

Aplicação da estratificação de risco de uma família com histórico de violência doméstica: relato de experiência

Application of risk stratification of a family with a history of domestic violence: experience report

Aplicación de la estratificación de riesgo de una familia con antecedentes de violencia doméstica: reporte de experiencia

Recebido: 06/07/2023 | Revisado: 29/07/2023 | Aceitado: 01/08/2023 | Publicado: 03/08/2023

João Batista Silva Filho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0491-809X>
Universidade Estadual Vale do Acaraú, Brasil
E-mail: j.filho87@hotmail.com

Pedro Henrique Magalhães de Araujo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5185-7245>
Universidade Estadual Vale do Acaraú, Brasil
E-mail: phenriquema@live.com

Francisco Antônio de Sousa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2236-7471>
Universidade Estadual Vale do Acaraú, Brasil
E-mail: fantonio1989@hotmail.com

Luana Silva Sousa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9204-8164>
Universidade Estadual Vale do Acaraú, Brasil
E-mail: luanassousaodonto@gmail.com

Daniele Tomaz Aguiar

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4538-4282>
Universidade Estadual Vale do Acaraú, Brasil
E-mail: danipolisobral@gmail.com

Thaís Quixadá Fontenele

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6589-3864>
Universidade Estadual Vale do Acaraú, Brasil
E-mail: thaisaquixada@gmail.com

Jéssica Lima Trindade

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7983-0407>
Universidade Estadual Vale do Acaraú, Brasil
E-mail: jessicalimatrindade@gmail.com

Resumo

Família é uma instituição que precisa ser melhor acompanhada pelos serviços de saúde, para a identificação das vulnerabilidades sociais apresentadas e posterior intervenção. Objetivou-se descrever a estratificação de risco de uma família com histórico de violência doméstica. Trata-se de um relato de experiência, baseado em um estudo de caso, realizado em Ipueriras – Ceará. Utilizou-se a Escala de Risco Familiar Coelho-Savassi (ERF – CS), como ferramenta de abordagem familiar. A família foi classificada como nuclear e obteve escore de 19 pontos, ou seja, risco máximo (R3). O caso-índice desenvolveu transtorno mental, devido violência doméstica. A equipe de saúde pode atuar realizando visita domiciliar, mediação de conflitos, atendimento multidisciplinar e encaminhando para serviços de geração de emprego e renda. O uso da ERF – CS, permite avaliar as necessidades de cada família, para o planejamento e execução de ações de saúde, a fim de promover melhores condições de vida.

Palavras-chave: Família; Violência doméstica; Transtorno mental; Risco.

Abstract

Family is an institution that needs to be better monitored by health services, to identify the social vulnerabilities presented and subsequent intervention. The objective was to describe the risk stratification of a family with a history of domestic violence. This is an experience report, based on a case study, carried out in Ipueriras - Ceará. The Coelho-Savassi Family Risk Scale (ERF – CS) was used as a family approach tool. The family was classified as nuclear and obtained a score of 19 points, that is, maximum risk (R3). The index case developed a mental disorder due to domestic violence. The health team can act by carrying out home visits, conflict mediation, multidisciplinary care and referral to employment and income generation services. The use of the ERF - CS allows assessing the needs of each family, for the planning and execution of health actions, in order to promote better living conditions.

Keywords: Family; Domestic violence; Mental disorder; Risk.

Resumen

La familia es una institución que necesita ser mejor monitoreada por los servicios de salud, para identificar las vulnerabilidades sociales que presenta y su posterior intervención. El objetivo fue describir la estratificación de riesgo de una familia con antecedentes de violencia doméstica. Este es un relato de experiencia, basado en un estudio de caso, realizado en Ipueiras - Ceará. La Escala de Riesgo Familiar Coelho-Savassi (ERF – CS) fue utilizada como herramienta de abordaje familiar. La familia fue clasificada como nuclear y obtuvo una puntuación de 19 puntos, es decir, riesgo máximo (R3). El caso índice desarrolló un trastorno mental debido a la violencia doméstica. El equipo de salud puede actuar realizando visitas domiciliarias, mediación de conflictos, atención multidisciplinaria y derivación a servicios de empleo y generación de ingresos. El uso de la ERF - CS permite evaluar las necesidades de cada familia, para la planificación y ejecución de acciones de salud, con el fin de promover mejores condiciones de vida.

Palabras clave: Familia; La violencia doméstica; Trastorno mental; Riesgo.

1. Introdução

A violência doméstica de gênero é um assunto que permanece no cotidiano da sociedade brasileira, mesmo de-pois de anos da criação da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340, de 22 de setembro de 2006). Essa problemática se deve, entre outros motivos, à visão machista e patriarcal e retrógrada existente desde os tempos da antiguidade, que coloca a mulher como submissa e inferior ao homem (Almeida & Ferreira, 2021).

Lima et. al (2022) traz a história da desigualdade de gênero através dos séculos, detalhando como a mulher era percebida pela sociedade, no ambiente político, religioso e cultural. A mulher era vista como um ser dependente, que não poderia se auto governar, interferir em decisões políticas; era destinada, apenas, à reprodução dos filhos e afazeres domésticos.

A violência doméstica interfere nas relações familiares, prejudicando-as e levando a quebra de vínculos. Costa, Laport (2019) consideram família como um grupo social nuclear, constituído por mãe, pai e filhos, unidos por determi-nação biológica ou afetiva, que contribuem para construção e desenvolvimento humano. As autoras destacam, também, as novas configurações de famílias, como as homoafetivas, constituídas por homens ou mulheres em um relacionamento homossexual e decidem gerar ou adotar um filho. Moura (2019) divide família em quatro: nuclear, composta por mãe, pai e filhos (biológicos ou adotados); recomposta, formada por laços conjugais, após o divórcio ou separação e com filhos de casamentos anteriores; monoparental, com pai ou mãe e os filhos, resultante de divórcio ou viuvez ou por opção dos progenitores; e a homossexual, formada por pessoas do mesmo sexo, com ou sem filhos.

A violência doméstica pode ocasionar o desenvolvimento de inúmeros transtornos, como Transtorno de Estres-se Pós-traumático (TEPT), condição potencialmente crônica, que pode gerar uma grave morbidade e incapacitação psi-cossocial. O TEPT é descrito como uma síndrome, que acarreta sintomas ansiosos quando a pessoa acometida é subme-tida a determinados estressores (situações traumáticas vivenciadas anteriormente, como a violência doméstica). O refe-rido transtorno pode desencadear outros problemas de saúde, como: depressão, medo, desesperança, baixa autoestima, sentimentos de incapacidade, irritabilidade, abuso de bebidas alcoólicas e outras drogas, que afetam tanto a saúde físi-ca, quanto emocional, por serem repetitivos e duradouros (Ferreira et al., 2021).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) pode auxiliar as vítimas de violência doméstica, identificando os fatores que desencadeiam essas violências (sociais, econômicos, culturais) e encaminhando as vítimas aos serviços de referência especializados. A ESF é considerada a porta de entrada do sistema, possibilitando o primeiro contato das pessoas assistidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A equipe de saúde da ESF dispõe de responsabilidade ética e legal e de-vem relatar suspeitas de maus-tratos às autoridades competentes, atuando, assim, na prevenção da violência doméstica de gênero (Santana, 2019).

A Estratificação de Risco Familiar (ERF) surge como uma ferramenta que possibilita a identificação de vulne-rabilidades sociais, para posterior intervenção em saúde, focada nas necessidades individuais. Utiliza-se da Escala Coe-lho-Savassi, criada em 2003 e referenciada pela Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), como ferramenta de abordagem familiar, para identificação das sentinelas de risco, através da realização de visitas domicilia-res (Lorenzoni et. al,

2022). As sentinelas são treze; apresentam escores, que quando somados determinam o risco familiar: menor, médio, máximo (Bezerra et. al, 2022).

Neste sentido, o estudo propõe-se responder às questões norteadoras: quais as vulnerabilidades sociais apresentadas pela família avaliada? Qual o risco social dessa família? Qual a importância da equipe de saúde na abordagem e avaliação dessas vulnerabilidades? Quais as contribuições da equipe de saúde para o manejo da problemática em questão? Assim, o objetivo do estudo é relatar a experiência durante a aplicação da estratificação de risco de uma família com histórico de violência doméstica.

2. Metodologia

Trata-se de um relato de experiência, baseado em um estudo de caso, do módulo “Atenção integral à Saúde da Família, presente no Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú. Foi realizado no mês de novembro de 2020, na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Raimundo Melquades da Costa (UBS Centro), em Ipueiras, Ceará.

Relato de experiência é uma ferramenta que serve para descrever uma situação ou evento vivenciado pelo pesquisador. Utilizado para compartilhar informações, ensinamentos e reflexões sobre ações realizadas. É baseado em fatos, o que os torna confiáveis e autênticos. Deve ser claro, conciso e eficaz, sem julgamentos ou opiniões (Aquino, 2023). Nesse aspecto, o RE ele traz consigo uma maneira de enxergar a realidade de maneira direta e individual pelo profissional, possibilitando uma maneira impessoal dos mais diversos aspectos e necessidades seja a nível individual, familiar e comunitário (Mussi, Flores & Almeida, 2021). Desse modo, Yin (2010) aponta que essa modalidade pesquisa de trata de um estudo empírico que lida com o cotidiano em saúde, trazendo contexto reais e diretos conseguindo seu espaço e relevância dentro da comunidade científica.

A família participante foi escolhida em discussão com a equipe de saúde da UBS supracitada. Entre os casos descritos por uma Agente Comunitária de Saúde (ACS), selecionamos a que apresentava inúmeros critérios de vulnerabilidade: drogadicção, desemprego, analfabetismo, comorbidades (diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica), comportamento sexual de risco e história de sofrimento mental prolongado.

As informações foram colhidas através de observação e de entrevista, baseada num roteiro semiestruturado. Os resultados foram organizados e distribuídos através da descrição da tipologia familiar e estratificação de risco, que utilizou como ferramenta de abordagem e avaliação a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (ERF – CS). Essa escala possibilita a definição do risco social, a partir da identificação de determinadas sentinelas ou escores, que podem interferir no bem-estar da família investigada. É uma ferramenta que funciona para o diagnóstico situacional e priorização das visitas domiciliares (Santana & Silva, 2022).

A ERF – CS trabalha com as seguintes sentinelas e escore de risco: acamado (3), deficiência física (3), deficiência mental (3), baixas condições de saneamento (3), desnutrição grave (3), drogadicção (2), desemprego (2), analfabetismo (1), menor de 6 meses de idade (1), maior de 70 anos de idade (1), hipertensão arterial sistêmica (1), diabetes mellitus (1), relação cômodo/morador maior que 1 (3), cômodo/morador igual a 1 (2), cômodo/morador menor que 1 (0). A partir da soma dos escores de cada família, classificam-se em: R1, risco menor – 5 e 6; R2, risco médio – 7 e 8; R3, risco máximo – acima de 9 (Monteiro et. al, 2021).

O relato de experiência obedeceu aos princípios éticos (autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça), existentes na resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sobre pesquisas envolvendo seres humanos, e tudo foi realizado de acordo com o consentimento livre e esclarecido dos participantes.

3. Resultados e Discussão

A família participante do relato de experiência é classificada como nuclear, formada por pai, mãe e irmãos. Essa tipologia familiar foi reconhecida pelo Supremo Tribunal Federal, em 2011. Todavia, termina por desconsiderar os outros tipos de famílias, atuando na manutenção de opressões sistemáticas, apoiadas pelo ambiente político-legislativo (FREIRE, 2020).

A família em questão é constituída por oito membros, pais, filhos e netos (FTS, 69 anos; FET, 57 anos; ACSS, 42 anos; JFSS, 39 anos; FLSS, 19 anos; DMSF, 14 anos; MESF, 13 anos; FMSF, 9 anos). Reside em domicílio alugado, de alvenaria, com rede de água e esgoto e energia elétrica, fogão a gás, distribuído em oito cômodos (três quartos, banheiro, cozinha, sala de estar, área de serviço e quintal). Apresenta baixa condição socioeconômica, pouco vínculo com a Estratégia Saúde da Família e fragilidade psicossocial.

FTS (caso-índice) é aposentada, analfabeta, tabagista pesada (quinze cigarros por dia; fuma desde os 10 anos), diabética, hipertensa, com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), resultado do uso prolongado e abusivo de cigarro. Medicamentos em uso: metformina 500 mg, 2cp de 8/8 horas; losartana 50mg, 2cp/dia (manhã); nortriptilina 25mg, 2cp/dia (noite); longactil 25mg, 2cp/dia. Mãe de ACSS, JFSS, FLSS. História de violência doméstica, sofrida pelo ex-companheiro, o que resultou em um tratamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS 1), do município de Ipueiras – Ceará, durante o período de um ano (2015-2016).

FTS foi vítima de violência doméstica por anos, que resultou no desenvolvimento de um Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Passou a apresentar sintomas ansiosos e depressivos. Foi acolhida e triada pela equipe de referência do CAPS 1, que determinou acompanhamento com psiquiatra, psicólogo, assistente social e enfermagem. Recebeu prescrição de psicotrópicos, associada aos outros serviços. Permaneceu em acompanhamento psicossocial por um ano e, logo depois, abandonou o tratamento, pois não conseguiu vincular-se ao serviço.

FET é marchante (negocia gado para açougues), analfabeto, tabagista pesado (vinte cigarros por dia; fuma desde os 20 anos), ex-etilista (consumo cessado há 23 anos). Vive em união estável com FTS. São pais de FLSS. Os dois são primos de segundo grau.

ACSS é alfabetizado, ensino fundamental incompleto, fumante e etilista, resistente a tratamento de saúde (história de nódulos corporais há dez anos). No momento, desempregado. JFSS é alfabetizado, ensino fundamental incompleto, fumante, etilista (desde os 17 anos), ex-presidiário (cumpriu pena de oito anos de prisão, 2009-2017). Apresenta comportamento sexual de risco (relação sexual com várias parceiras, sem uso de preservativo). No momento, desempregado. FLSS é estudante, alfabetizado. DMSF, estudante, alfabetizada. MESF, estudante, alfabetizada. FMSF, estudante, analfabeto. Os três jovens citados (DMSF, MESF, FMSF) são filhos de JFSS e netos de FTS.

A partir das informações coletadas, utilizou-se a escala de Coelho-Savassi para ser avaliado o risco familiar, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Estratificação de risco da família de uma idosa.

Dados da ficha A (sentinelas de risco)	Definições das sentinelas de risco	Escore de risco	Pontos
Acamado	Toda pessoa restrita ao próprio domicílio, por qualquer inabilidade e/ou incapacidade de locomover-se por si só a centros de atenção à saúde.	3	-
Deficiência física	Condição física de duração longa ou permanente que dificulta ou impede uma pessoa da realização de atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou lazer.	3	-
Deficiência mental	Condição mental de duração longa ou permanente que dificulta ou impede uma pessoa da realização de certas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou lazer.	3	-
Baixas condições de saneamento	Saneamento constitui o controle dos fatores do meio ambiente, que podem ou não exercer efeitos deletérios sobre o bem estar físico, mental ou social.	3	-
Desnutrição grave	Percentil < 0,1 ou peso muito baixo para a idade.	3	-
Drogadição	Utilização compulsiva de drogas lícitas ou ilícitas, que possam causar dependência química.	2	8
Desemprego	Situação na qual a pessoa não esteja exercendo ocupação (não incluir férias, licenças ou afastamentos temporários). Trabalho doméstico é considerado ocupação, mesmo sem ser remunerado.	2	4
Analfabetismo	Pessoa que não sabe ler, nem escrever, no mínimo, um bilhete; apenas assina o nome.	1	3
Menor de seis meses	Lactente com idade até 5 meses e 29 dias.	1	-
Maior de setenta anos	Pessoa com 70 anos completos.	1	-
Hipertensão arterial sistêmica	Pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, de pessoas que não fazem uso de anti-hipertensivos.	1	1
Diabetes Mellitus	Grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e que atingem olhos, rins, cérebro, coração e vasos sanguíneos.	1	1
Relação morador/cômodo	Número de cômodos dividido pelo número de moradores do domicílio. Cômodo: todo compartimento integrante do domicílio, exceto, corredores, alpendres, varandas abertas, garagens, depósitos).	> 1 - 3 = 1 - 2 < 1 - 0	2
Total			19

Fonte: Coelho, Savassi (2004).

O escore total foi 19, ou seja, a família estudada apresenta risco máximo. A partir do resultado encontrado, a equipe de saúde poderá dispensar um cuidado efetivo e atenção qualificada a essa família. Lima, Lopes, Jacome (2019) complementam dizendo que achados da escala priorizam as visitas domiciliares de acordo com o grau de risco familiar e em microáreas de maior necessidade. Assim, estratégias são elaboradas para direcionar o investimento de recursos humanos e financeiros de acordo com as necessidades da comunidade, possibilitando uma atenção de qualidade. Todavia, para que isso aconteça, é necessário conhecer as vulnerabilidades existentes (condições socioeconômicas desfavoráveis, desemprego, histórico de violência doméstica de gênero, transtorno mental associado a outras comorbidades).

O conceito de vulnerabilidade social baseia-se em dificuldades econômicas e fragilidades nas relações, convivência comunitária, acesso à saúde e educação prejudicados, condições de habitação precárias (Benatti et. al, 2020). As dificuldades econômicas citadas surgem, na maioria das vezes, como resultado do desemprego, uma problemática social que acarreta efeitos pessoais, familiares e profissionais negativos, induzindo alterações psicológicas, comportamentais e físicas, e a busca por estratégias de enfrentamento (Pagano, 2020).

A pobreza é uma vulnerabilidade social que afeta milhares de pessoas, no Brasil, inclusive a família em estudo. Dificuldades financeiras, condições precárias de vida terminam por dificultar o acesso aos serviços de saúde. Recursos públicos

limitados não permitem a disponibilização efetiva e de qualidade dos serviços de saúde à população pobre. Como famílias com dificuldades financeiras podem dispor de acesso a medicamentos que não estão disponíveis em uma Unidade Básica de Saúde, devido à falta de recursos públicos? Essa é uma indagação trazida por Pitombeira, Oliveira (2020). A pobreza também aumenta o número de evasões escolares. Jovens terminam por deixar os estudos para trabalhar. A família de FTS é um exemplo dessa problemática. O caso-índice e o companheiro são analfabetos. Os filhos de FTS apresentam ensino fundamental incompleto. JFSS acabou se envolvendo com o crime, devido condições financeiras precárias, e foi detido, privando-se de liberdade por anos. Nogueira et al. (2022) destaca a influência da vulnerabilidade social com o uso abuso de bebidas alcoólicas e outras drogas e o cometimento de crimes e outras violências, como a doméstica.

A violência doméstica de gênero é um problema de saúde pública. No Brasil, foi constatado que uma a cada cinco mulheres já foi espancada pelo companheiro, em algum momento da vida. Essa forma de violência não é somente física, mas também pode ser sexual, psicológica, patrimonial e moral; traz danos à saúde mental, causando sintomas depressivos, ansiosos, de estresse pós-traumático, além de dificuldades no sono e até tentativas de suicídio. Um dos transtornos mais comum é o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). O TEPT pode vir associado à depressão ou ansiedade generalizada. Os efeitos negativos do transtorno citado são sintomas somáticos, como cefaleia, desconforto gastrointestinal, má digestão, tremores, além de cansaço físico e dificuldades de concentração (Romão et. al, 2019).

O TEPT é caracterizado como uma síndrome decorrente da exposição a situações traumáticas e críticas; está ligado a fatores biológicos, psicológicos e estressores. Estima-se que as taxas de TEPT em vítimas de violência doméstica variem entre 45 e 60%. Como uma estratégia para lidar com situações de violência doméstica de gênero, foi criada a Lei Maria da Penha, que surgiu através de uma luta por igualdade e dignidade humana e contra a subordinação feminina. A referida Lei nº 11.340/2006 foi responsável pela criação de delegacias especializadas no atendimento às mulheres violentadas, vítimas de agressões no âmbito doméstico (pelo companheiro), ou no âmbito familiar (por parentes), o que motivou o aparecimento de centros e abrigos para o acolhimento das vítimas (Dias et al., 2022).

A violência doméstica de gênero é um problema que deve ser enfrentado, como uma vulnerabilidade social que oferece riscos à saúde e a vida comunitária. Esse tipo de violência influencia os integrantes da família, de maneira direta ou indireta, causando consequências a curto, médio ou longo prazo. Neste sentido, é necessário o planejamento e desenvolvimento de ações de prevenção e intervenção, através de políticas articuladas que atendam a vítima de maneira integral, nos âmbitos econômico, social e psíquico (Souza & Silva, 2019).

A equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) pode contribuir com a família vulnerabilizada de inúmeras formas, com o intuito de atender as necessidades individuais e coletivas. As ações intervencionistas são: visitas domiciliares, a fim de realizar entrevista, observação e diagnóstico situacional; mediação de conflitos, através de ação conjunta com o serviço social; acompanhamento médico, de enfermagem, psicológico e nutricional (atendimento multidisciplinar); encaminhamento para serviços intersetoriais, de geração de emprego e renda. Essas narrativas podem ser confirmadas pelos autores citados abaixo.

Quirino et al. (2020) destaca a visita domiciliar (VD) como uma intervenção de excelência, incluída no cuidado integral à saúde, a fim de melhorar as condições de vida das pessoas acompanhadas, através do exercício de escuta, apoio, trabalhando a corresponsabilização no cuidado e o respeito à autonomia. A VD é uma ferramenta privilegiada para produção de saúde; serve para analisar vivências e interpretar de maneira crítica o que é experienciado.

Pinheiro et al. (2019) estabelecem um roteiro a ser observado, durante a VD. É necessário responder algumas perguntas: quando visitar? Qual a frequência das VD na agenda de uma equipe? Como visitar? Qual integrante da equipe deve realizar as visitas? Por que visitar? Quem visitar? É importante definir-se um horário adequado; a quantidade de visitas durante a semana; o meio de transporte para o deslocamento; qual profissional irá visitar, dependendo da demanda estabelecida; quem será visitado

(acamados, restritos ao lar, outros). A estratificação de risco familiar é relevante, neste sentido, pois serve para determinar, utilizando-se a Escala Coelho-Savassi, quais pessoas devem ser prioridade para VD da equipe de saúde.

A mediação de conflitos surge como uma atividade que visa à preservação de relacionamentos, laços parentais; facilita o processo de comunicação intrafamiliar; oportuniza às pessoas a possibilidade do diálogo e resolução dos problemas enfrentados; permite a reflexão sobre as causas da origem do conflito; é uma das ferramentas utilizadas pela cultura de paz e combate à violência. O assistente social age na mediação de conflitos, de maneira imparcial e neutra, analisando situações particulares e realizando encaminhamentos para a rede socioassistencial, a fim de assegurar direitos fundamentais e sociais (Horst & Tenorio, 2019).

Os profissionais da ESF trabalham com ações de promoção à saúde e prevenção de doenças ou complicações, de maneira multidisciplinar, realizando educação em saúde, atuando com planejamento e resolutividade. Para isso acontecer, é necessário a manutenção de recursos públicos, capacitação e atualização profissional (Pinto et al, 2019). No que tange à família de FTS, a equipe multidisciplinar pode contribuir com ações direcionadas aos problemas de cada um; o médico, no controle das comorbidades de FTS, no tratamento do tabagismo e etilismo de JFSS e ACSS; a enfermagem, orientando sobre a administração correta dos medicamentos de FTS; a psicologia, no acompanhamento terapêutico; a nutricionista, no desenvolvimento de dietas, de acordo com as condições financeiras da família. Ambos os profissionais atendem separados e discutem em conjunto, visando o bem-estar da família de FTS.

Famílias vulnerabilizadas, como a de FTS, necessitam de apoio para melhoria dos meios de subsistência. O assistente social que atua na ESF pode ajudar, realizando encaminhamentos para setores de geração de emprego e renda. Santos (2022) entende que pessoas vulnerabilizadas quando recebem apoio e o encaminhamento para o mercado de trabalho sentem-se acolhidas e pertencentes à sociedade. Famílias com emprego e renda melhoram suas condições de vida e saúde. É destacado, ainda, o papel do serviço social na ESF, auxiliando na construção da cidadania e no empoderamento de famílias em vulnerabilidade social.

Assim, a estratificação de risco familiar é destacada como uma ferramenta eficaz, criada para direcionar as VD aos grupos com maiores vulnerabilidades sociais e necessidades de saúde e facilitar as ações de educação em saúde na ESF. Os profissionais de saúde utilizam-na para abordagem e avaliação de famílias, visando a melhoria das práticas em saúde.

4. Considerações Finais

O relato de experiência possibilita mostrar vivências em saúde, destacando ações e os recursos utilizados, como a Estratificação de Risco Familiar (ERF) e evidenciando possíveis estratégias para mudança de realidades, como a da família de FTS. A ERF é uma ferramenta desenvolvida para o diagnóstico de situações de vulnerabilidades sociais; utiliza a Escala Coelho-Savassi para definir quais famílias devem ser priorizadas, durante as visitas domiciliares, ao mostrar as fragilidades de cada uma, através de escores de risco.

A família de FTS apresenta as seguintes sentinelas de risco: comorbidades – hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus; drogadição – etilismo, tabagismo; analfabetismo; desemprego; relação morador/cômodo deficiente. Associada a essas sentinelas, existe o histórico de violência doméstica sofrida por FTS, durante anos, o que resultou no aparecimento de um Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). O escore total foi 19, ou seja, apresenta risco máximo. A partir do resultado exposto, a equipe de saúde deve realizar ações de educação e intervenção em saúde, com o intuito de resolver os problemas encontrados, melhorando, neste sentido, as condições biopsicossocioculturais da família.

As ações intervencionistas disponibilizadas são: visitas domiciliares (VD), a fim de realizar entrevista, observação e diagnóstico situacional; mediação de conflitos, que pode ser trabalhada pelo assistente social; acompanhamento multidisciplinar

com profissionais de medicina, de enfermagem, psicologia e nutrição, para resolução de problemas individuais e coletivos; e o encaminhamento para serviços intersetoriais, de geração de emprego e renda.

A VD funciona como um recurso responsável pela aproximação da equipe de saúde com a família estudada e posterior identificação das necessidades apresentadas. É organizada da seguinte maneira: seleção de famílias; definição do dia, horário, frequência de visitas, profissional de saúde e meio de transporte utilizado. A mediação de conflitos é utilizada quando as relações intrafamiliares ficam comprometidas, impossibilitando a resolução própria, sem influências externas; assegura os direitos fundamentais e sociais. A geração de emprego e renda é uma estratégia eficiente que proporciona inserção no mercado de trabalho e, também, a construção da cidadania e empoderamento individual e coletivo. O atendimento multidisciplinar configura-se como um meio de discussão de casos, planejamento e desenvolvimento ações intervencionistas separadas (de cada área) e conjuntas.

O estudo apresenta algumas limitações: dificuldade de adesão de famílias em estratégias de cuidado que envolvam seus pares, lidando com suas relações intrafamiliares, o que interfere na promoção da integralidade do cuidado; necessidade de uma integração maior com os serviços assistenciais, como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), fortalecendo as práticas intersetoriais.

Assim, é importante frisar a necessidade do emprego de ferramentas, como a Escala Coelho-Savassi, a fim de realizar uma ERF que identifique as vulnerabilidades sociais existentes e que as mesmas possam ser trabalhadas, de maneira eficaz, pela equipe de saúde. É necessário o desenvolvimento de mais estudos que abordem a referida temática, a fim de elucidar lacunas e desse modo, se obter resultados efetivos de vivências na Atenção Primária, ao se utilizar a ERF.

Referências

- Almeida, C. L., & Ferreira, K. C. A. (2021). A violência doméstica e familiar contra a mulher à luz da Lei Maria da Penha. *Revista Científica Multidisciplinar do CEAP*, 3(2), 9-9.
- Aquino, W. Regras ABNT. TCC de Sucesso, 2023. <https://regrasabnt.com.br/relato-de-experiencia/>.
- Benatti, A. P., Pereira, C. R. R., dos Santos, D. C. M., & de Paiva, I. L. (2020). A maternidade em contextos de vulnerabilidade social: papéis e significados atribuídos por pais e mães. *Interação em psicologia*, 24(2).
- Bezerra, A. L. D., Macedo, M. B., de Medeiros, N. M. H., Sousa, N., & de Sousa, M. N. A. (2022). Risco familiar segundo a escala de Coelho e Savassi—análise em uma unidade básica de saúde do Nordeste. *Concilium*, 22(3), 20-32.
- Coelho, F. L. G., & Savassi, L. C. M. (2004). Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 1(2), 19-26.
- Costa, K. A., & Laport, T. J. (2019). Família e sociedade: uma análise sobre o processo do desenvolvimento humano. *Revista Mosaico*, 10(1).
- Dias, E. R. Uscocovich, K. J. S., & Lise, A. M. R. (2022). Transtorno de estresse pós-traumático em mulheres que sofrem violência doméstica na cidade de Cascavel-PR. *Research, Society and Development*, 11(17).
- Freire, P. D. F. S. (2020). Afetos possíveis: a representação de diferentes tipos de arranjos familiares na literatura brasileira contemporânea.
- Gonçalves, P. A., Rocha, N. D. O., & Ferreira, J. D. D. A. (2021). O impacto do estresse pós-traumático em mulheres vítimas de violência doméstica.
- Horst, C., & Tenorio, E. M. (2019). Reflexões sobre a inserção profissional de assistentes sociais na conciliação de conflitos e mediação familiar. *Serviço Social & Sociedade*, 308-326.
- Lima, J. C., Lopes, D. F., & Jacome, P. A. C. (2019). Tecnologia da informação aplicada à estratégia de saúde da família: uma nova maneira de realizar a estratificação de risco familiar (Bachelor's thesis, Universidade Federal do Rio Grande do Norte).
- Lima, K. C. M., Melo Rocha, M., Ernesto, M. D. L. G., & Pucci, S. H. M. (2022). Consequências psicológicas da violência doméstica sofrida por mulheres: uma revisão bibliográfica. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 8(1), 430-453.
- Lorenzoni, A. M. C., Baldissera, G. J., Busnello, M. B., & Castro, F. D. C. (2022). Aplicação da escala coelho-savassi na ESF Thomé de Souza como instrumento de estratificação de risco das famílias pertencentes à unidade. *Salão do conhecimento*, 8(8).
- Monteiro, W. F., dos Santos Castro, M., Ferreira, D. S., da Silva Sabino, A., Vilhena, B. J., Lima, K. J. V., ... & Costa, F. T. (2021). Sentinelas de risco familiar em uma Estratégia Saúde da Família de Manaus. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(2), 4416-4425.
- Moura, A. A. A. D. (2019). Famílias numerosas e não numerosas: estilos parentais e suporte social (Dissertação).

- Mussi, R. D. F., Flores, F. F., & Almeida, C. D. (2021). Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Práxis Educacional*, 17 (48), 60-77.
- Nogueira, Q. K. P., da Cruz, S. M., de Almeida, D. A., Alexandre, T. B., de Oliveira Alves, Y., & Carneiro, S. N. V. (2022). Fracasso escolar e vulnerabilidade social: a relação e consequência no contexto psicológico. *Revista Expressão Católica*, 11(Especial), 121-132.
- Pagano, D. R. (2020). Desemprego, família e estratégias de enfrentamento: um estudo sobre os efeitos psicológicos e emocionais do desemprego em trabalhadores e seus familiares.
- Pinheiro, J. V., Ribeiro, M. T. A. M., Fiuza, T. M., & Junior, R. M. M. (2019). Ferramenta para avaliação e gestão da visita domiciliar na atenção primária à saúde: um relato de experiência. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 14(41), 1818-1818.
- Pitombeira, D. F., & Oliveira, L. C. D. (2020). Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. *Ciência & saúde coletiva*, 25, 1699-1708.
- Quirino, T. R. L., Jucá, A. L., da Rocha, L. P., Cruz, M. S. S., & Vieira, S. G. (2020). A visita domiciliar como estratégia de cuidado em saúde: reflexões a partir dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. *Revista sustinere*, 8(1), 253-273.
- Revisão Sistemática/Mental Health of Women in Domestic Violence Situation in Brazil: A Systematic Review. ID on line. *Revista de psicologia*, 13(47), 293-305.
- Romão, L. M. V., Feitosa, P. W. G., Vieira, J. G., Linhares, S. V. R., de Brito, C. L., Gurgel, L. C., ... & Brito, E. A. S. (2019). Saúde Mental de Mulheres em situação de Violência Doméstica no Brasil: Uma
- Santana, A. C. C. S. (2019). Desafios da atenção à violência doméstica pela equipe da estratégia de saúde da família. *Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-SERGIPE*, 5(3), 215-215.
- Santana, L. S. da V. & Silva, E. A. da. (2022). Implantação da estratificação de risco familiar em unidade de saúde. *Revista Recien - Revista Científica De Enfermagem*, 12(37), 435-441.
- Santos, E. H. S. E. D. (2022). A atuação da (o) assistente social na atenção básica em saúde: uma inserção necessária. Trabalho de conclusão de curso; UFPB.
- Souza, M. B., & Silva, M. F. S. D. (2019). Estratégias de enfrentamento de mulheres vítimas de violência doméstica: uma revisão da literatura brasileira. *Pensando famílias*, 23(1), 153-166.
- Yin, R. K. (2010). Estudo de caso: planejamento e métodos. (4a ed.). *Artmed Editora S/A*.