

Potencialidades e desafios para a aplicação da escala de risco familiar na atenção primária em saúde

Potential and challenges for application of risk scale family in primary health care

Francisco Maximiano Nunes Moura¹, Antônio Davi Pinto Marinho¹, Lucas Lourenço Oliveira¹, Matheus Lemos Santos¹, Victor Gabriel Ferreira Lima¹, Igor Studart Feitosa¹, Otoni Lima Araújo Júnior¹, Marcelo José Monteiro Ferreira^{2,3}

1 Acadêmico do curso de medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC). 2. Docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), Ceará, Brasil. 3. Doutorando do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Ceará, Brasil.

Resumo

Introdução: A Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui-se como elemento fundamental para a organização da Atenção Básica (AB), realizando ações como a visita domiciliar, visando à garantia de acesso aos serviços de saúde. **Objetivo:** Analisar as potencialidades e desafios para a aplicação da Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi (ERF-CS) como instrumento para o planejamento dos atendimentos domiciliares no âmbito da AB. **Métodos:** O trabalho foi desenvolvido em uma Unidade de Saúde do município de Fortaleza. Para tanto, utilizou os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de cinco agentes comunitários de saúde que visitaram 48 domicílios durante o mês de agosto de 2015. **Resultados:** Dentre as potencialidades, destacou-se a necessidade de um olhar diferenciado para o território e seus sujeitos. Como desafios, a falta de atualização da Ficha A dificultou a efetivação da ERF-CS. **Conclusão:** Tal estratégia carece de novas análises visando o fortalecimento da Atenção Básica.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Grupos de Risco. Visita Domiciliar. Planejamento em Saúde. Estratégia Saúde da Família. Elementos em Risco.

Abstract

Introduction: The Family Health Strategy constitutes an essential element for the organization of Primary Care, performing actions such as home visits, aimed at ensuring access to health services. **Objective:** The aim of this manuscript is to analyze the strengths and challenges for implementing the Family Risk Scale of Coelho and Savassi (FRS-CS) as a tool for the planning of home care provided under the Primary Care. **Methods:** The work was carried out in Basic Health Unit in Fortaleza. We used the SIAB data from five community health workers who visited 48 households during the month of August 2015. **Results:** Among the potential of FRF-CS highlighted the need for a differentiated view of the area and their subjects. As challenges, the updated completing the Form-A hindered the effectiveness of the FRF-CS. **Conclusion:** This strategy needs further analysis aimed at strengthening primary care.

Keywords: Primary Health Care. Risk groups. Home Visit. Health Planning Family Health Strategy. Elements at Risk.

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange atividades de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, bem como a redução de danos e a manutenção da saúde. Funciona como porta de entrada e ordenadora do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, incorpora os princípios e diretrizes basilares para sua estruturação, como: Universalidade, Equidade e Integralidade¹.

A AB adota ainda como um dos seus fundamentos, ter uma área adstrita, de modo a possibilitar o planejamento, a programação descentralizada dos serviços e o desenvolvimento de ações em sintonia com as necessidades de saúde das coletividades presentes no seu território de atuação. Nesse sentido, o reconhecimento do território torna-se fundamental para compreensão da dinâmica dos processos de morbimortalidade dos sujeitos².

A Estratégia Saúde da família (ESF) constitui-se como elemento

fundamental para a organização e o fortalecimento da Atenção Básica. No seu escopo, planeja e executa suas ações em diálogo com as principais necessidades de saúde presentes no seu território, procurando orientar o processo de trabalho da equipe com medidas de prevenção, promoção, e atenção à saúde. Exige, portanto, uma atuação multidisciplinar, a fim de responder as diferentes demandas de saúde, tanto individuais como coletivas³.

Dentre as ações desenvolvidas na ESF destaca-se a Atenção Domiciliar (AD), efetivada principalmente através da Visita Domiciliar (VD), que visa prestar uma assistência integral e educativa no âmbito do domicílio. Viabiliza, portanto, o aumento no grau de autonomia dos pacientes e a continuidade do cuidado pelas equipes de saúde⁴.

Para tanto, as VD devem ser programadas em conjunto com as equipes de saúde, de modo a considerar os critérios de risco e vulnerabilidade das famílias e dos pacientes, possibilitando que àqueles com maior necessidade sejam visitados mais vezes. A

Correspondência: Marcelo José Monteiro Ferreira. Endereço: Rua prof. Costa Mendes. 1608, 5º andar, CEP: 60.430-140. Fortaleza-Ce. e-mail: marceloferreira@ufc.br

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse por parte de qualquer um dos autores.

Recebido em: 9 Outubro 2015; Revisado em: 28 outubro 2015; Aceito em: 19 Novembro 2015.

Política Nacional de Atenção Básica mantêm como referência a média de uma visita por família no mês¹.

Os critérios para a inclusão na Atenção Domiciliar seguem uma estratificação de riscos na qual os usuários que são inclusos possuem problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária. Dentre as principais causas para a realização da visita domiciliar estão: situações ou problemas novos na família relacionados à saúde ou que constituem risco à saúde (morte súbita do provedor ou abandono de um dos genitores); problema crônico agravado; situação de urgência; problemas de imobilidade e/ou incapacidade que impedem o deslocamento até a unidade de saúde e problemas de acesso à unidade (condições da estrada ou ausência de meios de transporte)⁵.

Para que a VD atenda plenamente suas funções, ela deve ser previamente planejada e realizada de forma sistematizada. Nesse sentido, faz-se necessário um levantamento e avaliação das condições socioeconômicas em que vive o indivíduo e seus familiares, elaborando assim um plano terapêutico de cuidado específico para cada caso⁶.

Inserido neste contexto de sistematização das visitas domiciliares está a Estratificação de Riscos, que é uma das ferramentas utilizadas para a garantia de que todos tenham acesso com equidade aos serviços oferecidos na ESF, permitindo identificar as diferentes graduações de vulnerabilidade, as situações mais urgentes e, com isso, realizar às devidas prioridades. Essa ferramenta permite uma melhor eficiência na determinação do intervalo entre visitas, além de priorizar os pacientes cujo estado de saúde inspira uma maior atenção. Ademais, colabora para a organização do processo de trabalho da Equipe de Saúde em sua área de abrangência⁷.

Nesse sentido, foi desenvolvida uma ferramenta de estratificação de riscos denominada Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi (ERF-CS). A ERF-CS propõe pontuações para critérios sentinelas e de grande relevância presentes no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), atribuindo pontuações a cada um deles, a fim de se obter uma pontuação final: escore 5 ou 6 indica Risco 1, ou menor risco; escore 7 ou 8 indica Risco 2, ou médio risco e escore maior ou igual a 9 indica Risco 3, ou máximo risco⁸.

A Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi é, portanto, uma forma objetiva de avaliar os riscos presentes em cada núcleo familiar, utilizando informações de fácil acesso pelos profissionais da UBS. O objetivo do uso da escala é a partir de critérios, priorizar as visitas domiciliares às residências com maior vulnerabilidade, ou seja, fazer com que um domicílio que possui acamados, moradores com baixa escolaridade e uma alta proporção de habitantes por cômodo receba uma quantidade maior de visitas. A priorização do atendimento permite uma melhor gestão dos recursos da unidade e proporciona um atendimento mais alinhado às demandas de cada domicílio⁸.

O presente manuscrito tem como objetivo, analisar as potencialidades e desafios para a aplicação da Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi como instrumento para o planejamento dos atendimentos domiciliares realizados no âmbito da Atenção Básica.

METODOLOGIA

O presente artigo foi desenvolvido a partir da ação do projeto de extensão intitulado “Fortalecendo as Ações de Vigilância em Saúde em Unidades de Atenção Primária no município de Fortaleza-Ceará.” Nesse sentido, incorpora elementos fundantes balizados sob o princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, compreendido como um processo interdisciplinar, educativo, cultural, científico e político que promove a interação transformadora entre a Universidade e outros setores da sociedade⁹.

Quanto ao local de estudo, este foi desenvolvido no âmbito da Secretaria Regional Executiva (SER) I no município Fortaleza. Esta conta com uma população de aproximadamente 397.882 habitantes, distribuídos em 15 bairros que em sua maioria abrigam uma população de baixa renda. Além disso, sofrem com uma alta vulnerabilidade como ausência de equipamentos sociais, problemas de habitação irregular, desemprego, alcoolismo e drogas. A SER I é atendida por um total de 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS)¹⁰.

Dentre as UBS, encontra-se o Guiomar Arruda, unidade escolhida para a realização do presente estudo. A escolha da Unidade deu-se por estar vinculada ao Projeto de Extensão intitulado “Fortalecendo as Ações de Vigilância em Saúde em Unidades de Atenção Primária no município de Fortaleza”, cadastrado na Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Ceará. De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, a UBS é responsável por atender uma população de aproximadamente 17.775 habitantes, sendo que 10,3% destes vivem em condições de extrema pobreza¹⁰.

Os principais indicadores adotados para a realização do manuscrito referem-se à população de acamados presentes na área de responsabilidade sanitária da Equipe Azul. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define acamado como “toda a pessoa restrita a seu próprio domicílio, por qualquer inabilidade, incapacidade de locomover-se por si só a qualquer centro de atenção à saúde”¹¹. Cada acamado foi relacionado a um domicílio da área adstrita, possibilitando a escolha de uma ferramenta de estratificação de risco domiciliar para posterior planejamento daqueles domicílios que poderiam ser listados como prioritários a receberem visita da equipe de saúde da família.

A escala atribui determinadas pontuações a índices considerados relevantes e que já são parte da própria ficha do SIAB. As informações colhidas permitem a equipe de saúde da família reconhecer indicadores demográficos, socioeconômicos

e nosológicos referidos nas famílias da sua área de abrangência e, com isto, realizar o planejamento estratégico¹². Trata-se, portanto, de um instrumento objetivo de análise do risco familiar, não necessitando a criação de nenhuma nova ficha ou escala burocrática para coleta de dados, que foi idealizada inicialmente como uma tentativa de sistematização da visita domiciliar na Atenção Básica, em especial nas equipes de Saúde da Família, conforme se observa no Quadro 1.

Quadro 1. Escala de risco familiar de Coelho Savassi.

Dados da ficha - A (Sentinelas de risco)	Escore de risco
Acamado	3
Deficiência Física	3
Deficiência Mental	3
Baixas condições de saneamento	3
Desnutrição grave	3
Drogadição	2
Desemprego	2
Analfabetismo	1
Indivíduo menor de 6 meses de idade	1
Indivíduo maior de 70 anos de idade	1
Hipertensão arterial sistêmica	1
Diabetes Melitus	1
Relação morador/cômodo maior que 1	3
Relação morador/cômodo igual a 1	2
Relação morador/cômodo menor que 1	0
Escore total	Risco familiar
5 e 6	R1 - Risco menor
7 e 9	R2 - Risco médio
Acima de 9	R3- Risco máximo

Fonte: Coelho FLG, Savassi LCM, Lage JL. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi. *J Manag Prim Health Care*. 2012; 3(2):179-185.

Os domicílios foram identificados a partir dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica de cinco agentes comunitários de saúde (ACS) da Equipe Azul, após período de visitas domiciliares para preenchimento do questionário da escala. O seu preenchimento deu-se a partir da utilização de dados do SIAB atualizado durante todo o mês de agosto de 2015. Ao todo foram visitadas 48 famílias com acamados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A avaliação dos 48 domicílios com presença de acamados mostrou que todos estão em risco, indicando que a situação de acamado pode estar relacionada a diversos outros elementos de vulnerabilidade do domicílio. Nessa dimensão, segundo Costa¹³, a vulnerabilidade social pode ser considerada como a condição

de exposição a riscos, articulada com possibilidade de controlar os efeitos da materialização do risco, ou seja, a capacidade de cada indivíduo, família ou comunidade de enfrentar os riscos, mediante uma resposta endógena ou através de um apoio externo. A incapacidade para dar respostas pode ser resultado da dificuldade de enfrentar os riscos ou pela inabilidade de adaptar-se ativamente à situação¹³.

Nos domicílios visitados foram identificados indicadores pertinentes de vulnerabilidade social, tais como a condição precária de edificação do imóvel na qual residem as famílias, além da alta densidade domiciliar (número de moradores dividido pelo número de cômodos do domicílio). Observou-se também aumento da vulnerabilidade devido à maior presença de idosos nas residências, os quais na maioria das vezes são os próprios acamados. Dos domicílios em risco, 33% foram classificados como menor risco, 20% foram classificados como médio risco e 47% foram classificados como máximo risco, conforme se observa no Quadro 2, abaixo:

Quadro 2 - Classificação de famílias de acordo com a escala de risco por microárea.

Microáreas	Classificação de risco			
	R1	R2	R3	Total
Microárea 1	1	4	7	12
Microárea 2	2	1	2	5
Microárea 3	0	1	4	5
Microárea 4	4	1	2	7
Microárea 5	9	3	7	19
Total	16	10	22	48

Fonte: SIAB – Agosto de 2015/Organizado pelos autores

A variação de distribuição dos riscos dentro da área de uma mesma equipe, com maior número de acamados e de domicílios endossa a compreensão do território em sua dimensão ampliada, com seus aspectos demográficos, laborais, culturais e sócio-políticos. Nesse sentido, faz-se necessário o entendimento de que o território na saúde não pode estar limitado a um simples recorte político-jurídico e operacional do sistema de saúde. Este, por sua vez, traduz simultaneamente as materializações das práticas sociais em interação com a população e os serviços de saúde no seu nível local, onde se encontram situadas, em delimitações singulares, populações com hábitos e estilos de vida diferentes, os quais determinam e condicionam suas condições de existência e sua organização espacial – o território¹⁴.

A ERF-CS, sendo parte do fazer diário da equipe de saúde da família, mostrou-se de fácil aplicação e compilação, dada a preparação prévia e capacitação célere para o manuseio da mesma e de seus critérios. O fato de a ficha A do SIAB ser o ponto de partida para o preenchimento da escala proporcionou melhor manuseio e entendimento das condições influenciadoras da estratificação de risco, fortalecendo o trabalho dos agentes comunitários de saúde como responsáveis por alimentar os

indicadores de morbimortalidade no território adstrito.

A aplicação da Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi fortaleceu ainda a interdisciplinaridade a partir do olhar plural, da capacitação e de esclarecimento conjunto para a incorporação do instrumento, potencializando o trabalho em equipe, que representa um dos principais pilares para uma assistência integral e equânime na saúde. Assim:

uma abordagem integral dos indivíduos/famílias pode ser facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família e favorecer uma ação interdisciplinar. Dessa maneira, é necessário que o trabalho em equipe seja norteado por um processo assistencial comum e que os profissionais desenvolvam uma ação de interação entre si e com a comunidade¹⁵.

Além disso, a montagem da estratificação constituiu-se como ferramenta-trabalho para a organização, orientação e priorização da agenda de trabalho da Equipe de Saúde da Família. Permitiu a reavaliação *in loco*, dos diversos perfis populacionais, adotando o instrumento como aliado para aplicação e reorientação dos principais indicadores de saúde presentes no território, bem como a necessidade de um olhar diferenciado no conjunto dos domicílios, alvos da investigação. Ampliou-se, portanto, os princípios da Integralidade e Equidade, que podem ser percebidos como um conjunto de noções pertinentes a uma assistência ampliada, com articulação das ações dos profissionais, em uma visão abrangente do ser humano dotado de sentimentos, desejos, aflições e racionalidades¹⁵.

DESAFIOS PARA A APLICAÇÃO DA ERF-CS

Dentre os principais desafios para a implantação da Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi, ressalta-se a falta de dados atualizados para o seu preenchimento. A ERF-CS utiliza informações existentes na ficha A do SIAB, que é alimentada logo nas primeiras visitas que o agente comunitário de saúde faz às famílias de sua microárea. Contudo, o fato de não existir diretrizes claras sobre a periodicidade em que essa ficha deve ser atualizada contribui para uma dissonância entre as informações contidas na ficha e a realidade do território. Existe apenas a instrução de que todos os dados desta ficha devem ser atualizados sempre que houver modificações nos territórios¹⁶.

Outro desafio refere-se ao número elevado de famílias atendidas pelos ACS, o que dificulta a atualização permanente da Ficha A em cada domicílio, especialmente os utilizados como sentinelas pela ERF-CS. Situação semelhante foi evidenciada em pesquisa realizada em três municípios do estado de Minas Gerais, onde identificou que apenas 11,1% das Fichas A possuíam dados atualizados sobre a quantidade de crianças menores de um ano em cada domicílio¹⁷.

Outro fator que merece destaque no âmbito dos desafios

elencados diz respeito à dificuldade dos profissionais da Atenção Básica em acessar a população de determinados territórios por conta da violência urbana. Ao mesmo tempo, são chamados a dar respostas eficazes às vítimas desse fenômeno social. No bojo dessas questões, o setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência e emergência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social.¹⁸

Não é objetivo desse artigo, incorrer em um aprofundamento na dimensão analítica do fenômeno da violência e suas repercussões para os serviços de saúde. Tais questões merecem um olhar complexo, capaz de dialogar com o conjunto das questões sociopolíticas e culturais¹⁹. Somente uma análise que considere essa dimensão contextual pode oferecer subsídios para esse problema social²⁰.

Contudo, cabe reconhecer esse processo também como uma condição de vulnerabilidade sociocultural, permeado pelas desigualdades de gênero, étnico-raciais ou geracionais. Desse modo, a violência acaba trazendo um desafio adicional aos conhecimentos e às práticas profissionais em saúde, assim como em termos de suas repercussões nos danos e agravos à saúde²¹.

Isso também recai sobre a ida em campo dos profissionais de saúde para aplicação da ERF-CS. Tal problemática torna-se evidente pela dificuldade da ESF em adentrar em alguns territórios, sofrendo ameaças de violência. Isso repercute sobremaneira no planejamento do processo de trabalho em saúde, muitas vezes significando a ausência dos serviços nessas regiões. Como consequência, o impacto dessa problemática recai principalmente sobre os usuários das UBS, visto que suas implicações repercutem na estruturação e planejamento das visitas domiciliares²².

Problemas de ordem estrutural também dificultam a execução da ERF-CS. Na esfera da Atenção Domiciliar é de grande importância a disponibilidade do carro para a realização das visitas. Entretanto, este nem sempre está disponível nos horários acordados, atrasando com isso as visitas agendadas e, em certos casos, não sendo possível visitar todos os pacientes programados no dia. Esse problema se torna ainda mais complexo quando se tem a informação de que há pacientes que necessitam desse serviço e não são visitados há mais de um ano. Soma-se ainda a carência de materiais minimamente necessários (como equipamentos e medicamentos) para assistência domiciliar¹⁷.

As dificuldades para promoção de saúde e atendimentos domiciliares parecem refletir também um modelo com características de compartimentalização. Para Feuerweker e Sena²³, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional deve integrar os diversos conhecimentos entre os profissionais para haver uma compreensão integral do ser humano e do processo saúde/doença²³. No entanto, Merhy et al²⁴ apontam que o

modelo hegemônico centrado no médico não é combatido com as atuais estratégias das UBS porque não operam de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde que em última instância define o perfil da assistência²⁴.

A estratégia da Unidade Básica de Saúde deve se organizar em torno de uma abordagem coletiva para reduzir a demanda espontânea à medida que os problemas vão sendo identificados²⁵. Porém, o trabalho dos profissionais das equipes da UBS em geral encontram dificuldades para se estabelecer um planejamento coletivo adequado às necessidades da população do território de abrangência²⁶. Um estudo realizado em Juiz de Fora por Friedrich e Pierantoni (2006) evidenciou que a demanda espontânea se apresentou como indutora das atividades realizadas pela equipe²⁷.

Por fim, uma importante limitação da ERF-CS encontrada neste estudo refere-se à ausência de algumas informações mais específicas como critérios sentinelas. Uma destas é a presença de cuidadores nos domicílios com acamados. A presença deste dado é importante, pois o grupo de acamados corresponde a uma parcela significativa da população, principalmente entre os idosos, cada vez mais numerosos no Brasil. Estudos apontam que aproximadamente 40% dos idosos que apresentam idade entre 75 e 84 anos, e mais da metade da população acima de 85 anos apresentam algum grau de incapacidade²⁸, gerando um quadro em que a sobrevivência do paciente depende de

pessoas para suprirem suas limitações²⁹.

Portanto, a ausência desta informação para a implementação da Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi limita o seu potencial de contribuir com o planejamento dos atendimentos domiciliares de modo geral, e da organização do processo de trabalho em saúde, em específico.

CONCLUSÃO

A compreensão do território e as dinâmicas do processo saúde-doença são necessárias para a organização do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família no âmbito da Atenção Básica. Para tanto, faz-se necessária à adoção de instrumentos e metodologias capazes de auxiliar as equipes no planejamento das suas atividades, em sintonia com as demandas oriundas dos territórios e seus sujeitos.

Nesse sentido, a incorporação de instrumentos como a Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi podem auxiliar as equipes quanto à tomada de decisões, sobretudo em populações em situação de risco e vulnerabilidade, como os pacientes acamados. Dessa forma, a implementação desse instrumento no cotidiano de trabalho da Equipe Azul demonstrou potencialidades e desafios que merecem ser revisitados a fim de aprimorar sua aplicabilidade e potencializar sua atuação, fortalecendo assim a Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 110p.
2. Figueiredo EN. A Estratégia saúde da família na atenção básica do SUS [Monografia]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2012.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Gestão Participativa. Saúde da Família: panorama, avaliação e desafios. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 84p.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. V.2
5. Unha CLF, Gama MEA. A visita domiciliar no âmbito da atenção primária em saúde. In: Malagutti W, organizador. Assistência Domiciliar: atualidades da assistência de enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio; 2012. P. 37-48.
6. Kawamoto EE, Santos MCM, Mattos TM. Enfermagem comunitária. São Paulo: E.P.U.; 1995.
7. Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. Texto contexto - enferm. 2006; 15(4):645-653. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000400013>.
8. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de organização das visitas domiciliares. Rev. bras. med. fam. comunidade. 2009; 1(2):19-26.
9. Ceará. Universidade Federal do Ceará. Resolução nº. 04/CEPE, de 27 de fevereiro de 2014. Baixa normas que disciplinam as atividades de extensão da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza: UFC; 2014.
10. Menezes ASB, Medeiros CN, organizadores. Perfil socioeconômico de Fortaleza. Fortaleza: IPECE; 2012.
11. Lichtenfels P, Santos LT, Fernandes CLC. Percepção da doença: a visão do paciente acamado. Momento & Perspectivas em Saúde. 2004; 17: 13-19.
12. Coelho FLG, Savassi LCM, Lage JL. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi. J Manag Prim Health Care. 2012; 3(2):179-185.
13. Costa MCL. Arranjo familiar e a Vulnerabilidade na região metropolitana de Fortaleza. In: Costa MCL, Dantas EWC, organizadores. Vulnerabilidade socioambiental na região metropolitana de Fortaleza. Fortaleza: Edições UFC; 2009. P. 139-163.
14. Gondim GMM. Territórios da atenção básica: múltiplos, singulares ou inexistentes? [Tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
15. Viegas SMF, Penna CMM. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe de saúde da família. Esc. Anna Nery. 2013 Jan-Mar; 17(1):133-141. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100019>
16. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Assistência à Saúde. SIAB: Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 1998. 98p.
17. Tibiriçá SHC, Ezequiel OS, Carminate DLG, Rioga GMP, Ribeiro LC, Teixeira MTB. O potencial do cadastro das famílias no Sistema de Informação da Atenção Básica em saúde, como base para determinação da amostra em pesquisas na área da saúde. Rev. APS. 2009 Abr-Jun; 12(2):161-7.
18. Minayo MCS. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. Cad. Saúde Pública [Internet]. 1994 [em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500002&lng=en&nrm=iso>]. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1994000500002>.

223 Aplicação da escala de risco

19. Morgado R Impacto da violência na saúde dos brasileiros. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2006 Abr-Jun [acesso 2015 Nov 19]; 11(2): 537-540. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000200030. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000200030>
20. Joxe A. Examen crítico de los métodos cuantitativos aplicados a las investigaciones sobre las causas de la violencia. In: Domenach JM, Laborit H, Galtung J, Senghaas D, Klineberg O, Halloran JD, et al., organizadores. *La violencia y sus causas*. Paris: Unesco; 1981. p. 69-90.
21. Schraiber LB. Violência: questão de interface entre a saúde e a sociedade. *Saúde Soc.* 2014 Jul-Set; 23(3):727-729. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300200>
22. Favoreto CAO, Camargo Jr. KR. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. *Physis*. 2002; 12(1): 59-76. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312002000100005>.
23. Feuerwerker LCM, Sena R. A construção de novos modelos acadêmicos, de atenção à Saúde e de participação social. In: Almeida MJ, Feuerwerker LCM, Llanos, MA. *Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: HUCITEC; 1999. P. 47-83.
24. Merhy EE et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC; 2003.
25. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas de Saúde. *Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 56p.]
26. Cotta RMM, Marques ES, Maia TM, Azeredo CM, Schott M, Franceschini SC, et al editores. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. *Sci. med.* 2005; 15(4):227-234.
27. Friedrich DBC, Pierantoni CR. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. *Physis*. 2006 Jan-Jul; 16(1):83-97. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312006000100006>
28. Camarano AA, El Ghaouri SK. Idosos brasileiros: que dependência é essa? In: Camarano AA, organizadora. *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro (RJ): IPEA; 1999. p. 281-304.
29. Moreira MD, Caldas CP. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. *Esc. Anna Nery*. 2007 Jan-Set; 11(3):520-525. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452007000300019>.

Como citar este artigo/How to cite this article:

Moura FMN, Marinho ADP, Oliveira LL, Santos ML, Lima VGF, Feitosa IS, Araújo OL Jr, Ferreira MJM. Potencialidades e desafios para a aplicação da escala de risco familiar na atenção primária em saúde. *J Health Biol Sci.* 2015 Out-Dez; 3(4):218-223.