

Conhecimento e aplicabilidade da classificação familiar como estratégia de enfrentamento às iniquidades: a experiência do trabalhador da saúde

Belkiss Rolim Rodrigues Fracon¹ (ORCID: 0000-0003-4789-8623) (belkissrodrigues@hotmail.com)

Luciana Cisoto Ribeiro¹ (ORCID: 0000-0002-1830-7153) (lcisoto@fmrp.usp.br)

Janise Braga Barros Ferreira¹ (ORCID: 0000-0001-7480-937X) (janise@fmrp.usp.br)

Luciane Loures dos Santos¹ (ORCID: 0000-0002-2585-1544) (luloures@fmrp.usp.br)

¹ Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

Resumo: **Modelo de estudo:** Estudo descritivo qualitativo. **Objetivo:** analisar o conhecimento e a aplicabilidade da classificação familiar pelos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família como estratégia de enfrentamento das iniquidades em saúde. **Metodologia:** Foram entrevistados 35 trabalhadores e realizada análise temática. **Resultados:** A maioria (91%) conhecia as Classificações das Famílias, utilizava alguma estratégia de priorização da assistência e 52% as aplicavam na prática. Cinco núcleos de sentido formaram o Grande Tema “A experiência dos profissionais de saúde na utilização da Classificação das Famílias”. As principais vantagens foram a identificação de vulnerabilidades favorecendo a priorização do cuidado e do acesso e as dificuldades relacionadas à falta de tempo, desconhecimento e inexperiência em sua utilização. **Conclusão:** As Classificações das Famílias facilitam a identificação de famílias vulneráveis e favorecem uma atenção mais equânime.

► **Palavras-chave:** Vulnerabilidade em saúde. Estratégia Saúde da Família. Equidade no acesso aos serviços de saúde. Trabalhadores de saúde. Características da família.

Recebido em: 09/08/2021 Revisado em: 25/02/2022 Aprovado em: 02/08/2022

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202333015>

Editora responsável: Jane Russo Pareceristas: Lucieli Chaves e Jane Russo

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma política de reordenação da Atenção Primária à Saúde (APS), que tem como objetivo garantir a universalidade do acesso, um direito constitucional do cidadão brasileiro. Atualmente, responde pelo atendimento de mais de 133 milhões de pessoas, por meio de 43 mil equipes de saúde em todo o país e sua expansão tem possibilitado maior acesso aos serviços de saúde, redução da mortalidade por condições de saúde sensíveis à APS, hospitalizações desnecessárias e redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2020a; MACINKO; MENDONÇA, 2018). A ESF é desenvolvida por uma equipe multiprofissional, que atua em um território adstrito, com população definida e prestação de atenção integral, em todas as fases do ciclo de vida, por meio de ações individuais e coletivas na unidade de saúde, nos equipamentos sociais e também nos domicílios (BRASIL, 2017).

As diretrizes nacionais atuais que regulamentam o financiamento federal do custeio da APS consideram, para repasse financeiro, o número de pessoas cadastradas por equipe da ESF, modalidade denominada “capitação ponderada”, a situação de vulnerabilidade das famílias, os extremos das faixas etárias e a classificação dos municípios em rural ou urbano (BRASIL, 2019). Embora o número de pessoas por equipe seja definido pelos gestores, há um descompasso entre a demanda assistencial e a capacidade de atuação das equipes. Dados da literatura apontam a sobrecarga de trabalho a qual os profissionais têm sido submetidos, simultaneamente à existência de um território superestimado, dificultando a prestação do cuidado (PIRES *et al.*, 2016). Logo, é preciso a reorganização do processo de trabalho para conciliar as necessidades de saúde das famílias, o atendimento de qualidade e o alcance das metas estabelecidas pela gestão.

Com esse propósito, trabalhadores da APS dispõem de instrumentos de abordagem comunitária e familiar para planejamento e organização da assistência. A visita domiciliar (VD) e a territorialização podem identificar singularidades da área, pois apesar de viverem em um mesmo território, o contexto é ativo e díspar, o que exige dos trabalhadores da saúde, análises das dimensões sociais e individuais para identificar vulnerabilidades que podem expressar os potenciais de adoecimento/não adoecimento (AYRES *et al.*, 2016).

A partir deste diagnóstico, as equipes, por meio de ações programáticas, podem priorizar os atendimentos às famílias em maior vulnerabilidade e produzir ações

mais equânimes que promovam o vínculo, ampliem o acesso e diminuam as desigualdades sociais evitáveis e injustas (AYRES *et al.*, 2016; FERREIRA *et al.*, 2021; ALBRECHT; ROSA; BORDIN, 2017).

A abordagem familiar, atributo da APS, deve ser utilizada para estratificar as famílias quanto a sua estrutura, dinâmica e situação de maior ou menor vulnerabilidade, de acordo com variáveis socioeconômicas, individuais, biológicas e contextuais encontradas durante o cadastramento, nas visitas domiciliares, nos atendimentos clínicos e nos sistemas de informação (BRASIL, 2003; BRASIL, 2020b; FRANÇA; BEZERRA; CURADO, 2017). Esta estratificação está disponível na literatura nacional por meio de escalas e escores que podem favorecer a organização da assistência (VIEIRA *et al.*, 2001; COELHO; SAVASSI, 2004; NASCIMENTO *et al.*, 2010; MINAS GERAIS, 2009). Embora sejam reconhecidas como ferramenta auxiliar na identificação de prioridades em saúde, pouco se sabe sobre sua aplicabilidade em serviços de saúde.

Para promover a universalidade do acesso, é essencial incorporar tecnologias que auxiliem as equipes a identificar as pessoas e famílias em situação de maior vulnerabilidade, no sentido de ter a equidade como princípio norteador, a fim de apreciar e julgar cada situação com retidão, imparcialidade e justiça (GRANJA; ZOBOLI; FRACOLLI, 2013). Entretanto, com as mudanças das normativas nacionais referentes ao financiamento, organização, estrutura e sistema de informação, há uma escassez de estudos sobre a utilização destas escalas pelos serviços de saúde ou de construção de novos instrumentos (FRANÇA; BEZERRA; CURADO, 2017). Desta forma, este estudo teve como objetivo analisar o conhecimento e a aplicabilidade da classificação familiar pelos trabalhadores da ESF para o enfrentamento das iniquidades em saúde.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva. O percurso metodológico foi composto pela seleção da amostra, construção e adequação do instrumento de pesquisa após aplicação do pré-teste, realização das entrevistas, além da análise de conteúdo na vertente temática (BARDIN, 2016) e quantitativa dos dados.

Foram selecionadas as cinco Unidades de Saúde da Família (USF) que possuíam mais tempo de atuação e experiência na assistência, do município de Ribeirão Preto,

São Paulo, constituídas por profissionais de saúde com capacitação em Saúde da Família e que tiveram a oportunidade de conhecer ou utilizar a Classificação das Famílias (CF) durante a sua formação. Optou-se pela amostra de conveniência pelas características singulares destas unidades de saúde frente ao universo do município, aliada aos critérios de inclusão e exclusão. Todos os trabalhadores de saúde (n=50) que compunham a equipe mínima destas USF foram convidados a participar da pesquisa. Eram elegíveis cinco médicos, cinco enfermeiros, 14 auxiliares de enfermagem e 26 agentes comunitários de saúde (ACS), sendo excluídos aqueles que estavam de férias ou afastados durante a coleta dos dados. Os cirurgiões-dentistas não foram convidados, pois nem todas as USF contavam com este profissional em sua equipe.

Foi realizado um pré-teste pelo mesmo pesquisador, já conhecido pelas equipes de saúde, nos meses de julho e agosto de 2017, que resultou na adequação do instrumento de pesquisa. Foram incluídas questões disparadoras para estimular o diálogo com os participantes e aprofundar o discurso sobre sua percepção, entendimento e opinião em relação aos tópicos abordados e proporcionar uma análise mais profícua. Essas alterações no instrumento, durante o processo de pesquisa, são parte dos preceitos da análise qualitativa, uma vez que podem emergir temas não previstos, quando da elaboração do projeto (BARDIN, 2016). O roteiro semiestruturado final continha 14 questões fechadas e 17 disparadoras, relacionadas ao perfil do profissional, à caracterização da USF, à experiência dos trabalhadores na ESF, à realização de visita domiciliar e ao conhecimento e utilização das CF famílias na prática da Unidade e, por fim, aos desafios para utilização e sugestões para melhora do instrumento.

Os 35 trabalhadores incluídos na pesquisa foram contatados por telefone para agendamento das entrevistas realizadas de janeiro a junho de 2018, em local, dia e horário escolhidos por eles. Para preservação do sigilo, as entrevistas foram realizadas individualmente nos consultórios das respectivas USF, após a leitura, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. As entrevistas foram gravadas e transcritas pelo mesmo pesquisador, garantindo-se a homogeneidade na coleta dos dados e tiveram uma duração de 15 a 30 minutos.

Para analisar a experiência dos profissionais de saúde e sua percepção quanto a utilização das CF utilizou-se a análise de conteúdo, na vertente temática (BARDIN, 2016). A pré-análise, executada pela pesquisadora e quatro docentes com experiência

na área, consistiu na transcrição e leitura fluente do material produzido. Para a formação do *corpus* utilizou-se a regra da exaustividade. Os participantes foram numerados de um a 35, conforme a sequência das entrevistas e categorizados por cores segundo sua profissão e a USF. As respostas das questões disparadoras compuseram uma matriz de análise formada pelo significante, seu significado, os núcleos de sentidos (quantificados por frequência simples) que resultaram em três grandes temas. O grande tema “A experiência dos profissionais de saúde na utilização da Classificação das Famílias”, objeto deste manuscrito, após tratamento dos resultados e inferência dos achados, foi interpretado de acordo com o emissor, a mensagem, o código e a significação (BARDIN, 2016).

O perfil dos participantes foi analisado por meio de estatística descritiva e aplicado o Teste Exato de Fisher para comparar a proporção da utilização de instrumentos de CF segundo USF e categoria profissional. Este artigo, fruto de uma dissertação de mestrado (FRACON, 2019), seguiu as diretrizes do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* – COREQ (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (1.433.212).

Resultados e Discussão

Dos 50 trabalhadores das cinco USF, 35 aceitaram participar e 15 estavam afastados ou em período de férias. Todos os médicos possuíam residência em Medicina de Família e Comunidade, 60% das enfermeiras especialização em Saúde da Família, 94,1% dos ACS realizaram o Treinamento Introdutório em Saúde da Família e nenhum auxiliar ou técnico de enfermagem referiu ter realizado curso ou treinamento específico para atuar na ESF (Tabela 1). O tempo médio de atuação dos profissionais em equipes da ESF foi de 6 anos, variando de 3 meses até 16 anos e na equipe atual foi de 5 anos, entre os quais, a equipe de enfermagem apresentou menor tempo de vinculação.

Tabela 1. Perfil dos profissionais da Estratégia Saúde da Família entrevistados, Ribeirão Preto, 2018

Variáveis	N	%
<i>Unidade de Saúde da Família</i>		
A	6	17,1
B	7	20,0
C	6	17,1
D	7	20,0
E	9	25,8
<i>Sexo</i>		
Feminino	28	80,0
Masculino	7	20,0
<i>Faixa etária</i>		
≤ 40 anos	16	45,7
> 40 anos	19	54,3
<i>Ocupação</i>		
Médico	5	14,3
Enfermeiro	5	14,3
Auxiliar de Enfermagem	7	20,0
ACS	18	51,4
<i>Tempo na equipe atual (Média em anos)</i>		
Médico	5	6,8
Enfermeiro	5	4,1
Auxiliar de Enfermagem	7	4,1
ACS	18	5,7

Fonte: elaboração própria.

O perfil dos entrevistados assemelha-se às pesquisas nacionais, que apontam uma crescente feminização dos profissionais de saúde, incluindo os médicos de família e comunidade. Por outro lado, diferem em relação à idade, pois os dados nacionais apontam profissionais mais jovens, em sua maioria com menos de 35 anos

(BARBOSA *et al.*, 2019; SCHEFFER, 2020). O nível de capacitação especializada (Residência médica, Especialização e Treinamento) foi maior quando comparada à realidade nacional (SCHEFFER, 2020).

O tempo de atuação na ESF aponta maior estabilidade e menor rotatividade entre os médicos e os ACS, diferente do panorama nacional onde se observa maior flutuação e dificuldade de fixação dos profissionais (PIERANTONI *et al.*, 2015).

Quanto à abordagem comunitária, os participantes referiram realizar VD, em média, três dias por semana. Os ACS realizavam, semanalmente, cerca de quatro VD, seguido dos auxiliares de enfermagem com uma média de três vezes e médicos e enfermeiros de uma a duas vezes. Tais achados corroboram dados encontrados na literatura onde ACS de todas as regiões do país relataram a realização de VD em cinco ou mais turnos durante a semana (NUNES *et al.*, 2018). Os médicos entrevistados apontaram a importância da consulta domiciliar e acrescentam que as VD têm o papel de auxiliar na abordagem familiar, no reconhecimento do território como também na busca ativa de usuários:

[...] busca ativa de pacientes de alguns casos, visitas também para conhecer as famílias, para ver direito as condições de moradias, condições econômicas do paciente. (Med 5)

[...] também são feitas para se conhecer a casa, a dinâmica familiar, uso das medicações, as necessidades dos acamados e as prioridades que vão surgindo, além do quadro de prioridades. (Med 2)

Dentre os entrevistados, 48,6% relataram que utilizam algum instrumento para organizar o processo de trabalho e priorizar visitas às famílias que demandam maior atenção. Estes instrumentos podem ser elaborados pela própria equipe, como o quadro de acamados, com base em informações trazidas pelas famílias e pelos profissionais na discussão de casos, por meio da análise do grau de dependência das atividades de vida diária, ou mesmo a partir de prioridades sugeridas pelo Ministério da Saúde. Segundo Nunes (2018), 80,9% dos ACS entrevistados referiram ter critérios para a realização de VD, como dificuldade de locomoção do paciente, ser gestante, portador de doença crônica e a idade (idosos e menores de 2 anos).

A gente tem uma classificação de risco, né? Então a gente sempre fica mais atento ao hipertenso, diabético, idoso, em geral, crianças, gestantes, criança até 24 meses. A gente está sempre mais atento a essas famílias. (ACS 8)

[...] às vezes eu faço visitas também pra verificar a situação da família, quando tem algum... idoso vulnerável, uma pessoa na casa que tenha alguma vulnerabilidade, também faço visitas. (Enf 1)

A maioria (91%) dos entrevistados conhecia alguma CF e mais da metade dos profissionais (52%) referiram que as utilizavam para colaborar no processo de trabalho e identificar as famílias em maior situação de vulnerabilidade. Sua aplicabilidade variou de acordo com a USF estudada, os participantes que utilizavam estavam distribuídos em três das cinco USF participantes. Destaca-se que na USF C todos os entrevistados utilizam alguma CF, seguida pela USF D e E, onde mais de 50% dos participantes declararam fazer o seu uso, contudo em outras duas, ninguém declarou seu uso sistematizado.

A classificação das cores, criada em 2001 no município de Ribeirão Preto/SP como um roteiro para classificação de famílias, foi citada por 91,4% dos trabalhadores e 62,5% utilizavam na sua prática diária. Este instrumento utiliza cores (vermelha, amarela, verde ou azul) para estratificar as famílias, segundo o grau de vulnerabilidade, de indicadores e marcadores de saúde, considerando também suas comorbidades como doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis, neoplasias, transtornos mentais, assim como situações de violência doméstica, uso de drogas ilícitas, desemprego, entre outras variáveis (VIEIRA *et al.*, 2001). Percebe-se a grande disseminação e emprego dessa classificação entre os participantes, refletindo uma sistematização da avaliação de risco familiar apoiada em um referencial teórico.

A Escala de Risco Familiar, criada por Coelho e Savassi (2004), foi citada por 60% dos participantes. Trata-se de um instrumento baseado na ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que permite, a partir de um escore, estratificar as famílias como possuidoras de maior ou menor risco (BRASIL, 2003; COELHO; SAVASSI, 2004). É um instrumento de abrangência nacional e adotado pela gestão municipal local para monitoramento do risco familiar, com o acesso facilitado para as equipes por meio de uma plataforma digital.

Cerca de um quarto dos entrevistados informou que conhecia uma escala utilizada pela secretaria de saúde de Minas Gerais, que classificava o grau de vulnerabilidade segundo a Determinação Social do Processo Saúde-Doença, utilizando informações socioeconômicas e clínicas obtidas da ficha A do SIAB, e dados referentes ao cadastramento do usuário (MINAS GERAIS, 2009). Sua menor utilização demonstra o caráter regional do referencial teórico.

A utilização da CF como ferramenta de trabalho para organizar as ações da equipe da ESF variou de acordo com a USF, mas sem diferenças significantes entre a idade e a categoria profissional. (Tabela 2). Apesar do conhecimento sobre

instrumentos de CF entre os participantes, destaca-se o achado de que algumas USF não usavam nenhum instrumento e dentre as que empregavam o uso não foi relatado por todos os membros da equipe.

Tabela 2. Utilização da classificação de família segundo a idade e a categoria profissional, Ribeirão Preto, 2018

Variável	Aplicação de CF		Total	<i>p</i> *
	Sim	Não		
<i>USF</i>				
A	0 (0%)	6 (100%)	6 (100%)	
B	0 (0%)	7 (100%)	7 (100%)	
C	6 (100%)	0 (0%)	6 (100%)	<0,01
D	4 (57%)	3 (43%)	7 (100%)	
E	7 (78%)	2 (22%)	9 (100%)	
<i>Faixa etária</i>				
≤40 anos	6 (38%)	10 (62%)	16 (100%)	0,31
>40 anos	11 (58%)	8 (42%)	19 (100%)	
<i>Ocupação</i>				
Médico	2 (40%)	3 (60%)	5 (100%)	
Enfermeiro	3 (60%)	2 (40%)	5 (100%)	
Auxiliar de Enfermagem	2 (29%)	5 (71%)	7 (100%)	0,71
ACS	10 (56%)	8 (44%)	18 (100%)	

* Teste Exato de Fisher

Fonte: elaboração própria.

Para compreender o contexto e as percepções dos participantes quanto ao uso das escalas de CF, utilizou-se da análise qualitativa dos dados, na vertente temática, a partir das mensagens emitidas pelas diferentes categorias profissionais, que compuseram cinco núcleos de sentido e formaram o grande tema “A experiência dos profissionais de saúde na utilização da Classificação das Famílias”. Os núcleos de sentido que integraram esse grande tema foram: Dificuldades de Aplicação da CF (27,2%); Utilização da CF na Assistência (21,2%); Vantagens de sua Utilização

(13,9%), Adequação do Instrumento à Prática (1,7%) e Falta de Clareza na Atribuição dos Profissionais (0,3%).

Os enfermeiros e os ACS foram os que mais utilizavam a CF em sua prática, entretanto, destaca-se na fala de um médico que a construção é um processo conjunto com a equipe:

A classificação das famílias no núcleo ela é basicamente feita por cores, verde, amarelo e vermelho e que é decidido basicamente na discussão de caso do cadastro da família, então quando o agente comunitário faz o cadastro da família e passa pra equipe na reunião é discutido as condições socioeconômicas, culturais e também a parte biológica, a parte clínica, uma forma sumária, basicamente vem do ponto de vista do agente comunitário, é uma discussão feita em cima das impressões, informações que o agente traz, da visita de cadastro, então assim a gente faz a avaliação da família, faz uma classificação e no decorrer do atendimento da família, a classificação pode mudar conforme a gente vai discutindo os casos, os atendimentos individuais, das visitas dos agentes, no decorrer do atendimento, do cuidado dessa família a gente também vai classificando conforme, é uma classificação dinâmica, basicamente é subjetiva e a equipe que decide a classificação como um todo, uma forma de consenso subjetivo. (Med 5)

A escala das cores, mais citada pelos participantes, apesar de ser caracterizada pela subjetividade, está amparada por indicadores biológicos, econômicos, sociais e culturais.

O núcleo de sentido “Vantagens de sua aplicação” que correspondeu a 13,9% do grande tema estudado, revelou que os profissionais reconhecem que as famílias estratificadas como mais vulneráveis, tendem a receber um número maior de visitas domiciliares, não só dos ACS, mas de toda a equipe. Tal ação pode contribuir na garantia do acesso aos serviços de saúde, pois nem sempre uma família estratificada com maior risco, se reflete na busca mais frequente pela unidade e pela assistência.

Eu acho que a vantagem é o agente ficar mais próximo dessa família... visitar com maior frequência ... trazendo os dados pra gente. Porque nem sempre uma família com classificação vermelha ela procura. Às vezes ela é hiperutilizadora, às vezes não...O bom da equipe inteira classificar junto e saber é porque a gente faz a busca ativa desde a recepção. A gente avisa “se fulano vir aqui” ... a gente fala “não manda embora, vai entrar.”. Pode ser que demore, seja no final do período né, porque a gente tem os outros agendados, mas ela vai ser atendida. (Med 2)

[...] se é uma paciente, que é uma família vermelha, a gente dá mais prioridade ao acesso. Todo mundo vai ter acesso [...] por exemplo, uma unha encravada numa família verde que ela pode voltar hoje à tarde [...] uma unha encravada numa família vermelha eu vou atender naquele momento através da demanda do paciente, daquilo que é necessidade dele pra chegar aonde eu quero [...] tem sorologia? Será que tem Papanicolau? [...] aí a gente traz o paciente pra perto da gente. (Med 2)

A CF pode então incluir famílias que estão à margem do sistema de saúde, de maneira a produzir oportunidades de acesso e prioridade do atendimento, reduzindo disparidades sociais (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017). Neste sentido, a estratificação das famílias identifica situações de vulnerabilidade seguindo critérios clínicos, sociais, culturais mais objetivos, facilitando a utilização de escores, comparação entre famílias e ultrapassando critérios subjetivos. Em áreas com contextos estruturais desfavoráveis, as variáveis individuais e sociais podem auxiliar a equipe a identificar aquelas com maior vulnerabilidade. Esta análise ampliada das condições de risco deve impactar na organização das práticas, influenciando a operacionalização da equidade em saúde (BARRAL *et al.*, 2021).

Desta forma, é fato que a CF pode auxiliar no planejamento das ações de uma equipe e em um atendimento mais equânime, desde o acolhimento, até a realização de VD mais frequentes.

Ahh, eu acredito que pra gente [...] garante o princípio da equidade (Enf 1)

Porque, acho, que se você tem uma área muito grande, a classificação ajuda muito. (Enf 2)

[...] eu acho que fica mais fácil pra gente conhecer as famílias, né? E fica mais fácil de construir o atendimento, e priorizar as demandas de cada uma, né? (Aux Enf 5)

Segundo França, Bezerra e Curado (2017), a Escala de Coelho e Savassi possibilitou eleger as visitas em microáreas mais vulneráveis, ainda que se faça necessário criar um espaço de discussão das prioridades de saúde a partir das necessidades da população (FRANÇA; BEZERRA; CURADO, 2017). Outra vantagem, segundo o ACS, relaciona-se ao fato que em muitos casos, a CF é uma construção conjunta e possibilita englobar a visão de diferentes profissionais em relação a uma mesma família, facilitando a construção de um diagnóstico familiar, sob diferentes perspectivas.

Eu acho fundamental, né? É... porque somos profissionais diferentes, com visões diferentes, com formações diferentes. (ACS 11)

A pluralidade de percepções dos diferentes trabalhadores da equipe da ESF pode enriquecer e identificar nuances que atenuam ou agravam os resultados das classificações, evidenciando a importância dos diferentes olhares na construção e execução desse trabalho (BRASIL, 2017). Ela também auxilia na organização das atividades dos ACS, como por exemplo a CF segundo cores, pois elas norteiam a ordem e a frequência das visitas a serem realizadas. Uma família classificada como

verde permite um contato pontual, ao contrário daquelas classificadas em maior risco (amarelas e vermelhas) que necessitam de visitas mais frequentes (VIEIRA *et al.*, 2001).

Eu acho que facilita nosso serviço, né? A família verde, a gente não vai deixar de visitar, mas não visita com tanta frequência. E as famílias de médio e grande risco a gente procura... “tá” sempre conversando, vendo o que pode ser feito, o que dá pra fazer e o que não dá. (ACS 18)

A CF não deve rotular famílias, uma vez que o processo é dinâmico, mas facilitar sua identificação para promover o acesso e ações mais equânimes. Quando realizada periodicamente, possibilita detectar as mudanças físicas, biológicas ou sociais que permeiam o ciclo familiar e permitem a longitudinalidade do cuidado, a partir das necessidades individuais, familiares e contextuais (FRANÇA; BEZERRA; CURADO, 2017).

Então, tendo essa classificação, uma família que era verde, um ano atrás, hoje ela pode “tá” vermelha. Então se a gente faz periodicamente isso, a gente consegue manter o seguimento dessa família de acordo com as necessidades que ela “tá” apresentando, né? (Enf 1)

O núcleo de sentido “Utilização da CF na Assistência” (21,2%) trouxe a percepção dos profissionais sobre sua aplicabilidade durante o processo de trabalho das equipes. Segundo os participantes, ela é realizada durante o cadastro, na reunião de discussão de casos, durante a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e no primeiro atendimento clínico. Esta última informação merece destaque, pois a CF desperta o trabalhador para um olhar mais cuidadoso às famílias de maior risco, já no primeiro atendimento clínico, o que pode oportunizar ações tempestivas às famílias mais necessitadas. As CF deveriam ser realizadas em equipe, entretanto, em algumas situações apenas o ACS a executa, em outras é realizada pelo médico e em algumas equipes, pelo médico e enfermeira.

Sempre que faz um cadastro novo, ou que muda o contexto ... de doença, de contexto social ou de saúde daquela paciente, daquela família. (Med 4).

... nas reuniões de discussão. (ACS 3)

Foram encontradas 21 menções sobre o potencial das CF em contribuir para o processo de trabalho, mesmo por aqueles que não as utilizavam cotidianamente.

Não utilizamos ...assim... você olha com outros olhos. Talvez você tenha que ficar um pouco mais em cima de uma determinada situação do que numa outra família. (Med 1)

Corroborando esse pensamento, outros trabalhadores destacaram que é possível priorizar ou ter um olhar mais atento sobre algumas famílias. A mudança de um

status de menor para maior vulnerabilidade exige um rearranjo da equipe, por exemplo, realizando atendimentos clínicos compartilhados e visitas domiciliares com maior regularidade, buscando apoio em equipamentos sociais disponíveis no território e na RAS.

Com certeza. Quanto mais, quanto uma classificação de risco maior, mais assistência vai ter, mais profissionais, vão a equipe multi, mais gente vai ajudar, às vezes, quando a classificação maior também a gente faz um PTS, né? (Aux Enf 5)

A gente sabe, mas muda, a gente fia mais, um olhar mais aguçado naquelas famílias. Acho que a vermelha serve exatamente pra chamar atenção, né? O que pode ser feito, o que a gente pode ajudar? Porque que piorou, entendeu? Se “tá” dependendo da gente, se não “tá”. Se é questão da assistência ou não, ou se é problema no domicílio. Se a gente vai procurar recurso pra resolver aquilo, né? Porque, às vezes, a gente faz, por exemplo, trabalho, ou a pessoa fica desempregada. A gente chega até a pesquisar curso pra pessoa ir fazer. Aposentadoria, eu já cheguei a ir atrás de aposentadoria de usuário, entendeu? Que tinha o direito, mas por causa de um problema psiquiátrico não conseguia exercer aquele direito. Aí, nós levamos pra tirar foto, pra tirar documento, pra poder entrar pra conseguir o benefício. Então, a gente faz isso, né? (ACS 8).

Neste relato, observa-se que a estratificação das famílias inclui aspectos sociais, assim como a oferta de serviços de acordo com a necessidade do usuário. Elencando ações intersetoriais, que extrapolam o aspecto clínico de adoecimento ou não adoecimento.

Aqueles que utilizavam a CF relataram que ela possibilita distinguir as famílias mais vulneráveis em áreas de maior pobreza e vulnerabilidade, considerando um bom instrumento para ser aplicado em áreas muito extensas e de comunidade. Informaram, ainda, que facilitava o acompanhamento das famílias, proporcionando atendimento diferenciado no acolhimento, colaborando na organização da assistência, na priorização do cuidado e no desenho da agenda. Essas vantagens fazem parte do processo de trabalho e dos fundamentos e diretrizes das equipes de atenção básica citados pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que tem como preceito a prestação de assistência integral visando o tratamento, a prevenção de doenças e suas complicações, na perspectiva de um cuidado mais equânime, fortalecendo as relações de vínculo e responsabilidade entre as equipes e a população (BRASIL, 2017).

Outros trouxeram que a CF não tem implicações na organização da assistência, pois independente de sua classificação, todos serão atendidos com a mesma qualidade e atenção, tendo a universalidade como eixo norteador de suas práticas.

Classificar a família ali pelo número, pela cor talvez não me chama muito atenção. Então, assim, o que me chama mais a atenção é a história do que a cor que eu vou dar (Med 3)

eu não acho que ela interfere, eu acho que ela pode contribuir. Mas eu acho que não ter a classificação não vai fazer você oferecer uma assistência pior pra família. (Enf 2)

É positiva a reafirmação dos participantes acerca da universalidade do acesso à saúde, condição inquestionável no contexto do SUS. No entanto, o emprego de instrumentos classificatórios do risco se alinha principalmente à questão da priorização dos atendimentos, sob a ótica da justiça social e da equidade. Assim, ao analisar equitativamente as diferenças entre os indivíduos, famílias e comunidades, pode-se qualificar a universalidade da atenção e a integralidade das ações de saúde (GRANJA; ZOBOLI; FRACOLLI, 2013; SILVA; OLIVEIRA, 2020).

As “Dificuldades da Aplicação” constituíram o núcleo de sentido mais frequente na fala dos entrevistados (27,21%), sendo destacadas aquelas relacionadas à inexperiência na utilização das CF (67,15%), ao instrumento propriamente dito (19,7%), ao registro nos sistemas de informação (8,75%) e a sua inserção no processo de trabalho da equipe (4,37%).

[...] eu acho que, talvez a gente não conhecer tanto, né? (Aux Enf 2)

[...] a gente achou [...] rígido, algumas classificações eram longas... as questões que vinham, a gente achava que não classificava adequadamente [...] essas classificações, elas acabavam não batendo com a própria da equipe, então a gente acabou decidindo em não manter esse tipo de classificação. (Med 5)

Notou-se que o conhecimento das classificações não foi suficiente para a incorporação dessas ferramentas no cotidiano das equipes, o que implica dizer que o conhecimento por si só não tem o poder de transformar as práticas. Há a necessidade de os gestores e as equipes assistenciais analisarem as dificuldades e, conjuntamente, propor vias de superação para viabilizar o uso das CF pelas equipes.

A ausência de discriminação do risco em famílias situadas em microáreas com baixas condições socioeconômicas foi relatada como uma desvantagem, não destacando prioridades, segundo o Ministério da Saúde, como: portadores de hipertensão arterial, diabetes, gestantes, puérperas, crianças até 2 anos, idosos e acamados (NUNES *et al.*, 2018):

[...] Como eu trabalho na, numa área bem vulnerável, quase todo mundo é vulnerável, né. Então, só pelas condições de moradia já acaba sendo vermelho. (ACS 1)

As condições precárias de saneamento representam uma importante sentinela de risco, contudo, as CF também consideram aspectos clínicos e sociais que podem

influenciar na vulnerabilidade de uma família. Um território homogêneo pode apresentar semelhanças ambientais e sociais, mas é preciso ampliar o olhar para as especificidades de cada núcleo familiar no processo de saúde e doença e na produção do cuidado (FRANÇA; BEZERRA; CURADO, 2017; NAKATA *et al.*, 2013).

Os profissionais que afirmaram não utilizar qualquer instrumento de CF, adotam critérios subjetivos, clínicos ou sociais para priorizar aquelas mais vulneráveis.

Não, aqui a gente não tem classificação das famílias, assim, por, por risco [...] assim, na verdade a gente acaba utilizando, se for pensar, em algumas prioridades. É pensando na física, mas não é uma escala de classificação, assim, não é um instrumento de classificação. “Tá” muito embasado acho que na questão física, social, mas, assim, empírica, na verdade, sem nenhum instrumento pra avaliar. (Enf 2)

Ou ainda citaram a CF como mais uma tarefa a ser executada.

[...] Porque muita gente fala “mais um papel, né? Mais uma coisa pra gente colocar no prontuário, mais uma ficha pra preencher”. Então, tem muita crítica, né? (ACS 6)

Neste sentido, alguns entrevistados destacaram a falta de visibilidade da CF nos prontuários e sistemas de informação, sendo necessário buscar a informação em atas de reuniões, livros e prontuários. Segundo um ACS os sistemas de informação usados na USF não possuem nenhum campo que possibilite a visualização da CF, o que acaba por desmotivar o profissional em utilizar os instrumentos pela própria organização do processo de trabalho.

Eu acho que o controle dessas classificações, porque fica ali no livro e a gente não pega o livro pra ficar lendo um por um, né? (Aux Enf 1)

O SIAB não tinha. O E-SUS também não tem, ele tem a doença que a pessoa tem, o que você vai fazer na casa, mas classificação não tem. E no Hygia muito menos. (ACS 7)

Todavia, nota-se que, atualmente, é possível acessar a classificação familiar de forma eletrônica no sistema de informação da gestão municipal da saúde, facilitando o acesso da equipe a essa informação.

A não reclassificação das famílias frente às mudanças que ocorrem, ao longo do tempo, foi um dos obstáculos para seu uso. Trabalhadores referiram que a reclassificação não ocorre de maneira sistematizada, com revisão dos prontuários, apenas na vigência de alguma piora na situação familiar, de maneira informal.

A gente não revisa isso. Então, às vezes uma família já mudou, e ela fica lá, ela “tá” lá como vermelha. Às vezes a família, já arrumou emprego, já não tá com risco social, ou é uma pessoa que “tava” acamada e deixou de ser acamada. Entendeu, porque faleceu. En-

tão, faleceu o membro daquela família que deixava aquela família vermelha, por exemplo, e ela “tá” como vermelha e a gente esquece de reclassificar. Então eu acho que isso seria uma das dificuldades. (Med 2)

Falta de tempo, desconhecimento e inexperiência foram identificados como dificultadores para sua utilização na prática. Tais justificativas são corroboradas na literatura, uma vez que a sobrecarga de trabalho, excesso de demanda e burocracia são comuns no contexto nacional e são causadores de insatisfação nos trabalhadores da ESF (SORATTO *et al.*, 2017).

Quando questionados se os instrumentos utilizados para classificar as famílias atendiam às suas necessidades, 40% responderam positivamente, 31% não tinham vivência em utilizar o instrumento e cerca de 20% que não atendiam às suas expectativas. Neste sentido, foi destacada a importância de treinamento e padronização dos instrumentos para facilitar a utilização das CF. Este foi o núcleo de sentido que apareceu em 1,76% na fala dos participantes.

Olha, eu acho que é importante treinamento. Pra gente ter noção é, o que que a gente vai classificar, né? Como que a gente vai classificar essa família? Não é, não é só intuitivo, essa é verde por causa disso, disso, disso, aquilo[...]. Então tem que ser um instrumento assim, que tenha as diretrizes pra gente utilizar de forma correta também. Não adiante a gente fazer uma classificação da cabeça da gente. “Ah, tal cor por causa disso”. Entendeu? Que eu acho que é assim. Então tem que ter o instrumento padronizado. (Enf 1)

Quanto à necessidade de adequação dos instrumentos nacionais existentes de CF, foram citadas a inclusão de variáveis como: faixa etária dos moradores, escolaridade, capacidade de autocuidado, adesão ao tratamento, existência de rede social de apoio, identificação de violência intrafamiliar e no território; beneficiários de auxílios sociais, além de critérios clínicos como a obesidade infantil. Outros sugeriram a criação de pesos para cada critério, o que poderia tornar o instrumento mais flexível e fidedigno quanto a CF.

Eu acho, pois assim, aqui um paciente com HIV em acompanhamento é amarelo, e se ele não toma medicação, e se ele não faz um acompanhamento como deve, daí ele seria vermelho, então essa falta de flexibilidade não classifica a real do paciente ou família e também sinto falta de registrar em algum sistema para os profissionais verem a necessidade e para as outras pessoas visualizarem esse trabalho, essa necessidade. (Enf 4)

Eu acho que poderia ser diferente em termos de considerar a capacidade de autocuidado, o suporte social e familiar e algumas outras questões de vulnerabilidade, eu acho que existem situações na nossa prática que não existem nenhuma doença, porém há violência, negligência, violação de direitos que pra nós é mais que vermelho na classificação. (Enf 5)

Atualmente, com a substituição do SIAB pelo e-SUS, serão necessárias revisões para inclusão de novos critérios que atendam ao novo sistema de informação, ferramenta que vem sendo amplamente utilizada pelos ACS (FRANÇA; BEZERRA; CURADO, 2017; FRACON, 2019), porém desconhecida pelos auxiliares/técnicos de enfermagem (OGATA; FRANÇA, 2010). Esta categoria profissional referiu dificuldade de inserção no processo de trabalho, com sensação de exclusão do trabalho em equipe, quando foi questionada sobre a inclusão de variáveis nas CF.

É porque assim, eles passam a... a classificação das cores daquela família. Eu vou lá fazer a visita, mas de repente eu não sei o que eu devo, o que aquela família precisa do meu serviço..., mas eu vou ver o que? ... a gente acaba se perdendo, nós auxiliar de enfermagem, entendeu? Porque a gente fica meio que excluído, né? (Aux Enf 3)

Entre as auxiliares de enfermagem que possuem formação estritamente em sua área, observou-se o desconhecimento do seu próprio papel dentro da equipe e das classificações. A falta de capacitação para essa classe profissional reflete no atendimento direcionado para a realização de procedimentos técnicos e ações curativas desvinculados de uma assistência integral. São escassos os cursos desenvolvidos para essa categoria e que são essenciais para a produção do cuidado pela ESF (OGATA; FRANÇA, 2010).

Conclusão

Este estudo apontou que a maioria dos entrevistados da ESF conhecia alguma CF, aproximadamente metade utilizava uma escala estruturada para classificar as famílias e todas as equipes referiram utilizar alguma estratégia para priorizar os usuários e suas famílias em seus atendimentos, contribuindo com a identificação de vulnerabilidades e promoção de acesso mais equânime. As dificuldades com o desconhecimento e falta de experiência em utilizar os instrumentos existentes surgiram como principal núcleo de sentido pelos participantes.

Vale enfatizar que foram entrevistados os trabalhadores da ESF de um Distrito de Saúde, portanto uma faceta da realidade do conjunto de trabalhadores da saúde do município. Ademais, não foi possível entrevistar outros profissionais que poderiam contribuir na discussão do tema, como dentistas, psicólogos, assistentes sociais, porque as equipes participantes não contavam com o suporte do Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família.

Apesar das dificuldades com o desconhecimento e falta de experiência relatada por alguns participantes, foi destacado que as classificações qualificam o processo

de trabalho. Facilitam a identificação de famílias em situação de vulnerabilidade, instrumentalizando a prática em saúde voltadas às necessidades e à equidade, principalmente, em áreas com alta densidade populacional e dependência do SUS.

Este estudo traz, com ineditismo, a percepção de médicos, ACS, enfermeiros e auxiliares, sobre a aplicabilidade de diferentes CF presentes na literatura nacional, além de contribuir com sugestões de trabalhadores experientes na ESF para melhoria e atualização desses instrumentos, como inclusões de novas variáveis, pesos e maior proximidade com os sistemas de informação em saúde.

Ademais, sua importância foi reconhecida como instrumento estratégico de combate às iniquidades, por subsidiar o planejamento e programação do cuidado. Espera-se que o conhecimento produzido auxilie na divulgação da CF e estimule a sua utilização pelas equipes de saúde da família, vislumbrando uma prática articulada às singularidades das condições de vida da comunidade.¹

Agradecimentos

À Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pela concessão de financiamento (Auxílio 2004/2016).

Referências

ALBRECHT, C. A. M.; ROSA, R. S.; BORDIN R. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 25, n. 1, p. 115-128, jan-mar. 2017.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G.W.S. *et al.* (org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2016. cap. 13, p. 399-442.

BARBOSA, S. P. *et al.* Aspectos que compõem o perfil dos profissionais médicos da estratégia saúde da família: o caso de um município polo de Minas Gerais. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, supl. 1, p. 35-403, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20180177>. Acesso em: 18 fev. 2022.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 2. ed. Lisboa: Edições 70, 2016. 279p.

BARRAL, B. B. *et al.* Equity policies in health plans: accessibility and something more? *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 55, n. 31, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002560>. Acesso em: 20 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 96 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. *e-Gestor Informação Básica*. Informação e gestão da atenção básica. 2020a. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/ relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 18 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *e-SUS Atenção Básica: Manual da Coleta de Dados Simplificada CDS – Versão 3.2* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esus> Acesso em: 18 fev. 2022.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: Seção: 1, Brasília, DF, p. 68, 22 set. 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 18 fev. 2022.

BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*: Seção: 1, Brasília, DF, p. 97, 13 nov. 2019. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em: 18 fev. 2022.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 23, n. 3, p. 676-689, jul-set. 2017.

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*. Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004.

FERREIRA, J. B. B. *et al.* Vulnerability and primary health care: an integrative literature review. *Journal of Primary Care & Community Health*, v. 12, p. 1-13, 2021.

FRACON, B. R. R. *Percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família quanto à classificação das famílias: vantagens e desafios*. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

FRANÇA, E. P. F. B.; BEZERRA, H. J. M. D.; CURADO, J. C. L. G. Identificação e classificação de risco familiar em uma comunidade assistida por uma unidade de saúde da família em Recife-PE. *Revista Brasileira em Inovação Tecnológica em Saúde*. Natal, v. 7, n. 3, p. 49-59, 2017.

GRANJA, G. F.; ZOBOLI, E. L. C. P.; FRACOLLI, L. A. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3759-3764, 2013.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate*. Londrina, v. 42, p. 18-37, set. 2018. Esp.1.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. *Implantação do Plano Diretor da atenção primária à saúde*. Oficina 2 e 3. Análise da atenção primária à saúde e diagnóstico local. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

NAKATA, P. T. *et al.* Classificação de risco familiar em uma Unidade de Saúde da Família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 21 n. 5, p. 1-7, set-out. 2013.

NASCIMENTO, F. G. *et al.* Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória (ES). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2465-2472, ago. 2010.

NUNES, C. A. *et al.* Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos agentes comunitários de saúde. *Saúde em Debate*. Londrina, v. 42, n. esp. 2, p.127-144, 2018.

OGATA, M. N.; FRANÇA, Y. Atuação do auxiliar de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. *Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo, v. 23, n. 4, p. 506-511, 2010.

PIERANTONI, C. R. *et al.* Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. *Saúde em Debate*. Londrina, v. 39, n. 106, p. 637-647, jul-set. 2015.

PIRES, D. E. P. *et al.* Cargas de trabalho de enfermagem na saúde da família: implicações para o acesso universal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 24, e2682, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0992.2682>. Acesso em: 15 fev. 2022.

SCHEFFER, M. (org). *Demografia Médica no Brasil 2020*. São Paulo: FMUSP, CFM, 2020. 312 p.

SILVA, N. C.; OLIVEIRA, H. M. Reflections on equity and its applicability to the nursing work process. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 73, n. 3, e20190783, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0783>. Acesso em: 14 fev. 2022.

SORATTO, J. *et al.* Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na Estratégia Saúde da Família. *Texto & Contexto – Enfermagem*. Florianópolis, v. 26, n. 3, e2500016, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002500016>. Acesso em: 24 fev. 2022.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, Dublin, v. 19, n. 6, p. 349-357, dez. 2007.

VIEIRA, E. M. *et al.* Classification of families according to their needs: a strategy for managing health inequalities. In: WORLD CONGRESS OF FAMILY DOCTORS, 16. Durban, 2001. Family Medicine: The Leading Edge Abstract book. Durban-South Africa: WONCA, 2001. p. 188-189.

Nota

¹ B. R. R. Fracon e L. L. dos Santos: concepção, análise e interpretação dos dados; redação do artigo, aprovação da versão final. L. C. Ribeiro e J. B. B. Ferreira: análise dos dados; revisão crítica do conteúdo intelectual, aprovação da versão final e responsabilidade por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte do trabalho. Os autores se responsabilizam por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte do trabalho.

Abstract

Knowledge and applicability of family classification as a strategy for coping with inequities: the worker's health experience

Study model: Qualitative descriptive study. **Objective:** to analyze the knowledge and applicability of family classifications by the workers of the Family Health Strategy as a strategy to face health inequities. **Methodology:** 35 workers were interviewed, and thematic analysis was carried out.

Results: The majority (91%) knew the Family Classifications, used some assistance prioritization strategy and 52% applied them in practice. Five centers of meaning formed the Great Theme “The experience of health professionals in the use of the Family Classification”. The main advantages were the identification of vulnerabilities favoring the prioritization of care and access and the difficulties were related to lack of time, ignorance, and inexperience in its use. **Conclusion:** The Family Classifications facilitate the identification of vulnerable families and favoring more equitable attention.

► **Keywords:** Health Vulnerability. Family Health Strategy. Equity in Access to Health Services. Health Personnel. Family Characteristics.

