estar constituidos por, como mínimo, un profesional médico, un enfermero, auxiliares o técnicos de enfermería y Agentes Comunitarios de Salud (ACS). El ACS actúa en este contexto como miembro del equipo de salud, siendo responsable por una micro área dentro del área territorial adscripta desarrollando acciones que buscan la integración entre el equipo de salud y la población, además de ser responsable por

registrar a todas las personas de su micro área y mantener los registros actualizados; orientar familias en cuanto a la utilización de los servicios de salud disponibles; desarrollar actividades de promoción de la salud, de prevención de las enfermedades y de agravamientos, y de vigilancia a la salud, por medio de visitas domiciliarias y de acciones educativas individuales y colectivas en los domicilios y en la comunidad, entre otras⁴. Deben ser profesionales seleccionados del propio contexto comunitario del área de cobertura para actuar con la población. Cada ACS debe ser responsable, en promedio, de 400 a 750 personas⁴.

Su trabajo ocurre, en la mayoría de las veces, fuera del ambiente físico de la unidad de salud, realizando la intermediación entre los usuarios y el servicio de salud. Este eslabón se materializa de diversas formas, no obstante, la Visita Domiciliaria (VD) es la más importante dentro del alcance de actividades desarrolladas por los ACSs⁵.

La VD despunta como estrategia de trabajo capaz de permitir la inserción del profesional en el ambiente familiar de los usuarios, de forma a permitir la comprensión de las relaciones existentes en aquel ambiente, conocimiento de la realidad de vida de estos individuos así como el establecimiento de vínculos, con el objetivo de promover la autonomía de cada paciente y familia en la gestión de su propio cuidado, a través del establecimiento de metas negociadas por ambas partes⁶⁻⁸.

Ante el importante papel de esta estrategia en el contexto de trabajo de la ESF, se torna fundamental un planeamiento eficaz de las VDs, siendo la Evaluación del Riesgo Familiar una herramienta eficaz en el direccionamiento de las acciones para las familias con mayores necesidades⁹. Tal herramienta emerge como propuesta que permite distinguir a las familias pertenecientes a una misma área de cobertura, en la intención de identificar factores de riesgo que justifiquen la priorización de atendimientos^{10,11}.

De esta forma, para que tal metodología sea utilizada en el apoyo al delineamiento de estrategias de rastreo de

familias vulnerables, se torna necesario que todo el equipo de salud sea capacitado en cuanto a su utilización, en especial los ACSs, que son los profesionales que realizan la intermediación entre los usuarios de los servicios y el equipo de salud de forma más expresiva. Así, el objetivo de este trabajo es describir la experiencia en la realización de una capacitación para los ACSs, sobre la clasificación del riesgo familiar.

MÉTODO

Se trata de un relato de experiencia que emerge de las actividades desarrolladas por los alumnos matriculados en la materia "Prácticas Supervisadas en Salud Colectiva" del 9º período de la carrera de graduación en Enfermería de la Universidad Federal do Triângulo Mineiro - UFTM (Uberaba/MG), cuyo programa prevé la integración del estudiante en el contexto de actividades administrativas y asistenciales en el campo de la atención primaria, en Unidades Básicas de Salud que tengan ESF de la RAS del municipio de Uberaba/MG. Se resalta que es requisito parcial, como evaluación de la materia, la elaboración de un proyecto de intervención con el equipo de elección de los estudiantes.

Luego que los académicos inician las actividades de las prácticas, los mismos son orientados a realizar un diagnóstico situacional de la unidad de salud con el objetivo de la necesidad de reconocimiento de la estructura física y administrativa de la unidad de salud, además de la comunidad y vulnerabilidades de la población adscripta. La utilización del diagnóstico situacional y administrativo es un proceso amplio que confiere compromiso social y credibilidad a los servicios, siendo un instrumento necesario para una mejor organización y crecimiento del equipo^{12,13}. Por medio de esta estrategia podrán ser establecidas prioridades en las acciones de acuerdo con la realidad de la institución, de los usuarios y del territorio de cobertura¹⁴.

Durante la realización del diagnóstico situacional, los alumnos colectaron los datos basándose en relatos de los empleados de la unidad, de los usuarios, además de un mapeamiento de los procesos de la unidad.

Después de la recolección de estas informaciones, fueron discutidas con la enfermera del equipo las necesidades, y fue reportada la gran dificultad de los ACSs en planear y organizar sus VDs, teniendo en cuenta el número reducido de estos profesionales y la alta demanda de actividades, siendo que solo una ACS del equipo había realizado el entrenamiento de clasificación de riesgo familiar. Así, el grupo de académicos orientados por el profesor responsable de la materia y por un alumno del programa de Maestría en Atención a la Salud, y la enfermera preceptora de la RAS, optaron por desarrollar como intervención una capacitación para los ACSs, ya que el equipo demostraba esta necesidad de comprender y realizar la clasificación de riesgo de las familias acompañadas, para una mejor actualización del mapa situacional del área.

La intervención fue realizada en el mes de mayo de 2016, por medio de tres etapas: en el primer encuentro fue realizada una sensibilización sobre la temática y discusión de la metodología de trabajo; en el segundo fue realizada la exposición teórica apoyada por la distribución de material informativo sobre el contenido abordado, el paso-a-paso de la clasificación de riesgo familiar y la realización de ejercicios colectivos basados en casos clínicos; en el último encuentro fue realizado junto con cada ACS la clasificación de riesgo de por lo menos una familia por este acompañada.

La capacitación se pautó en la metodología participativa dialógica propuesta por Paulo Freire, que tiene como fin la construcción de la autonomía en el proceso pedagógico de enseñar por los alumnos, valorizando sus aspectos culturales y los conocimientos empíricos previos junto a la individualidad de cada uno¹⁵.

Para el alcance de los objetivos fueron utilizadas exposiciones dialogadas, discusiones, problematizaciones y experiencias, basadas en los conocimientos previos y en la práctica profesional vivida por los ACSs durante la realización de las VDs. Además, se contó con el apoyo de una alumna practicante de la carrera de Nutrición que

también acompañaba las actividades y rutinas del equipo.

Los encuentros ocurrieron en la sala de reuniones de la unidad de salud, en los días y horarios ya establecidos de reunión del equipo con la presencia de todos sus profesionales (Enfermería, ACSs, Médica, Dentista y alumnos de la Residencia Multiprofesional en Salud que realizan atendimento en la referida unidad).

Los comportamientos de los participantes y las discusiones realizadas fueron registrados en un diario de campo, durante la realización de los encuentros, como también en el acta del equipo, donde son relatadas todas las actividades de educación permanente y reuniones.

Por tratarse de un relato de experiencia, no hubo la aplicación del Término de Consentimiento Libre y Aclarado. No obstante, fue solicitada la autorización previa para la gerente administrativa de la unidad de salud para la realización de la intervención. Todos los ACSs recibieron explicaciones acerca de los objetivos de la intervención y de la posibilidad de publicación de resultados, siempre que no fuese identificada ninguna información que pudiese caracterizar a los participantes. Además de eso, no sería divulgado ningún dato que permita la identificación de la unidad de salud o los profesionales, respetando las determinaciones de la Resolución 466/2012¹⁶ del Consejo Nacional de Ética en Investigación (CONEI).

RESULTADOS

Participaron de la capacitación todos los ACSs del equipo, los profesionales de Enfermería (Enfermera y técnica de Enfermería), médica del equipo y profesionales de la salud bucal (dentista y técnico de salud bucal), totalizando 9 profesionales.

Para mejor presentación y discusión de los resultados fueron creadas tres categorías según las actividades realizadas: 1. Importancia de la Clasificación del Grado de Riesgo Familiar; 2. Papel ejercido por la unidad de salud/profesionales ante las vulnerabilidades, y 3. Identificar los riesgos de

las familias de todos los ACSs y proporcionar soluciones.

Para esto se usó como base un instrumento de la Secretaría de Estado de la Salud de Minas Gerais (SES/MG).

DISCUSIÓN

El instrumento utilizado pertenece a las recomendaciones realizadas en el entrenamiento de capacitación de la Implantación del Plan Director de la Atención Primaria a la Salud del Estado de Minas Gerais, en asociación con la Escuela de Salud Pública del Estado de Minas Gerais¹⁷. Este clasifica las familias según aspectos socioeconómicos y condiciones/patologías crónicas prioritarias presentes en la familia e utiliza los siguientes criterios para clasificación:

1. Factores socioeconómicos:

a) *Alfabetización del jefe de la familia*: considerada como 'riesgo a la familia' cuando el jefe no está alfabetizado (no sabe leer y no sabe escribir notas simples);

b) *Ingreso Familiar*: considerada como 'riesgo a la familia' en situación de extrema pobreza (ingreso per cápita mensual de hasta 60 reales, teniendo esta hijos o no);

c) *Abastecimiento de agua*: considerada como 'riesgo a la familia' cuando el domicilio no posee abastecimiento adecuado de agua, es decir, no existe red de abastecimiento y el agua es proveniente de pozos, cisternas, nacientes naturales u otros. La Tabla 1 presenta la forma de puntuación.

Tabla 1. Puntuación de factores de riesgo según documento de la SES/MG¹⁷.

| | |
|---|---|
| Ninguno de los factores de riesgo | 0 |
| Presencia de uno de los factores de riesgo | 1 |
| Presencia de dos de los factores de riesgo | 2 |
| Presencia de tres de los factores de riesgo | 3 |

2. Presencia de condiciones o patologías prioritarias - es considerada como 'riesgo a la familia' cuando uno o más de sus integrantes presentan una de las siguientes condiciones o patologías por ciclo de vida:

a) *Niños con situaciones de riesgo del Grupo II*: bajo peso al nacer, prematuridad,

desnutrición grave; triaje neonatal positivo para hipotiroidismo, fenilcetonuria, anemia falciforme o fibrosis cística; enfermedades de transmisión vertical: toxoplasmosis, sífilis, SIDA; complicaciones importantes en el período neonatal, notificadas en el alta hospitalaria; crecimiento/ desarrollo inadecuados; evolución desfavorable de cualquier enfermedad.

b) *Adolescentes de Alto Riesgo*: Enfermedades sexualmente transmisibles o portadores del virus VIH/SIDA; embarazo precoz no planeado; trastornos alimenticios: bulimia y anorexia; uso/abuso de sustancias lícitas o ilícitas (destacándose el uso del tabaco y del alcohol); víctimas de explotación sexual o que hayan sufrido abuso sexual; cuadros de depresión; trastornos mentales y/o riesgo de suicidio; fuga frecuente de casa o mendigos.

c) *Adultos con Riesgo Cardiovascular Alto o Muy Alto*: Grupo de riesgo alto: portadores de Hipertensión Arterial (HA) grado 1 o 2, con 3 o más factores de riesgo; o portadores de HA grado 3, sin factores de riesgo; grupo de riesgo muy alto: portadores de HA grado 3, que poseen 1 o más factores de riesgo; o portadores de HA con enfermedad cardiovascular o renal manifestada.

d) *Adultos con Riesgo de Diabetes*: no usuarios de insulina, con hipertensión; usuarios de insulina.

e) *Adultos con Alto Riesgo de Tuberculosis*: usuarios con antecedentes o evidencias clínicas de hepatopatía aguda o crónica; enfermo de AIDS o seropositivo para el HIV; antecedentes o evidencias clínicas de nefropatías; con sospecha de tuberculosis multirresistente; tuberculosis extra pulmonar (principalmente meningitis tuberculosa); pacientes en retratamiento por abandono, recidiva y falencia.

f) *Adulto con Alto Riesgo de Hanseniasis*: brotes reaccionales repetitivos; relato de reacciones adversas a los medicamentos; presencia de secuelas en los ojos, nariz, manos y pies.

g) *Adultos con Riesgo Grave de Salud Mental*: usuarios con trastornos mentales graves y persistentes; uso perjudicial de alcohol y otras drogas; egresados de servicios de salud mental.

h) *Gestantes de Alto Riesgo*: dependencia de drogas lícitas e ilícitas; muerte perinatal anterior; abortamiento habitual; esterilidad/infertilidad; desvío en cuanto al crecimiento uterino, número de fetos y volumen de líquido amniótico; trabajo de parto prematuro y embarazo prolongado; pre eclampsia; diabetes gestacional; amniorrexis prematura; hemorragias de la gestación; isoimmunización; óbito fetal; hipertensión arterial; cardiopatías; neumopatías; nefropatías; endocrinopatías; hemopatías; epilepsia; enfermedades infecciosas; enfermedades auto inmunes; ginecopatías.

i) *Anciano con Alto Riesgo / Anciano Frágil*: ancianos con edad igual o superior a 80 años; ancianos con edad igual o superior a 60 años presentando: poli patologías (más de 5 diagnósticos); polifarmacia (más de 5 drogas/día); inmovilidad parcial o total; incontinencia urinaria o fecal; inestabilidad postural (caídas de repetición); incapacidad cognitiva (declinio cognitivo, síndrome demencial, depresión, delirios); ancianos con historia de internaciones frecuentes y/o en el periodo pos-alta hospitalaria; ancianos dependientes en las actividades de vida diaria básica - AVD; insuficiencia familiar: ancianos que viven solos o están institucionalizados.

j) *Otras condiciones o patologías definidas como prioritarias por el equipo de salud*. La Tabla 2 muestra el modo de puntuación.

Tabla 2. Puntuación de factores de riesgo según documento de la SES/MG¹⁷.

| | |
|---|---|
| Ninguno de los componentes tiene alguna condición o patología | 0 |
| Solo uno de los componentes tiene una patología o condición | 1 |
| Dos o más componentes tienen una patología o condición | 2 |
| Uno o más componentes tienen concomitantemente dos o más condiciones o patologías | 3 |

Para realización de la clasificación es necesario consultar las informaciones en la ficha de registro familiar (FICHA A - SIAB) e identificar los factores socioeconómicos y condiciones/ patologías presentes en las familias, realizar la puntuación de cada criterio y hacer el cruzamiento de las dos

categorías con la puntuación final, según la **Figura 1**, llegando a la clasificación final, según la **Figura 2**.

| PUNTAJACIÓN FINAL PARA CLASIFICACIÓN POR GRADO DE RIESGO | | CRITERIOS SOCIOECONOMICOS | | | |
|--|---|-----------------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------------------|
| | | Ninguno de los factores de riesgo | Presencia de uno de los factores de riesgo | Presencia de dos factores de riesgo | Presencia de tres factores de riesgo |
| P | | 0 | 1 | 2 | 3 |
| CRITERIOS CLÍNICOS | Ninguno de los componentes tienen alguna condición o patología | 0 | 1 | 2 | 3 |
| | Solo 1 de los componentes tiene una condición o patología | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 2 o mas componentes tienen una condición o patología | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 1 o mas componentes tienen concomitantemente 2 o mas condiciones o patologías | 3 | 4 | 5 | 6 |

Figura 1. Suma de las puntuaciones de las categorías “Criterios Socioeconómicos” y “Criterios Clínicos”.

Fuente: Escuela de Salud Pública del Estado de Minas Gerais. Implantación del Plan Director de la Atención Primaria a la Salud: Redes de Atención a la Salud. Belo Horizonte; 2008.

| PUNTAJACIÓN TOTAL | GRADO DE RIESGO |
|-------------------|-----------------|
| 0 | Sin Riesgo |
| 1 | Riesgo Bajo |
| 2 - 3 | Riesgo Mediano |
| ≥ 4 | Riesgo Alto |

Figura 2. Suma para clasificación por grado de riesgo.

Fuente: Escuela de Salud Pública del Estado de Minas Gerais. Implantación del plan director de la Atención Primaria a la Salud: Redes de Atención a la Salud. Belo Horizonte; 2008.

En todos los días de la capacitación los participantes fueron colocados en círculos para proporcionar un mejor contacto visual entre los participantes y organizadores. Después de la realización de los talleres, el relato verbal de los ACSs fue que tal metodología posibilitó una mayor interacción entre los organizadores de la carrera junto a los participantes y entre los propios participantes, lo que contribuye a que las discusiones fuesen direccionadas a situaciones que sucedían en la realidad de su trabajo.

Considerando la importancia de la Clasificación del Grado de Riesgo Familiar para el trabajo de la ESF se entiende que tal herramienta ayuda en las acciones de

promoción de la salud y prevención de enfermedades, además de reconocer las vulnerabilidades de la familia y proponer solución para el problema enfrentado por los usuarios, permitiendo así una manera eficaz de organizar y priorizar las visitas realizadas por los ACSs¹⁸.

Los ACSs apuntaron en las discusiones realizadas durante los encuentros la importancia de comprender e interpretar las informaciones de clasificación de riesgo familiar en su contexto de trabajo, como mecanismo para encontrar recursos para amparar a los usuarios por ellos asistidos, además de ser una herramienta que irá a potencializar, optimizar y organizar su rutina de trabajo, ya que las familias clasificadas

recibirán cada una su color y podrán ser colocadas en un mapa del área y cobertura para mejor visualización y acompañamiento según su clasificación. Sin embargo, ellas levantaron algunos problemas dentro de la clasificación que acaban perjudicando el entendimiento de la situación familiar, siendo los principales: informaciones incompletas, cambio de direcciones sin aviso previo a los ACSs, usuario resistente a los servicios públicos, y pocos ACSs para un área amplia.

La clasificación de riesgo familiar tiene el propósito de tornar visible a los ACSs y al equipo de salud el manejo adecuado de estos usuarios. Para la unidad/servicio de salud es importante que los profesionales conozcan las características de sus áreas de cobertura, de forma a facilitar el acompañamiento y asistencia adecuada a cada familia, ya que esta tiene como objetivo contribuir en la organización, planificación y direccionamiento de políticas de salud dirigidas a prestar apoyo a las áreas más susceptibles⁹.

En el día a día del trabajo de los ACSs existen innumerables dificultades apuntadas por ellos que pueden contribuir a una falta de estimulación profesional con relación a sus expectativas profesionales y a las acciones que desempeñan en la práctica. Un estudio apunta que el trabajo del ACS presenta una carga excesiva, debido a las distorsiones en consecuencia de la falta de aclaración en cuanto a sus reales atribuciones, siendo muchas de las veces responsabilizado solo por la efectivación de los principios y directrices del SUS en nivel de APS¹⁹. En este sentido ellos presentan, con mayor frecuencia, síntomas de estrés en relación a los demás miembros del equipo, por actuar directamente en el ambiente familiar y tener la responsabilidad de creación del vínculo usuario/servicio de salud sin ni siquiera haber tenido formación y preparación profesional para realizar tales acciones²⁰.

Con relación al papel ejercido por la unidad de salud/profesionales delante de las vulnerabilidades, los ACSs relataron que es importante que los usuarios se sientan acogidos por el servicio y profesionales de la unidad de salud, teniendo como fin los

principios y directrices preconizados por la Política Nacional de Humanización. Además de eso, ellos reconocen su potencialidad en la identificación de los riesgos y vulnerabilidades de la población, y la importancia de la presentación y discusión en conjunto a su equipo, para que todos tengan la oportunidad de opinar y discutir la mejor forma de abordaje del caso.

En el relato de los ACSs es notoria la carencia con relación a la resolutivez y respaldo de las acciones de los profesionales de la unidad de salud, siendo considerada un factor negativo y un impedimento del desarrollo profesional del ACS, con destaque para los casos de mal atendimento prestados a los usuarios y déficit en la oferta de servicios y profesionales disponibles, relacionado a la alta demanda¹⁹. Estas situaciones pueden contribuir a una disminución de la credibilidad del trabajo del ACS, teniendo en cuenta que, cuando el usuario, mediante el estímulo y derivación dados por los ACS, busca los servicios y no consigue accederlos, sea por la falta de lugares, por el mal atendimento o ausencia del profesional, pasa a tener desconfianza en el trabajo de todo el equipo²⁰.

La satisfacción de los usuarios con el trabajo de los ACSs se da muchas veces durante la realización de la VD y se concretiza por el correcto diagnóstico situacional familiar realizado por este profesional, ya que de esta forma el equipo de la ESF tendrá conocimiento de las reales necesidades de salud de la familia y posibilitará una mayor satisfacción de los usuarios con el trabajo de los ACSs y con los servicios de salud ofrecidos por la ESF²⁰.

Los riesgos más frecuentes identificados en la capacitación del ACS fueron: ingreso mensual bajo en relación a la cantidad de miembros familiares y presencia de patologías como Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus.

No fueron encontrados relatos científicos sobre la utilización de la herramienta de Clasificación de Riesgo Familiar utilizada en la intervención, sin embargo, fueron encontrados estudios que utilizaron la Escala de Clasificación Familiar

de Coelho y Savassi²¹. Tal escala es bastante semejante a la utilizada en el proyecto de intervención, y realiza la clasificación familiar basada en informaciones disponibles (centinelas) en la Ficha de registro familiar (Ficha A).

En un estudio realizado en una Unidad de Salud de la Familia (USF) de Londrina (Paraná), fueron analizadas 889 fichas de registro familiar de los usuarios registrados y 11,2% de las familias presentaron algún riesgo, con predominio de los factores biológicos, HA y diabetes, y sociales, como la relación de un residente más por habitación y desempleo¹⁸.

Otro estudio evaluó 927 familias registradas en una USF del municipio de Porto Alegre (Rio Grande do Sul) y encontró 31,5% de las familias con presencia de por lo menos un tipo de riesgo familiar, siendo los más frecuentes bajas condiciones de saneamiento básico, Hipertensión Arterial, diabetes y drogadicción⁹.

Para la gran mayoría de los problemas identificados, incluyendo los más frecuentes, fue propuesta la orientación a los usuarios en cuanto a la prevención y control adecuado de las patologías existentes durante las visitas domiciliarias. La actividad de orientación, relacionada a la transmisión de saberes, es apuntada por los ACSs como una de las actividades que realizan con mayor frecuencia dentro del alcance de su trabajo, siendo un factor de generación de satisfacción para estos profesionales, pues les atribuye cierta autonomía y sensación de contribución para el bienestar y mejoría del estado de salud de la población²⁰.

En la percepción de los usuarios, como este intercambio de información no se da mediada por una interposición de jerarquía, que sucede cuando es realizada por profesionales de nivel superior, como los enfermeros y médicos por ejemplo, su aceptación y adherencia es mucho mayor, además de contribuir a un mayor estrechamiento de vínculos de confianza, situación primordial para el trabajo del ACS²¹.

CONCLUSIÓN

Las actividades educativas son importantes, dado que promueven la actualización profesional y la generación de nuevos conocimientos, permitiendo el intercambio de saberes entre los oradores y los oyentes, siendo una actividad primordial en la rutina de trabajo del profesional enfermero, teniendo en cuenta que forman parte de sus atribuciones la capacitación del individuo, el estímulo y la promoción al autocuidado, además de orientación y capacitación de los ACSs.

Por medio de la exposición verbal y de la utilización de material de apoyo como folletos, carteles con imágenes auto explicativas y demostración de cómo realizar la clasificación de riesgo familiar, se transmitieron informaciones importantes a los ACSs con el objetivo de prepararlos en lo que se refiere a la autogestión de su rutina de trabajo basada en la real situación de vulnerabilidad vivida por la población atendida por ellos.

La clasificación de riesgo familiar amplía la visión de los profesionales de salud y auxilia en la resolución de los problemas relacionados a la asistencia al usuario. Con eso, colabora a los hallazgos de vulnerabilidades, permitiendo que el profesional de salud acompañe con frecuencia los casos de mayor necesidad.

Las áreas consideradas de riesgo son clasificadas por los ACSs, formándose así un grupo de atención dirigido para aquella familia, ocasionando la unión de todos los profesionales de la unidad con la finalidad de atenuar o solucionar el problema enfrentado. Siendo así, el ACS posee papel fundamental en el intercambio de informaciones entre usuarios y servicio, a través del vínculo desarrollado junto a las familias durante las visitas, que favorece la adhesión a las orientaciones y tratamientos prescritos por los profesionales de la APS.

Se observó que el grupo acompañado adhirió a la propuesta, pues los ACSs participaron en las actividades propuestas por medio del relato de experiencias y aclaración de dudas. Además de eso, se creó un vínculo entre las académicas y los

profesionales de la unidad de salud, lo que facilitó el intercambio de saberes y mejoró el proceso de trabajo en el transcurso de las prácticas.

En relación a las alumnas envueltas, el proyecto de intervención proporcionó un incremento cultural, educativo y científico, resultando en el intercambio de saberes entre los oyentes y las mismas, además de beneficiar el servicio de salud. Se evidenció como punto de oportunidad el estímulo para la inserción de este tipo de actividad en el transcurso de la carrera y no solo en las prácticas supervisadas, que son realizadas en el último año de graduación, lo que puede contribuir a una aproximación más precoz del académico a los servicios de salud y a los servicios de APS de la RAS.

REFERENCIAS

- 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 en 05 mar 2017]; 34(4):227-34. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v34n4/03.pdf>
- 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 en 05 mar 2017]; 48 (Esp):133-40. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342014000600019>
- 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 en 05 mar 2017]; 28(3):515-26. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300012>
- 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 en 05 mar 2017]. Disponible en:
- http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm
- Baptistini RA, Figueiredo TAM. Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural. *Ambient Soc*. [Internet]. 2014 [citado en 05 mar 2017]; 17(2):53-70. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-753X2014000200005>
- Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto & Contexto Enferm*. [Internet]. 2006 [citado en 05 mar 2017]; 15(4):645-53. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000400013>
- Gallassi CV, Ramos DFH, Kinjo JY, Souto BGA. Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional. *ABCS Health Sci*. [Internet]. 2014 [citado en 05 mar 2017]; 39(3):177-85. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/abcs.hs.v39i3.653>
- 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 en 05 mar 2017]; 25(4):e4660015. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004660015>
- 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 en 05 mar 2017]; 21(5):1088-95. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000500011>
- 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 en 05 mar 2017]; 1(2):19-26. Disponible en: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/104/98>
- 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 en 05 mar 2017]; 15(5):2465-72. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500021>
- Kleba ME, Krauser IM, Vendruscolo C. O planejamento estratégico situacional no ensino da

- gestão em saúde da família. *Texto & Contexto Enferm.* [Internet]. 2011 [citado en 07 mar 2017]; 20(1):184-93. Disponible en: 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 en 07 mar 2017]; 20(4):927-34. Disponible en: 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 en 07 mar 2017]; 13(3):448-52. Disponible en: <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 en 07 mar 2017]. Disponible en: <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 en 07 mar 2017]. Disponible en: <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. Disponible en: 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. Disponible en: 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 en 07 mar 2017]; 15(1):40-7. Disponible en: 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 en 08 mar 2017]; 19(3):318-26. Disponible en: http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_3/artigos/csc_v19n3_318-326.pdf

CONTRIBUCIONES

Adrieli Oliveira Raminelli y **Cíntia Cristina Andrade** participaron en la concepción y redacción del artículo. **Luan Augusto Alves Garcia** participó en la redacción y revisión crítica del artículo. **Fabiana Fernandes Silva de Paula** y **Álvaro da Silva Santos** contribuyeron con la revisión crítica del artículo.

Cómo citar este artículo (Vancouver)

Raminelli AO, Andrade CC, Paula FFS, Garcia LAA, Santos AS. Abordaje de la clasificación de riesgo familiar con agentes comunitarios de salud. *REFACS* [Internet]. 2018 [Citado en *agregar día, mes y año de acceso*]; 6(2):269-278. Disponible en: *agregar link de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.

Cómo citar este artículo (ABNT)

Raminelli, A. O. et al. Abordaje de la clasificación de riesgo familiar con agentes comunitarios de salud. **REFACS**, Uberaba, MG, v. 6, n. 2, p. 269-278, 2018. Disponible en: *<agregar link de acceso>*. Accedido en: *agregar día, mes y año de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.

Cómo citar este artículo (APA)

Raminelli, A. O., Andrade, C. C., Paula, F. F. S., Garcia, L. A. A. & Santos, A. S. Abordaje de la clasificación de riesgo familiar con agentes comunitarios de salud (2018). *REFACS*, 6(2), 269-278. Recuperado en: *agregar día, mes y año de acceso de agregar link de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.