



UMA PERSPECTIVA PRÁTICA SOBRE A ESCALA DE RISCO FAMILIAR DE COELHO-SAVASSI

JHÔNATAS LUÍS KNAUT; MARIA EDUARDA ALMEIDA SANTANA; MARIANA BOBATO PULGATTI; DÉBORA WROBLEWSKI TECCHIO; JULIANA CAMILA DE SOUZA OLIVEIRA

RESUMO

O SUS adota estratégias diversas para prover saúde de maneira eficiente no país, e um pilar fundamental dessa estrutura é a Atenção Primária à Saúde (APS). Dentro da APS existem as Equipes de Saúde da Família (ESF) que, dentre diversas funções, utilizam as ferramentas de metrificação do risco familiar, visando determinar quais famílias necessitam de atenção especial por parte das ESF, sobretudo no contexto da visita domiciliar. Sendo o médico um membro dessas equipes, sua formação deve envolver o uso de métricas de risco familiar. Portanto, o objetivo desse relato, foi instruir acadêmicos de medicina sobre o uso da Escala de Risco Familiar de Coelho & Savassi (ERF-CS). A fim de atender o objetivo proposto, um grupo de seis acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Rondônia foi submetido a duas visitas domiciliares de um mesmo território sob responsabilidade de uma mesma ESF para aplicar a ERF-CS. O resultado intrigou os acadêmicos pelo descompasso entre suas percepções e os valores da escala de risco calculados para as duas famílias em questão, de forma que levantou questionamentos sobre a aplicabilidade da escala no território em questão. Essa dissociação motivou um debate profundo sobre o tema, elencando princípios do método, pontos de melhoria da escala e de sua aplicação para melhor atender a demanda populacional, situação que não aconteceria se o método de ensino aplicado fosse teórico-expositivo. Conclui-se, portanto, que atividades extra-sala e inseridas no contexto real da prática profissional aprimoram a formação de futuros médicos ao inserirem os acadêmicos em uma situação real de estratificação familiar e, ademais, ao estimularem o diálogo e comunicação clara com as famílias.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Aprendizagem; Medicina de Família e Comunidade; Formação Acadêmica; Escala de Risco Familiar.

1 INTRODUÇÃO

Desde a criação SUS diversas estratégias são criadas a fim de prover a saúde de maneira eficiente no país. Dessa forma, as USF's (Unidade de Saúde da Família) possuem suas equipes formadas por profissionais especializados que desenvolvem estratégias em saúde de acordo com as demandas do território e da unidade. Assim, visando a promoção de saúde, ferramentas, como a Escala de Risco Familiar de Coelho & Savassi (ERF-CS), são utilizadas por tais equipes a fim de classificar o risco social de determinada família. Dentre os objetivos buscados pela escala está a reflexão do potencial de adoecimento de cada núcleo familiar (Savassi et al., 2013).

No conjunto da produção de serviços de saúde coletiva, a Visita Domiciliar (VD) tem sido um dos instrumentos historicamente utilizados no âmbito da intervenção de saúde

pública, preferentemente direcionando a família como alvo de atenção (Egry et al., 2000). Esse acompanhamento familiar de perto permite, por meio da criação de vínculo, o entendimento das necessidades pessoais de cada integrante do núcleo parental e o manejo das atividades da equipe. Diante disso, a inserção da ERF-CS no contexto das visitas domiciliares atua como um simplificador do planejamento de estratégias direcionadas a cada demanda, fator possibilitado pela facilidade do manuseio da ferramenta. Visto que o médico compõe a Equipe de Saúde da Família (ESF), a formação desse profissional deve envolver o uso de métricas de risco familiar. Portanto, o objetivo desse relato, foi instruir acadêmicos de medicina sobre o uso da ERF-CS.

Conforme amplamente aceito na literatura, a prática é um caminho para a aprendizagem (Bispo, 2013; Durante et al., 2019; Gherardi & Strati, 2014; Lohman, 2000). Para Gherardi e Strati (2014), a construção do conhecimento via atividades práticas passa a ser feito coletivamente, deixando de estar apenas na mente dos indivíduos. Nesse sentido, a aprendizagem ocorrendo no próprio exercício da profissão acontece de forma mais intuitiva ao longo das vivências (Motta & Corá, 2019). Gherardi e Strati (2014) ainda defendem que a aprendizagem baseada na prática, por estar acontecendo dentro de um contexto, é capaz de construir o conhecimento dentro do próprio tecido social, o que a enriquece. Como o aprendizado por meio da prática acontece como um processo, ele é caracterizado por dinamicidade, que envolve relações, mediações e negociações, reproduzindo uma realidade social, que muitas vezes não é possível de identificar apenas com as aulas teóricas (Durante et al., 2019). Por conta desses fatores, a construção do entendimento sobre a ferramenta de Escala de Risco Familiar proposta por Coelho & Savassi foi realizada por meio de prática.

2 RELATO DE CASO/EXPERIÊNCIA

A fim de atender o objetivo proposto, um grupo de seis alunos do segundo período do curso de Medicina da Universidade Federal de Rondônia (UNIR), foi submetido a duas visitas domiciliares de um mesmo território sob cuidado da equipe de Saúde da Família Embratel I, pertencente à Unidade de Saúde da Família Pedacinho de Chão, em Porto Velho - RO. Durante as visitas, realizou-se com os moradores, uma entrevista guiada pela ficha de “Cadastro Individual da Atenção Básica” fornecida pelo ACS responsável. Por meio das informações coletadas de cada membro da residência visitada, foi possível aplicar a Escala de Risco familiar proposta por Coelho & Savassi (2011). Os dados obtidos foram analisados e discutidos, confrontando o valor da escala encontrado para cada família com a realidade observada pelos alunos.

A primeira residência visitada foi identificada como “Família 1” e nela moram um casal de idosos junto com uma filha, a qual cuida dos pais. O pai tem 94 anos apresentando diabetes, aneurisma da aorta abdominal infrarrenal, depósitos de cálcio nas carótidas, estenose venosa na panturrilha direita e mobilidade reduzida. Embora ex-fumante, não apresenta patologias pulmonares. Sua esposa tem 86 anos e é portadora de uma neuropatia periférica, fazendo com que ela utilize um andador para se locomover. Ela também apresenta hipertensão controlada, deficiência auditiva e uma patologia renal, que não foi definida. No ano de 2008, curou-se de um câncer após mastectomia radical.

O casal de aposentados teve três filhos, sendo que um voltou a morar com os pais quando eles precisaram de auxílio por conta das limitações causadas pela idade e comorbidades. Essa filha tem 67 anos e também é aposentada.

Seguindo os critérios e pontuações estipulados por Coelho & Savassi, a Família 1 apresenta os fatores de risco: deficiência física para duas pessoas, dois indivíduos com idade acima de 70 anos, um com Hipertensão Arterial Sistêmica e um com Diabetes Mellitus, além da relação morador/cômodo ser menor que 1, isso totaliza 10 pontos e classifica a família

como sendo de risco máximo, o que equivale na prática, que precisa de maior atenção da Equipe de Saúde da Família (ESF) responsável pelo território em questão.

A poucos metros da casa da Família 1, visitou-se a segunda residência e as pessoas que ali moram foram identificadas como “Família 2”, composta por três mulheres: avó, mãe e filha. A matriarca tem 94 anos, é hipertensa, enfisematosa e dentro do período de 5 a 8 anos atrás teve um AVC e duas quedas com fraturas de fêmur e quadril. Por conta do descrito, ela encontra-se acamada sendo completamente dependente de cuidados por terceiros, no caso, pela neta de 33 anos. A renda da casa provém da filha de 71 anos, que ainda se mantém trabalhando para sustentar a família.

O risco familiar calculado para a Família 2 considerou os fatores de risco: acamado, deficiência física, indivíduo maior de que 70 anos de idade, Hipertensão Arterial Sistêmica e uma relação morador/cômodo menor que 1, totalizando 8 pontos e classificando a família como risco médio, ou seja, um índice menor que o da Família 1 e que, portanto, receberia menor atenção da ESF.

3 DISCUSSÃO

O resultado intrigou os acadêmicos de medicina, pois visualizaram a Família 2 com a mais vulnerável. Isso motivou uma busca para entender qual ou quais fatores levaram a essa dissociação entre a percepção e a escala de risco de Coelho & Savassi. A conclusão foi unânime quanto à influência dos aspectos financeiros no grau de risco familiar, pois a Família 1 vive uma condição em que, na falta da filha cuidadora, os outros dois irmãos possuem condições para cuidar dos pais. Na família 2, a ausência da filha, deixaria a mãe e a neta sem recursos para sobrevivência. Um outro aspecto, numa esfera socioeconômica mais ampla, é a neta, que mesmo com formação universitária, não pode entrar no mercado de trabalho, pela necessidade de alguém cuidar da avó. O agravante dessa situação é que seu efeito será manifestado por anos, uma vez que quando essa neta buscar ingressar no mercado de trabalho, não possuirá nenhuma experiência profissional.

Quando se analisa os fatores que pontuam na ERF-CS, existe a relação morador/cômodo que de certa forma retrata o aspecto econômico da família, mas, pelo menos para as famílias apresentadas, ele não foi forte o suficiente para alterar a classificação de risco. Ademais, ao se considerar o trabalho doméstico como emprego, retira-se uma pontuação no cálculo do risco familiar que pode refletir o déficit financeiro da família, como ocorreu na família 2.

Uma outra lógica que entrou em discussão é que a ERF-CS é um instrumento que visa atender as prioridades em agravos à saúde, focando nas comorbidades e, portanto, não seria a função dessa classificação envolver o aspecto econômico das famílias. Entretanto, logo em seguida, vem o contra-argumento que, se a saúde deve ser entendida como um conceito amplo e multifatorial, então o aspecto socioeconômico deve sim ser considerado, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) defende, “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”.

Segundo os criadores da mesma, a escala de Coelho-Savassi foi estruturada para a “visita domiciliar meio”, englobando, portanto, a promoção à saúde (Coelho; Savassi, 2011). Entende-se, por conseguinte, que a escala deve conter sentinelas que demonstrem de forma clara as condições socioeconômicas da população de maneira a priorizar famílias em maiores vulnerabilidades financeiras. E nesse ponto, os seis alunos de graduação, apontam limitação na ERF-CS.

Ainda de acordo com Savassi, Lage e Coelho (2012), a escala é um instrumento que ainda precisa ser validado, ampliado e consolidado e, com a nova conformação do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), novas sentinelas podem ser pesquisadas. Logo, abre-

se o questionamento da possível inclusão de novos sentinelas de forma a evidenciar a situação socioeconômica da família e auxiliar na melhoria da priorização da visita domiciliar.

4 CONCLUSÃO

Conclui-se que a adoção de uma metodologia prática de aprendizado para compreender o uso da ferramenta de Escala de Risco Familiar de Coelho & Savassi despertou entre os alunos de medicina uma discussão aprofundada sobre o tema. Ademais, a proposta executada por meio de visita domiciliar, ainda permitiu aos acadêmicos adquirir outros conhecimentos sobre a Atenção Básica, além de desenvolver outras habilidades, como as de comunicação, ao interagirem com os moradores das residências visitadas. Portanto, atividades extra-sala e inseridas no contexto real da prática profissional aprimoram a formação de futuros médicos.

REFERÊNCIAS

- BISPO, M. Estudos baseados em prática: conceitos, história e perspectivas. **Revista Interdisciplinar de Gestão Social**, v. 2, n. 1, p. 13-33, 2013.
- COELHO, F. L. G.; 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**, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2011.
- DURANTE, D. G.; VELOSO, F. R.; MACHADO, D. Q.; CABRAL, A. C. A.; SANTOS, A. M. Aprendizagem organizacional na abordagem dos estudos baseados em prática: revisão da produção científica. **Revista de Administração Mackenzie**, v. 20, n. 2, p. 1-27, 2019.
- EGRY, E. Y; FONSECA, R. M. G. S. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: Revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 3, p.233-239, 2000.
- GHERARDI, S.; STRATI, A. **Administração e aprendizagem na prática**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.
- LOHMAN, M. Environmental inhibitors to informal learning in the workplace: a case study of public school teachers. **Adult Education Quarterly**, v. 50, n. 2, p. 83-101, 2000.
- MOTTA, R. G.; CORÁ, M. A. J. Teoria do esporte e as Economizadas: evento de festa e esporte universitário em São Paulo. **Pensamento & Realidade**, v. 34, n. 1, p. 94-110, 2019.
- SAVASSI, L. C. M; LAGE, J. L; COELHO, F. L. G. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho Savassi. **Journal of Management and Primary Health Care**, v.3, n.2, p.179-185, 2012.