

## Clasificación de Riesgo Familiar en una Unidad de Salud de la Familia

Priscila Tadei Nakata<sup>1</sup>

Lenice Ines Koltermann<sup>2</sup>

Kellyn Rocha de Vargas<sup>1</sup>

Priscilla Wolff Moreira<sup>1</sup>

Érica Rosalba Mallmann Duarte<sup>3</sup>

Idiane Rosset-Cruz<sup>3</sup>

Objetivo: identificar y clasificar el grado de riesgo familiar en una Unidad de Salud de la Familia por medio de un instrumento de evaluación multidimensional. Método: estudio transversal, de naturaleza cuantitativa y descriptiva, en el cual fueron evaluadas 927 familias inscritas en esa unidad, que comprende cinco micro áreas. Fue aplicada la Escala de Coelho y Savasi, compuesta por 13 centinelas de evaluación del riesgo social, utilizando datos secundarios constantes en la Ficha A de los registros de las familias, en el último trimestre de 2011. Los datos fueron analizados en el programa SPSS para Windows, 18.0. Resultados: entre las familias estudiadas, 68,5% fueron clasificadas sin riesgo. Se verificó, en la micro área 1, la menor proporción de familias en riesgo (8,2%), en cuanto que la micro área 4 presentó la mayor (55,9%). Las situaciones de riesgo más prevalentes fueron bajas condiciones de saneamiento básico, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus y drogadicción. Conclusión: los resultados de este estudio posibilitan generar subsidios para la planificación de las visitas domiciliarias, la implementación de acciones de vigilancia de salud y mayor comprensión de los profesionales de la salud sobre las vulnerabilidades de las familias atendidas.

Descriptorios: Vulnerabilidad Social; Salud de la Familia; Visita Domiciliaria.

<sup>1</sup> Alumna del curso de graduación en Enfermería, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>2</sup> MSc, Enfermera, Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Adjunto, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

---

Correspondencia:

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

## Introducción

La Estrategia de Salud de la Familia (ESF) objetiva la reorganización de la atención básica en Brasil de acuerdo con los preceptos del Sistema Único de Salud (SUS). Es considerada como estrategia de expansión y calificación de ese servicio por favorecer una reorientación del proceso de trabajo con mayor potencial de profundizar sus principios y directrices, de ampliar la resolutiveidad y el impacto en la situación de salud de las personas y colectividad, además de proporcionar una relación costo-efectividad<sup>(1)</sup>.

El proceso de trabajo de las Unidades de Salud de la Familia (USF) sigue guiado en la delimitación del territorio de actuación, mapeo y reconocimiento del área inscrita, en la cual deben ser desarrolladas acciones basadas en criterios de riesgo para la salud, buscando ampliar la práctica del cuidado familiar<sup>(2)</sup>. La vigilancia de la Salud actúa en ese proceso de trabajo como una importante actividad, que busca identificar las necesidades de salud de las familias inscritas<sup>(3)</sup>. Para eso es necesario conocer la estructura y la funcionalidad de las familias, de modo a potencializar acciones de vigilancia y recursos disponibles, proponiendo intervenciones apropiadas a las necesidades identificadas.

La familia es considerada como un conjunto de personas ligadas por lazos de parentesco, dependencia doméstica y residentes en el mismo domicilio<sup>(4)</sup>, así como una unidad protectora indispensable a sus miembros, ya que propicia aportes afectivos, materiales y educacionales necesarios para el desarrollo y bienestar de sus componentes<sup>(5)</sup>.

Siendo así, la asistencia a la familia como una unidad de cuidado, propuesta por las USF, implica en la construcción de un vínculo entre los profesionales y los usuarios que permita la corresponsabilidad por el cuidado de la salud<sup>(1)</sup>. Para eso, la asistencia prestada en ese servicio no debe limitarse a la atención directa al individuo, pero también envolver la planificación de las acciones de salud, llevando en consideración que cada familia tiene una manera de organizarse para compartir las responsabilidades del cuidado<sup>(6)</sup>.

Una herramienta de trabajo de la USF es la Visita Domiciliar (VD), que permite el desarrollo de actividades de promoción de la salud, de prevención de perjuicios y de vigilancia a la salud, además del acompañamiento de todas las familias e individuos bajo su responsabilidad, de acuerdo con las necesidades definidas por el equipo<sup>(2)</sup>. Es un medio de conocer la realidad de la población, establecer vínculos con el usuario y de comprender la dinámica de las relaciones familiares<sup>(7)</sup>. En el ámbito del proceso de trabajo de las USF, es preciso establecer criterios para

planificación, ejecución, registro de datos y evaluación del proceso de cuidado.

Uno de los criterios que está siendo utilizado para la planificación de las VDs y la adecuada orientación de recursos es la evaluación del riesgo familiar<sup>(8-9)</sup>, por medio de la identificación de los factores de riesgo a los cuales la misma está expuesta. La comprensión del contexto de vida de cada familia permite la planificación de acciones específicas para cada realidad y consistentes con los recursos que cada una dispone<sup>(7)</sup>. Entretanto, se verificó que existe una escasez de estudios nacionales que aborden este tema, de forma a subsidiar la toma de decisiones relacionadas a la salud y permitir comparaciones intra e interregionales.

Así, la evaluación de riesgo familiar surge como una propuesta de diferenciar las familias pertenecientes a una misma área, a fin de identificar factores de riesgo que justifiquen la priorización de la atención. Para el presente estudio, el riesgo está relacionado con la identificación de la presencia de características, sea en la familia o en el individuo a ella perteneciente, que las coloquen bajo mayor o menor probabilidad de exposición a factores perjudiciales a la salud que puedan venir a causar perjuicios de orden física, psicológica o social<sup>(9)</sup>.

Dentro de ese contexto, es necesario que el equipo de salud identifique los factores que contribuyen para la situación de riesgo familiar. De esa forma, el estudio podrá contribuir para la planificación de las VDs y otras acciones de vigilancia, así como la adecuada destinación de recursos para la salud, de forma a priorizar a las familias más vulnerables, a fin de contemplar la equidad y prestar el cuidado de manera resolutiva. Para tanto, se objetivó identificar y clasificar el grado de riesgo familiar en una USF, así como los factores que contribuyen para eso, por medio de un instrumento de evaluación multidimensional.

## Métodos

Se trata de un estudio transversal, de naturaleza cuantitativa y descriptiva, realizado en la USF *Nosa Senhora de Belém* del municipio de Porto Alegre, estado de *Rio Grande do Sul*. La unidad, implantada en 2008, abarca 3.145 habitantes, distribuidos en 929 familias. La elección del local se debió al interés de los equipos de salud en conocer mejor a las familias inscritas en la referida Unidad de Salud, la cual se configura como campo de práctica y desarrollo de proyectos de investigación y extensión de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande del Sur (EE/UFRGS).

La población fue compuesta por todas las familias inscritas en la referida unidad. Se exceptuaron dos

instituciones de ancianos que, a pesar de inscritas en los registros de familias, se caracterizaban de forma diversa a los demás domicilios, totalizando así, 927 familias.

Para la identificación y clasificación del riesgo familiar fue aplicada la Escala de Riesgo Familiar<sup>(9)</sup>. Esta tiene por objetivo determinar el riesgo social de las familias inscritas en las USF, procurando con eso reflejar el potencial de enfermarse de cada núcleo familiar.

Las informaciones necesarias para el llenado del referido instrumento fueron recolectadas por medio de la consulta a la ficha A del Sistema de Información de la Atención Básica (SIAB)<sup>(10)</sup>, que es utilizada para registrar a las familias en las USF. Esa ficha, disponible en los registros de las familias, es llenada por los agentes comunitarios de salud (ACS) durante las primeras VDs y actualizada conforme los cambios en la dinámica familiar. No fueron identificadas fichas sub-llenadas y cuando hubo necesidad, fue solicitado esclarecimientos por parte del ACS de la micro área correspondiente.

La ficha A comprende una serie de informaciones que tornan posible la identificación de la realidad en la cual las familias están insertadas tales como: datos de identificación, demográficos y de situación de salud de todos los individuos, separados por grupos etarios de 0 a 14 años y de 15 años o más: fecha de nacimiento, edad, sexo, alfabetización, ocupación, enfermedad o condición referida, situación de vivienda, saneamiento básico.

El instrumento aplicado es compuesto por 13 centinelas de riesgo: 11 de carácter individual como personas postradas en cama, con deficiencia física, deficiencia mental y desnutrición grave, las cuales corresponden a tres puntos para cada ocurrencia; drogadicción y desempleo, que corresponden a dos puntos para cada ocurrencia; analfabetismo, niño menor de 6 meses, anciano mayor de 70 años, personas con hipertensión arterial sistémica (HAS) y con diabetes mellitus (DM) que corresponden a 1 punto para cada ocurrencia en la Escala. Los centinelas no individuales son las bajas condiciones de saneamiento, que corresponden a tres puntos y la relación habitante/cuarto, que puntúa tres si es mayor que uno, dos si es igual a uno y cero si es menor que uno. Estos ítems sumaron una puntuación total, posteriormente clasificada en grados de riesgo: Puntaje de 0 a 4 (sin riesgo), puntaje 5 o 6 clasificado como R1 (riesgo menor), puntaje 7 o 8 como R2 (riesgo promedio) y puntaje mayor que 9 como R3 (riesgo máximo).

Los datos secundarios fueron recolectados en la propia USF, en el período de octubre a diciembre de 2011, por estudiantes de Enfermería de la EE/UFRGS, mediante consulta a la ficha A del SIAB de las familias atendidas en el referido servicio de salud.

Los datos fueron tabulados en el Programa *Excel* y transportados al Programa SPSS para *Windows*, versión 18.0 para realización del análisis estadístico. Se consideró el valor de  $p < 0,05$  como estadísticamente significativo.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Secretaría Municipal de Salud de Porto Alegre/RS bajo Parecer número 001.036704.11.3.

## Resultados

En las 927 familias evaluadas, se observó que la mayoría 635 (68,5%) no presentó situaciones de riesgo. Sin embargo se destaca que un número significativo de familias (292-31,5%) presentó algún tipo de riesgo. La Tabla 1 muestra las diferencias entre el promedio y la Desviación Estándar (DE) del puntaje de riesgo de acuerdo con cada Micro Área (MA) evaluada.

Tabla 1 - Distribución de los Promedios y DE del puntaje de puntuación de riesgo según las micro áreas evaluadas de la USF *Nosa Senhora de Belém*, Porto Alegre, RS, Brasil, 2011

Micro Áreas (MA)	Total de familias		Promedio del puntaje de riesgo ( $\pm$ DE)	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	

\*Prueba ANOVA

En relación a la proporción de familias en riesgo, conforme datos de la Tabla 2, se observó que en relación a las familias con algún grado de riesgo la mayoría 175 (59,9%) presentó riesgo menor, siendo que la mayor puntuación encontrada para el riesgo máximo fue de 15 puntos en la Escala. Se destaca que la MA 4 presentó mayor proporción de familias clasificadas con Riesgo 3, o sea mayor riesgo, diferentemente de la MA 1 que presentó solamente una familia clasificada con ese grado de riesgo.

Las variables que más contribuyeron para la situación de riesgo de las familias, conforme datos presentados en la Tabla 3, fueron las bajas condiciones de saneamiento en 41% de esas familias, seguido de la hipertensión arterial sistémica (HAS) (31,4%) y drogadicción (18,2%).

También, se observó que la micro área con mayor proporción de familias en riesgo fue la que presentó mayor

número de familias con bajas condiciones de saneamiento, de drogadicción, con desempleo y presencia de HAS y DM

En cuanto a la presencia de los centinelas de riesgo en las familias evaluadas, los referentes a los niños menores de 6 meses, ancianos con más de 70 años y HAS

fueron las más frecuentes en las familias categorizadas como sin riesgo. En relación a las clasificadas con algún grado de riesgo se destacaron las bajas condiciones de saneamiento, drogadicción, HAS y relación habitante/cuarto mayor que 1.

Tabla 2 - Clasificación de las familias según la Escala de riesgo familiar por MA de la USF *Nosa Senhora de Belém*, Porto Alegre, RS, Brasil, 2011

Micro Áreas (MA)	Familias sin riesgo		Familias en riesgo			Total de familias en riesgo	
	N	%	Riesgo 1	Riesgo 2	Riesgo 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

Tabla 3 - Distribución de los centinelas de riesgo presentes entre familias atendidas en la unidad de ESF *Nosa Senhora de Belém*, Porto Alegre, RS, Brasil, 2011

Centinelas	Sin riesgo	Con Riesgo	Total		p*
			N	%	
Postrados en cama	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
Bajas condiciones de saneamiento	155	225	380	41	<0,001
Desnutrición	-	3	3	0,3	0,011
Drogadicción	34	135	169	18,2	<0,001
Desempleo	6	52	58	6,2	<0,001
Analfabetismo	10	29	39	4,2	<0,001
Niño menor de 6 meses	11	7	18	1,9	0,49
Anciano mayor de 70 años	48	42	90	9,7	0,001
Hipertensión Arterial Sistémica (HAS)	175	116	291	31,4	<0,001
Diabetes mellitus (DM)	35	58	93	10,1	<0,001
Relación habitante/cuarto <sup>†</sup>	108	139	247	14,8	<0,001

\*Prueba Chi-cuadrado

<sup>†</sup>Para este centinela fueron consideradas las familias que puntuaron el valor (2) o (3)

Se observó que los promedios de riesgo familiar fueron significativamente mayores en las familias con presencia de cualquier uno de los centinelas, cuando comparadas a las con ausencias del respectivo centinela (Tabla 4). La

mayor variación de los promedios ocurrió entre familias con presencia de individuos con desnutrición y desempleo, cuando comparadas a los promedios de riesgo de las con ausencia de esos centinelas (Tabla 4).

Tabla 4 - Distribución de el promedio de riesgo familiar según la presencia o ausencia de los centinelas en las familias evaluadas, Porto Alegre, RS, Brasil, 2011

Centinelas	Presente (promedio ± DE)	Ausente (promedio ± DE)	p*
Postrados en cama	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
Bajas condiciones de saneamiento	5,31 (±2,37)	1,90 (±2,05)	<0,001

(continúa...)

Tabla 4 - continuación

Centinelas	Presente (promedio ± DE)	Ausente (promedio ± DE)	p*
Desnutrición	11,0 (,61)	3,27 (±2,72)	<0,001
Drogadicción	6,25 (±2,65)	2,64 (±2,31)	<0,001
Desempleo	7,57 (±3,12)	3,01 (±2,48)	<0,001
Analfabetismo	6,41 (±3,27)	3,16 (±2,65)	<0,001
Niño menor de 6 meses	5,0 (±2,61)	3,27 (±2,75)	<0,001
Anciano mayor de 70 años	4,36 (±2,44)	3,19 (±2,76)	<0,001
Hipertensión Arterial Sistémica	4,09 (±2,71)	2,94 (±2,70)	<0,001
Diabetes mellitus	5,18 (±2,71)	3,09 (±2,68)	<0,001
Relación habitante/cuarto <sup>†</sup>	5,15 (±2,76)	2,63 (±2,43)	<0,001

\*Prueba T de Student

†Para la presencia de este centinela fueron consideradas las familias que puntuaron el valor (2) o (3).

## Discusión

Los estudios con abordaje de riesgo familiar encontrados en la literatura fueron escasos, dificultando así el análisis comparativo. También, se considera que a pesar de que las áreas cubiertas por las USF corresponden a aquellas más vulnerables, existen importantes diferencias geográficas y socioeconómicas inter e intra regionales, lo que posiblemente interactúa con las condiciones de salud de una comunidad.

Las diferencias entre los promedios del puntaje de riesgo familiar entre las micro áreas, encontradas en el presente estudio indican que, a pesar de que esas familias pertenezcan a la misma área cubierta por una USF, existen importantes divergencias en cuanto a los aspectos sociales que posiblemente influyen en el estado de salud de los individuos. La desigualdad social repercute en la calidad de vida y, por consecuencia, en la salud de las familias y de sus individuos, una vez que la salud se encuentra relacionada a apropiadas condiciones de vida y a políticas sociales y económicas ecuanímes<sup>(11)</sup>. Así, estos resultados pueden contribuir tanto para la planificación de VD's y otras acciones de la vigilancia en salud, como también para la adecuada destinación de recursos, entre los cuidados de salud dirigidos a esas familias en la ESF<sup>(12)</sup>.

Las diferencias encontradas en el presente estudio indicaron la micro área 4 con mayor promedio en el puntaje de riesgo, destacándose de las demás. Eso sugiere la importancia de que exista una planificación local diferenciada que considere las especificidades del área. Las características de determinada comunidad corresponden a una diversidad y a una complejidad de factores que influyen la salud local y la forma como se relacionan<sup>(12)</sup>.

En esta investigación, la mayor proporción de las familias evaluadas se encuentra clasificada como sin riesgo (68,5%). Un estudio<sup>(9)</sup> realizado en una USF del municipio de Contagem en MG, también encontró mayor proporción

de familias sin riesgo, a pesar de que en un porcentaje significativamente mayor (96%) que en el presente estudio. Diferentemente, otra investigación<sup>(8)</sup> realizada en el estado de *Espírito Santo* mostró que 55,4% de las familias evaluadas presentaban algún tipo de riesgo. Esos resultados muestran que, a pesar de que las USF tengan áreas más vulnerables como sus principales campos de actuación, todavía existen importantes diferencias locales que deben ser consideradas en la planificación de las acciones de la salud realizadas por esos equipos. El hecho de que la MA 1 presentó una proporción de familias en riesgo significativamente menor, y la MA 4 la mayor proporción cuando comparadas a las otras, puede, entre otros aspectos, estar reflejando importantes diferencias socioeconómicas y de salud dentro de una misma área de cobertura de una USF. La MA 1 se presenta más urbanizada y con mejores condiciones de pavimentación, vivienda y saneamiento básico, cuando comparada a las demás, lo que posiblemente contribuyó, por lo menos parcialmente, para esas diferencias locales.

El Ministerio de la Salud propone que las acciones de la ESF (como las VD's), las acciones de vigilancia en salud y la destinación de recursos en atención básica sean planificadas con base en el criterio de riesgo, o sea, priorizando individuos y familias en situación de mayor necesidad y vulnerabilidad<sup>(13)</sup>. La evaluación de riesgo familiar con base en una escala que posee dominios correspondientes a las diversas áreas de la salud posibilita el análisis de la situación de cada ítem de forma inter y multidisciplinar. Además de eso, contempla características del medio ambiente en el cual la familia está situada, lo que está de acuerdo con otro estudio<sup>(8)</sup>, el cual propone que la condición de riesgo familiar está relacionada también con factores sociales.

La baja condición de saneamiento – centinela más prevalente entre el total de familias y también entre las familias en riesgo – es de extrema importancia, ya que una infraestructura sanitaria deficiente está relacionada

a situaciones de mayor riesgo o vulnerabilidad social, mayores morbilidad y mortalidad<sup>(14)</sup>.

Ya la HAS, segundo centinela más prevalente en el total de familias, fue también más prevalente en las familias sin riesgo que en aquellas con riesgo. Esta situación muestra que algunas DCNT, a pesar de que constituyan un problema de salud de gran magnitud en Brasil, cuando adecuadamente administradas, pueden no influir en el aumento del riesgo o vulnerabilidad de familias. Afectan fuertemente camadas pobres de la población y grupos vulnerables, correspondiendo a 72% de las causas de muertes y a 75% de los gastos con atención a la salud en el SUS. Este hecho demuestra también la importancia de la atención al tratamiento de esas enfermedades en la atención básica, ya que estas requieren para su debido control, una combinación de medicamentos y medidas no medicamentosas, lo que implica en una atención integral y continuada por parte de los profesionales de salud<sup>(15)</sup>.

Estimativas muestran prevalencias de 5,2% de diabetes y 21,4% de hipertensión arterial sistémica en la ciudad de Porto Alegre<sup>(16)</sup>. El hecho de que 174 (59,6%) de las familias en riesgo tengan uno o más miembros familiares con HAS y/o DM requiere una mayor atención en el desarrollo de acciones de salud orientadas no solamente al tratamiento, pero también a la prevención de nuevos casos.

La drogadicción, tercer centinela más prevalente entre todas las familias evaluadas, estuvo substancialmente más presente en las familias en riesgo. Se destaca que el uso de drogas puede estar relacionado con otros factores sociales, como el desempleo<sup>(17)</sup>, centinela también bastante prevalente en las familias en riesgo en la presente investigación. El desempleo, identificado en 52 (17,8%) de las 292 (100%) familias en riesgo, es un importante factor de vulnerabilidad, ya que la salud de un individuo está relacionada a los determinantes sociales de salud<sup>(3,18)</sup>. Además, el desempleo puede causar inseguridad, estrés y mayor tendencia al alcoholismo y otras drogas, que a su vez pueden desencadenar otros perjuicios a la salud.

El número de familias en riesgo con presencia de un familiar con enfermedad mental es otro factor que debe ser llevado en consideración en la planificación de acciones de salud de la USF a la comunidad, ya que muchas veces la localización territorial de las comunidades inscritas carece de espacios con redes de apoyo que auxilien la asistencia a esas personas. Las redes de apoyo social pueden representar un potencializador para la reducción de otros problemas relacionados a la salud, ya que promueven una mayor participación social, interrelaciones comunitarias, produciendo autoconfianza y

poder de enfrentamiento a las adversidades de la vida cotidiana de los individuos<sup>(19)</sup>.

El mayor promedio en la escala de riesgo entre familias con presencia de individuos con desnutrición, seguida de aquellas con desempleo, muestra la interrelación entre factores sociales y de salud<sup>(20)</sup>, enfatizando la importancia de un abordaje conjunto en el cuidado integral y continuado prestado por profesionales de la atención básica. Ya, los centinelas HAS y DM se presentaron tanto entre las menores promedios en la escala, considerándose las familias portadoras, como las que tienen la menor variabilidad entre familias portadoras y no portadoras. Es posible que individuos portadores de DCNT debidamente controladas no presenten necesariamente otras implicaciones sociales o de salud.

Entretanto, es importante considerar que el hecho de la escala ser compuesta por varios eventos auto referidos, implique en una posible divergencia entre la información recolectada y la real situación de aquella población.

La unión de varios factores de riesgo en una misma familia la torna más vulnerable y deficitaria, sobretodo en el cuidado que debe ser prestado a los niños y a aquellos exigidos por los ancianos. Esos grupos poblacionales en general son más dependientes de cuidados, lo que en la mayoría de las veces es realizado por un miembro de la familia. La familia es, muchas veces, la primera instancia cuidadora de los individuos enfermos, de modo que gran parte de los síntomas es tratada sin que ni siquiera llegue a la red de servicios de salud<sup>(21)</sup>. Es en la familia que se producen cuidados a la salud, que podrán contribuir para la adhesión al tratamiento y posibilitar la inclusión del paciente en sus cuidados<sup>(22-23)</sup>. Para eso son necesarias interacciones afectivas y de responsabilidad entre sus miembros, las cuales deben ser estimuladas por los profesionales de la USF, considerándose el vínculo que estos mantienen con la comunidad. También son importantes las mejorías en las condiciones de vida de las familias, mediante políticas sociales que trasciendan el abordaje sectorial y pasen a identificar a la familia como una unidad cohesiva y proactiva en la resolución de sus problemas<sup>(23)</sup>.

## Conclusiones

Los resultados del presente estudio muestran que una proporción significativa (31,5%) de las familias inscritas en una USF fue clasificada con algún grado de riesgo, indicando la condición de vulnerabilidad social y de salud de las mismas. La identificación y clasificación del grado de riesgo familiar, así como los factores que contribuyen para eso, por medio de un instrumento de evaluación

multidimensional se mostrou uma ferramenta útil para la adecuada planificación y orientación de políticas públicas de la salud.

También, se observa que el área de competencia de la USF estudiada es compuesta por micro áreas con diferentes niveles de riesgo familiar, reflejando la necesidad de establecer estrategias para priorizar acciones en aquellas de mayor necesidad. Los resultados de este estudio posibilitan una mayor comprensión por parte de los profesionales de la salud sobre las vulnerabilidades de las familias atendidas, buscando contribuir para redirigir el cuidado en salud. Se entiende también que esos hallazgos deber ser discutidos con el equipo de la unidad, y con las familias del territorio, por medio del consejo local de salud, así como con los órganos municipales responsables por mejorías en las condiciones sanitarias locales.

## Referencias

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](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](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](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.

Recibido: 29.8.2012

Aceptado: 12.7.2013

*Como citar este artículo:*

Nakata PT, Koltermann LI, Vargas KR, Moreira PW, Duarte ERM, Rosset-Cruz I. Clasificación de Riesgo Familiar en una Unidad de Salud de la Familia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. sept.-oct. 2013 [acceso: / / ]; 21(5): [08 pantallas]. Disponible en: \_\_\_\_\_

día          año  
mes abreviado con punto

URL