

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
PROJETO VEREDAS DE MINAS**

**APLICABILIDADE DE UM INSTRUMENTO PARA CLASSIFICAÇÃO DAS
FAMÍLIAS POR GRAU DE RISCO PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
ALVORADA EM OURO PRETO, MG-BRASIL.**

PATRÍCIA ELLER DE CAMARGO

Ouro Preto / MG

2010

PATRÍCIA ELLER DE CAMARGO

**APLICABILIDADE DE UM INSTRUMENTO PARA CLASSIFICAÇÃO DAS
FAMÍLIAS POR GRAU DE RISCO PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
ALVORADA EM OURO PRETO, MG-BRASIL.**

Trabalho Final apresentado ao Curso de
Especialização em Saúde da Família – Escola de
Enfermagem da Universidade Federal de Minas
Gerais como requisito parcial para obtenção do
título de especialista em Saúde da Família

Orientador: Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana

Ouro Preto / MG
2010

DEDICATÓRIA

A todas as famílias pertencentes ao território da Equipe de Saúde da Família Alvorada, que confiantes se entregam às nossas mãos, guardando o recado de nossas limitações!

AGRADECIMENTO

Agradeço aos Agentes Comunitários de Saúde da minha equipe, por me ajudarem na classificação das famílias e pelo elo que eles são entre a equipe de saúde e a comunidade;

Agradeço ao meu orientador Professor Dr. Francisco Carlos Félix Lana pelas correções e por fazer esse trabalho se tornar possível;

Aos colegas de classe pela espontaneidade, alegria, amizade e solidariedade;

A minha família e namorado pela paciência em tolerar a minha ausência;

E, finalmente, a DEUS pela oportunidade e pelo privilégio de aprender.

“A Família é o núcleo natural e fundamental da sociedade e tem direito a proteção da sociedade e do Estado.”.

ONU - 1948, Artigo XVI

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família, ainda em construção no Brasil, enfrenta vários problemas, sendo um deles a demanda desordenada que suprime a demanda organizada dentro das Unidades de Saúde da Família. Na perspectiva de organizar a demanda foi elaborada pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES MG) juntamente com a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais uma escala de risco familiar baseada na ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), denominada Classificação das Famílias por Grau de Risco. O presente estudo teve como objetivo avaliar a aplicabilidade da escala de risco familiar nas famílias acompanhadas pela Equipe de Saúde da Família Alvorada no Município de Ouro Preto/MG. A classificação se deu através da soma dos pontos das variáveis relacionadas ao estado de saúde e das variáveis sócio-econômicas. Foram analisadas 1.093 famílias, sendo que 54% das famílias foram classificadas com algum tipo de risco. Verificando a classificação por risco sócio-econômico percebemos que apenas 15 famílias (1%) possuíam um fator de risco sócio-econômico. Ao avaliarmos as variáveis estudadas no critério sócio-econômico verificamos que elas não expressão a realidade das famílias cadastradas no PSF Alvorada, considerando apenas a renda familiar, que está desatualizada, o analfabetismo do chefe da família e abastecimento de água. O método proposto pela SES MG é relativamente simples, parte de informações de fácil acesso e contribui principalmente para apontar famílias de risco e famílias que não possuem nenhum risco, porém outras variáveis poderiam ser escolhidas visando descrever melhor as famílias e adequar melhor o instrumento a realidade encontrada.

Descritores: Família; Escala de risco; Serviços de Atenção Primária a Saúde.

SUMÁRIO

1. Resumo.....	6
2. Introdução	10
3. Objetivo	13
4. Metodologia.....	14
5. Resultados.....	19
6. Discussão	24
7. Considerações Finais	28
8. Referências Bibliográficas.....	30
9. Anexo 1	32
10. Anexo 2	33
11. Anexo 3	34

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- População cadastrada no PSF Alvorada, Ouro Preto, MG, Brasil, 2009.

TABELA 2- Famílias classificadas por grau de risco conforme instrumento proposto pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, Ouro Preto, MG, Brasil, 2009.

TABELA 3- Famílias classificadas por risco sócio-econômico e risco relacionado ao estado de saúde conforme instrumento proposto pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, Ouro Preto, MG, Brasil, 2009.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- Gráfico de Classificação das Famílias do PSF Alvorada por Risco, Ouro Preto, MG, Brasil, 2009.

FIGURA 2- Gráfico das Famílias do PSF Alvorada classificadas com algum risco, Ouro Preto, MG, Brasil, 2009.

FIGURA 3- Gráfico da Classificação por Grau de Risco das Famílias por condições ou patologias prioritárias do PSF Alvorada, Ouro Preto, MG, Brasil, 2009.

FIGURA 4- Gráfico da Classificação por Grau de Risco das Famílias por risco sócio-econômico do PSF Alvorada, Ouro Preto, MG, Brasil, 2009.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, ao instituir o Sistema Único de Saúde (SUS), define, por meio do seu art. 196, um referencial paradigmático de saúde como direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas.

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, teve seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde, sendo esses: Universalidade, integralidade e equidade. A partir desse marco, a Atenção Básica em Saúde passou a ser considerada a porta de entrada privilegiada para o contato dos usuários com o sistema.

Nesse contexto, insere-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF) criado no nível nacional em 1994, como Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2006).

“O PSF tem como principal propósito a organização da prática de atenção à saúde sob novas bases, substituído o modelo tradicional de atenção à saúde, aproximando se das famílias, a fim de que houvesse uma melhoria na qualidade de vida dos brasileiros. As duas maiores inovações apresentadas pelo programa são a adscrição territorial da clientela em conjunto com a opção pela unidade familiar” (RONCALLI E LIMA, 2006, p.714).

Essa estratégia representa um projeto dinamizador do SUS, porém sua consolidação precisa ser sustentada por um processo que permita um real fortalecimento da atenção primária e possibilite a produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e na qualidade de vida da população assistida (RONCALLI E LIMA, 2006).

Dentre estes indicadores para monitorar e avaliar as ações executadas na atenção primária, e especificando, na Estratégia Saúde da Família (ESF), destacam-se as ações que são desenvolvidas no âmbito das necessidades sociais de cada família.

De acordo com Aleixo 2002, espera-se que uma estratégia eficiente e resolutiva seja capaz de resolver 80% da demanda dos serviços de saúde de uma comunidade, já que essa demanda concentra-se em poucos problemas, tornando-se peça central em todo o processo de reorganização das redes e sistemas de saúde.

Porém, sabemos que na realidade o PSF enfrenta vários problemas para sua implantação efetiva e grande parte é atribuída à deficiência de planejamento que não integram indicadores de saúde e não consideram as especificidades sociais das respectivas

áreas de abrangência.

O que se observa na prática é que muitas vezes os profissionais de saúde trabalham com ações “paliativas” para problemas que são crônicos. Estes deveriam apresentar capacidade técnica para identificar e hierarquizar as necessidades sociais em saúde, organizar saberes e instrumentos na configuração de modelos tecnológicos de intervenção e avaliar o impacto das intervenções realizadas. Além da capacidade técnica, devem agregar capacidade de negociação para a prática intersetorial e capacidade de fornecer evidências cientificamente embasadas para auxiliar a tarefa regulatória do Estado no campo da saúde.

No entanto, sabe-se que, ainda hoje, um grande problema da ESF, ainda em construção no Brasil, se refere à demanda desordenada que continua suprimindo a demanda organizada dentro das Unidades de Saúde da Família (USF).

Como lidar com a universalidade quando temos grupos populacionais sem acesso e com diferentes perfis sócio-demográficos e de saúde? Como obter equidade tratando igual os desiguais? Que instrumentos teóricos e práticos devem ser utilizados para fornecer respostas mais satisfatórias às demandas de saúde?

Dentro dessa problematização, torna-se evidente a necessidade de um instrumento que possibilite conhecer profundamente o território de abrangência, organizar o atendimento, e priorizar as famílias que necessitam de mais atenção.

Com este propósito, foi elaborada uma escala de risco familiar baseada na ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), com a finalidade de conhecer as famílias residentes no território e estabelecer prioridades de atenção no mesmo. A “Classificação de Risco Familiar” desenvolvida pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais juntamente com a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, desponta, então, como uma ferramenta de organização, avaliação e acompanhamento da realidade sócio-econômica e de danos à saúde de cada família, reconhecendo as reais necessidades de saúde no contexto da ESF (MENDES et al , 2008).

Segundo Nascimento (2007), todas as ferramentas utilizadas para organização e sistematização da atenção à saúde, devem ser avaliadas, de forma que se comprove sua aplicabilidade e sua efetividade. Com a Escala de Classificação de Risco não seria diferente,

diante deste instrumento, percebemos que o mesmo pode não expressar a realidade das famílias encontradas em nossa comunidade, sendo assim resolvemos estudar a aplicabilidade da escala de risco familiar (Classificação das famílias por grau de risco) à realidade observada nas famílias acompanhadas pela unidade de saúde da família Alvorada no município de Ouro Preto.

Nesse sentido por avaliar a aplicabilidade deste instrumento, e sua eficiência no planejamento das ações em saúde da unidade, é que este estudo torna-se relevante.

OBJETIVO

Avaliar a aplicabilidade da escala de risco familiar à realidade observada nas famílias acompanhadas pela Equipe de Saúde da Família Alvorada no Município de Ouro Preto/MG.

METODOLOGIA

3.1- Tipo do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, de tipo transversal com ênfase na avaliação de serviços de saúde.

3.2- Cenário do Estudo

O estudo foi desenvolvido na cidade de Ouro Preto, Minas Gerais, mais especificamente no território de saúde pertencente à Unidade de Saúde da Família Alvorada. A escolha deste cenário se justifica por ser o local de trabalho da pesquisadora sendo também o cenário das práticas de saúde da mesma.

3.2.1- Características Gerais do Cenário de Estudo

O território em estudo é de localização urbana, abrange os bairros Jardim Alvorada, Vila São José, Água Limpa, São Cristóvão (parcial), Cabeças, Nossa Senhora de Lourdes, Tripuí, Jacuba, Vila Pereira e Passa Dez. Possui relevo montanhoso e ondulado, de difícil acesso, possuindo escadarias, lugarejos distantes e uma avenida movimentada que separa a Unidade dos bairros de abrangência

Possui áreas de risco ambiental com terrenos baldios, áreas sujeitas a deslizamento, casas de pau a pique com risco de desabamento e córrego poluído a céu aberto.

As ruas em sua maioria são pavimentadas, transporte público adequado, abastecimento de água por rede pública, sendo que a maioria da população possui tratamento de água no domicílio, sistema de esgoto por rede geral, porém o mesmo não é tratado e é jogado nos córregos que atravessam os bairros. 100% de domicílios com energia elétrica e coleta de lixo adequada.

A população adscrita corresponde a 4.019 pessoas, dados do consolidado de ficha A, realizado em setembro de 2009.

A população segundo faixa etária e sexo segue descrita na tabela abaixo:

TABELA 1- População cadastrada no PSF Alvorada, Ouro Preto, MG, Brasil, 2009.

<i>Faixa etária</i>	<i>Idade</i>	<i>Total</i>		<i>Total Geral</i>	<i>%</i>
Crianças	<1 mês	1	3	4	
	1 a 11 meses	13	16	29	
	1 a 4 anos	61	63	124	
	5 a 9 anos	124	110	234	
	Subtotal	199	192	391	
Adolescentes	10 a 14 anos	128	125	253	
	15 a 19 anos	145	139	284	
	Subtotal	273	264	537	
Adultos	20 a 24	161	189	350	
	25 a 29	180	181	361	
	30 a 34	140	149	289	
	35 a 39	121	149	270	
	40 a 44	158	192	350	
	45 a 49	125	174	299	
	50 a 54	112	143	255	
	55 a 59	122	123	245	
	Subtotal	1119	1300	2419	
Idosos	60 a 64	85	111	196	
	65 a 69	83	106	189	
	70 a 74	59	69	128	
	75 a 79	29	53	82	

	> 80 anos	26	51	77	
	Subtotal	282	390	672	16,72
Total		1873	2146	4019	100

FONTE: Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)

O território é dividido em cinco micro-áreas, atendidas, cada uma, por um Agente Comunitário de Saúde (ACS). A equipe também é composta por enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, e é assessorada por pediatra, ginecologista e nutricionista.

3.3 - Fonte de Dados

Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) através da ficha A.

ANEXO A- FICHA A

3.4 - Variáveis

As variáveis independentes analisadas neste estudo foram:

Variáveis sócio-econômicas : alfabetização, renda familiar e abastecimento de água.

Variáveis relacionadas ao estado de saúde: presença de condições ou patologias clínicas subdivididas por ciclo de vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos).

3.5 - Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram todas as famílias cadastradas no sistema de informação da atenção básica (SIAB) através da ficha A, frequentadores e não frequentadores da Unidade de Saúde da Família Alvorada, envolvendo aproximadamente 1.093 famílias. Não foi realizado nenhum corte na população, de forma que o estudo apresente um resultado representativo.

3.6- Captação da Realidade Empírica

A Classificação de Famílias por grau de risco desenvolvida pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), juntamente com a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais foi aplicada em todas as unidades de atenção primária de Ouro Preto, através do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS).

O PDAPS tem como objetivo reorganizar o sistema municipal de saúde nas macro-regiões com vistas à consolidação do sistema integrado de serviços de saúde através do fortalecimento da Atenção Primária e da construção das redes integradas, além de implantar os instrumentos de normalização da SES/MG como o instrumento gerencial de Classificação de Famílias por Grau de Risco (MENDES et al, 2008).

O instrumento proposto é basicamente um roteiro para a classificação das famílias por grau de risco, os critérios perpassam por fatores sócio-econômicos (alfabetização, renda familiar e abastecimento de água) e presença de condições ou patologias prioritárias, que foram subdivididas por ciclo de vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos). ANEXO B-ROTEIRO PARA CLASSIFICAÇÃO DAS FAMÍLIAS POR GRAU DE RISCO.

A classificação das famílias pertencentes à área de abrangência do PSF Alvorada foi realizada a partir da análise das informações do cadastro familiar, ou seja, as fichas A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que são preenchidas pelo ACS em sua primeira visita às famílias. ANEXO A- FICHA A

Com isso, foi possível identificar os fatores sócio-econômicos e as condições /patologias prioritárias e fazer a pontuação para cada um dos critérios. Após a somatória das pontuações, chegamos a pontuação total que segundo a escala do instrumento diz a classificação da família por grau de risco, sendo estes: Sem, risco, risco baixo, risco médio e risco alto.

A coleta de dados foi desenvolvida no período de agosto e setembro de 2009.

3.6- Tratamento e análise dos dados

Os dados coletados foram tabulados em planilha Excel e apresentados sob a forma de tabela procurando demonstrar a distribuição das famílias segundo a Classificação das

Famílias por Grau de Risco na Unidade de Saúde da Família Alvorada no município de Ouro Preto-MG.

3.7- Considerações Éticas

Por se tratar de estudo com dados secundários e que não envolve diretamente pesquisa com seres humanos, portanto, não oferece qualquer risco à população, a presente investigação está dispensada de aprovação por Comitê de Ética de acordo com a Resolução 196/96.

A pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto conforme anexo. ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA.

RESULTADOS

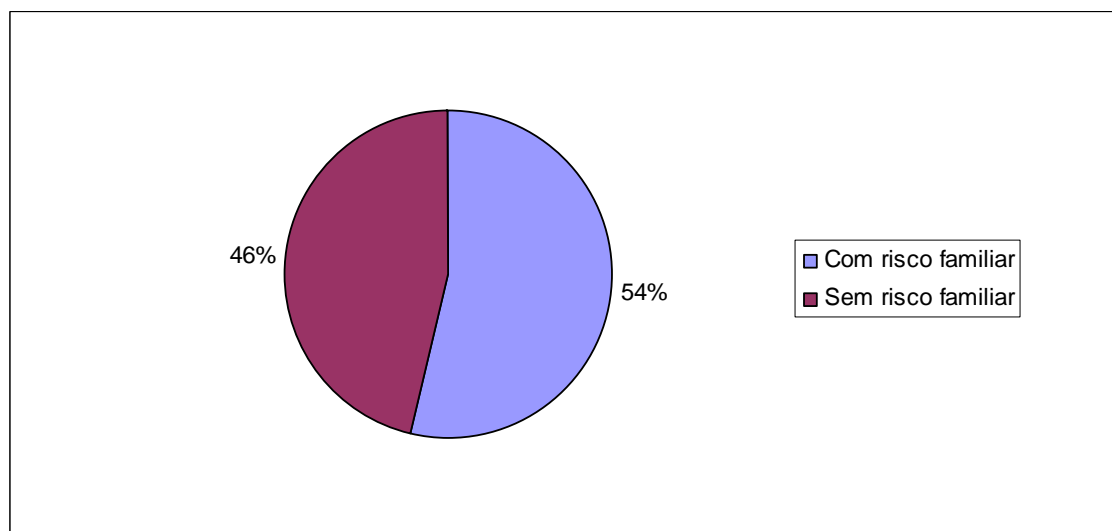
Foram analisadas 1093 fichas A do SIAB correspondendo à quantidade de famílias cadastradas pelos agentes comunitários de saúde (ACS) do PSF Alvorada no período de agosto a setembro de 2009. A tabela 1 apresenta os resultados da classificação das famílias por grau de risco segundo o instrumento proposto.

TABELA 2- Famílias classificadas por grau de risco conforme instrumento proposto pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, Ouro Preto, MG, Brasil, 2009.

<i>Classificação Familiar por Grau de Risco segundo o risco social e clínico (SES/MG)</i>	<i>Sem Risco</i>	<i>Baixo Risco</i>	<i>Médio Risco</i>	<i>Alto Risco</i>	Total
Classificação Final das Famílias	506	303	278	6	1093
%	46,29%	27,72%	25,43%	0,55%	100%

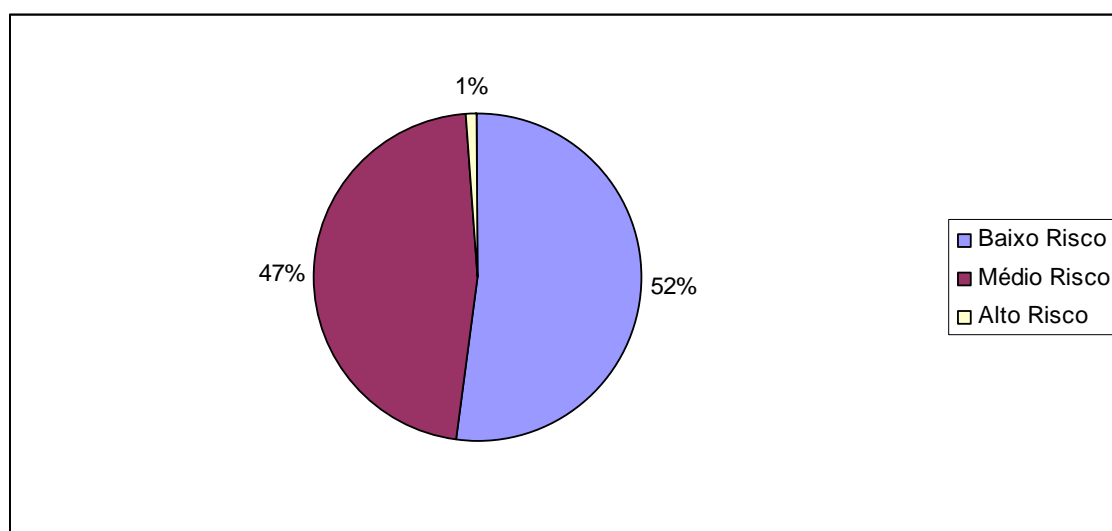
Foram classificadas 506(46,29%) famílias sem risco nenhum, 303(27,72%) com baixo risco, 278(25,43%) médio risco e apenas 6 (0,55%) famílias foram classificadas como alto risco.

FIGURA 1- Gráfico de Classificação das Famílias do PSF Alvorada por Risco, Ouro Preto, MG, Brasil, 2009.



Conforme o gráfico apresentado acima, 46 % das famílias cadastradas não possuía dificuldades sócio-econômicas (segundo as variáveis do estudo) e presença de alguma condição ou patologias prioritárias. 587 famílias cadastradas, ou seja, 54% dessas foram classificadas com algum tipo de risco.

FIGURA 2- Gráfico das Famílias do PSF Alvorada classificadas com algum risco, Ouro Preto, MG, Brasil, 2009.



Considerando apenas as famílias sob risco encontramos 52% de baixo risco, 47% de médio risco e apenas 1% classificadas como alto risco.

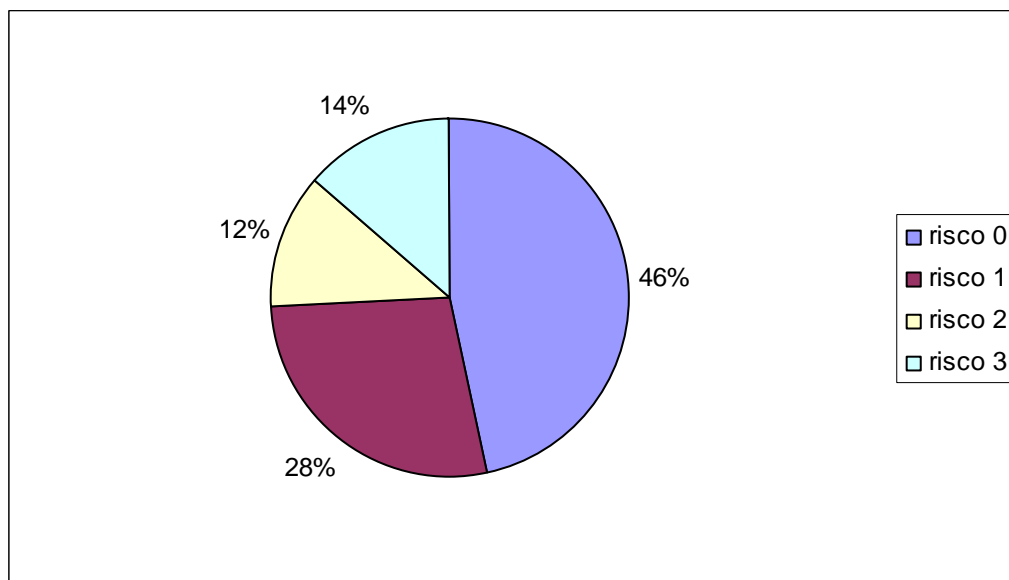
A Classificação final das famílias por grau de risco se deu através da soma dos pontos das variáveis relacionadas ao estado de saúde e das variáveis sócio-econômicas, sendo que cada uma delas possuía um score de 0 a 3 pontos, do menor risco ao maior risco respectivamente. Os números encontrados foram tabulados na tabela abaixo.

TABELA 3- Famílias classificadas por risco sócio-econômico e risco relacionado ao estado de saúde conforme instrumento proposto pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, Ouro Preto, MG, Brasil, 2009.

	<i>Risco 0</i>	<i>Risco 1</i>	<i>Risco 2</i>	<i>Risco 3</i>	Total de Famílias
<i>Número de famílias classificadas por risco de saúde (Condições ou patologias)</i>	509	303	133	148	1093
<i>Número de famílias classificadas por risco sócio-econômico.</i>	1078	15	0	0	1093

Estratificando a classificação familiar apenas por condições ou patologias encontramos:

FIGURA 3- Gráfico da Classificação por Grau de Risco das Famílias por condições ou patologias prioritárias do PSF Alvorada, Ouro Preto, MG, Brasil, 2009.

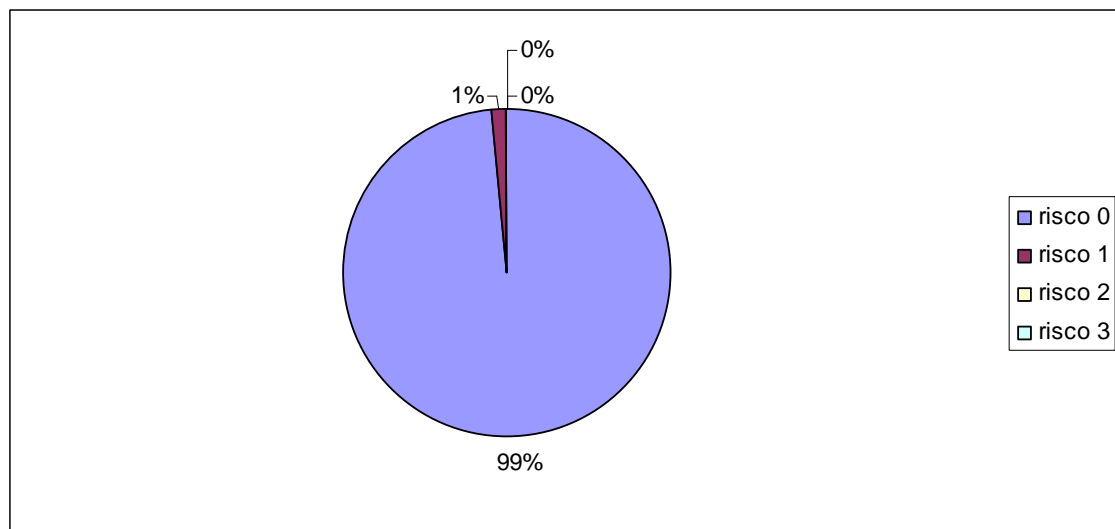


Foram consideradas de risco as famílias em que um ou mais de seus integrantes apresentavam uma ou mais condições ou patologias por ciclo de vida sendo especificadas essas características segundo as linhas guias de atenção à saúde, SES/MG.

Segundo este estudo, 509 famílias (46%) não possuíam nenhum componente da família com alguma condição ou patologia, sendo que 584 famílias (54%) foram classificadas com pelo menos 1 risco. 303 famílias (28%) apresentavam apenas 1 componente com uma patologia ou condição, 133 famílias (12%) apresentavam 2 componentes com uma patologia ou condição e 148 famílias (14%) apresentavam 1 ou mais componentes com duas ou mais condições ou patologias concomitantes.

Estratificando a classificação familiar apenas por critérios sócio-econômicos encontramos:

FIGURA 4- Gráfico da Classificação por Grau de Risco das Famílias por risco sócio-econômico do PSF Alvorada, Ouro Preto, MG, Brasil, 2009.



1078 famílias (99%) com nenhum fator de risco sócio-econômico, apenas 15 famílias (1%) com a presença de um fator de risco sócio-econômico e nenhuma família com dois ou três fatores de risco sócio-econômicos.

DISCUSSÃO

Ao analisarmos estes números, verificamos que a maior parte das famílias, cerca de 54%, cadastradas no PSF Alvorada está sob algum risco familiar. Essas famílias necessitam de uma maior atenção por parte dos profissionais de saúde, o que demanda um maior número de visitas domiciliares e serviços de saúde, tanto em ações preventivas como curativas.

Comparando o número de famílias classificadas com algum risco por condição e patologias (584 famílias) com o número das famílias classificadas com algum risco na classificação final (587 famílias) percebemos que apenas 3 famílias foram consideradas de risco não tendo nenhuma patologia ou condição, ou seja considerando o risco sócio-econômico.

Quando avaliamos apenas a classificação por risco sócio-econômico temos a impressão de que grande parte da população cadastrada não possui risco nessa variável.

Diante desse resultado, realizamos um estudo mais aprofundado dos critérios sócio-econômicos descritos na Classificação das Famílias por Grau de Risco proposto pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, para encontrarmos alguma resposta para a questão citada acima.

Para a Classificação por risco sócio-econômico foram utilizados apenas 3 critérios de pontuação, sendo estes: alfabetização do chefe da família, renda familiar e abastecimento de água.

Segundo a base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) a ficha A possui outras informações que poderiam ser importantes para essa classificação como: Tipo de casa (material utilizado, nº de cômodos e energia elétrica), destino do lixo, tratamento da água no domicílio, destino de fezes e urina, número de pessoas cobertas por plano de saúde e trabalho atual (sim ou não).

Além das informações acima descritas, esta autora acredita que devem ser

considerados também fatores como: condições de higiene do ambiente, áreas de risco ambiental (lixão, áreas sujeitas a deslizamento, soterramento ou inundação, fonte de poluentes e etc.), violência em geral, doméstica ou urbana (por efeito de álcool, drogas e etc.) e comportamentos de risco contra a própria saúde e demais membros da família.

Segundo Castiel 1996, uma escala de risco deve sempre se materializar na constatação de que o risco envolve diferentes aspectos, dentre eles: os econômicos (desemprego, miséria), ambientais (poluição), de condutas pessoais (alimentação, atividade física), dimensões interpessoais (sexualidade) e criminais (eventos vinculados a violência urbana).

Analisando os critérios utilizados, verificamos outros problemas que podem interferir na classificação sócio-econômica como:

Durante a classificação só foi considerado analfabeto o indivíduo que não sabe ler e não sabe escrever nem mesmo um bilhete simples.

Segundo Ribeiro 1997, Analfabeto funcional é a denominação dada à pessoa que, mesmo com a capacidade de decodificar minimamente as letras, geralmente frases, sentenças e textos curtos; e os números, não desenvolve a habilidade de interpretação de textos e de fazer as operações matemáticas.

“É indiscutível o fato de que a alfabetização é uma necessidade para todos os indivíduos que integram sociedades modernas, provendo lhes meios de desempenhar várias atividades associadas ao trabalho ou ao âmbito doméstico, meios de melhorar o exercício efetivo de direitos e responsabilidades de cidadania.” (RIBEIRO, 1997, p7.)

Se considerarmos que alguns chefes de famílias são analfabetos funcionais, que mesmo sabendo escrever um bilhete não são capazes de administrar uma casa e uma família, o analfabetismo funcional também deve ser considerado um critério sócio-econômico para a classificação de risco familiar.

Outro ponto a ser analisado é a renda familiar, segundo o instrumento proposto é considerada de risco a família de extrema pobreza, ou seja, quem tem renda *per capita* mensal de até R\$ 60,00 (sessenta reais), tendo ela filhos ou não. O cálculo da renda familiar *per capita* foi realizado da seguinte forma, a soma de todas as fontes (salário, bolsa família, aposentadoria, pensão, etc.) recebida por todos os membros da família divididos pelo número total de integrantes.

A fonte utilizada como base para esses cálculos foi o Programa Bolsa Família, Ministério da Previdência e Assistência Social.

Segundo Brasil 2004, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome estabelece como critério de inclusão no programa Bolsa Família as famílias com renda mensal de até R\$ 140 (cento e quarenta reais) por pessoas devidamente cadastradas no Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico).

“O Programa Bolsa Família atenderá às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, caracterizadas pela renda familiar mensal per capita de até R\$ 140,00 (cento e quarenta reais) e R\$ 70,00 (setenta reais), respectivamente.” (BRASIL, 2004, Art. 18).

Diante do exposto, famílias com renda *per capita* menor de R\$ 140,00 (cento e quarenta reais), consideradas em situação de pobreza, tanto quanto as famílias com renda *per capita* menor de R\$ 70,00 (setenta reais) em situação de extrema pobreza devem ser consideradas de risco sócio-econômico e devem ser acrescentadas à Classificação de Risco Familiar.

O último critério sócio-econômico utilizado na Classificação de Risco Familiar foi o abastecimento de água, sendo considerado de risco a família cujo domicílio não tem abastecimento de água adequado, ou seja, não existe rede pública de abastecimento e a água é proveniente de poços, cisternas, nascentes ou outras.

Este último critério não considera a qualidade da água ingerida pelas famílias, se está submetida a tratamento, tanto no domicílio quanto pela rede pública, apenas considera a sua forma de abastecimento.

Segundo Tucci 2008, um dos principais problemas relacionados com a infraestrutura de água no ambiente urbano é a falta de tratamento de esgoto: grande parte das cidades da região não possui tratamento de esgoto e lança os efluentes na rede de esgotamento pluvial, que escoam pelos rios urbanos (maioria das cidades brasileiras). Com o tempo, locais que possuem abastecimento tendem a reduzir a qualidade da sua água ou exigir maior tratamento químico da água fornecida à população. Portanto, mesmo existindo hoje uma boa cobertura do abastecimento de água no Brasil, essa pode ficar comprometida se medidas de controle do ciclo de contaminação não ocorrerem.

A Secretaria de Saúde de Ouro Preto através do Departamento de Vigilância em Saúde publicou um diagnóstico situacional do ano de 2009, (Programa Vigiágua) apresentando os seguintes resultados: do total de 145 coletas de água analisadas, 23 (15,9%) apresentaram-se com qualidade insatisfatória para o consumo humano

(ARAÚJO, 2009). O relatório não descreve as áreas afetadas.

O Departamento de Vigilância em Saúde se propôs a fazer coleta no ponto de captação (fonte, cisterna, mina, nascente) e em pontos de distribuição domiciliar para verificar a hipótese de que a qualidade da água é insatisfatória devido ao armazenamento.

Segundo a OMS 2005, a falta de acesso à água tratada e de saneamento básico tem resultado em centenas de milhões de casos de doenças, provocando mais de cinco milhões de mortes a cada ano.

Portanto, não somente a forma de abastecimento de água é importante, mas também a qualidade da água ingerida pelas famílias, se considerarmos assim, deveriam ser acrescentados aos critérios de risco: o tratamento da água no domicílio e o destino de fezes e urina.

Outro ponto a ser discutido na classificação por grau de risco das famílias, é a forma de pontuação utilizada, segundo o instrumento foram distribuídos 3 pontos para critérios sócio-econômicos e 3 pontos para critérios clínicos, sendo que a família só pode ser considerada de alto risco se tiver uma pontuação acima de 4 pontos, ou seja, é necessário que a família tenha pelo menos um ponto sócio-econômico para que seja considerada de alto risco.

Por exemplo, uma família com 6 integrantes, renda total de 1 salário mínimo (R\$ 510,00), renda *per capita* de R\$ 81,00 (oitenta e um reais), com água encanada, não possuindo filtro, chefe de família alfabetizado, sendo que 3 componentes da família tem concomitantemente 2 patologias crônicas descompensadas, segundo a classificação apresentada essa família é classificada no máximo como grau 3, risco médio.

Acreditamos que devido a esses critérios, podemos justificar que de 1093 famílias estudadas, apenas 6 famílias foram consideradas de alto risco na área de abrangência do PSF Alvorada.

Os critérios sócio-econômicos são muito importantes para a avaliação de uma família, segundo Carvalho, 1997, a identificação desses grupos populacionais é uma das questões chaves da prevenção em saúde, permitindo o direcionamento de medidas, sejam elas de cunho ambiental, educacional ou assistencial. Sendo assim, esse critério deve possuir variáveis que expressem com mais realidade as condições de vida das famílias estudadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação da escala de classificação de famílias por grau de risco foi considerada pela equipe importante e necessária para a organização do atendimento.

Por ser a realidade da família tão influente na proteção da saúde ou na manifestação de doenças, torna-se importante instrumentalizar os profissionais que estão na linha de frente para que possam identificar famílias que necessitam de atenção especial.

Porém observamos no decorrer do estudo algumas dificuldades com a escala proposta, principalmente, em relação aos aspectos sócio-econômicos.

Observamos que os critérios sócio-econômicos tinham o mesmo peso na soma de pontos que os critérios por condição ou patologia, sendo considerado assim, um aspecto importante para a classificação das famílias por risco. Porém quando avaliamos as variáveis estudadas no critério sócio-econômico verificamos que elas não expressão a realidade das famílias cadastradas no PSF Alvorada, considerando apenas a renda familiar, que está desatualizada, o analfabetismo do chefe da família e abastecimento de água.

A comparação com outros estudos mostra que não só os chefes de família completamente analfabetos, como também analfabetos funcionais devem ser considerados como um ponto de risco para a família.

A questão da água tratada e do saneamento básico são questões cruciais para a saúde da família, não podendo ser considerado apenas a forma de abastecimento de água, é necessário que se avalie a qualidade da água utilizada pelas famílias, se existe tratamento no domicílio e qual o destino dos dejetos humanos.

É importante ressaltar que o instrumento de classificação de famílias por grau de risco não contempla fatores sócio-econômicos importantes como condições de moradia e higiene, áreas de risco ambiental, violência em geral e comportamentos de risco.

O território de abrangência do PSF Alvorada contempla áreas de risco como: terrenos baldios, áreas sujeitas a deslizamento, casas de pau a pique com risco de desabamento, córrego poluído a céu aberto, área desativada, mas que foi utilizada como terreno para descarte de resíduos da indústria metalúrgica. Estas questões não foram consideradas na Classificação das famílias por grau de risco.

Evidentemente, outras variáveis poderiam ser escolhidas visando descrever melhor as famílias, entretanto o método proposto é relativamente simples, parte de informações de fácil acesso e contribui principalmente para apontar famílias de risco e famílias que não possuem nenhum risco.

Sugerimos que o instrumento seja adaptado de forma que o mesmo expresse a realidade das famílias por grau de risco, podendo ser utilizado para organizar a assistência com equidade, dispondo de mais tempo e recursos de saúde nas famílias consideradas de maior risco.

Consideramos importante que o instrumento seja avaliado nas demais equipes de saúde da família de Ouro Preto, de forma que seja possível propor mudanças no instrumento a nível municipal.

Sendo assim, é necessária a busca de novas análises, mais condizentes com a realidade particular de cada equipe de saúde da família, de forma que se construam instrumentos que expressem a realidade de cada contexto.

É sempre importante atentar para o fato de que sem uma compreensão clara do que consideramos risco e quais são os seus determinantes, não teremos possibilidade de aprender o que realmente interfere na saúde de nossas famílias

Outro estudo sugerido é a aplicação e validação de um novo instrumento de classificação a partir das necessidades encontradas e sugestões das Equipes de Saúde da Família de Ouro Preto.

É necessário continuar a investir no estudo de instrumentos diagnósticos simples e práticos, de fácil treinamento, que organizem por prioridade e equidade as famílias que necessitam de maior atenção e que também facilitem a realização de estudos comparativos que permitirão apreciar as semelhanças e as variações do risco familiar em diversas condições e culturas.

A aplicação e comparação desses instrumentos pode futuramente conduzir e propor políticas públicas condizentes com as reais necessidades sociais de saúde na vida das famílias, não só de Ouro Preto como de todo o país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEIXO J. L. M. Atenção Primária à saúde e o Programa de Saúde da Família: Perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. *Revista Mineira de Saúde Pública*, Belo Horizonte, v. 1, n.1, p.1-16, jan a jun. 2002.

ARAÚJO V. E. Diagnóstico Situacional- Vigilância em Saúde. Ouro Preto: Secretaria Municipal de Saúde, 2009. 35 p. Relatório.

BRASIL. Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm> Acesso em: 10 set. 2009.

BRASIL, Ministério da Ação Social e Combate a Fome. Decreto Nº 5.209 de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 set. 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5209.htm>. Acesso em: 18 Mai. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº. 648/GM, de 28 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 Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*. Poder Executivo, Brasília, DF, 28 mar. 2006. Disponível em: www.portal.saude.gov.br/saudelegis. Acesso em: 10 set. 2009.

CARVALHO, M. S.; CRUZ O.G.; NOBRE F.F. Perfil de risco: Método multivariado de classificação sócio-econômica de microáreas urbanas: setores censitários da região metropolitana do Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro; v13, n.14, p.635-645, out-dez, 1997.

CASTIEL L. D. Vivendo entre exposições e agravos: A teoria da relatividade do risco. *Hist. cienc. saude*- Manguinhos, v. 3, n.2, p 237-264, jan, 1996.

LEVCOVITZ E., MACHADO C.V., LIMA L.D.A. As políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciências de Saúde Coletiva*, São Paulo; v. 6, n.2, p. 269-291, 2002.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Técnicas de Pesquisa: Planejamento e Execução de Pesquisas, Amostragem e Técnicas de Pesquisa, Elaboração, Análise e Interpretação de Dados*. 1. Ed, São Paulo: Editora Atlas S. A., 1990. 205 p.

MENDES E. V., SHIMAZAKI M. E, LELES F.A.G, ELIAS W. F, MORAES L. M., NACIF M. *Implantação do Plano diretor da Atenção Primária à saúde: Redes de atenção à saúde*. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

NASCIMENTO, F.G. Aplicabilidade de uma Escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória, ES-Brasil. *Abrasco*, Vitória, n.0870, Nov.2007. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1496. Acesso em: 08 mar.2010.

RATTNER, H. Meio ambiente, saúde e desenvolvimento sustentável. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, Dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000600002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 mar. 2010.

RIBEIRO, V. M. Alfabetismo funcional: referências conceituais e metodológicas para a pesquisa. *Educação e Sociedade*. São Paulo, v.18, n.60, p. 144-158, 1997.

RONCALLI A.G., LIMA K.C. Impacto do programa saúde da família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Ciências de Saúde Coletiva*. Natal, v.11, n.3, p. 713-724, 2006.

OMS. *Saneamento e promoção de higiene: a orientação de programação*. Genebra: Biblioteca da Organização Mundial de Saúde; 2005.

O.N.U. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, 1948. Paris, Organização das Nações Unidas, 10 dez. 1948. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/deconu/textos/integra.htm#16>. Acesso em: 10 mai. 2010.

TUCCI, C. E. M.. Águas urbanas. *Estud. av.*, São Paulo, v. 22, n. 63, 2008 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142008000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 Mar. 2010.

W. H. O. *Environmental Health Indicators: Framework and Methodology*. Genebra: World Health Organization; 1999.

ANEXOS

ANEXO A- FICHA A

ANEXO B- ROTEIRO PARA CLASSIFICAÇÃO DE FAMÍLIAS POR GRAU DE RISCO.

ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA.

A Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto através da Atenção Primária a Saúde autoriza a execução do trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família intitulado “*Aplicabilidade de um Instrumento para a Classificação das Famílias por Grau de Risco pela Equipe de Saúde da Família Alvorada em Ouro Preto, MG-Brasil*” sob a orientação do Professor Francisco Carlos Felix Lana, e assume o compromisso de apoiar e disponibilizar a infra-estrutura necessária para o desenvolvimento do referido trabalho nesta instituição.

Ouro Preto, 02 de Junho de 2009.

Stela Maris Oliveira e Souza
Superintendente da Atenção Primária à Saúde