

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO: UMA FERRAMENTA DE AUXÍLIO PARA O CUIDADO DO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA

Priscilla Pâmela Alexandre da Silva¹

Bruna Rodrigues Monteiro²

Cinthia Daniele da Silva Bezerra³

Bruna Lígia de Carvalho Alves⁴

Nilba Lima de Souza⁵

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população apresenta uma taxa de crescimento ascendente em decorrência da transição demográfica e avanço tecnológico, responsáveis pela qualidade de vida e hábitos saudáveis. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) a projeção entre 2035 e 2040 no Brasil é de que a população idosa será 18% superior ao número de crianças e, em 2050, esse número será de 100 para 172,7 (RISSARDO et al., 2016; BRASIL, 2008).

A Atenção Primária (AP) a partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é responsável pelo cuidado do indivíduo em todos os ciclos de vida, na saúde do idoso a ESF atua na identificação de riscos inerente a idade e, no reconhecimento daqueles que necessitam de assistência multiprofissional individualizada, além de garantir que os problemas de saúde da pessoa idosa, não sejam atribuídos a consequências da idade (PARANÁ, 2014).

A responsabilização pela saúde do idoso é dever do município, Estado e União, a partir do pacto pela saúde assumido no ano de 2006, onde devem ser seguidas as seguintes diretrizes: promoção ao envelhecimento ativo e saudável, atenção integral do idoso, implementação de serviços de atenção domiciliar, acolhimento preferencial, formação

¹Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, priscilla_alexandre@hotmail.com;

²Mestranda pelo Curso de Pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, brunarenfermeira@gmail.com;

³Graduanda Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, cinthiadaniele2249@gmail.com;

⁴Graduanda pelo Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, brunaalvesrn@gmail.com;

⁵Professor orientador: Doutora Nilba Lima de Souza, Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, nilba.lima@hotmail.com.

permanente dos profissionais na área do idoso e, de divulgação sobre a política nacional de saúde da pessoa idosa para profissionais, gestores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)(AGUIAR, 2015).

A AP conta com recursos no cuidado ao idoso, que se bem utilizados garantem a avaliação global, assistência adequada e apoio à família, promovendo a funcionalidade, o registro de informações (socioeconômico, familiar e individual) na caderneta da pessoa idosa, bem como a estratificação de risco para identificação da vulnerabilidade das famílias responsáveis pelo cuidado do idoso (BRASIL, 2006; BRASIL, 2017).

Esta estratificação tem como perspectiva traçar os riscos que esclareçam a priorização do atendimento e a elaboração do plano de cuidados específico no grupo de famílias adscritas no território através do diagnóstico situacional, desenvolvendo em cada família, um diagnóstico psicossocial e epidemiológico, detecção de condições vulneráveis, que deverão ser priorizado pela equipe; cumprindo assim a equidade no SUS e o mapeamento do território (PEREIRA et al., 2015; NAKATA et al., 2013).

Diante do exposto o estudo teve como objetivo relatar a importância da estratificação de risco na identificação de famílias vulneráveis em um território adscrito. Consequentemente o estudo retrata a importância dessa ferramenta no auxílio não apenas na identificação de grupos de riscos, mas também na identificação de idosos cadastrados na microárea e a vulnerabilidade presente no seu grupo familiar, contribuindo na necessidade de um olhar diferenciado conforme os riscos apresentados.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, fruto da prática realizada em campo por acadêmicas de enfermagem, mediante preceptoria, no ano de 2017 numa microárea adscrita da ESF. Estruturada em duas equipes, a ESF possui 203 famílias cadastradas e conta com apoio de cinco profissionais de saúde e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Para a realização da estratificação de risco foi selecionada a microárea da equipe com maior quantitativo de famílias cobertas.

Na ocasião, os registros foram feitos pelas acadêmicas através dos registros no diário de campo, após conhecimento aprofundado sobre ficha A, visita domiciliar e reunião em equipe. Os registros foram baseados no escore da classificação de *Coelho e Savassi*, identificando assim a vulnerabilidade de cada família cadastrada.

A classificação da vulnerabilidade é obtida através da soma dos escores. No escore três sem tem famílias com pessoas acamada, deficiência física e/ou mental, baixas condições de saneamento, desnutrição grave e relação morador/cômodo maior que 1; escore dois para drogadição, desemprego e relação morador/cômodo igual a 1; escore um para analfabetismo, criança maior de seis meses, idoso maior de 70 anos, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus; e escore 0 para relação morador/cômodo menor que 1. Após a soma dos escores, a escala subdivide o total em quatro tipos de riscos: sem risco (escore de 0 a 4), risco menor- R1 (escore 5 e 6), risco médio - R2 (escore 7 e 8), risco máximo - R3 (escore maior que 9).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da experiência foi possível identificar elementos na ficha A que eram associados aos itens da classificação de *Coelho e Savassi*, apresentando destaque de famílias com histórico de hipertensão, idosos maiores de 70 anos, diabetes mellitus, diabetes e hipertensão associados, etilismo, transtorno mental, tabagismo e HIV positivo.

Em decorrência de informações não contempladas nas fichas houve a necessidade da atuação da equipe, principalmente dos ACS responsáveis pela área, como forma de obter a estratificação de risco. No total das 203 famílias cadastradas 90% eram sem risco, 4% R1 e R2, e 2% R3.

Ao estratificar os riscos das famílias presente nesta microárea, foi possível observar que as famílias consideradas como R3, ao todo três, apresentaram os escores máximos (9, 12 e 14), e neste grupo familiar foi evidenciado a presença de idosos diante do contexto social de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e de drogas lícitas/ilícitas, havendo a necessidade da atuação da equipe mediante vulnerabilidade.

A escala de *Coelho e Savassi* atuou como um instrumento na identificação de risco familiar na microárea, além disso, a estratificação evidenciou a presença de idosos dentro desse contexto apresentado. Vale enfatizar que o processo de envelhecimento não está diretamente relacionado ao processo de adoecimento e dependência do mesmo, contudo este público apresenta fragilidade e vulnerabilidade que varia conforme a faixa etária, contexto social e ambiental o qual está inserido (SANTOS; CUNHA, 2017).

Na vivência foi possível identificar no âmbito familiar considera de risco máximo, a presença de idoso que apresentava histórico clínico de hipertensão e diabetes, duas DCNT comuns na terceira idade e que são responsáveis por mortes (MARTINS; FARIA, 2018). Vale

salientar que quando não associada ao óbito, essas DCNT intervêm na independência do idoso e nas Atividades de Vida Diária (AVD), necessitando de suporte para sua execução (CHAIMOWICZ, 2013).

Assim, há a necessidade de reformulação do modelo de atenção à saúde na prestação do atendimento adequado nesta população que envelhece e possuem doenças crônicas, corroborando na importância de elaborar e desenvolver ações e políticas públicas apropriadas para promover o cuidado e a qualidade de vida do indivíduo e demais membros da comunidade, evitando riscos futuros no processo de envelhecimento (COPPETTI et al., 2018).

Na elaboração do plano de cuidado, pontos importantes devem ser elencados, como o a rede de apoio ao idoso, oferecida localmente, contactando outros equipamentos da rede de atenção à saúde, caso necessário, a inserção do idoso em grupos da própria ESF, avaliação do grau de independência como forma de promover a qualidade de vida. Relativamente o autocuidado deve ser orientado como forma de promover saúde e prevenir o surgimento de novas DCNT naqueles que já possuem (BRASIL, 2016; KRISTENSEN et al., 2017).

Outro fator a ser evidenciado condiz com a situação vacinal, risco de queda, necessidade de cuidador, condições sanitárias da rua em que reside, para então traçar o plano de cuidados completo, respeitando a realidade de cada núcleo familiar e garantindo o cuidado e acesso ao sistema de saúde (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017).

A partir da classificação de risco dessas famílias, percebe-se que o instrumento auxilia no planejamento das equipes de ESF, permeando a visita domiciliar, visto que a atenção básica é voltada para ações de promoção, prevenção e reabilitação de usuários (BRASIL, 2013).

Além das vantagens apresentadas a estratificação de risco permitiu identificar os riscos que permeia a vida do idoso dessa comunidade, contudo vale enfatizar que a estratificação só contabiliza os idosos que têm idade superior a 70 anos de idade, enquanto que na realidade nacional, idoso é aquele com 60 anos ou mais de vida, os quais têm direito à saúde, ou seja, qualidade de vida (BRASIL, 2013). Havendo assim a necessidade da equipe de saúde direcionar o seu olhar conforme as portarias ministeriais nacionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dada à importância desse tema, percebe-se a relevância da estratificação de risco numa microárea coberta pelo SUS, de forma a evidenciar a equipe a identificação dos fatores de risco envolvidos na saúde e bem estar que permeia aquela família, principalmente quando esta tem um idoso como membro.

Ao analisar as informações foi verificada a presença de três famílias enquadradas como R3, e o envolvimento de idosos nesse contexto de vulnerabilidade. Vale salientar que as políticas públicas apresentam medidas voltada para o cuidado ao idoso e frente a realidade vivenciada, enquanto que o escore de *Coelho e Savassi* atuou como ferramenta na identificação das condições que este idoso está inserido, podendo assim traçar planos de cuidado específicos para cada núcleo familiar.

Consequentemente o relato evidenciou não apenas a importância dessa ferramenta na identificação dos níveis de risco das famílias adscritas, mas também o envolvimento do processo de envelhecimento num contexto de vulnerabilidade. Para tanto, sugere-se estudos que sejam desenvolvidos que estratifique os riscos e as medidas adotadas para redução dos mesmos.

Palavras-chave: Estratificação de risco; Saúde do idoso; Atenção Básica; Visita domiciliar.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Z. N. **SUS: Sistema Único de Saúde** - Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, 2013. 2 v.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**. 4. ed. Brasília - DF, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília - DF, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 3. ed., 2. reimpr. 70 P. Brasília, 2013.
- BRASIL. Prefeitura Municipal de Natal. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia básico de atenção à saúde do idoso**. p. 120. Natal, 2016.
- CHAIMOWICZ, F. **Saúde do idoso**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2013.
- COPPETTI, L. C. et al. Produção científica da enfermagem sobre o cuidado familiar de idosos dependentes no domicílio. **Abcs Health Sciences**. v. 44, n. 1, p.58-66, 30 abr. 2019.
- IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. n. 24. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050**. Revisão 2008, 1. ed; 2008.

- KRISTENSEN, M. A. T. et al. How general practitioners perceive and assess self-care in patients with multiple chronic conditions: a qualitative study. **BMC Family Practice**, 2017.
- MARTINS, Paula de Fátima Almeida; FARIA, Leide Ribeiro Chaves Alimentos ultraprocessados: uma questão de saúde pública. **Com. Ciências Saúde**. p. 14-17, 2018.
- NAKATA, P. T. et al. **Classificação de risco familiar em uma Unidade de Saúde da Família**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 21(5), 2013.
- PARANÁ. Secretaria do Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de atenção à saúde. Coordenação do APSUS. **Oficinas do APSUS, Saúde do Idoso na Atenção Primária à Saúde**, 2014.
- PEREIRA, S. M. et al. Equidade do acesso à atenção à saúde de famílias vulneráveis cadastradas em uma unidade de saúde da família. **Revista Atenção Primária à Saúde**, p. 325 - 334, 2015.
- RISSARDO, L. K. et al. Idosos atendidos em uma unidade de pronto-atendimento por condições sensíveis à atenção primária à saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, 2016.
- SANTOS, Gerson Souza; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Visita domiciliar a idosos: características e fatores de risco associados. **Revista de enfermagem do centro-oeste Mineiro**, 2017.
- SAVASSI, Leonardo Caçado Monteiro; LAGE, Joana Lourenço, COELHO, Flávio Lúcio Gonçalves. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi. **Journal Of Management & Primary Health Care**, v. 2, n. 3, p.179-1185, 2012.