

Classificação de risco familiar em uma Unidade de Saúde da Família

Priscila Tadei Nakata¹

Lenice Ines Koltermann²

Kellyn Rocha de Vargas¹

Priscilla Wolff Moreira¹

Érica Rosalba Mallmann Duarte³

Idiane Rosset-Cruz³

Objetivo: identificar e classificar o grau de risco familiar em uma Unidade de Saúde da Família, por meio de instrumento de avaliação multidimensional. Método: estudo transversal, de natureza quantitativa e descritiva, no qual foram avaliadas 927 famílias cadastradas nessa unidade, que abrange cinco microáreas. Foi aplicada a Escala de Coelho e Savassi, composta por 13 sentinelas de avaliação do risco social, utilizando-se dados secundários constantes na Ficha A dos prontuários das famílias, no último trimestre de 2011. Os dados foram analisados no programa SPSS para Windows, 18.0. Resultados: dentre as famílias estudadas, 68,5% foram classificadas sem risco. Verificou-se, na microárea 1, a menor proporção de famílias em risco (8,2%), enquanto que a microárea 4 apresentou a maior (55,9%). As situações de risco mais prevalentes foram baixas condições de saneamento básico, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e drogadição. Conclusão: os resultados deste estudo possibilitam gerar subsídios para o planejamento das visitas domiciliares, implementação de ações da vigilância em saúde e maior compreensão dos profissionais da saúde sobre as vulnerabilidades das famílias atendidas.

Descritores: Vulnerabilidade Social; Saúde da Família; Visita Domiciliar.

¹ Aluna do curso de graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

² MSc, Enfermeira, Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

³ PhD, Professor Adjunto, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Endereço para correspondência:

Priscila Tadei Nakata
Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem
Rua São Manoel, 963
Bairro: Rio Branco
CEP: 90620-110, Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: priscilanakata@gmail.com

Introdução

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa a reorganização da atenção básica no Brasil, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). É considerada como estratégia de expansão e qualificação desse serviço por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os seus princípios e diretrizes, de ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividade, além de proporcionar relação custo/efetividade⁽¹⁾.

O processo de trabalho das Unidades de Saúde da Família (USF) segue pautado em delimitação do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, na qual devem ser desenvolvidas ações baseadas em critérios de risco à saúde, buscando ampliar a prática do cuidado familiar⁽²⁾. A Vigilância em Saúde insere-se nesse processo de trabalho como importante atividade que busca identificar as necessidades de saúde das famílias adscritas⁽³⁾. Para tal, é preciso conhecer a estrutura e a funcionalidade das famílias, de modo a potencializar ações de vigilância e recursos disponíveis, propondo intervenções condizentes com as necessidades identificadas.

Família é considerada como um conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica e residente no mesmo domicílio⁽⁴⁾, bem como uma unidade protetora indispensável aos seus membros, pois propicia aportes afetivos, materiais e educacionais necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus componentes⁽⁵⁾.

Sendo assim, a assistência à família como unidade de cuidado, proposta pelas USFs, implica na construção de um vínculo entre os profissionais e os usuários que permita a corresponsabilização pelo cuidado em saúde⁽¹⁾. Para tal, a assistência prestada nesse serviço não deve se limitar ao atendimento direto ao indivíduo, mas, também, envolver o planejamento das ações de saúde, levando em consideração que cada família tem uma maneira de se organizar para partilhar responsabilidades do cuidado⁽⁶⁾.

Uma ferramenta de trabalho da USF é a Visita Domiciliar (VD), que permite o desenvolvimento das atividades de promoção da saúde, de prevenção de agravos e de vigilância à saúde, além do acompanhamento de todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe⁽²⁾. É um meio de se conhecer a realidade da população, estabelecer vínculos com o usuário e de se compreender a dinâmica das relações familiares⁽⁷⁾. No âmbito do processo de trabalho das USFs, é preciso estabelecer critérios para planejamento, execução, registro de dados e avaliação do processo de cuidado.

Um dos critérios que vem sendo utilizado para a o planejamento das VDs e o adequado direcionamento de recursos é a avaliação do risco familiar⁽⁸⁻⁹⁾, por meio da identificação dos fatores de risco aos quais a mesma está exposta. A compreensão do contexto de vida de cada família permite o planejamento de ações específicas a cada realidade e condizentes com os recursos que cada uma dispõe⁽⁷⁾. Entretanto, verificou-se que há escassez de estudos nacionais que abordem esse tema, de forma a subsidiar tomadas de decisão em saúde e permitir comparações intra e inter-regionais.

Assim, a avaliação de risco familiar surge como uma proposta para diferenciar as famílias pertencentes a uma mesma área de abrangência, a fim de identificar fatores de risco que justifiquem a priorização do atendimento. Para o presente estudo, risco está relacionado à identificação da presença de características, seja na família ou no indivíduo a ela pertencente, que as coloquem sob maior ou menor probabilidade de exposição a fatores prejudiciais à saúde que possam vir a causar agravos de ordem física, psicológica ou social⁽⁹⁾.

Nesse contexto, torna-se necessário que a equipe de saúde identifique os fatores que contribuem para a situação de risco familiar. Dessa forma, o estudo poderá contribuir para o planejamento das VDs e outras ações de vigilância, bem como a adequada destinação de recursos em saúde, de forma a priorizar as famílias mais vulneráveis, a fim de contemplar a equidade e prestar o cuidado de maneira resolutiva. Para tanto, objetivou-se identificar e classificar o grau de risco familiar em uma USF, bem como os fatores que contribuem para tal, por meio de um instrumento de avaliação multidimensional.

Métodos

Trata-se de estudo transversal, de natureza quantitativa e descritiva, realizado na USF Nossa Senhora de Belém, do município de Porto Alegre, RS. A unidade, implantada em 2008, abrange 3.145 habitantes, distribuídos em 929 famílias. A escolha do local deveu-se ao interesse das equipes de saúde em conhecer melhor as famílias adscritas na referida Unidade de Saúde, a qual se configura como campo de estágio e desenvolvimento de projetos de pesquisa e extensão da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EE/UFRGS).

A população foi composta por todas as famílias adscritas na referida unidade. Excetuaram-se duas instituições de idosos que, embora cadastradas em prontuários de famílias, caracterizavam-se de forma diversa aos demais domicílios, totalizando assim, 927 famílias.

Para a identificação e classificação de risco familiar, foi aplicada a Escala de Risco Familiar⁽⁹⁾. Essa tem por objetivo determinar o risco social das famílias adscritas nas USFs, procurando, com isso, refletir o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar.

As informações necessárias para o preenchimento do referido instrumento foram coletadas por meio da consulta à ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab)⁽¹⁰⁾, que é utilizada para cadastramento das famílias nas USFs. Essa ficha, disponível nos prontuários das famílias, é preenchida pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) durante as primeiras VDs e atualizada conforme as mudanças na dinâmica familiar. Não foram identificadas fichas subpreenchidas e, quando houve necessidade, foram solicitados esclarecimentos por parte do ACS da microárea correspondente.

A ficha A compreende uma série de informações que tornam possível a identificação da realidade na qual as famílias estão inseridas tais como: dados de identificação, demográficos e de situação de saúde de todos os indivíduos, separados por grupos etários de 0 a 14 anos e de 15 anos ou mais – data de nascimento, idade, sexo, alfabetização, ocupação, doença ou condição referida, situação de moradia, saneamento básico.

O instrumento aplicado é composto por 13 sentinelas de risco: 11 de caráter individual como pessoas acamadas, com deficiência física, deficiência mental e desnutrição grave, as quais correspondem a três pontos para cada ocorrência; drogadição e desemprego, que correspondem a dois pontos para cada ocorrência; analfabetismo, criança menor de 6 meses, idoso maior de 70 anos, pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e com *Diabetes Mellitus* (DM) que correspondem a 1 ponto para cada ocorrência na Escala. As sentinelas não individuais são as baixas condições de saneamento, que correspondem a três pontos e a relação morador/cômodo, que pontua três se for maior que um, dois se igual a um e zero se menor que um. Esses itens somarão uma pontuação total, posteriormente classificada em graus de risco: escore de 0 a 4 (sem risco), escore 5 ou 6 é classificado como R1 (risco menor), escore 7 ou 8 como R2 (risco médio) e escore maior que 9 como R3 (risco máximo).

Os dados secundários foram coletados na própria USF, no período de outubro a dezembro de 2011, por acadêmicas de enfermagem da EE/UFRGS, mediante consulta da ficha A do Siab das famílias atendidas no referido serviço de saúde.

Os dados foram tabulados no Programa *Excel* e transportados ao Programa SPSS para *Windows*, versão 18.0, para realização da análise estatística. Considerou-se o valor de $p < 0,05$ como estatisticamente significante.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, RS, sob Parecer nº001.036704.11.3.

Resultados

Das 927 famílias avaliadas, observou-se que a maioria (635-68,5%) não apresentou situações de risco. No entanto, destaca-se que um número significativo de famílias (292-31,5%) apresentou algum tipo de risco. A Tabela 1 mostra as diferenças entre a média e desvio-padrão (dp) do escore de risco de acordo com cada Microárea (MA) avaliada.

Tabela 1 - Distribuição das médias e dp do escore de pontuação de risco, segundo as microáreas avaliadas da USF Nossa Senhora de Belém. Porto Alegre, RS, Brasil, 2011

Microáreas (MA)	Total de famílias		Média do escore de risco (\pm dp)	p*
	N	%		
MA 1	220	23,7	1,55 \pm 1,81	<0,001
MA 2	178	19,2	3,02 \pm 2,92	
MA 3	172	18,5	2,84 \pm 2,68	
MA 4	229	24,7	5,17 \pm 2,29	
MA 5	128	13,8	3,96 \pm 2,51	
Total	927	100	3,3 \pm 2,75	

*Teste ANOVA

Em relação à proporção de famílias em risco, conforme dados da Tabela 2, observou-se que, em relação às famílias com algum grau de risco, a maioria (175-59,9%) apresentou risco menor, sendo que a maior pontuação encontrada para o risco máximo foi de 15 pontos na Escala. Destaca-se que a MA 4 apresentou maior proporção de famílias classificadas com Risco 3, ou seja, maior risco, diferentemente da MA 1 que apresentou somente uma família classificada com esse grau de risco.

As variáveis que mais contribuíram para a situação de risco das famílias, conforme dados apresentados na Tabela 3, foram as baixas condições de saneamento em 41% dessas famílias, seguido da hipertensão arterial sistêmica (31,4%) e drogadição (18,2%).

Observou-se, ainda, que a microárea com maior proporção de famílias em risco foi a que apresentou maior número de famílias com baixas condições de saneamento, de drogadição, com desemprego e presença de HAS e DM

Quanto à presença das sentinelas de risco nas famílias avaliadas, as referentes às crianças menores de 6 meses, idosos com mais de 70 anos e HAS foram as mais frequentes nas famílias categorizadas como sem risco. Em relação às classificadas com algum grau de risco destacaram-se as baixas condições de saneamento, drogadição, HAS e relação morador/cômodo maior que 1.

Tabela 2 - Classificação das famílias, segundo a Escala de risco familiar por MA da USF Nossa Senhora de Belém. Porto Alegre, RS, Brasil, 2011

Microáreas (MA)	Famílias sem risco		Famílias em risco			Total de famílias em risco	
	N	%	Risco 1	Risco 2	Risco 3	N	%
MA 1	202	91,8	12	5	1	18	8,2
MA 2	130	73	25	13	10	48	27
MA 3	129	75	27	11	5	43	25
MA 4	101	44,1	71	39	18	128	55,9
MA 5	73	57	40	10	5	55	43
Total	635	68,5	175	78	39	292	31,5

Tabela 3 - Distribuição das sentinelas de risco presentes entre famílias atendidas na unidade de ESF Nossa Senhora de Belém. Porto Alegre, RS, Brasil, 2011

Sentinelas	Sem risco	Com risco	Total		p*
			N	%	
Acamados	1	10	11	1,2	<0,001
Deficiente físico	6	16	22	2,4	<0,001
Deficiente mental	5	22	27	2,9	<0,001
Baixas condições de saneamento	155	225	380	41	<0,001
Desnutrição	-	3	3	0,3	0,011
Drogadição	34	135	169	18,2	<0,001
Desemprego	6	52	58	6,2	<0,001
Analfabetismo	10	29	39	4,2	<0,001
Criança menor de 6 meses	11	7	18	1,9	0,49
Idoso maior de 70 anos	48	42	90	9,7	0,001
Hipertensão arterial sistêmica	175	116	291	31,4	<0,001
<i>Diabetes mellitus</i>	35	58	93	10,1	<0,001
Relação morador/cômodo [†]	108	139	247	14,8	<0,001

*Teste qui-quadrado

†Para esta sentinela foram consideradas as famílias que pontuaram o valor (2) ou (3)

Observou-se que as médias de risco familiar foram significativamente maiores nas famílias com presença de qualquer uma das sentinelas, quando comparadas às com ausências da respectiva sentinela (Tabela 4). A maior

variação das médias ocorreu entre famílias com presença de indivíduos com desnutrição e de desemprego, quando comparadas às médias de risco daquelas com ausência dessas sentinelas (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição da média de risco familiar, segundo a presença ou ausência das sentinelas nas famílias avaliadas. Porto Alegre, RS, Brasil, 2011

Sentinelas	Presente (média ± dp)	Ausente (média ± dp)	p*
Acamados	6,55 (±1,75)	3,26 (±2,74)	<0,001
Deficiente físico	6,95 (±3,44)	3,21 (±2,68)	<0,001
Deficiente mental	7,15 (±3,25)	3,18 (±2,66)	<0,001
Baixas condições de saneamento	5,31 (±2,37)	1,90 (±2,05)	<0,001
Desnutrição	11,0 (,61)	3,27 (±2,72)	<0,001
Drogadição	6,25 (±2,65)	2,64 (±2,31)	<0,001
Desemprego	7,57 (±3,12)	3,01 (±2,48)	<0,001
Analfabetismo	6,41 (±3,27)	3,16 (±2,65)	<0,001
Criança menor de 6 meses	5,0 (±2,61)	3,27 (±2,75)	<0,001
Idoso maior de 70 anos	4,36 (±2,44)	3,19 (±2,76)	<0,001
Hipertensão Arterial Sistêmica	4,09 (±2,71)	2,94 (±2,70)	<0,001
<i>Diabetes mellitus</i>	5,18 (±2,71)	3,09 (±2,68)	<0,001
Relação morador/cômodo [†]	5,15 (±2,76)	2,63 (±2,43)	<0,001

*Teste t de Student

†Para a presença desta sentinela foram consideradas as famílias que pontuaram o valor (2) ou (3); HAS:

Discussão

Os estudos com abordagem de risco familiar encontrados na literatura foram escassos, dificultando, assim, a análise comparativa. Considera-se, ainda, que, embora as áreas de abrangência das USFs correspondam às áreas mais vulneráveis, existem importantes diferenças geográficas e socioeconômicas inter e intrarregionais, as quais possivelmente interagem com as condições de saúde de uma comunidade.

As diferenças entre as médias do escore de risco familiar entre as microáreas, encontradas no presente estudo, indicam que, embora essas famílias pertençam à mesma área de abrangência de uma USF, há importantes divergências quanto aos aspectos sociais que possivelmente influenciam o estado de saúde dos indivíduos. A desigualdade social repercute na qualidade de vida e, como decorrência, na saúde das famílias e seus indivíduos, uma vez que a saúde encontra-se relacionada a apropriadas condições de vida e a políticas sociais e econômicas equânimes⁽¹¹⁾. Assim, estes resultados podem contribuir tanto para o planejamento de VDs e outras ações da vigilância em saúde, como, também, para a adequada destinação de recursos, entre os cuidados de saúde direcionados a essas famílias na ESF⁽¹²⁾.

As diferenças encontradas no presente estudo indicaram a microárea 4 com maior média no escore de risco, destacando-se das demais. Isso sugere a importância de haver um planejamento local diferenciado levando em consideração as especificidades da área. As características de determinada comunidade correspondem a uma diversidade e a uma complexidade de fatores que influenciam a saúde local e a forma como esses se relacionam⁽¹²⁾.

Nesta pesquisa, a maior proporção das famílias avaliadas encontra-se classificada como sem risco (68,5%). Em estudo⁽⁹⁾ realizado em uma USF do município de Contagem em MG, também encontrou-se maior proporção de famílias sem risco, embora num percentual significativamente maior (96%) do que no presente estudo. Diferentemente, outra investigação⁽⁸⁾, realizada no Espírito Santo, mostrou que 55,4% das famílias avaliadas apresentavam algum tipo de risco. Esses resultados mostram que, embora as USFs tenham as áreas mais vulneráveis como seus principais campos de atuação, ainda existem importantes diferenças locais que devam ser consideradas no planejamento das ações em saúde, realizadas por essas equipes. O fato de que a MA 1 tenha apresentado proporção de famílias em risco significativamente menor, e a MA 4 a maior proporção, quando comparadas às outras, pode, entre

outros aspectos, estar refletindo importantes diferenças socioeconômicas e de saúde dentro de uma mesma área de cobertura de uma USF. A MA 1 apresenta-se mais urbanizada e com melhores condições de pavimentação, moradia e saneamento básico, quando comparada às demais, o que possivelmente contribuiu, pelo menos parcialmente, para tais diferenças locais.

O Ministério da Saúde propõe que as ações da ESF, como as VDs, as ações de Vigilância em Saúde e a destinação de recursos em atenção básica sejam planejadas com base no critério de risco, ou seja, priorizando indivíduos e famílias em situação de maior necessidade e vulnerabilidade⁽¹³⁾. A avaliação de risco familiar com base em uma escala que possui domínios correspondentes às diversas áreas da saúde possibilita a análise da situação de cada item de forma inter e multidisciplinar. Além disso, contempla características do meio ambiente no qual a família está locada, o que vai ao encontro de outro estudo⁽⁸⁾, o qual propõe que a condição de risco familiar está relacionada também a fatores sociais.

A baixa condição de saneamento, sentinela mais prevalente entre o total de famílias e também entre as famílias em risco, é de extrema importância, pois uma infraestrutura sanitária deficiente está relacionada a situações de maior risco ou vulnerabilidade social, maiores morbidade e mortalidade⁽¹⁴⁾.

Já a HAS, segunda sentinela mais prevalente no total de famílias, foi também mais prevalente nas famílias sem risco do que naquelas com risco. Essa situação mostra que algumas Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), embora constituam problema de saúde de grande magnitude no Brasil, quando adequadamente manejadas, podem não influir no aumento do risco ou vulnerabilidade de famílias. Atingem fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis, correspondendo a 72% das causas de mortes e de 75% dos gastos com atenção à saúde no SUS. Tal fato demonstra ainda a importância da atenção ao tratamento dessas doenças na atenção básica, pois essas requerem, para seu devido controle, uma combinação de medicamentos e medidas não medicamentosas, o que implica em atenção integral e continuada por parte dos profissionais de saúde⁽¹⁵⁾.

Estimativas mostram prevalências de 5,2% de diabetes e 21,4% de hipertensão arterial sistêmica na cidade de Porto Alegre⁽¹⁶⁾. O fato de 174 (59,6%) das famílias em risco terem um ou mais membro familiar com HAS e/ou DM requer maior atenção no desenvolvimento de ações de saúde voltadas não só ao tratamento, mas também à prevenção de novos casos.

A drogadição, terceira sentinela mais prevalente entre todas as famílias avaliadas, esteve substancialmente

mais presente nas famílias em risco. Destaca-se que o uso de drogas pode estar relacionado com outros fatores sociais, como o desemprego⁽¹⁷⁾, sentinela também bastante prevalente nas famílias em risco na presente investigação. O desemprego, identificado em 52 (17,8%) das 292 (100%) famílias em risco, é um importante fator de vulnerabilidade, pois a saúde de um indivíduo está relacionada aos determinantes sociais de saúde^(3,18). Ademais, o desemprego pode causar insegurança, estresse e maior tendência ao alcoolismo e outras drogas que, por sua vez, podem desencadear outros agravos à saúde.

O número de famílias em risco com presença de um familiar com doença mental é outro fator que deve ser levado em consideração no planejamento de ações de saúde da USF à comunidade, pois, muitas vezes, a localização territorial das comunidades adstritas carece de espaços com redes de apoio que auxiliem a assistência a essas pessoas. As redes de apoio social podem representar um potencializador à redução de outros problemas relacionados à saúde, pois promovem maior participação social, inter-relações comunitárias, produzindo autoconfiança e poder de enfrentamento às adversidades do cotidiano dos indivíduos⁽¹⁹⁾.

A maior média na escala de risco entre famílias com presença de indivíduos com desnutrição, seguida daquelas com desemprego, mostra a inter-relação entre fatores sociais e de saúde⁽²⁰⁾, enfatizando a importância de uma abordagem conjunta no cuidado integral e continuado prestado por profissionais da atenção básica. Já, as sentinelas HAS e DM apresentaram-se tanto entre as menores médias na escala, considerando-se as famílias portadoras, quanto com a menor variabilidade entre famílias portadoras e não portadoras. É possível que indivíduos portadores de DCNT devidamente controladas não apresentem necessariamente outras implicações sociais ou de saúde.

É importante, entretanto, considerar que o fato de a escala ser composta por vários eventos autorreferenciados, implique em possível divergência entre a informação coletada e a real situação daquela população.

A união de vários fatores de risco em uma mesma família torna-a mais vulnerável e deficitária, sobretudo no cuidado que deve ser prestado às crianças e àqueles exigidos pelos idosos. Esses grupos populacionais em geral são mais dependentes de cuidados, o que, na maioria das vezes, é realizado por um membro da família. A família é, muitas vezes, a primeira instância cuidadora dos indivíduos doentes, de modo que a grande parte dos sintomas é tratada sem que sequer chegue à rede de serviços de saúde⁽²¹⁾. É na família que se produzem

cuidados à saúde que poderão contribuir para a adesão ao tratamento e possibilitar a inclusão do paciente nos seus cuidados⁽²²⁻²³⁾. Para tal, são necessárias interações afetivas e de responsabilidade entre seus membros, as quais devem ser estimuladas pelos profissionais da USF, considerando-se o vínculo que esses mantêm com a comunidade. Também são importantes melhorias nas condições de vida das famílias aquelas que, mediante políticas sociais que transcendam a abordagem setorial, passem a identificar a família como uma unidade coesa e proativa na resolução de seus problemas⁽²³⁾.

Conclusões

Os resultados do presente estudo mostram que proporção significativa (31,5%) das famílias cadastradas em uma USF foi classificada com algum grau de risco, indicando a condição de vulnerabilidade social e de saúde das mesmas. A identificação e classificação do grau de risco familiar, bem como os fatores que contribuem para tal, por meio de um instrumento de avaliação multidimensional, mostrou-se ferramenta útil para o adequado planejamento e direcionamento de políticas públicas em saúde.

Observa-se, ainda, que a área de abrangência da USF estudada é composta por microáreas com diferentes níveis de risco familiar, refletindo a necessidade de se estabelecer estratégias para priorizar ações àquelas de maior necessidade. Os resultados deste estudo possibilitam maior compreensão dos profissionais da saúde sobre as vulnerabilidades das famílias atendidas, buscando contribuir para o redirecionamento do cuidado em saúde. Entende-se, também, que esses achados devam ser discutidos com a equipe da unidade, e com as famílias do território, por meio do conselho local de saúde, bem como com os órgãos municipais responsáveis por melhorias nas condições sanitárias locais.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). PNAB Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção básica para o Programa de Saúde da família e o programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília; 2007.
3. Silva TMR, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Evaluation of the vulnerability of families assisted in Primary Care in Brazil. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012; 20(5):935-43.

4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2012 [acesso em: 12 mar 2012]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/familia.html>
5. Gomes MA, Pereira MLD. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Cien Saude Colet*. 2005;10(2):113-28.
6. Ortiz MC, Río CJ, Rodríguez MDCP, Blanco MLH, Robaina NF. Mudanças no contexto do cuidado: desafios para a enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(4):1039-46.
7. Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(6):659-64.
8. Nascimento FG, Prado TN, Galavote HS, Maciel PA, Lima RCD, Maciel ELN. Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória (ES). *Cien Saude Colet*. 2010;15(5):2465-72.
9. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2004;1(2):19-26.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade, Departamento de Atenção Básica. SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1998.
11. Ministério da Saúde (BR). Projeto Promoção de Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsväl, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede dos Mega Países, Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. 61 p.
12. Cezar-Vaz MR, Soares MCF, Martins SR, Sena J, Santos LR, Rubira LT, et al. Saber ambiental: instrumento interdisciplinar para a produção de saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2005;14(3):391-7.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção básica. Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. 260 p.
14. Ventura RN, Oliveira EM, Silva EMK, Silva NN, Puccini RF. Condições de vida e mortalidade infantil no município do Embu. *Rev Paul Pediatr*. 2008;26(3):251-7.
15. Ministério da Saúde (BR). A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. [Internet]. 2005. [acesso 2 ago 2012]. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doencas_cronicas.pdf
16. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RMSV. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. *Rev Saude Pública*. 2009; 43(supl 2):74-82.
17. Guimarães JMX, Vasconcelos EE, Cunha RS, Melo RD, Pinho LF. Estudo Epidemiológico da violência por arma branca no município de Porto Grande, Amapá. *Cienc Saude Coletiva*. 2005;10(2):441-51.
18. Buss P, Pelegrini FA. A saúde e seus determinantes sociais. *Rev Saúde Coletiva*. 2007;17(1):77-93.
19. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. CNDSS [Internet]. Rio de Janeiro; 2008 [acesso 6 dez 2008]. Disponível em: <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>.
20. World Health Organization (WHO). 2007 [acesso 8 ago 2012]. Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/resources/gkn_hawkes.pdf
21. Leite SN, Vasconcelos MPC. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. *História Ciênc Saúde*. 2006;13(1):113-28.
22. Gutierrez DMD, Minayo MCS. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Cien Saude Colet* [serial on the Internet]. [acesso 14 mai 2012]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413
23. Zabala Arguelles MC. Poverty and Vulnerability in Cuba today. *Soc Democracy*. 2010;24(Spec Number 1: Cuban Perspectives Cuban Socialism):109-26.

Recebido: 29.8.2012

Aceito: 12.7.2013

Como citar este artigo:

Nakata PT, Koltermann LI, Vargas KR, Moreira PW, Duarte ERM, Rosset-Cruz I. Classificação de risco familiar em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. set.-out. 2013 [acesso em: / /]; 21(5): [07 telas]. Disponível em: _____

URL

dia | mês abreviado com ponto | ano