

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

GEOVANI CLEYSON DOS SANTOS

**EVIDÊNCIAS DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO FAMILIAR NA PRÁTICA DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: SCOPING REVIEW**

ALFENAS/MG

2021

GEOVANI CLEYSON DOS SANTOS

**EVIDÊNCIAS DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO FAMILIAR NA PRÁTICA DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: SCOPING REVIEW**

Dissertação apresentada como cumprimento para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas.

Linha de pesquisa: Gestão em Serviços de Saúde e Educação.

Orientadora: Simone Albino da Silva

ALFENAS/MG

2021

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Central - Sede

Santos, Geovani Cleyson dos.
Evidências da estratificação de risco familiar na prática da estratégia
saúde da família: scoping review / Geovani Cleyson dos Santos. –
Alfenas/MG, 2021.
180 f. : il. –

Orientadora: Simone Albino da Silva
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade
Federal de Alfenas, 2021.
Bibliografia.

1. Saúde da Família. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Estratégia Saúde
da Família. I. Silva, Simone Albino da. II. Título.

GEOVANI CLEYSON DOS SANTOS

**EVIDÊNCIAS DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO FAMILIAR NA
PRÁTICA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: SCOPING REVIEW**

A Banca examinadora abaixo-assinada aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovada em: 30 de novembro de 2021

Profa. Dra. Simone Albino da Silva
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Talita Prado Simão Miranda
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Prof. Dr. Murilo César do Nascimento Instituição:
Universidade Federal de Alfenas



Documento assinado eletronicamente por Simone Albino da Silva, Professor do Magistério Superior, em 30/11/2021, às 10:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por Talita Prado Simao Miranda, Professor(a) Visitante, em 30/11/2021, às 10:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por Murilo César do Nascimento, Professor do Magistério Superior, em 30/11/2021, às 10:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 0625630 e o código CRC 900AF1E1.

Aos meus pais e a todos os familiares, por vivenciarem comigo toda a trajetória da conquista do Mestrado em Enfermagem.

Aos amigos e conhecidos, pelo apoio em todos os momentos.

A minha eterna amiga “in memoriam” Francisca de Paula dos Santos que me protege na minha caminhada.

À orientadora Professora Dra. Simone Albino da Silva, pela força e pelo aprendizado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que foi meu grande orientador nesta jornada, a Cristo que tem mostrado toda importância de ser um bom profissional, ao Espírito Santo, meu guia, e à intercessão da Virgem Maria.

A todos que não deixaram de torcer por esta realização pessoal, aos meus pais Geraldo e Catarina, aos meus irmãos Gesival e Cássio, a todos os familiares e a meus amigos que têm sido grande apoio; aos colegas de enfermagem e do mestrado que me inspiram a continuar firme; aos pacientes que me deram entusiasmo para seguir lutando em defesa da vida e de melhorar a qualidade de vida de todos.

Gratidão aos mestres que me conduziram na formação, que são exemplo e foram essenciais na construção da minha formação, nas amizades feitas e na transmissão dos conhecimentos, principalmente a orientadora Simone Albino da Silva, uma grande amiga que apoiou e possibilitou que esse sonho tornasse realidade.

E a Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES) pelo financiamento deste trabalho.

“Acreditar na família é construir o futuro”
(Papa João Paulo II, 2001)

RESUMO

A classificação de risco familiar é importante no planejamento, na organização e no desenvolvimento de ações no processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF), que permite indicar as famílias que demandam uma assistência prioritária. Dessa forma, a pesquisa objetivou mapear as evidências científicas sobre a estratificação de risco familiar na prática da Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo de natureza da Prática Baseada em Evidências (PBE), por meio de *Scoping Review*, que utilizou a metodologia do Instituto Joanna Briggs (JBI) que foi conduzido a partir das etapas estruturais de elaboração de um protocolo de pesquisa com a definição do objetivo e da questão da pesquisa; critérios de inclusão, conforme o mnemônico PCC (P: Famílias cadastradas na Estratégia Saúde da Família; C: Classificação de Risco Familiar e C: Estratégia Saúde da Família); apresentação da operacionalização da pesquisa, por meio de descritores nas bases de dados: BVS, Scielo, PubMed, Web of Science, Scopus, Embase, CINAHL, Google Scholar e BDTD; estratégia de busca; seleção das fontes de evidência; extração de dados; análise das evidências; apresentação dos resultados e resumo das evidências, que, para a redação do estudo, utilizou o Prisma-ScR. Os resultados do estudo foram encontrados um total de 6.751 registros, os quais foram triados com exclusão por duplicidade e por não estarem de acordo com critérios de inclusão; após a leitura na íntegra, incluíram-se 46 estudos. A produção anual de 2013 foi a maior, com sete estudos. O Estado de São Paulo foi a origem geográfica que mais identificou estudos dos selecionados. A maioria dos documentos estava filiados a uma instituição de ensino superior. O profissional mais relacionado na lista de autoria é o enfermeiro, representando 46,3% do total, sendo a enfermagem também a área de publicação dos artigos mais frequente. Identificou-se 13 instrumentos de classificação de risco familiar, as mais utilizadas foi a Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi. Evidenciou-se que o conceito de risco familiar está relacionado aos fatores clínicos e socioeconômicos dos membros familiares e a observância das sentinelas de risco pode direcionar para a classificação do risco da família, a fim de conduzir no processo de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Ainda existem muitas lacunas para serem resolvidas, como aprimoramento da ficha de identificação dos fatores de riscos que permita a elaboração de um instrumento que atenda a realidade atual de risco e de vulnerabilidade familiar. Conclui-se que o estudo permitiu transmitir a amplitude e profundidade da classificação de risco familiar, combinado ao processo de qualificação do sistema de saúde, evoluiu o conceito de risco que é muito relacionado a questão biológica para a vulnerabilidade, ligada aos fatores determinantes e condicionantes de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Estratificação de Risco Familiar; Classificação de Risco Familiar; Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

The classification of family risk is important in planning, organizing and developing actions in the work process of the Family Health Strategy (FHS), which allows us to indicate how families require priority care. Thus, the research aimed to map the scientific evidence on family risk stratification in the practice of the Family Health Strategy. This is a study of the nature of Evidence-Based Practice (EBP), through Scoping Review, which uses the methodology of the Joanna Briggs Institute (JBI) which is conducted from the processed steps of a research protocol with the definition of research objective and question; inclusion criteria, according to the PCC mnemonic (P: Families registered in the Family Health Strategy; C: Family Risk Classification and C: Family Health Strategy); presentation of the operationalization of the research, through descriptors in the databases: BVS, Scielo, PubMed, Web of Science, Scopus, Embase, CINAHL, Google Scholar and BDTD; search strategy; selection of evidence sources; data extraction; analysis of evidence; presentation of results and summary of evidence, which, for a study writing, using Prisma-ScR. The results of the study found a total of 6,751 documents, which were screened with exclusion for duplicity and for not meeting the inclusion criteria; after reading in full, 46 studies were included. The 2013 annual production was the largest, with seven studies. The State of São Paulo was the geographic origin that most identified studies of the selected ones. Most documents were affiliated with an institution of higher education. The most related professional in the authorship list is the nurse, representing 46.3% of the total, with nursing also being the most frequent area of publication of articles. Thirteen family risk classification instruments were identified; the most used being the Coelho and Savassi Family Risk Scale. It was evident that the concept of family risk is related to the clinical and socioeconomic factors of family members and the observance of risk sentinels can lead to the classification of family risk, in order to lead in the work process of professionals of the Health Strategy of Family. There are still many gaps to be resolved, such as improving the risk factor identification form that allows for the development of an instrument that meets the current reality of risk and family vulnerability. It is concluded that the study allowed the transmission of the breadth and depth of the classification of family risk, combined with the qualification process of the health system, the concept of risk evolved, which is closely related to the biological issue for vulnerability, linked to determining and conditioning factors of health.

KEYWORDS: Family Health Strategy; Primary Health Care; Family Risk Stratification; Family Risk Classification; Family Health Program.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Descritores controlados e não controlados selecionados para a pesquisa....	45
Quadro 2-	Distribuição dos artigos selecionados para análise de dados, quanto ao ano de publicação, ao título, ao (s) autor (es), formação dos autores, a área de publicação, a origem institucional, a origem geográfica, de bases/bancos de dados e a fonte de evidência. Alfenas- MG, 2021	51
Quadro 3-	Potencialidade e fragilidades do estudo selecionados. Alfenas, 2021.....	72
Quadro 4-	Lacunas dos conhecimentos dos estudos selecionados. Alfenas, 2021.....	80
Quadro 5-	Exclusão das evidências por não estarem de acordo com a população. Alfenas, 2021.....	132
Quadro 6-	Exclusão das evidências por não estarem de acordo com o conceito. Alfenas, 2021.....	132
Quadro 7-	Exclusão das evidências por não estarem de acordo com o contexto. Alfenas, 2021.....	134
Quadro 8-	Exclusão das evidências por não estarem de acordo com a Fonte de evidências – monografias de especialização com planos de ação para a utilização da estratificação que não apresentem resultado. Alfenas, 2021...	135
Quadro 9-	Exclusão das evidências por não estarem de acordo com a Fonte de evidências – Anais. Alfenas, 2021.....	135

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Estratégia de seleção na base de dados Web of Science, Alfenas, Minas Gerais, 2021.....	124
Tabela 2-	Estratégia de seleção na base de dados Scopus, Alfenas, Minas Gerais, 2021.....	124
Tabela 3-	Estratégia de seleção na base de dados Scielo, Alfenas, Minas Gerais, 2021.....	125
Tabela 4-	Estratégia de seleção na base de dados Scielo, Alfenas, Minas Gerais, 2021.....	125
Tabela 5-	Estratégia de seleção na base de dados Scielo, Alfenas, Minas Gerais, 2021.....	126
Tabela 6-	Estratégia de seleção na base de dados Pubmed, Alfenas, Minas Gerais, 2021.....	126
Tabela 7-	Estratégia de seleção na base de dados Google Scholar, Alfenas, Minas Gerais, 2021.....	127
Tabela 8-	Estratégia de seleção na base de dados Google Scholar, Alfenas, Minas Gerais, 2021.....	127
Tabela 9-	Estratégia de seleção na base de dados Google Scholar, Alfenas, Minas Gerais, 2021.....	128
Tabela 10-	Estratégia de seleção na base de dados Embase, Alfenas, Minas Gerais, 2021.....	128
Tabela 11-	Estratégia de seleção na base de dados CINAHL, Alfenas, Minas Gerais, 2021.....	128
Tabela 12-	Estratégia de seleção na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Alfenas, Minas Gerais, 2021.....	129
Tabela 13-	Estratégia de seleção na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Alfenas, Minas Gerais, 2021.....	129
Tabela 14-	Estratégia de seleção na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Alfenas, Minas Gerais, 2021.....	130
Tabela 15-	Estratégia de seleção na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações, Alfenas, Minas Gerais, 2021.....	130
Tabela 16-	Origem institucional das evidências encontradas. Alfenas, 2021. (n:46)....	66

Tabela 17-	Fontes de evidências dos estudos selecionados. Alfenas, 2021 (n:46).....	68
Tabela 18-	Área de publicação dos artigos encontrados. Alfenas, 2021 (n:26).....	68
Tabela 19-	Área de concentração de dissertações e teses selecionados. Alfenas, 2021(n:10).....	69
Tabela 20-	Área de concentração de monografias de pós-graduação lato senso, trabalho de conclusão de curso, manual, resumo expandidos e capítulo de <i>E-book</i> selecionados. Alfenas, 2021 (n:8).....	69
Tabela 21-	Instrumentos de Classificação de Risco Familiar utilizado. Alfenas, 2021 (n:48).....	71

LISTA DE DIAGRAMA

Diagrama 1-	Fluxograma da seleção dos estudos que compõem a pesquisa de acordo com o PRISMA ScR.....	49
Diagrama 2-	Diagrama dos principais conceitos de classificação de risco. Alfenas, 2021.....	70

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Distribuição da origem geográfica dos estudos encontrados. Alfenas, 2021 (n:46).....	66
Figura 2- Frequência das palavras contidos nos objetivos dos estudos selecionados. Alfenas, 2021.....	79

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1-	Distribuição da produção anual e cumulativa das evidências encontradas. Alfenas, 2021. (n:46).....	65
Gráfico 2-	Área de formação profissional dos autores e coautores. Alfenas, 2021. (n:147).....	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAFe	Comunidade Acadêmica Federada
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEABSF	Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da família
CEESF	Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família
CEV	Campanha de Erradicação da Varíola
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretarias de Saúde
CPOD	Dente careado, obturado e perdidos
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DNERU	Departamento Nacional de Endemias Rurais
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da Américas
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social
JBI	Instituto Joanna Briggs
MEC	Ministério da Educação
MESH	<i>Medical Subject Headings</i>
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde de Família
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básico
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso Assistencial Básico

PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PASNI	Programa de Autossuficiência Nacional em Imunobiológico
PBE	Prática Baseada em Evidência
PCC	População, Conceito e Contexto
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMAQ-QB	Programa Nacional de Melhorias de Acesso e Qualidade na Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNI	Programa Nacional de Imunização
PRISMA –	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
ScR	<i>Extension for Scoping Review</i>
Proesf	Projeto de Expansão e Consolidação de Saúde da Família
PRÓ-Saúde	Programa Nacional de Reorientação de Formação Profissional em Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
PUBMED	<i>US National Library of Medicine National Institute of Health</i>
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção em Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SCIELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SESP	Serviço Especial de saúde Pública
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIA-SUS	Sistema de Informação Ambulatorial
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
UNIFAL	Universidade Federal de Alfenas
VD	Visita Domiciliar
WOS	<i>Web of Science</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
1.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL E SEUS ATRIBUTOS	29
1.2	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E PROCESSO DE TRABALHO ORGANIZACIONAL.....	31
1.3	A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A PRÁTICA DO PRINCÍPIO DA EQUIDADE POR MEIO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO FAMILIAR.....	33
2	JUSTIFICATIVA	38
3	OBJETIVOS	40
3.1	OBJETIVO GERAL	40
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	40
4	MÉTODO	42
4.1	DEFINIÇÃO QUESTÃO DA PESQUISA.....	42
4.2	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	44
4.3	ESTRATÉGIA DE BUSCA	44
4.4	SELEÇÃO DAS FONTES DE EVIDÊNCIA.....	46
4.5	EXTRAÇÃO DOS DADOS	47
4.6	ANÁLISE DAS EVIDÊNCIAS.....	47
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	47
5	RESULTADOS	49
6	DISCUSSÃO	85
7	CONCLUSÃO	92
	REFERÊNCIAS	95
	APÊNDICE A	113
	APÊNDICE B	124
	APÊNDICE C	132
	APÊNDICE D	136

1. INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária de Saúde (APS) é definida como um conjunto de ações às pessoas, às famílias e à coletividade, que envolve a promoção, a prevenção, a proteção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos, os cuidados paliativos e a vigilância de saúde. Tem uma oferta de saúde integral e gratuita, a ser realizada por equipe multiprofissional, observando os determinantes e os condicionantes dentro de um território definido (BRASIL, 2017).

A APS apresenta uma capacidade para resolver de 80% a 90% das demandas da população, pois é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho dos outros níveis do sistema de saúde, em que recebe as novas necessidades e problemas, na qual provê a atenção sobre a pessoa e não sobre a doença. Tal nível da atenção primária realiza a coordenação ou a integração para outros pontos da rede de serviços, organizando e racionalizando os recursos, seja dos básicos aos especializados, no objetivo de maximizar a promoção, a manutenção e a melhora da saúde para as pessoas (STARFIELD, 2006).

A APS é a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, abrangente e integral, composta por um conjunto estratégico de serviços e de ações que atendam à população. Orienta-se na determinação social do processo saúde-doença, em busca de democratização do acesso, incentivando a participação social e sendo responsável pela organização de fluxos e de itinerários de cuidado (MENDONÇA *et al.*, 2018).

A construção histórica da APS no Brasil é marcada por vários avanços estruturais e políticos. No século XX, a estruturação dos serviços de saúde, voltados aos atendimentos de atenção básica, fora da capital federal e dos portos, iniciou com a implantação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1942. Por meio de cooperação entre o Brasil e o Estados Unidos da América (EUA), criou-se a SESP em meio à Segunda Guerra Mundial, para o desenvolvimento de atividades sanitárias e assistência médica em regiões da Amazônia, que extraía a borracha para uso bélico (CARVALHO; RODRIGUES; ROSA, 2020).

O SESP contribuiu nas ações contra a febre amarela e a malária, por meio de parceria com órgãos públicos nacionais, sob a direção do Ministério da Educação e Saúde e da Fundação Rockefeller. Esses serviços eram realizados por equipe multidisciplinar que prestava desde o primeiro atendimento até a internação hospitalar, com novos convênios e investimentos. Também foi implantado em outras áreas do Brasil com a promoção de interiorização de suas medidas e de melhorias para a saúde coletiva (VILARINO, 2016).

Em uma agenda de ampliação do compromisso do governo para o fornecimento de serviço de saúde à população, desde 1946, debatia-se a necessidade de centralização. Com as disputas políticas e interpelações dos sanitaristas por políticos médicos, houve em 1953 a separação no Ministério da Educação e Saúde. O então presidente da república, Getúlio Vargas, promulgou a criação do Ministério da Saúde, por meio da Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953 e do Decreto nº 34.596, de 16 de novembro de 1953. Por meio desse ato, definiu-se a estrutura administrativa que decidiria sobre os problemas relacionados à saúde humana no país, sendo este um grande marco para a saúde brasileira (FEDERAL, 1953; HAMILTON; FONSECA, 2003; MARTINS, 2017).

O Ministério da Saúde, nessa época, era uma pasta própria para os serviços de saúde pública, cujo surgimento teve uma mobilização em decorrência da mudança do cenário político com a participação de diferentes atores (LIMA; PINTO, 2003).

A fim de estabelecer a proteção da saúde, em 1954, no governo de João Café Filho, instituíram-se as normas gerais, que definiram o compromisso do Estado e da população, conforme citado no artigo 1º: “É dever do Estado, bem como da família, defender e proteger a saúde do indivíduo”. Ao Ministério da Saúde, coube a responsabilidade de acompanhar, ser vigilante às epidemias ou endemias, em uma defesa sanitária do país; estudar a possibilidade de propor a assinatura de acordos com outros países ou com organizações sanitárias internacionais, para a solução de problemas de saúde de interesse comum; firmar convênios com Estados, Distrito Federal e Territórios, proporcionando-lhes recursos técnicos e financeiros, coordenando-lhes a ação, e estimulando-lhes o trabalho; traçar e executar planos de assistência médica, sanitária, hospitalar e medicamentos ao homem brasileiro; e realizar e orientar ampla educação sanitária do povo (BRASIL, 1954).

Com Juscelino Kubitschek, no início de seu governo, em 1956, criou-se o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), que tinha uma preocupação com a saúde do trabalhador para a ampliação do cuidado no interior do país (SILVA, 2021).

Em decorrência das políticas iniciadas nos anos 1960, a pasta da saúde teve um direcionamento voltado para os hospitais. Assim, na época, interveio junto ao Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que buscava em sua proposta dar acesso de seus serviços a todos os trabalhadores urbanos. Devido a essa interferência, resultou-se na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), dando abertura para financiamentos privados, em que os hospitais privados passaram a receber uma linha de crédito, chamado Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). Isso possibilitou um repasse de 62% em benefício dessas

instituições de saúde, o que definiu um modelo de medicina previdenciária e ampliou os hospitais no país (ALVES; SANTOS; CORREIA, 2019).

Houve, ainda, na metade dos anos 1960, o surgimento das Secretarias Estaduais de Saúde, em um sistema administrativo verticalizado, que permitia o foco de atenção médica, destinado para o grupo materno-infantil e para as doenças infecciosas, como tuberculose e hanseníase, constituindo os programas de saúde pública no intuito de realizar a prevenção (MENDES, 2012).

Na sequência da estruturação das ações e dos serviços públicos de saúde, em 18 de setembro de 1973, foi criado o Programa Nacional de Imunização (PNI), em que havia uma preocupação com a imunização, devido ao grande contingente populacional do país. Assim, a produção em escala industrial desses imunobiológicos era essencial e instituiu-se o Programa de Autossuficiência Nacional em Imunobiológicos (PASNI), com investimento em laboratórios produtores oficiais, inclusive para fortalecer e para estabelecer a política própria de produção (SAÚDE, 2003).

A instituição do PNI, em 1973, representou a convergência de esforços precursores, que geraram experiências, conhecimentos e percepções conducentes à iniciativa de integrar, em um mesmo programa, práticas de vacinação antes direcionadas a finalidades específicas. Entre eles, destacam-se a Campanha de Erradicação da Varíola (1966-1973) e o Plano Nacional de Controle da Poliomielite (1971-1973) (SAÚDE, 2003).

Em decorrência da Campanha da Erradicação da Varíola (CEV), a Organização Mundial de Saúde (OMS) certificou que a transmissão da doença havia sido interrompida no país em 1973. Daí em diante, a saúde pública brasileira pôde se estruturar ainda mais, técnica e operacionalmente, com vinculação aos órgãos federais e estaduais (SAÚDE, 2003).

Na formação histórica, mesmo com os avanços das décadas anteriores, não houve prioridade na estruturação de uma rede serviços de APS. No intuito de atender às demandas sociais, em 1974, criou-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que foi formado em modelo médico-hospitalar e com oferta de seguro previdenciário, o que contribuiu para um sistema de proteção social, pautado nas áreas da saúde, da assistência e da previdência social (FEGHALI, 2017).

Com a finalidade de intensificar e de expandir os serviços básicos de saúde e de saneamento, sob a coordenação e a liberação de recurso para manutenção da rede advinda do INAMPS, em 1976, implantou-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) no Nordeste, por meio do decreto presidencial de João Figueiredo, posteriormente expandindo a todo o país. Esse programa teve por objetivo a implantação e a operacionalização das redes de Unidades Sanitárias, para ações integrais de saúde em

localidades de até 20 mil habitantes e a instalação de saneamento básico, com abastecimento de água e soluções domiciliares para destino de dejetos em povoados, vilas e cidades de pequeno porte, enfatizando, assim, a prevenção e o controle de doenças transmissíveis, sendo este o maior projeto de expansão da atenção básica antes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1979; PAIS, 2016).

Na proposta de tangenciar um novo modelo de atenção à saúde, em meados dos anos 1970, surgiu no Brasil o movimento da Reforma Sanitária, que tinha entre seus objetivos alcançar a construção de políticas públicas populares e democráticas, com melhores condições de saúde da população, para o direito da universalização e da integralidade, da expansão dos recursos financeiros, da rede de serviço e do aumento da cobertura assistencial (CELUPPI *et al.*, 2019).

Internacionalmente, a necessidade de reestruturação dos sistemas de saúde também era discutida. Em 1978, na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, reuniram-se os governos de diversas partes do mundo, por meio da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), tendo em pauta a discussão das necessidades dos Cuidados Primários de Saúde (PISCO; PINTO, 2020).

Essa conferência definiu o conceito de saúde: “Estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, concebida como direito humano, onde se declarou também que a promoção e a proteção da saúde dos povos tenham relevância para a melhoria da qualidade de vida, ressaltando-se o direito e o dever dos povos em participar na execução dos próprios cuidados de saúde (ALMA-ATA, 1978).

Com os resultados da Declaração de Alma-Ata, os países foram convocados a desenvolver políticas para implementação da Atenção Primária à Saúde (APS), a qual enfatiza a aplicabilidade da inclusão social, a equidade e a integralidade, influenciando no Brasil o anseio para a construção de um sistema público de saúde e de acesso universal (GIOVANELLA *et al.*, 2019; NUNES *et al.*, 2018).

Em decorrência da crise no setor previdenciário e embasado nos ideais da reforma sanitária, o governo federal, por meio de parcerias e do envolvimento das filantropias, das universidades, dos governos estaduais e municipais, criou o projeto interministerial (Educação, Saúde e Previdência) a Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983, cuja finalidade era integralizar as ações de saúde preventivas e curativas (CARVALHO; RODRIGUES; ROSA, 2020; GONÇALVES, 2018).

As lutas dos movimentos sociais da reforma sanitária pela transformação do sistema de saúde foram discutidas, no ano de 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, com a

participação dos movimentos populares, formando uma arena de debates, entre os representantes da sociedade civil, de trabalhadores da saúde e de setores do governo. Viram oportunidade para a democratização de direitos dentro do contexto da saúde pública, havendo uma discussão ativa entre os assuntos, tais como as disputas de concepção de saúde, a reorganização do sistema e do financiamento. A partir desse momento, criaram-se condições para a transformação no contexto social brasileiro, por meio das propostas aprovadas, subsidiando o que viria a ser o SUS (ROSÁRIO; BAPTISTA; MATTA, 2020).

Diante disso, em 1987, as AISs começaram a ser substituídas por um processo de organização do sistema de saúde que consistia na descentralização, o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), um avanço que se concretizou por meio da municipalização das unidades de APS dos estados que passaram à gestão dos municípios (MENDES, 2012).

As propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde foram encaminhadas para a Assembleia Constituinte e, através dos artigos 196 ao 200, da Constituição Federal de 1988, permitiu-se assegurar aos cidadãos brasileiros o direito à saúde e a todas as suas garantias fundamentais, tais como o acesso universal, de forma integralizada, equânime e democratizada, que seja feita por meio da efetiva participação popular (BRASIL, 1988; KRUGER; OLIVEIRA, 2018).

O modelo hospitalocêntrico, voltado para uma medicina previdenciária e curativista praticada por décadas, começou a ser substituído por medidas governamentais e direcionado para a atenção primária à saúde, enquanto acontecia o processo de implantação do SUS, principalmente quanto aos incentivos financeiros específicos (ESCOREL *et al.*, 2007).

Por meio da Lei 8080/90, definiu-se a estrutura do SUS, dispondo de condições para a promoção, a proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços em todo o território nacional, de modo a garantir ao cidadão residente no país o direito à saúde e o dever do Estado (BRASIL, 1990).

O texto da lei orgânica do SUS aborda as competências dos três entes federativos nas execuções de saúde, nas atribuições comuns entre eles, o de controlar, de avaliar e de fiscalizar as ações e serviços de saúde, a organização e a coordenação do sistema de informação de saúde, a elaboração de regulamentação para a promoção, para a proteção e para a recuperação da saúde, e a coordenação e execução dos programas e projetos estratégicos e dos de assistência emergencial. É afirmado nessa legislação o compromisso das pessoas, da família, das empresas e da sociedade, para com a execução de saúde, não sendo somente dever do Estado (BRASIL, 1990).

Em conformidade com a Lei 8080/90, no intuito de estabelecer a expansão da cobertura e da estruturação da APS no Brasil no novo sistema de saúde, em 1991, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS). Primeiramente, na Região Nordeste, após experiências de um projeto-piloto no Estado do Ceará em 1987. Consistiu na primeira estratégia nacional com o intuito de fortalecer as ações de promoção e de prevenção à saúde, em um propósito de intervir nas altas taxas de mortalidade infantil e materna; posteriormente, instituiu-se na Região Norte, devido à epidemia de cólera (SIMAS; PINTO, 2017).

Contudo, para a constituição do SUS, ao se tratar sobre o financiamento, resolveu-se com a criação das Normas Operacionais Básicas (NOB) que tiveram uma importante aplicabilidade para permitir condições necessárias de gestão aos estados e municípios (BRASIL, 2011).

As NOBs 91, 92 e 93, que não tiveram muito êxito em avançar o sistema de saúde, trouxeram abordagens de políticas de financiamento, sendo a NOB 96 que mais efetivou em relação à construção e à implementação de ações do SUS, mas se compreende que todas elas foram efetivas para o aumento dos recursos direcionados à ampliação da cobertura do PACS e do PSF (SOUSA; SOARES, 2018).

Primeiramente, com a NOB 91, do ano de 1991, tratou-se sobre uma nova política de financiamento do SUS, que se permeou por pagamentos com base na tabela INAMPS para a transferência de recursos, em que os municípios e o estado eram prestadores, os quais seriam controlados pelos conselhos de saúde, sendo destinada ao custeio dos atendimentos ambulatoriais, à transferência de Autorização de Internação Hospitalar, ao custeio da máquina administrativa do INAMPS, ao custeio de Programas Especiais em Saúde e à despesa de capital. A cobertura ambulatorial das ações de saúde era financiada pelo INAMPS, implementada através do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS) (BRASIL, 1991; REIS *et al.*, 2017).

Para regulamentar a descentralização dos serviços e das ações do SUS, o Ministério da Saúde editou a NOB 93, que tinha no título o peso do seu conteúdo “A Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei”. Abria-se aí um longo caminho de adaptação para cumprir a descentralização das ações e dos serviços de saúde para estados e municípios, destacando-se as alterações no financiamento do setor saúde. Para isso, organizaram-se as condições para a gestão de saúde, dando destaque para o município, acrescentando as formas de gestão: incipiente, parcial e semiplena (BRASIL, 1993).

A gestão incipiente - em que a secretaria municipal de saúde assume imediata ou progressivamente a responsabilidade sobre contratação e autorização do cadastramento de prestadores, sobre programas e sobre a autorização da utilização dos quantitativos de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e dos procedimentos ambulatoriais para diversos serviços e ações de saúde, inclusive na incorporação da rede de serviços de ações básicas de saúde (BRASIL, 1993).

A Gestão parcial assume a responsabilidade sobre a autorização do cadastramento de prestadores por gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município e também a incorporação da rede da AB (BRASIL, 1993).

Na condição de gestão semiplena, a secretaria municipal de saúde assume a completa responsabilidade, a gestão da prestação de serviços; o planejamento, o cadastramento, a contratação, o controle e o pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; assume o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, exceto de unidades hospitalares de referência sob gestão estadual; assume a execução e o controle das ações básicas de saúde, de nutrição e de educação, de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador, entre outras ações (BRASIL, 2011; BRASIL, 1993).

A construção da participação dos municípios dentro do SUS teve a edição da NOB 96 que permitiu novos modelos de atenção à saúde e a articulação financeira com uso do Piso Assistencial Básico (PAB): recurso financeiro para o custeio de procedimento e de ações da assistência básica nos municípios, que se define pela multiplicação do valor per capita nacional pela população de cada município, a ser transferido fundo a fundo ou em conta especial dos municípios e, transitoriamente, ao fundo estadual; que compete à gestão no nível municipal, e haveria um serviço de controle, de avaliação e de auditoria, que apoiaria a organização nesse nível dos serviços de saúde, além da corresponsabilização dos governos estaduais e federais (BRASIL, 1998; GONÇALVES, 2018; REIS *et al.*, 2017).

Gradativamente, foi se propondo uma estratégia de ampliação do acesso de primeiro contato e da alteração no modelo assistencial por meio do PACS, sendo esta, parte da construção da APS e servindo de transição para o Programa de Saúde da Família (PSF), iniciado em 1994 (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A NOB 96 fortaleceu o PSF como estratégia de reorientação. Os municípios, então, passaram a se responsabilizar plenamente por esse nível de atenção à saúde, instituindo os componentes fixo e variável do PAB e o fornecimento de incentivos financeiros para a implantação e para a expansão do PACS e do PSF, com transferências automáticas dos recursos

que são considerados prioritários pelo gestor federal (AMORIM; MENDES, 2020; FARIA, 2020).

No ano de 2001, foi implementada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001), direcionando a rede de assistência em saúde, para estabelecer a regionalização, a hierarquização e a equidade no acesso, utilizando, como instrumentalização, o plano diretor de regionalização para a ordenamento do processo, estabelecendo conceitos de regiões de saúde, em que a APS ampliou seu acesso, por meio da implantação do Piso Assistencial Básico. Assim, os municípios se tornaram mais responsáveis para garantir um acesso maior de serviços que se articulam para avançar no processo da implantação do SUS (CAETANO; SAMPAIO; COSTA, 2018; REIS *et al.*, 2017; SAÚDE, 2001).

Com a expansão da AB, foi reconhecido na NOAS/2001 que a ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF) estaria cada vez mais se consolidando como um eixo estruturante para a atenção à saúde (SAÚDE, 2001).

Na busca da descentralização das ações e dos serviços de saúde, propostas na NOAS/2001, foi criado, em 2002, o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf) voltado para os municípios com mais de 100 mil habitantes, que visou reorientar o modelo de atenção, ampliando a estratégia para cidades de maior porte. Esse projeto foi uma iniciativa do Ministério da Saúde com o apoio do Banco Mundial – BIRD -, que consistia em fortalecer a APS, implantar e consolidar a ESF, qualificando o processo de trabalho e aperfeiçoando a resposta efetiva para a população de todo o país, ou seja, para aumentar a resolubilidade do sistema (SAÚDE, 2003).

Esse arranjo institucional do sistema de saúde trouxe mudanças qualitativas e inovação ao processo e aos instrumentos de gestão, que demandaram uma renovação do arcabouço jurídico do SUS, culminando na elaboração do Pacto pela Saúde, no ano de 2006. O Pacto pela Saúde, a fim de obter a resolutividade das necessidades populacionais pela busca do princípio da equidade social, foi formado por três componentes definidos como prioridades articuladas e integradas nos três níveis de governo: o Pacto pela Vida, em que os gestores se comprometeram com a situação da saúde dos brasileiros por meio de prioridades sanitárias; o Pacto em Defesa do SUS, que reforçou o entendimento que o SUS compreende uma política de Estado; e o Pacto de Gestão, que reforçou as estratégias de regionalização, a gestão compartilhada e solidária (BRASIL, 2006a; MENICUCCI; COSTA; MACHADO, 2018).

No Pacto pela Saúde, criaram-se critérios de regionalização que têm como finalidade melhorar a gestão, o acesso, os serviços e a condição de saúde, um avanço na organização do sistema de saúde, na adesão pelos municípios e do Estado, formalizada com a assinatura do

Termo de Compromisso de Gestão, que realiza a pactuação de indicadores e de metas, de responsabilidade do gestor local (ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017).

Com o Pacto pela Saúde brasileira, se tornou o modelo assistencial estruturante, a ESF na primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por meio da Portaria nº GM/648, documento que modificou e renovou portarias já existentes, a qual reorganiza a atenção primária e a enfatiza como ordenadora das Redes de Atenção em Saúde (RAS) (BRASIL, 2006b; DOMINGOS *et al.*, 2016; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A ESF caracteriza uma APS abrangente, que favorece a universalização dos cuidados primários e contribui com a valorização da equidade, da integralidade e da coordenação da atenção, além de incentivar um trabalho multidisciplinar, focado em acolhimento, no vínculo com usuário, na humanização, na orientação comunitária, na centralidade na pessoa/família, na articulação entre redes assistenciais, e na participação social. Sua existência depende de um esforço político-institucional, como as questões ligadas ao financiamento, à formação de profissionais, à gestão/educação de pessoal e ao desenvolvimento de ações intersetoriais (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Com a amplitude da APS, um acordo tripartite entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), em 2010, estabeleceu diretrizes a fim de organizar as RAS, que se conceituam como arranjos organizativos de ações e de serviços de saúde, para a integralização do cuidado em um sistema de apoio técnico, logístico e de gestão, a qual teve sua publicação pela Portaria nº.4279, de 30/12/2010. São exemplos das RAS: Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); Rede de Atenção Psicossocial (Raps); Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência; e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2011).

(...) principais características das RAS: a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2014).

Para a configuração da centralização da atenção primária na RAS, a PNAB, de 2011, ampliou as funções do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado em 2008. Esse núcleo favoreceu as necessidades de saúde das populações de rua e ribeirinhas; consistiu em ação intersetorial na educação por meio do Programa Saúde na Escola (PSE); redirecionou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Programa Mais Médicos para as ações do Requalifica UBS (Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (ALMEIDA *et al.*, 2018; BRASIL, 2011).

Com as ocorrências da crise política e econômica no Brasil que incidiram sobre as políticas sociais, o Ministério da Saúde redigiu a PNAB, de 2017, em que houve detalhamento dos conceitos de redes e de regiões de saúde, incorporando na política os cuidados paliativos e a ênfase à vigilância em saúde. Essa PNAB permitiu aos municípios maior autonomia e flexibilidade, mas, em contrapartida, ocorreu o congelamento de gastos na educação e na saúde, na Emenda Constitucional número 9520, em 2016, o que causou um desmonte das políticas sociais, em que as ESFs estariam limitadas a promover ações, sobre o que foi conquistado até os dias atuais (MELO *et al.*, 2018).

A expansão e a adequação da ESF promoveram melhorias de acesso, favoreceram a equidade e alcançaram resultados, destacando-se a redução de mortalidades infantis e adultas das condições de saúde sensíveis à atenção primária, como também o acesso a tratamentos odontológicos e o controle de doenças infecciosas, o que reduziu hospitalizações desnecessárias e aumentou pesquisas aplicadas sobre serviços e sistemas de saúde no Brasil. Assim, a ESF tem sido um excelente requisito de impacto para a eficiência da Atenção Primária de Saúde no país (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Mesmo diante dos desafios enfrentados, os resultados obtidos com a implantação da ESF no Brasil permitiram uma cobertura ampla, sendo mais da metade da população brasileira cadastrada em unidades de saúde da família. Para a consolidação da APS, essa ampliação na cobertura se garantiu uma assistência universal, igualitária e equânime (MALTA *et al.*, 2016).

1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL E SEUS ATRIBUTOS

Nas últimas décadas, o acesso da população aos serviços de atenção primária tem sido ampliado pelas equipes da ESF, reconstruindo uma atenção focada na prevenção, na promoção, aumentando a cobertura de assistência e da coordenação do cuidado, em que se tomou uma posição na rede assistencial, ao integrar os níveis assistenciais e as interfaces com a regulação assistencial, com a integração horizontal com outros dispositivos de atenção e de cuidado no território (ALMEIDA *et al.*, 2018).

A APS atende aos pacientes com demandas agudas e crônicas, por meio de prestação do cuidado centrado na pessoa, na família e na comunidade, sendo a ESF uma estratégia que fortalece e privilegia a expansão desse acesso, permitindo a viabilização da assistência e o beneficiamento do processo de organização do trabalho:

“No ponto de vista organizacional nos serviços, é estratégica a exploração do trabalho em equipe, da potencialidade clínica da enfermagem, da cogestão dos processos de trabalho, da flexibilização das agendas e da diversificação das formas de comunicação entre equipe e usuários, de modo a superar a necessidade do contato presencial para encaminhamento de qualquer demanda.” (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018).

A APS, em seu processo de trabalho, é uma estratégia que ordena os sistemas de saúde, que se orientam em eixos estruturantes, os quais, por suas funções, são denominados como atributos essenciais e derivados, importantes para o seu delineamento. Os atributos são: a atenção ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, o enfoque familiar, a orientação comunitária e a competência cultural, que determinam condições estruturais, organizacionais e o desenvolvimento profissional, a fim de melhorar a qualidade da atenção primária (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; STARFIELD, 2006).

Starfield (2006) define os atributos essenciais e os derivados da APS:

- Primeiro contato: é o acesso e o uso do serviço a cada nova situação/problema que buscam a atenção à saúde, conhecido como a porta de entrada. O benefício desse atributo, a facilidade do acesso, está intrínseco à redução da morbidade e da mortalidade que, por sua vez, se faz uma característica fundamental na atenção primária (STARFIELD, 2006);
- Longitudinalidade: é a continuidade do cuidado que, além de reafirmar o serviço como uma fonte continuada de atenção ao longo do tempo, é o que mais versa sobre a relação interpessoal profissional/paciente, a fim de expressar uma confiança mútua (STARFIELD, 2006);
- Integralidade: exige que a APS realize arranjos para fornecer aos usuários todo tipo de assistência, incluindo os encaminhamentos a serviços em outro nível de atendimento (secundário e terciário), devendo reconhecer as necessidades e os problemas funcionais, orgânicos ou sociais, para que analisem os serviços a serem ofertados (STARFIELD, 2006);
- Coordenação: possibilita a garantia da continuidade da atenção pela equipe de saúde, com reconhecimento dos problemas e também permite o relacionamento da rede de atenção à saúde (STARFIELD, 2006);
- Orientação comunitária: define-se pela avaliação das demandas de uma comunidade, pelas necessidades de saúde dos pacientes se desenvolvem em um contexto social. Para isso, deve-se reconhecer e ter um entendimento da distribuição da saúde nesse território e dos recursos disponíveis, o que permitirá uma abordagem mais extensa ao avaliar as necessidades de saúde (STARFIELD, 2006);
- Competência cultural: exige-se uma relação horizontal entre a equipe e a população que, atenta às questões de cultura da população adscrita da APS, facilita a relação das pessoas e das famílias (STARFIELD, 2006);

- Orientação familiar: utilizando as ferramentas de abordagem familiar, permite um foco na família, tendo-a como um sujeito da atenção em que se observam os problemas dentro desse contexto e de sua rede social. Para isso, é preciso obter conhecimento da família, a fim de permitir uma intervenção apropriada, pois existe uma capacidade dentro desse núcleo social de diferentes tratamentos em que é preciso manejar estratégias, tais como reconhecer a importância biológica, social e o ambiente em que se agrupam as famílias (STARFIELD, 2006).

1.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E PROCESSO DE TRABALHO ORGANIZACIONAL

No trabalho da ESF no espaço da área adscrita, deve-se ressaltar a conceituação de vulnerabilidade social, onde existe uma relação com as práticas de cidadania que conduzem a produção de políticas públicas, pois o ser humano vulnerável define-se por aquele que está suscetível em decorrência de fatores econômicos, sociais, culturais e biológicos, que possuem desvantagens para a mobilidade social. O sujeito suscetível caracteriza-se pela falta de funções protetivas, sendo a família a protagonista dentro dessa proteção de seus membros, que assim requer ser alvo de políticas públicas, por sua vez, na área da saúde. Em decorrência da expansão do SUS, implantou-se a ESF que também tem por finalidade fortalecer a seguridade social desses sujeitos (CARMO; GUIZARDI, 2018).

Na ESF, a identificação das vulnerabilidades e dos fatores de risco que correspondem às famílias pode acontecer em diferentes ações, por exemplo, na avaliação do risco familiar realizada pelas equipes de saúde que contribuem para a organização do processo de trabalho (FRANÇA; BESERRA; CURADO, 2017).

Esse processo de trabalho que se organiza dentro de uma instituição caracteriza a forma com que se desenvolvem as atividades profissionais no contexto do trabalho, já que os indivíduos atuam por meio de produção sobre um objeto, transformando-o para a finalidade de alguma utilidade. Nessa conceituação, de acordo com a organização social e o recorte temporal, as finalidades ou os objetivos são projeções de resultados que se espera satisfazer. Os objetos são o que pode ser transformado (matéria-prima, materiais elaborados, certos estados ou condições pessoais ou sociais); os meios de produção são considerados as máquinas, as ferramentas, os equipamentos, o próprio conhecimento e as habilidades; por fim, o agente desse processo é o indivíduo que realiza a atividade (FARIA *et al.*, 2009).

A situação em que o produto (bem imaterial e simbólico) se consome no ato da produção destaca-se nos componentes do processo de trabalho em saúde, pois não se guarda nem se mede a saúde, mesmo que, às vezes, se confunda a produção de procedimentos com produção de saúde (FARIA *et al.*, 2009; FORTUNA *et al.*, 2019; MADUREIRA *et al.*, 2017)

Na APS, o processo de trabalho é identificado por características, tais como a definição do território e territorialização; a responsabilização sanitária; a porta de entrada preferencial do SUS; a adscrição de usuários; o fácil acesso; o acolhimento adequado; a realização do trabalho em equipe multiprofissional; a resolutividade dos serviços e das ações; a promoção de uma atenção que seja integral, contínua e organizada; a realização de ações de atenção domiciliar equânime que atenda às necessidades individuais; a programação e a implementação das atividades conforme as necessidades de saúde; a promoção da saúde; o desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e de agravos; o desenvolvimento de ações educativas; o desenvolvimento de ações intersetoriais; a implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e de gestão; a participação do planejamento local de saúde; a implantação das estratégias de Segurança do Paciente na APS; o apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social e a formação e educação permanente em saúde (BRASIL, 2017).

Com base na compreensão do processo de trabalho na APS, apesar de a PNAB determinar diretrizes que tangenciam o processo de trabalho das ESFs, na prática, tem sido focado em preceitos biomédicos, centrados na tecnologia e nas doenças, associado a suas realidades próprias como o ponto de vista estrutural (ANDRADE *et al.*, 2016).

A equipe da ESF é multiprofissional, composta no mínimo por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podem fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: o cirurgião-dentista e o auxiliar ou técnico em saúde bucal. Tem-se como premissa da organização do processo de trabalho da equipe a implementação de ações com base no planejamento coletivo (REGO *et al.*, 2016; BRASIL, 2017).

O trabalho do enfermeiro na APS está pautado em duas dimensões: a) produção do cuidado e gestão do processo terapêutico; b) atividades de gerenciamento do serviço de saúde e da equipe de enfermagem (MATUMOTO *et al.*, 2011)

O enfermeiro, por exemplo, deve realizar e supervisionar o acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco; fazer a promoção de atividade em grupo; referenciar os usuários a outros serviços; acompanhar as famílias em situações de vulnerabilidades, conforme a necessidade, aplicando a vigilância em saúde. Da mesma forma, trabalha em equipe com a

supervisão das ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem e pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), realizando avaliação de risco e de vulnerabilidade das famílias daquele território (BRASIL, 2017).

Assinala que o profissional enfermeiro na APS realiza as práticas clínicas voltadas para a integralidade e para os cuidados às famílias e comunidades em todo o ciclo de vida. Compreender a família é fundamental para o enfermeiro na realização das ações no contexto da APS (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018).

A família é constituída de interação interpessoal em um mesmo contexto de vida, residindo ou não em um mesmo ambiente. Pode ser representada por pessoas que geralmente vivem na mesma casa, como pai, mãe e filhos, ou por pessoas que se relacionam por laços de parentesco, de linhagem, de ascendência, de estirpe, de sangue e por adoção (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2012; RODRIGUES *et al.*, 2017).

A família pode ser definida como instituição social que tende a ter uma descrição da organização e de finalidades sociais que se desenvolvam, compreendida como apoio à sobrevivência, relação de vivências emocionais e afeto, aprendizado de conflitos e de negociação, educação informal e apoio à educação formal, com construção de valores éticos, humanitários e de solidariedade. As famílias podem ser vistas nas perspectivas: biológica, sociológica, antropológica e psicológica (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2012).

Enfim, na família, ocorrem interações e conflitos que influenciam no cotidiano coletivo. Assim, a ESF deve ressaltar a importância dos profissionais de se constituírem de uma postura diferenciada, pautada na ética e no respeito à população adscrita de sua área, com obtenção de um vínculo que permita uma relação saudável entre as equipes e os espaços familiares (BATISTA *et al.*, 2016).

1.3 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A PRÁTICA DO PRINCÍPIO DA EQUIDADE POR MEIO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO FAMILIAR

O sistema de saúde brasileiro tem, em seus princípios, o da equidade, que significa uma prática que considere os determinantes sociais como uma força motriz e a ação contra as injustiças do acesso à assistência de saúde (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017).

A equidade é um dos princípios do SUS a serem operacionalizados na Atenção Básica, por meio da adoção de estratégias que permitam minimizar desigualdades e iniquidades advindas de gênero, raça, condição social, educacional, econômica, dentre outras, de modo a

evitar a exclusão social de pessoas, das famílias ou de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação que impacte na autonomia e na situação de saúde (BRASIL, 2017).

A PNAB, em suas diretrizes, destaca a territorialização e a assistência da população adscrita que é definida por aquela população dentro de uma área, que deve estimular vínculo e responsabilização entre as equipes e a população (BRASIL, 2017).

Nas competências comuns da PNAB 2017, as populações adscritas tendem a ser assistidas pela equipe que atua na APS, nas ações de processo de territorialização e de mapeamento com a identificação dos grupos, das famílias e dos indivíduos expostos a riscos e à vulnerabilidade. Também, de acordo com o planejamento da equipe, atende às necessidades e às prioridades estabelecidas por meio de visitas domiciliares e de atendimento em domicílio (BRASIL, 2017).

A Visita Domiciliar (VD) é uma atividade realizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos e da coletividade. Sua execução ocorre no local de moradia dos usuários dos Serviços de Saúde e necessita de uma sistematização prévia. Possibilita ao profissional conhecer o contexto das pessoas que utilizam o serviço de saúde e a constatação "in loco" das reais condições de habitação, bem como a identificação das relações familiares (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2001).

A VD permite a orientação, a educação, a reabilitação das famílias para que encorajem a cuidados mais autônomos e sejam também corresponsáveis na prestação do serviço de saúde. Para haver uma relação de cuidar ao usuário e a sua família, a visita domiciliar tem se configurado como um instrumento que sistematiza as coletas de dados, direcionando e auxiliando nas atividades da equipe da ESF (CRUZ; BOURGET, 2010; FUZER *et al.*, 2018).

Essa estratégia permite integrar os diferentes atores da APS: profissionais, usuários, famílias e comunidades, articulando-os com os recursos da rede e da comunidade na qual estão inseridos, cujo espaço de articulação objetiva a organização, o planejamento, a execução e a avaliação das ações em saúde, conforme as necessidades e as demandas (CRUZ; BOURGET, 2010; ROCHA *et al.*, 2017).

O acesso aos serviços de saúde por meio da VD promove ações coordenadas com visão integral do indivíduo, com suas diferentes demandas, sendo permeado por princípios da equidade e da universalidade, como também por fatores da dinâmica do território em que vivem os usuários (PINHEIRO *et al.*, 2019).

Durante o processo de territorialização, quando o ACS reconhece sua população adscrita na primeira VD, insere o cadastramento das famílias, com o registro de informação da família,

por exemplo, o número de pessoas residentes no domicílio, o perfil sociodemográfico da composição familiar, a fim de que a equipe possa traçar planos de assistência e elaborar o diagnóstico situacional da ESF. O registro pode ser feito em sistema informatizado, em prontuário do usuário, realizado pelo ACS e, quando possível ou necessário, realizam-se atualizações. Com essas observações e anotações, faz-se a identificação da realidade familiar, o que permite realizar a classificação de risco familiar (LIMA, 2008; NAKATA *et al.*, 2013).

A avaliação sobre os critérios clínicos, sociais, econômicos, familiares ou outros, com base em diretrizes clínicas, subsidiam a estratificação de risco que, direcionada a uma população adscrita, tende a ser fundamental para a organização das ações a serem ofertadas, considerando-se as necessidades e a adesão do usuário, como a racionalidade dos recursos disponíveis no serviço de saúde (BRASIL, 2017).

A aplicação da estratificação de risco familiar melhora a qualidade do atendimento à população adscrita na priorização das VD's e a facilitação do planejamento de ações com a garantia da equidade para os usuários (LIMA; LOPES; JACOME, 2019).

Na possibilidade de delinear um planejamento na ESF, a classificação de risco familiar fornece uma priorização na assistência das famílias mais vulneráveis, como a determinação de frequência das visitas domiciliares (MENEZES *et al.*, 2012).

Quando essa classificação do risco familiar ocorre por meio de escala, como utilizado pelas equipes de ESF, estrutura as ações de acordo com a necessidade familiar, oportuniza o processo de trabalho com interação interprofissional e estabelece metas e ações a serem desenvolvidas (REGO *et al.*, 2016).

A ferramenta de estratificação do risco familiar mais conhecida na literatura técnico-científica brasileira foi validada por Coelho-Savassi, a qual se propõe a realizar a classificação, pontuando sentinelas de risco social e de saúde, que são fatores de adoecimento do núcleo familiar. Sua sistematização foi elaborada com base na Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), por meio de pontuação e da obtenção de um escore no final da escala. Essas sentinelas foram escolhidas por apresentar relevância epidemiológica e sanitária e têm impacto na dinâmica familiar (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012).

Outra classificação conhecida no Brasil foi elaborada para o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde do Estado de Minas Gerais, que utiliza os dados do cadastro familiar e da ficha de acompanhamento familiar. Esse projeto contribuiu para a implementação das políticas públicas, que visa à estruturação e à descentralização dos sistemas de gestão e dos serviços de saúde em redes. Assim, faz-se a classificação familiar conforme aspectos socioeconômicos e condições ou patologias crônicas presentes na família (RAMINELLI *et al.*, 2018).

Ressalta-se que houve muitas mudanças no sistema de informação, de modo que o SIAB passou a não ser mais utilizado, sendo substituído pelo E-SUS AB, por uma necessidade de complementar as escalas de Classificação de Risco Familiar que requer reavaliação e adaptações na escala preexistente, com inserção de novas sentinelas de risco (FRANÇA; BESERRA; CURADO, 2017).

Um estudo feito em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, indica alguns desafios na utilização da escala de classificação de risco familiar de Savassi e Coelho, a saber: falta de informação atualizada para preenchimento; número elevado de famílias assistidas por um ACS; violência urbana para uma abordagem do profissional em campo para a aplicação e problemas de ordem estrutural (MOURA *et al.*; 2016).

É oportuno assinalar que a classificação de risco familiar é importante no planejamento, na organização e no desenvolvimento de ações no processo de trabalho da ESF, que permite indicar as famílias que demandam uma assistência prioritária. Portanto, é necessário encontrar e mapear as evidências do uso de classificações já existentes, indicando conceitos relevantes que aprimorem a prática do enfoque familiar e o alcance da equidade no nível de atenção primária.

2 JUSTIFICATIVA

A estratificação de risco, seja no nível individual ou familiar, para elaborar planos de cuidados, se constituem em atribuição do enfermeiro na ESF, bem como o planejamento, o gerenciamento e a avaliação das ações desenvolvidas pelos técnicos/ auxiliares de enfermagem, ACS e ACE, em conjunto com os outros membros da equipe. Dessa forma, mapear os conceitos relevantes para ampliar a visão sobre essa temática apoiará as decisões desse profissional que ocupa uma posição de liderança na Atenção Primária à Saúde.

O uso da estratificação de risco familiar na atenção básica consiste em uma tecnologia para a gestão do cuidado, pautado na assistência com equidade, que fornece subsídios para o planejamento de ações que atendam à população adscrita de sua área de atuação, com avanço no enfoque familiar. Por meio da identificação de vulnerabilidades e de fatores de risco nas famílias, por sua vez, permite delimitar casos e situações prioritárias e fortalece a capacidade resolutiva desse nível assistencial. O mapeamento das evidências do uso da estratificação de risco familiar pode indicar a necessidade de ampliação do uso de tal tecnologia nos serviços de atenção básica, impulsionando a resolutividade e a qualidade de assistência à saúde, bem como indicar lacunas científicas existentes sobre o tema, indicando a produção de novas pesquisas.

A obtenção de um conhecimento amplo das evidências existentes é potencialmente útil para a indicação de instrumentos que avaliem os riscos familiares, para se examinar como essas ferramentas são abordadas no campo teórico e prático, como um aparato tecnológico para organizar o processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família. Ou seja, se justifica pela possibilidade de translacionar o conhecimento para a prática de ações multiprofissionais, interdisciplinares e, sobretudo, da enfermagem.

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Mapear as evidências científicas sobre a estratificação de risco familiar na prática da Estratégia Saúde da Família.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar e quantificar a produção anual e cumulativa sobre a temática;
- b) Reconhecer a origem geográfica e institucional dos estudos publicados;
- c) Distinguir a formação profissional dos autores;
- d) Arrolar a área de publicação dos estudos;
- e) Caracterizar o conceito e o uso da estratificação de risco familiar;
- f) Identificar os instrumentos de estratificação de risco familiar utilizados nos estudos publicados;
- g) Explorar nas pesquisas as fragilidades e as potencialidades para a organização e para o planejamento do processo de trabalho da equipe da ESF;
- h) Identificar e sintetizar as lacunas de conhecimento nas literaturas existentes.

4 MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza da Prática Baseada em Evidências (PBE), por meio de Revisão de Escopo, que utilizou a metodologia do Instituto Joanna Briggs (JBI) para a análise de escopo e que propõe apresentar, de forma abrangente, as evidências ou os conhecimentos disponíveis sobre um determinado tópico (PETERS *et al.*, 2020).

A revisão de escopo, comumente designada como *scoping review*, é uma síntese do conhecimento sistemático, de forma rigorosa, transparente e confiável, que busca abordar questões relativamente precisas, a fim de transmitir a amplitude e a profundidade de um campo de estudo, ou seja, mapear evidências emergentes. Tem a finalidade própria de investigação metodológica sistematizada que identifica lacunas com base em evidências dentro de um campo de investigação (ARKSEY; O'MALLEY, 2005; LEVAC; COLQUHOUN; O'BRIEN, 2010; PETERS *et al.*, 2020).

O processo de revisão foi conduzido a partir das etapas estruturais de elaboração de um protocolo de pesquisa, segundo JBI (PETERS *et al.*, 2020; ARKSEY; O'MALLEY, 2005) (APÊNDICE A). De acordo com o manual do JBI, não é obrigatório o registro de *scoping review*. Para a escrita da pesquisa, usou-se como referência o check-list *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Review* (PRISMA-ScR) que dispõem de sete seções: título, resumo, introdução, métodos, resultados, discussão e financiamento, que contêm ao todo vinte e dois itens para delinear uma organização sistemática da pesquisa em *scoping review* (TRICCO *et al.*, 2018). A definição do título e os objetivos foram feitos anteriormente no item 3. As etapas seguintes são:

- 1) definição da questão da pesquisa;
- 2) critérios de inclusão;
- 3) estratégia de busca;
- 4) seleção das fontes de evidência;
- 5) extração de dados;
- 6) análise das evidências;
- 7) apresentação dos resultados;
- 8) resumo das evidências.

4.1 DEFINIÇÃO QUESTÃO DA PESQUISA

A pergunta de pesquisa foi formulada com base no acrônimo PCC.

A estratégia do uso de acrônimo ajuda a selecionar os estudos dentro de infinitas possibilidades disponíveis nas bases de pesquisas, auxilia na formulação da pergunta de pesquisa e também na busca da literatura. Com isso, é possível que o pesquisador encontre a informação de forma precisa e mais rápida e, ainda, obtenha a informação mais relevante sobre o tema (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

Na *scoping review*, o acrônimo PCC, sendo o P=população; C=Conceito e C=contexto é utilizado, pois seus atributos se aprofundam para delinear as evidências que serão mapeadas, justificando e beneficiando a construção da pergunta de pesquisa (PETERS, et al., 2020).

Dessa forma, a constituição do acrônimo foi realizada, utilizando-se o P= Famílias cadastradas no serviço de saúde; C= Estratificação (classificação) de risco familiar e C= Estratégia Saúde da Família, estruturando a seguinte questão: “Quais as evidências científicas disponíveis sobre a utilização da estratificação de risco familiar na Estratégia de Saúde da Família?”.

A seguir, as definições para cada letra:

- **Família:** A família é constituída de interação interpessoal em um mesmo contexto de vida, residindo ou não em um mesmo ambiente. Pode ser representada por pessoas que geralmente vivem na mesma casa, como pai, mãe e filhos, ou pessoas que se relacionam por laços de parentesco, de linhagem, de ascendência, de estirpe, de sangue e por adoção (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2012; RODRIGUES *et al.*, 2017);
- **Estratificação de Risco Familiar:** Mapeamento do risco social em potencial dentro de um núcleo familiar, consistindo em uma avaliação das vulnerabilidades que permite o planejamento para o manejo das ações de saúde (REGO *et al.*, 2016; SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012);
- **Estratégia Saúde da Família:** Estratégia que visa à constituição e à consolidação da atenção básica, com expansão da cobertura de saúde no território brasileiro, conduzida pelos princípios, pelas diretrizes e pelos fundamentos da atenção primária, com a finalidade de ampliar a resolutividade das necessidades de saúde, individuais e coletivas (BRASIL, 2012).

Para aprofundar a pergunta principal de pesquisa dessa *scoping review*, foram apresentadas as seguintes subquestões: Qual o conceito da estratificação de risco familiar utilizado na Estratégia de Saúde da Família? Como a estratificação de risco familiar é usada na organização do processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família? Quais

instrumentos de estratificação de risco familiar foram utilizados nos estudos publicados? Quais as fragilidades e as potencialidades do uso da estratificação de risco familiar pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família?

4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram definidos a partir dos elementos mnemônicos PCC que fundamentam esta *scoping review*, descritos a seguir:

- Os tipos de fontes de evidência incluídas foram estudos primários, quantitativos e qualitativos, estudo de caso, relato de experiência, incluindo todas as formas possíveis de desenhos de estudo e também quaisquer tipos de revisão. As fontes de evidências foram artigos publicados em revista indexada e na literatura cinzenta, incluindo as monografias de pós-graduação lato sensu, trabalho de conclusão de curso de graduação, dissertações e teses;
- Não houve recorte temporal;
- As evidências devem abordar o uso da estratificação (classificação) de risco familiar em famílias cadastradas na Estratégia de Saúde da Família. Definiu-se realizar um estudo amplo do uso de instrumentos de classificação de risco familiar na realidade dos serviços que compõem a atenção básica no Brasil.

Estudos reflexivos, monografias de especialização com planos de ação para a utilização da estratificação não foram incluídos por não apresentarem resultados, assim como resumos de conferências pela restrição de informação do próprio formato de texto.

4.3 ESTRATÉGIA DE BUSCA

A estratégia de busca foi realizada em três etapas. A primeira etapa foi realizada uma pesquisa inicial em dois bancos de dados sobre o tema da pesquisa. Desse modo, foi feita a identificação inicial de documentos na *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (PUBMED) e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com vistas a extrair palavras relevantes para o contexto (PETERS *et al.*, 2020).

Na busca nos dois bancos de dados, pesquisaram-se palavras e termos analisados em artigos relacionados à temática, que estavam contidas no título e no resumo.

Em seguida, na segunda etapa, fez-se a busca de todas as palavras-chave e de termos de índice identificados e correlacionados ao PCC nos bancos de dados incluídos, de onde foram selecionados termos oriundos do *Medical Subject Headings* (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Também foi utilizada a terminologia não controlada, identificada em alguns artigos publicados com o tema de pesquisa. Os descritores foram organizados no quadro 1.

Quadro 1- Descritores controlados e não controlados selecionados para a pesquisa.

DECS			MESH
Português	Espanhol	Inglês	English
Estratégia Saúde da Família	Estrategia de Salud Familiar	Family Health Strategy	Community Health Services
Atenção Primária à Saúde	Atención Primaria de Salud	Primary Health Care	Primary Health Care
DESCRITORES NÃO CONTROLADOS			
Português	Espanhol	Inglês	
Estratificação de Risco Familiar	Estratificación del riesgo familiar	Family Risk Stratification	
Classificação de Risco Familiar	Clasificación de riesgo familiar	Family Risk Classification	
Programa Saúde da Família	Programa de Salud Familiar	Family Health Program	

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2021.

Prossiguiu-se selecionando as seguintes bases de dados: BVS- Biblioteca Virtual em Saúde; Scielo - *Scientific Electronic Library Online*; PubMed - *National Library of Medicine National Institutes of Health*; WOS - *Web of Science*; Scopus; Embase; CINAHL - *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*; Google Scholar e BDTD - Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações.

Foi realizada a busca pelas evidências nas bases de dados, utilizando-se os descritores selecionados com as combinações do operador booleano “AND”, a qual foi empreendida entre os dias 22 a 27 do mês de abril do ano de 2021, sem restrição de idioma. Inicialmente, realizou-se o acesso ao portal de Periódicos CAPES/MEC, via acesso remoto pela CAFe - Comunidade Acadêmica Federada -, da qual a Universidade Federal de Alfnas UNIFAL-MG é participante.

Na terceira etapa, foi identificado nas listas de referências dos artigos selecionados para que possam ser encontrados outros estudos. Dessa forma, encontraram-se alguns artigos que foram incluídos na revisão.

Na busca de evidências, é importante ser apresentada a estratégia de busca nos bancos de dados (PETERS *et al.*, 2020). As estratégias de busca estão apresentadas no APÊNDICE B.

4.4 SELEÇÃO DAS FONTES DE EVIDÊNCIA

O processo de seleção das evidências contou com a participação de dois revisores e estabeleceram quais procedimentos seriam realizados entre eles, a triagem com base no título e no resumo, o uso de software de gerenciamento dos resultados de pesquisa, a leitura na íntegra de estudos recuperados, uma menção a fontes excluídas e a descrição, por meio do PRISMA, para demonstrar a seleção desenvolvida. (PETERS, et al., 2020).

A seleção desta pesquisa desenvolveu-se primeiramente com todas as referências identificadas registradas no gerenciador *Endnote Web*®, sendo removidos os estudos duplicados.

Para a aplicação dos critérios de seleção de estudos, dois revisores utilizaram o aplicativo web gratuito *Rayyan - Intelligent Systematic Review* de forma independente. Procedeu-se à leitura dos títulos e dos resumos dos estudos identificados nos bancos de dados. Esse segundo processo de triagem permitiu a exclusão daquelas referências duplicadas, mesmo após passar pelo *Endnote Web*® e também as que não contemplaram a pergunta de pesquisa e os demais critérios de seleção.

A lista de referências dos registros incluídos foi exportada do *Rayyan* e organizada em planilha da *Microsoft Office Excel*. As referências identificadas foram baixadas no acesso ao portal de Periódicos CAPES/MEC, via acesso remoto, sendo armazenadas e sincronizadas em um arquivo no *Google Drive*, ao qual os dois revisores tiveram acesso independente e cegados.

Por meio da leitura do texto completo, de forma independente, os dois revisores realizaram a seleção de estudos relevantes e, posteriormente, houve a conciliação das divergências elencadas na fase de seleção para a inclusão dos estudos conforme os critérios de elegibilidade. Os estudos excluídos estão apresentados em APÊNDICE C com o motivo pelo qual não foram considerados para este estudo.

4.5 EXTRAÇÃO DOS DADOS

Os dados extraídos dos estudos incluídos na revisão foram congruentes ao objetivo e à questão da *scoping review*. Ressalta-se que a extração de dados oferece ao leitor um resumo lógico e descritivo dos resultados que irão alinhar os objetivos e a pergunta norteadora, no qual se registram as informações-chave das fontes de pesquisa, por exemplo, o autor, a referência e os resultados (PETERS *et al.*, 2017).

Para a extração dos dados e sua apresentação, utilizou-se o instrumento modelo do manual JBI, o qual foi adaptado pelos revisores em seu próprio protocolo (PETERS *et al.*, 2020). Foi realizado teste-piloto, aplicando o instrumento com 11 referências dos anos de 1999 a 2011, com o registro das informações-chave das fontes (APÊNDICE D).

4.6 ANÁLISE DAS EVIDÊNCIAS

A análise de dados extraídos nesta *scoping review* ocorreu mediante o mapeamento descritivo dos resultados das fontes incluídas, visando à transparência desse processo. Os dados referentes ao ano de publicação, ao título, ao (s) autor (es), à formação dos autores, à área de publicação, à origem institucional, à origem geográfica, às bases/bancos de dados, ao periódico e ao idioma, foram verificados por frequência simples e relativa. O conteúdo dos resultados relacionados ao fenômeno foi analisado de forma qualitativa descritiva por meio de categorias discutidas à luz da literatura (PETERS *et al.*, 2020).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Por não se tratar de pesquisa envolvendo Seres Humanos ou Animais, esta *scoping review* não necessitou de aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa.

5 RESULTADOS

A redação dos resultados desta *scoping review* foi guiada pelo instrumento PRISMA *Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR), visando à qualidade e à transparência nas investigações em saúde.

As estratégias de seleção e a quantidade de artigos encontrados de acordo com cada base de dados estão demonstrados nas tabelas de 1 a 15, apresentadas no APÊNDICE B.

Conforme demonstrado no diagrama 1, foi encontrado um total de 6.751 registros (Pubmed=1165; Cinahl=171; Embase: 1005; Scopus=16; Scielo: 243; WOS=212; BVS:3450; BDTD: 188; Google Scholar:301). Desse total, foram triados com exclusão por duplicidade (n: 2569) e por não estarem de acordo com critérios de inclusão (n: 4095). Após processo de elegibilidade com a leitura na íntegra, excluíram 45 evidências. Assim, incluíram-se 4 artigos que foram citados pelos autores e que elucidavam a temática do trabalho, totalizando 46 estudos incluídos.

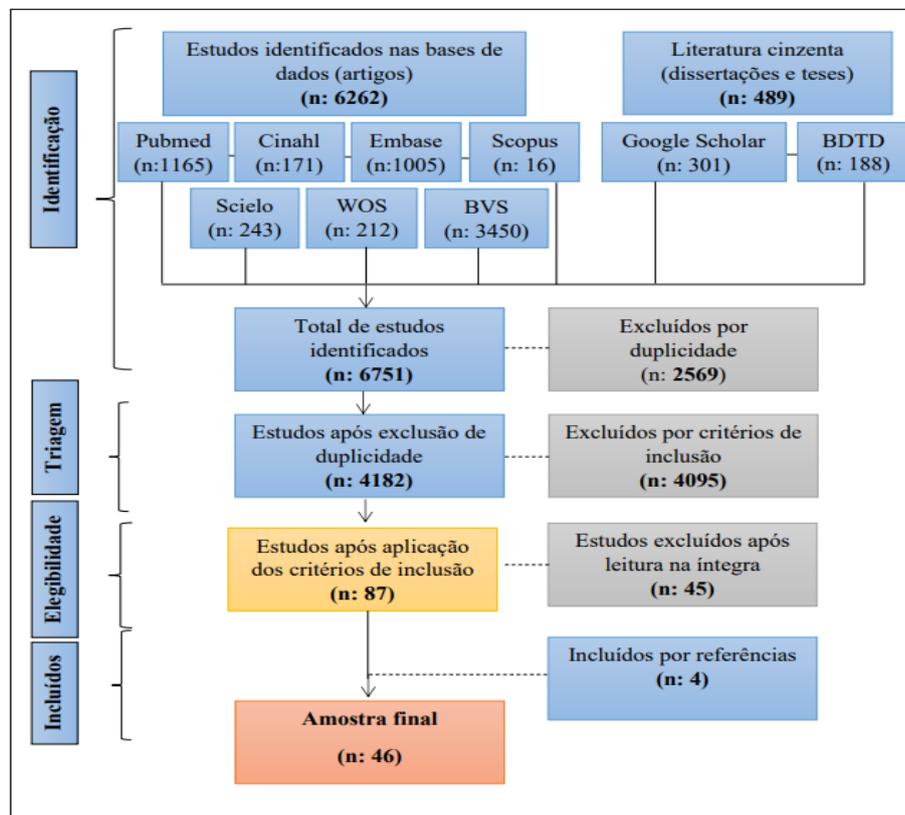


Diagrama 1- Fluxograma da seleção dos estudos que compõem a pesquisa de acordo com o PRISMA ScR.

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2021.

No quadro 2, a seguir, é demonstrado o mapeamento em ordem numérica dos 46 estudos selecionados, quanto ao ano de publicação, ao título, ao(s) autor(es), à formação dos autores, à área de publicação, à origem institucional, à origem geográfica, de bases/bancos de dados e à fonte de evidência.

Quadro 2- Distribuição dos artigos selecionados para análise de dados, quanto ao ano de publicação, ao título, ao (s) autor (es), formação dos autores, a área de publicação, a origem institucional, a origem geográfica, de bases/bancos de dados e a fonte de evidência. Alfenas-MG, 2021.

(continua)

Ordem numérica	Ano	Título da evidência	Autor (es)	Formação de autor (es)	Área de publicação	Origem Institucional	Origem geográfica	Bases/banco de dados	Fonte de evidências
01	1999	Priorização de famílias em áreas de grande concentração populacional	Francisco Carlos Mouzinho Oliveira	Medicina	Saúde Coletiva	Universidade Federal do Paraná	Curitiba - Paraná	BVS	Monografia de pós-graduação <i>Lato sensu</i>
02	2004	Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares	Flávio Lúcio Gonçalves Coelho; Leonardo Caçado Monteiro Savassi	Medicina Medicina	Medicina de Família e Comunidade	Associação Médica de Minas Gerais	Contagem – Minas Gerais	Referências	Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade
03	2009	Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde	Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais	Diversos	Saúde Pública	Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais	Belo Horizonte – Minas Gerais	Referências	Manual
04	2010	Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória (ES)	Fernanda Gomes do Nascimento; Thiago Nascimento do Prado; Heleticia Scabelo Galavote; Paulete Ambrósio Maciel; Rita de Cássia Duarte Lima; Ethel Leonor Noia Maciel.	Enfermagem Enfermagem Enfermagem Enfermagem Enfermagem Enfermagem	Saúde Pública	Universidade Federal do Espírito Santo	Vitória – Espírito Santo	BVS	Ciência & Saúde Coletiva

Quadro 2- Distribuição dos artigos selecionados para análise de dados, quanto ao ano de publicação, ao título, ao (s) autor (es), formação dos autores, a área de publicação, a origem institucional, a origem geográfica, de bases/bancos de dados e a fonte de evidência. Alfenas-MG, 2021.

(continuação)

Ordem numérica	Ano	Título da evidência	Autor (es)	Formação de autor (es)	Área de publicação	Origem Institucional	Origem geográfica	Bases/banco de dados	Fonte de evidências
05	2010	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.	Enfermagem	Saúde da Família	Universidade Federal de Minas Gerais	Ouro Preto – Minas Gerais	Google Scholar	Monografia de pós-graduação <i>Lato Sensu</i>
06	2011	Associação entre risco social familiar e risco à cárie dentária e doença periodontal em adultos na estratégia de saúde da família (ESF)	Leila Aparecida Cheachire	Odontologia	Odontologia em Saúde Coletiva	Universidade Estadual de Campinas	Santo André – São Paulo	Google Scholar	Dissertação de Mestrado
07	2011	O uso de genograma e da Classificação de risco de famílias de alto risco de uma Estratégia Saúde da Família	Rodrigo Wilson Souza	Enfermagem	Saúde da Família	Universidade Federal de Minas Gerais	Araxá – Minas Gerais	BVS	Monografia de pós-graduação <i>Lato Sensu</i>
08	2011	Protocolo para organização da demanda do serviço de saúde bucal de acordo com o risco socioeconômico da população de Bonito de Minas	Alexandre Leite Moura	Odontologia	Saúde da Família	Universidade Federal de Minas Gerais	Bonito de Minas – Minas Gerais	BVS	Monografia de pós-graduação <i>Lato Sensu</i>
09	2011	Avaliação de instrumento para classificação de risco familiar em unidades de Saúde da Família	Telma Marques Medeiros	Enfermagem	Enfermagem	Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”	Município do interior de São Paulo	Google Scholar	Dissertação de mestrado

Quadro 2- Distribuição dos artigos selecionados para análise de dados, quanto ao ano de publicação, ao título, ao (s) autor (es), formação dos autores, a área de publicação, a origem institucional, a origem geográfica, de bases/bancos de dados e a fonte de evidência. Alfenas-MG, 2021.

(continuação)

Ordem numérica	Ano	Título da evidência	Autor (es)	Formação de autor (es)	Área de publicação	Origem Institucional	Origem geográfica	Bases/banco de dados	Fonte de evidências
10	2011	Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família	Leonardo Carnut; Leonardo Vilar Filgueiras; Nilcema Figueiredo; Paulo Sávio Angeiras de Goes	Odontologia Odontologia Odontologia Odontologia	Saúde Coletiva	Universidade de Pernambuco	Recife - Pernambuco	Referências	Ciência & Saúde Coletiva
11	2012	Relação entre classificação de risco de cárie dentária e escala de risco familiar	Henri Menezes Kobayashi	Odontologia	Odontologia em Saúde Coletiva	Universidade Estadual de Campinas	São Paulo – São Paulo	BDTD	Tese de doutorado
12	2012	Apoio social, risco socioeconômico e clínico: comparação entre bairros em cidade do interior do Brasil	Milce Burgos Ferreira; Marilene Rivany Nunes; Geraldo Cássio dos Reis; Mônica de Andrade Morraye; Semiramis Melani de Melo Rocha.	Enfermagem Enfermagem Enfermagem Enfermagem	Enfermagem	Universidade São Paulo	Cidade do interior de Minas Gerais	CINAHL	Rev Esc Enferm USP
13	2012	Classificação de risco de família: uma ferramenta de avaliação para equipes da Estratégia Saúde da Família	Danielle Freitas Alvim de Castro; Alder Mourão de Sousa; Lislaine Aparecida Fracolli	Enfermagem Enfermagem Enfermagem	Enfermagem	Universidade São Paulo	São Paulo – São Paulo	CINAHL	Enfermagem Brasil

Quadro 2- Distribuição dos artigos selecionados para análise de dados, quanto ao ano de publicação, ao título, ao (s) autor (es), formação dos autores, a área de publicação, a origem institucional, a origem geográfica, de bases/bancos de dados e a fonte de evidência. Alfenas-MG, 2021.

(continuação).

Ordem numérica	Ano	Título da evidência	Autor (es)	Formação de autor (es)	Área de publicação	Origem Institucional	Origem geográfica	Bases/banco de dados	Fonte de evidências
14	2012	Classificação do risco familiar segundo escala de Coelho e Savassi – um relato de experiência	Adriana Henriques Ribeiro Menezes; Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli; Gabriela Berchiol Vieira; Julia Trevisan Martins; Marina Viana Fernandes; Tai-Li Marrero.	Enfermeiro Enfermeiro Enfermeiro Enfermeiro Enfermeiro Enfermeiro	Enfermagem	Universidade Estadual de Londrina	Londrina - Paraná	CINAHL	Ciência, Cuidado e Saúde
15	2013	Relação entre risco de cárie individual e risco familiar da doença priorizando atendimentos	Rafael David Reco da Silva; Regiane Cristina do Amaral; Maria da Luz Rosário de Sousa	Odontologia Odontologia Odontologia	Odontologia	Universidade Estadual de Campinas	Piracicaba – São Paulo	Google Scholar	Rev Assoc Paul Cir Dent
16	2013	Classificação de risco familiar em uma Unidade de Saúde da Família	Priscila Tadei Nakata; Lenice Ines Koltermann; Kellyn Rocha de Vargas; Priscilla Wolff Moreira; Érica Rosalba Mallmann Duarte; Idiane Rosset-Cruz.	Enfermagem Enfermagem Enfermagem Enfermagem Enfermagem Enfermagem	Enfermagem	Universidade Federal Rio Grande do Sul	Porto Alegre – Rio Grande do Sul	BVS	Rev Latino-Am. Enfermagem

Quadro 2. Distribuição dos artigos selecionados para análise de dados, quanto ao ano de publicação, ao título, ao (s) autor (es), formação dos autores, a área de publicação, a origem institucional, a origem geográfica, de bases/bancos de dados e a fonte de evidência. Alfenas-MG, 2021.

(continuação)

Ordem numérica	Ano	Título da evidência	Autor (es)	Formação de autor (es)	Área de publicação	Origem Institucional	Origem geográfica	Bases/banco de dados	Fonte de evidências
17	2013	Associação entre o risco familiar, saúde bucal, qualidade de vida e variáveis socioeconômicas	Fábio Antônio Villa Nova	Odontologia	Odontologia em Saúde Coletiva	Universidade Estadual de Campinas	Piracicaba – São Paulo e Tatuí- São Paulo	BDTD	Dissertação de mestrado
18	2013	Classificação de famílias segundo situações de risco	Eni do Carmo de Souza; Carla Priscila Santana; Paloma de Souza Cavalcante; Maira Sayuri Sakay Bortoletto; Thais Aidar de Freitas Mathias	Enfermagem Enfermagem Enfermagem Enfermagem Enfermagem	Enfermagem	Universidade Estadual de Maringá	Londrina – Paraná	CINAHL	Cogitare Enfermagem
19	2013	Utilização da Classificação de Risco de Famílias na Melhoria da equidade na Utilização de Serviços em uma Unidade de Saúde da Família	Isabella Azevedo Bezerra; Paulo Sávio Angeiras de Goes	Odontologia Odontologia	Odontologia	Universidade de Pernambuco	Recife - Pernambuco	BVS	Pesq Bras Odontoped Clin Integr

Quadro 2- Distribuição dos artigos selecionados para análise de dados, quanto ao ano de publicação, ao título, ao (s) autor (es), formação dos autores, a área de publicação, a origem institucional, a origem geográfica, de bases/bancos de dados e a fonte de evidência. Alfenas-MG, 2021.

(continuação)

Ordem numérica	Ano	Título da evidência	Autor (es)	Formação de autor (es)	Área de publicação	Origem Institucional	Origem geográfica	Bases/banco de dados	Fonte de evidências
20	2013	Análise de risco familiar na Estratégia Saúde da Família: uma vivência compartilhada entre preceptores, discentes e agentes comunitários de saúde	Ricardo Henrique Vieira De Melo; Rosana Lúcia Alves de Vilar; Antônio Fabiano Ferreira; Eduardo Judene da Silva Pereira; Naiara Estefânia Alves Carneiro; Nathália Gabrielle Henrique Bezerra de Freitas; José Diniz Junior.	Odontologia Enfermagem Odontologia Medicina Serviço Social Medicina Medicina	Inovação Tecnológica em Saúde	Universidade Federal rio Grande do Norte	Natal – Rio Grande do Norte	Google Scholar	Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde
21	2013	Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi	Leonardo Caçado Monteiro Savassi; Joana Lourenço Lage; Flávio Lúcio Gonçalves Coelho	Medicina Medicina Medicina	Atenção Primária à Saúde	Universidade Federal de Minas Gerais	Contagem – Minas Gerais	Referências	Journal Management Primary Health Care
22	2014	Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional	Caio Vaciski Gallassi; Daniel Felipe Herculano Ramos; Juliana Yumi Kinjo; Bernardino Geraldo Alves Souto	Medicina Medicina Medicina Medicina	Ciências da Saúde	Universidade Federal de São Carlos	São Carlos – São Paulo	BVS	ABCS Health Scienses

Quadro 2- Distribuição dos artigos selecionados para análise de dados, quanto ao ano de publicação, ao título, ao (s) autor (es), formação dos autores, a área de publicação, a origem institucional, a origem geográfica, de bases/bancos de dados e a fonte de evidência. Alfenas-MG, 2021.

(continuação)

Ordem numérica	Ano	Título da evidência	Autor (es)	Formação de autor (es)	Área de publicação	Origem Institucional	Origem geográfica	Bases/banco de dados	Fonte de evidências
23	2014	Avaliação do desempenho de duas escalas de classificação de risco familiar e sua aplicação na saúde bucal	Vinício Felipe Brasil Rocha	Odontologia	Odontologia em Saúde Coletiva	Universidade Estadual de Campinas	Piracicaba – São Paulo	BDTD	Dissertação de mestrado
24	2014	Risco social familiar e agravamento à saúde bucal em uma área da Estratégia Saúde da Família	Catarina de Araújo Teixeira Silva	Odontologia	Odontologia	Universidade Federal do Amazonas	Manaus – Amazonas	BDTD	Dissertação de mestrado
25	2014	Classificação do grau de risco de famílias na Estratégia Saúde da Família	Simone Albino Silva; Valerio Landim Almeida; Flavia Oliveira; Telma Lucas Borges Franco	Enfermagem Enfermagem Enfermagem Enfermagem	Saúde Coletiva	Universidade Federal de Alfenas	Alfena – Minas Gerais	CINAHL	Revista APS
26	2015	Equidade do acesso à atenção à saúde de famílias vulneráveis cadastradas em uma unidade de saúde da família	Silvana Maria Pereira; Ana Wladia Silva de Lima; Elaine Cristina Tôrres Oliveira; Zailde Carvalho dos Santos	Enfermagem Enfermagem Enfermagem Enfermagem	Saúde Coletiva	Universidade Federal de Pernambuco	Vitória de Santo Antão – Pernambuco	BVS	Revista APS

Quadro 2- Distribuição dos artigos selecionados para análise de dados, quanto ao ano de publicação, ao título, ao (s) autor (es), formação dos autores, a área de publicação, a origem institucional, a origem geográfica, de bases/bancos de dados e a fonte de evidência. Alfenas-MG, 2021.

(continuação)

Ordem numérica	Ano	Título da evidência	Autor (es)	Formação de autor (es)	Área de publicação	Origem Institucional	Origem geográfica	Bases/banco de dados	Fonte de evidências
27	2015	Potencialidades e desafios para a aplicação da escala de risco familiar na atenção primária à saúde	Francisco Maximiano Nunes Moura; Antônio Davi Pinto Marinho; Lucas Lourenço Oliveira; Matheus Lemos Santos; Victor Gabriel Ferreira Lima; Igor Studart Feitosa; Otoni Lima Araújo Júnior; Marcelo José Monteiro Ferreira	Medicina Medicina Medicina Medicina Medicina Medicina Medicina	Ciência da Saúde e Biológica	Universidade Federal do Ceará	Fortaleza - Ceará	Google Scholar	J. Health Biol Sci.
28	2015	Aprazamento das visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde a partir do olhar da equidade	Renata Casagrande Guzella	Enfermagem	Ciências da Saúde	Universidade São Paulo	São Paulo – São Paulo	Google Scholar	Dissertação de mestrado profissional
29	2016	Risco familiar de crianças atendidas na rede de atenção primária à saúde	Fernanda Portela Pereira	Enfermagem	Enfermagem	Universidade Federal de Santa Maria	Santa Maria – Rio Grande do Sul e Ribeirão Preto – São Paulo	Google Scholar	Dissertação de mestrado

Quadro 2- Distribuição dos artigos selecionados para análise de dados, quanto ao ano de publicação, ao título, ao (s) autor (es), formação dos autores, a área de publicação, a origem institucional, a origem geográfica, de bases/bancos de dados e a fonte de evidência. Alfenas-MG, 2021.

(continuação)

Ordem numérica	Ano	Título da evidência	Autor (es)	Formação de autor (es)	Área de publicação	Origem Institucional	Origem geográfica	Bases/banco de dados	Fonte de evidências
30	2016	Estratificação de risco familiar no contexto da Estratégia de Saúde da Família	Anderson da Silva Rego; Raquel Gusmão Oliveira; Walkiria Maria Oliveira Macerau; Carlos Alexandre Molena-Fernandes; Thais Aidar de Freitas Mathias; Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic	Enfermagem Enfermagem Estatístico Educador Físico Enfermagem Enfermagem	Enfermagem	Universidade Estadual de Maringá	Município do Noroeste do Paraná	CINAHL	Rev Enferm UFPE online
31	2016	Como priorizar as visitas domiciliares com base na escala de risco familiar	Marcelo H. Camargos	Não identificado	Visita Domiciliar	Universidade Federal de Minas Gerais	Não contém informação	Google Scholar	Manual: Rede de Teleassistência de Minas Gerais
32	2016	Identificação do risco familiar em saúde como alternativa para equidade no acesso à odontologia em uma unidade de saúde da família da cidade do Recife/ PE / Brasil	Mário Filipe Verçosa de Melo Silva; Aurora Karla de Lacerda Vida	Odontologia Odontologia	Odontologia	Universidade de Pernambuco	Recife - Pernambuco	Google Scholar	Odontol. Clínica-Científica

Quadro 2- Distribuição dos artigos selecionados para análise de dados, quanto ao ano de publicação, ao título, ao (s) autor (es), formação dos autores, a área de publicação, a origem institucional, a origem geográfica, de bases/bancos de dados e a fonte de evidência. Alfenas-MG, 2021.

(continuação)

Ordem numérica	Ano	Título da evidência	Autor (es)	Formação de autor (es)	Área de publicação	Origem Institucional	Origem geográfica	Bases/banco de dados	Fonte de evidências
33	2017	Identificação e classificação de risco familiar em uma comunidade assistida por uma unidade de saúde da família em Recife-PE	Erika Pollyany Ferreira Balbino França; Hebe Janayna Mota Duarte Bezerra;	Enfermagem Enfermagem	Inovação Tecnológica em Saúde	Programa Residência Multiprofissional em Saúde da Família - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP	Recife - Pernambuco	Google Scholar	Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde
34	2017	Relação entre classificações de risco utilizadas para organização da demanda em saúde bucal em município de pequeno porte de São Paulo, Brasil	João Peres Neto; Karine Laura Cortellazzi Mendes; Ronaldo Seichi Wada; Maria da Luz Rosario de Sousa	Odontologia Odontologia Odontologia Odontologia	Saúde Coletiva	Universidade Estadual de Campinas	Ubirajara – São Paulo	Google Scholar	Ciência & Saúde Coletiva
35	2017	Proposta de classificação de risco familiar para o atendimento em saúde bucal do município de Florianópolis	Pâmella Miranda Goulart	Odontologia	Odontologia	Universidade Federal de Santa Catarina	Florianópolis – Santa Catarina	Google Scholar	Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação
36	2017	Risco familiar para acesso individual a escova e creme dental: proposta de intervenção	Giselle Pereira Sousa	Odontologia	Saúde da Família	Universidade Federal do Triângulo Mineiro	Prata – Minas Gerais	Google Scholar	Monografia de pós-graduação <i>Lato sensu</i>

Quadro 2- Distribuição dos artigos selecionados para análise de dados, quanto ao ano de publicação, ao título, ao (s) autor (es), formação dos autores, a área de publicação, a origem institucional, a origem geográfica, de bases/bancos de dados e a fonte de evidência. Alfenas-MG, 2021.

(continuação)

Ordem numérica	Ano	Título da evidência	Autor (es)	Formação de autor (es)	Área de publicação	Origem Institucional	Origem geográfica	Bases/banco de dados	Fonte de evidências
37	2018	Uso e resolutividade de serviços públicos de saúde bucal ofertados a crianças em município de grande porte	Andreza Viana Lopes Cardoso; Andréa Maria Duarte Vargas; João Henrique Lara Do Amaral; Mara Vasconcelos; Kecyanne Malheiros Machado; Anna Rachel Dos Santos Soares; Raquel Conceição Ferreira	Odontologia Odontologia Odontologia Odontologia Odontologia Odontologia	Odontologia	Universidade Federal de Minas Gerais	Belo Horizonte – Minas Gerais	BVS	Rev. Gaúcha Odontol.
38	2018	Fatores associados ao risco familiar de crianças com necessidades especiais de saúde	Aline Cristiane Cavicchioli Okido; Eliane Tatsch Neves; Giovana Natali Cavicchioli; Leonardo Bigolin Jantsch; Fernanda Portela Pereira; Regina Aparecida Garcia Lima	Enfermagem Enfermagem Enfermagem Enfermagem Enfermagem	Enfermagem	Universidade de São Paulo	Cidade Interior de São Paulo e cidade interior Rio Grande do Sul	Google Scholar	Rev. Esc Enferm USP
39	2018	Associação entre risco familiar e de cárie em escolares de 5 anos.	Carlos da Rocha Santos; Flávia Martão Flório; Luciane Zanin	Odontologia Odontologia Odontologia	Odontologia	Faculdade São Leopoldo Mandic	Coari – Amazonas	Scielo	Rev. Gaúcha Odontol.

Quadro 2- Distribuição dos artigos selecionados para análise de dados, quanto ao ano de publicação, ao título, ao (s) autor (es), formação dos autores, a área de publicação, a origem institucional, a origem geográfica, de bases/bancos de dados e a fonte de evidência. Alfenas-MG, 2021.

(continuação)

Ordem numérica	Ano	Título da evidência	Autor (es)	Formação de autor (es)	Área de publicação	Origem Institucional	Origem geográfica	Bases/banco de dados	Fonte de evidências
40	2019	Efetividade de organização da demanda por classificação de risco para o acesso e para a resolubilidade do serviço público odontológico	Danielle Viana Ribeiro Ramos	Odontologia	Gestão e Saúde Coletiva	Universidade Estadual de Campinas	São Paulo – São Paulo	Google Scholar	Dissertação de mestrado
41	2019	Análise espacial de um instrumento de acesso aos serviços de saúde e sua relação com fatores sociodemográficos e odontológicos	João Peres Neto	Odontologia	Odontologia em Saúde Coletiva	Universidade Estadual de Campinas	Ubirajara – São Paulo	Google Scholar	Tese de doutorado
42	2019	Ferramenta para avaliação e gestão da visita domiciliar na atenção primária à saúde: um relato de experiência	Juliana Viana Pinheiro; Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro; Tatiana Monteiro Fiuza; Renan Magalhaes Montenegro Junior	Medicina Medicina Medicina Medicina	Medicina da Família e Comunidade	Universidade Federal do Ceará	Fortaleza - Ceará	BVS	Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade
43	2019	Análise da classificação de risco e vulnerabilidade familiar na estratégia saúde da família do município de Palhoça	Thaynara Maestri; Filipe Luis Merini; Márcia Regina Kretze	Medicina Medicina Enfermagem	Saúde da Família	Universidade do sul de Santa Catarina	Palhoça – Santa Catarina	Google Scholar	Resumo Expandido

Quadro 2- Distribuição dos artigos selecionados para análise de dados, quanto ao ano de publicação, ao título, ao (s) autor (es), formação dos autores, a área de publicação, a origem institucional, a origem geográfica, de bases/bancos de dados e a fonte de evidência. Alfenas-MG, 2021.

(continuação)

Ordem numérica	Ano	Título da evidência	Autor (es)	Formação de autor (es)	Área de publicação	Origem Institucional	Origem geográfica	Bases/banco de dados	Fonte de evidências
44	2019	Estratificação de risco familiar em uma unidade de saúde da família	Gustavo Jerônimo Dias dos Santos; Iago Gabriel Evangelista Alves; Janaína Paula de Farias Leite; Marco Túlio Leal Batista	Medicina Medicina Medicina Medicina	Saúde da Família	Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri	Município da Mesorregião do Jequitinhonha – Minas Gerais	Google Scholar	Capítulo do <i>E-book</i> : Editora Atenas – “Novos Paradigmas de Abordagem na Medicina Atual 3.”
45	2020	Estratificação do Grau de vulnerabilidade à doença pelo novo coronavírus (COVID-19) em territórios adscritos da Estratégia da Saúde da Família no Município de Crato, Ceará	Amanda Oliveira Andrade; Priscilla Augusta de Sousa Fernandes; Gabriel Fernandes Pereira; Fernanda Leite Siebra de Brito; Anacarla Fabielle Alvino Canuto; João Márcio Fialho Sampaio; Monalyza Queiroz Peixoto; Ana Lígia Neves da Luz Luna; Sandra Mara Pimentel Duavy Pereira; Fancisco Elizauado de Brito Júnior	Ciências Biológicas Ciências Biológicas Enfermagem Farmácia Nutrição Educação Física Enfermagem Enfermagem Nutrição Fisioterapia	Ensino	Universidade Regional do Cariri	Crato - Ceará	Google Scholar	Research, Society and Development

Quadro 2- Distribuição dos artigos selecionados para análise de dados, quanto ao ano de publicação, ao título, ao (s) autor (es), formação dos autores, a área de publicação, a origem institucional, a origem geográfica, de bases/bancos de dados e a fonte de evidência. Alfenas-MG, 2021.

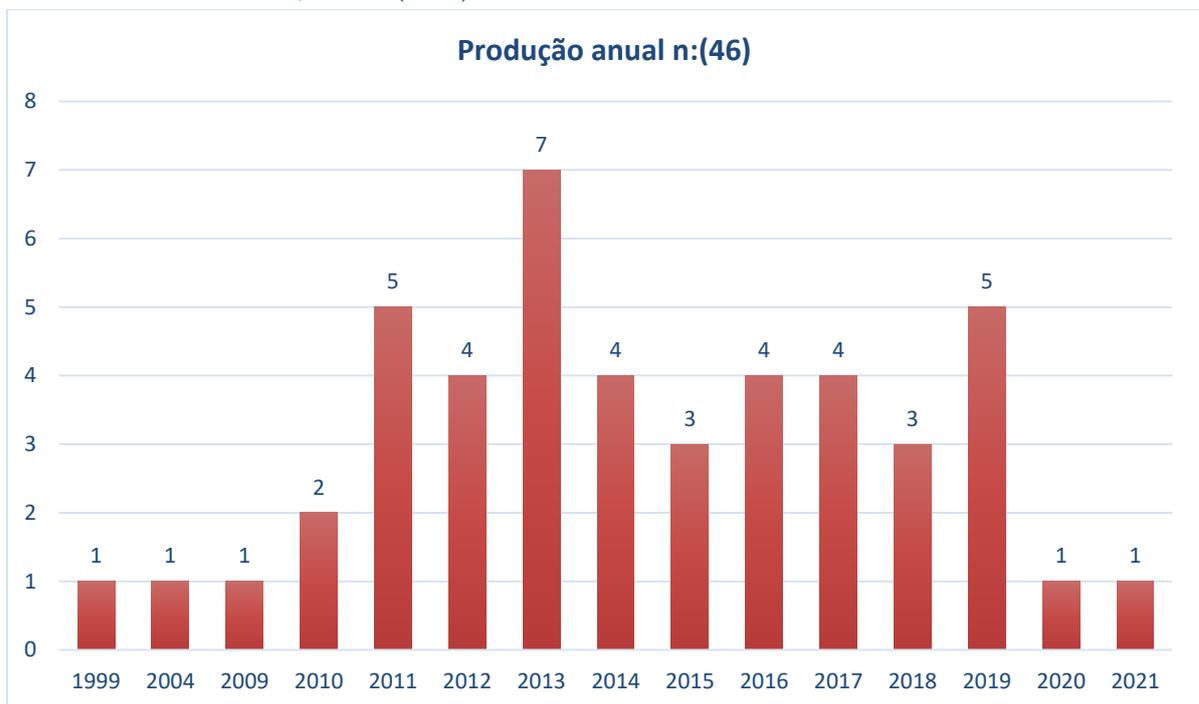
(continuação)

Ordem numérica	Ano	Título da evidência	Autor (es)	Formação de autor (es)	Área de publicação	Origem Institucional	Origem geográfica	Bases/banco de dados	Fonte de evidências
46	2021	Sentinelas de risco familiar em uma Estratégia Saúde da Família de Manaus	Wagner Ferreira Monteiro; Mirian dos Santos Castro; Darlisom Sousa Ferreira; Aderlaine da Silva Sabino; Bianca Jardim Vilhena; Kássia Janara Veras Lima; Lucas Lorrان Costa de Andrade; Frankilandio Teixeira Costa	Enfermagem Enfermagem Enfermagem Enfermagem Enfermagem Enfermagem Enfermagem Engenharia Ambiental	Saúde	Universidade do Estado do Amazonas	Manaus – Amazonas	Google Scholar	Brazilian Journal of Health Review

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores (2021).

No gráfico 1, apresenta-se a produção anual e cumulativa a partir da seleção final dos estudos, sendo o ano 2013 com maior número encontrado, no total de 7 (15,2%) estudos, seguidos por 2011 e 2019 com 5 (10,9%) estudos. Já em 2012, 2014, 2016 e 2017, encontraram-se 4 (8,7%) estudos em cada ano; nos anos 2015 e 2018, foram 3 (6,5%) estudos por ano; em 2010, foram 2 (4,3%) artigos. Dos anos 1999, 2004, 2009, 2020 e 2021, foi selecionado 1 (2,2%) artigo a cada ano.

GRÁFICO 1- Distribuição da produção anual e cumulativa das evidências encontradas. Alfenas, 2021. (n:46).



Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2021.

A figura 1 indica a origem geográfica dos estudos encontrados. Todos foram desenvolvidos nas diferentes regiões do Brasil. Destaca-se o estado de São Paulo com maior número de estudos, com 13 (28,3%); seguido por Minas Gerais: com 12 (26,1%); Pernambuco 5: (10,9%); Paraná: 4 (8,7%); Amazonas e Ceará com 3 (6,5%) estudos cada um; Santa Catarina e Rio Grande do Sul: com 2 (4,3%) cada estado e, finalmente, Rio Grande do Norte e Espírito Santo: com 1 (2,2%) estudo cada um.

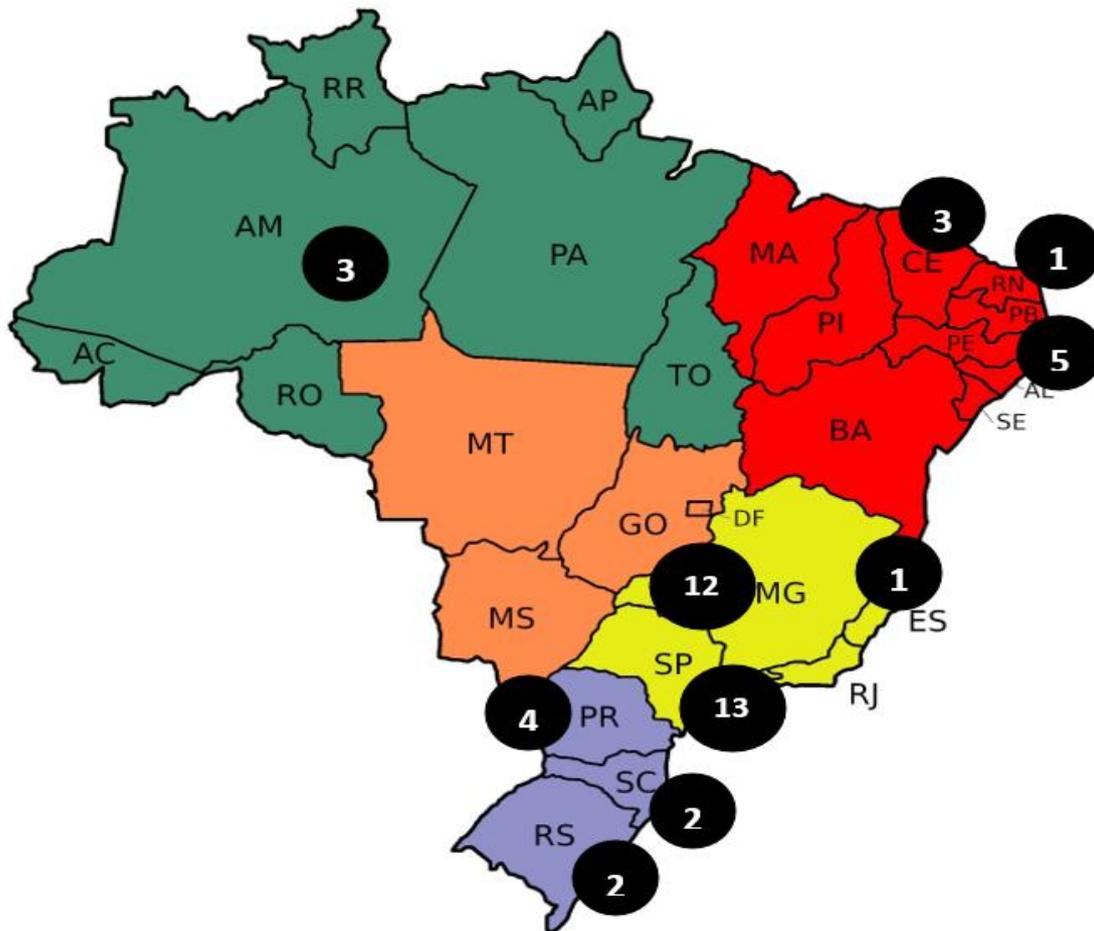


FIGURA 1- Distribuição da origem geográfica dos estudos encontrados. Alfenas, 2021. (n:46)

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2021.

Na tabela 16 a seguir, tem-se a apresentação da distribuição da origem institucional dos estudos encontrados. A maioria está afiliada a alguma instituição de ensino superior, sendo 45 (97,82%) estudos. Destaca-se a Universidade Estadual de Campinas com maior número de produção científica.

TABELA 16- Origem institucional das evidências encontradas. Alfenas, 2021. (n:46).

(continua)

Instituições	Frequência absoluta	Frequência Relativa (%)
Universidade Estadual de Campinas	8	17,4%
Universidade Federal de Minas Gerais	6	13,0%
Universidade São Paulo	4	8,7%
Universidade do Pernambuco	3	6,5%
Universidade Federal do Ceará	2	4,3%
Universidade Estadual do Maringá	2	4,3%

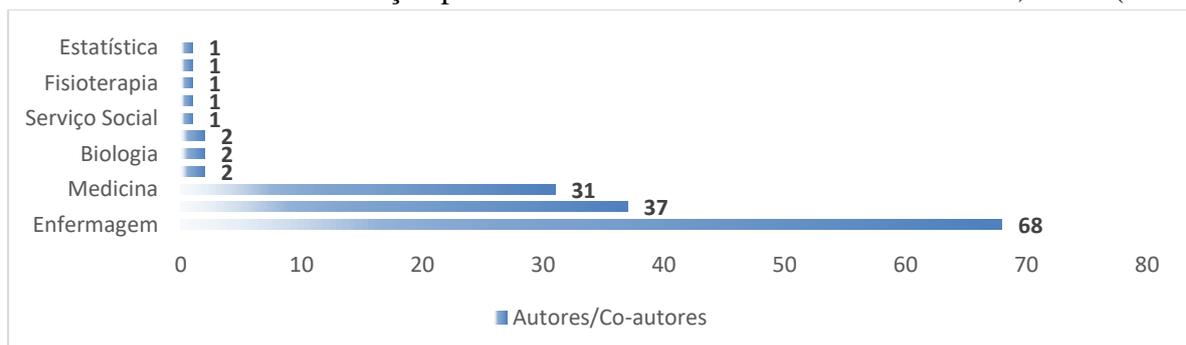
TABELA 16- Origem institucional das evidências encontradas. Alfenas, 2021. (n:46).

(conclusão)

Instituições	Frequência absoluta	Frequência Relativa (%)
Universidade Federal do Paraná	1	2,2%
Associação Médica de Minas Gerais	1	2,2%
Universidade Federal do Espírito Santo	1	2,2%
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”	1	2,2%
Universidade Federal Rio Grande do Norte	1	2,2%
Universidade Estadual de Londrina	1	2,2%
Universidade Federal Rio Grande do Sul	1	2,2%
Universidade Federal de São Carlos	1	2,2%
Universidade Federal do Amazonas	1	2,2%
Universidade Federal de Alfenas	1	2,2%
Universidade Federal do Pernambuco	1	2,2%
Universidade Federal de Santa Maria	1	2,2%
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira	1	2,2%
Universidade Federal de Santa Catarina	1	2,2%
Universidade Federal do Triângulo Mineiro	1	2,2%
Faculdade São Leopoldo Mandic	1	2,2%
Universidade do Sul de Santa Catarina	1	2,2%
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri	1	2,2%
Universidade Regional do Cariri	1	2,2%
Universidade do Estado do Amazonas	1	2,2%
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais	1	2,2%
TOTAL	46	100

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2021.

A seguir no gráfico 2, demonstra-se a formação profissional dos 147 autores e coautores das 46 evidências encontradas. Os profissionais mais relacionados na lista de autoria foram os enfermeiros, representando 46,3% do total; seguidos dos odontólogos, com 25,2% e os médicos, com 21,1%. Um autor não identificou a formação profissional e, em uma evidência, não foram identificados os autores.

GRÁFICO 2- Área de formação profissional dos autores e coautores. Alfenas, 2021. (n:147).

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2021.

Os artigos foram a fonte de evidência mais encontrada nessa *scoping review* conforme exposto na Tabela 17.

TABELA 17- Fontes de evidências dos estudos selecionados. Alfenas, 2021 (n:46)

Fontes de evidências	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Artigos	26	56,5%
Dissertação de mestrado	8	17,4%
Monografia de pós-graduação <i>lato sensu</i>	5	10,9%
Tese de doutorado	2	4,3%
Manual	2	4,3%
Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação	1	2,2%
Resumo expandido	1	2,2%
Capítulo de <i>E-book</i>	1	2,2%
TOTAL	46	100,00

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2021.

As áreas de publicação dos estudos, conforme o escopo da revista científica escolhida pelos autores, estão apresentadas na tabela a seguir, destacando-se os periódicos de enfermagem, alinhados com o número de autores e de coautores.

TABELA 18- Área de publicação dos artigos encontrados. Alfenas, 2021 (n:26).

Área de publicação	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Enfermagem	7	26,9%
Ensino	1	3,8%
Multidisciplinar	6	23,1%
Medicina de Família e Comunidade	1	3,8%
Odontologia	5	19,2%
Saúde Coletiva	6	23,1%
TOTAL	26	100,00

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2021.

As evidências produzidas no âmbito dos programas de pós-graduação encontram-se na Tabela 19, na qual se destaca a odontologia em saúde coletiva, sobressaindo-se a Universidade Estadual de Campinas.

TABELA 19- Área de concentração de dissertações e teses selecionados. Alfenas, 2021. (n:10).

Área de publicação	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Ciências da Saúde	1	10
Enfermagem	2	20
Gestão e Saúde Coletiva	1	10
Odontologia	1	10
Odontologia em Saúde Coletiva	5	50
TOTAL	10	100

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2021.

Na Tabela 20, apresentam-se as evidências produzidas na graduação, na pós-graduação lato sensu e a da elaboração de um capítulo de *E-book*.

TABELA 20- Área de concentração de monografias de pós-graduação lato sensu, trabalho de conclusão de curso, manual, resumo expandido e capítulo de *E-book* selecionados. Alfenas, 2021 (n:10).

Área de publicação	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Atenção Básica em Saúde da família/Saúde da Família	7	70
Saúde Coletiva/ Saúde Pública	2	20
Odontologia	1	10
TOTAL	10	100

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2021.

O diagrama a seguir apresenta os conceitos relacionados à classificação/estratificação de risco familiar mais utilizados nas evidências selecionadas na *scoping review*. O conceito de Coelho e Savassi (2004) foi o mais utilizado entre os autores.

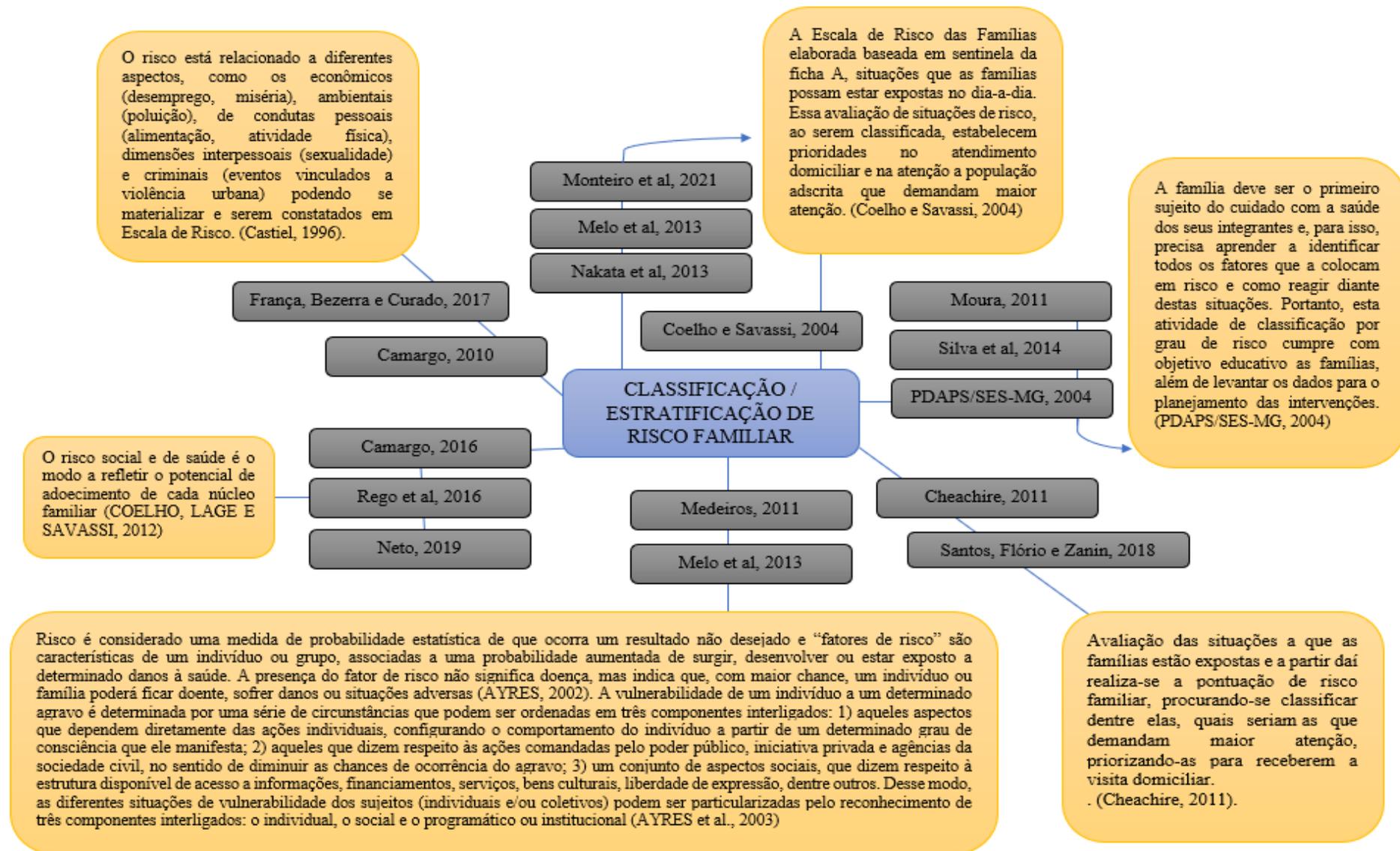


Diagrama 2. Diagrama dos principais conceitos de classificação de risco. Alfenas, 2021.

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2021.

Os instrumentos de classificação de risco familiar identificados nas evidências selecionadas estão expostos na Tabela 21, destacando-se a ampla utilização da Escala de Risco Familiar Coelho e Savassi.

TABELA 21- Instrumentos de Classificação de Risco Familiar utilizado. Alfenas, 2021 (n:48).

Instrumentos Classificação de risco familiar	Frequência absoluta	Frequência relativa
Escala de Risco Familiar Coelho e Savassi, 2004; 2012.	21	45,7%
Outras escalas*	8	17,4%
Escala de Classificação de Risco Familiar do Plano Diretor Atenção Primária à Saúde da Secretaria Estadual de Saúde – Minas Gerais, 2009	7	15,2%
Escala de Risco Familiar -Coelho e Savassi Critério “UFES”, 2010	3	6,5%
Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal, 2011	3	6,5%
Escore de Pontuação de Risco Familiar Santo André, 2011	2	4,3%
Escala de Risco Familiar Coelho e Savassi, 2004 / Escala de Risco Familiar -Coelho e Savassi Critério “UFES”, 2010	1	2,2%
Escala de Risco Familiar Coelho e Savassi, 2004/ Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal, 2011	1	2,2%
TOTAL	46	100

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2021.

Legenda: *Oliveira, 1999; Classificação de Risco Familiar (Craco, 2006); Índice de Classificação de Risco das Famílias – Florianópolis, 2017; Índice de Classificação Socioeconômica familiar - Belo Horizonte, 2018; Escala de Risco e Vulnerabilidade para atenção domiciliar na APS, 2019; Instrumento de Avaliação Risco e Vulnerabilidade familiar, 2019; Grau de Vulnerabilidade familiar, 2020; Escala de Coelho e Savassi adaptada por Monteiro et al., 2021.

No quadro a seguir, informam-se quais as potencialidades e fragilidades da classificação de risco para a organização e para o planejamento do processo de trabalho da equipe da ESF informados nos estudos selecionados; um não apresentou implicações para a prática.

QUADRO 3- Potencialidades e fragilidades do estudo selecionados. Alfenas, 2021.

POTENCIALIDADES	FRAGILIDADES
Subsidiar ajustamentos na própria política institucional. (OLIVEIRA, 1999)	O acesso restrito à promoção de saúde e serviços odontológicos levam ao tratamento tardio das doenças cárie e periodontal com consequente perda do dente, na maioria das vezes. (CHEACHIRE <i>et al.</i> , 2013)
Pode ser utilizado tanto para se estabelecer prioridades na assistência familiar na comunidade, visita domiciliar, e para destinação da quantidade de recursos humanos e financeiros das diferentes equipes e/ou microáreas de acordo com a classificação realizada. (COELHO; SAVASSI, 2004)	Verificar a necessidade de melhoria na elaboração e aplicação do genograma por parte dos profissionais da saúde da família, uma vez que foram identificadas divergências na padronização de informações. Falta de capacitação dos profissionais para o manejo adequado dos instrumentos. (SOUZA, 2011)
O “critério UFES” representa uma reorientação da escala de Coelho para adequar a realidade social e redefinir sob os preceitos do enfoque de risco, reconhecendo a possibilidade de redirecionar a escala de risco para a de vulnerabilidade, avaliando as suscetibilidades populacionais e análise da resposta social e dos determinantes de vida. (NASCIMENTO, <i>et al.</i> , 2010)	A falta de organização do processo de trabalho na saúde é um dos maiores problemas encontrados no dia a dia das unidades para a realização adequada dos serviços prestados à população. Diante de tanto investimento, encontram-se, ainda, em grande parte das ESFs, trabalhos ineficazes, que fogem totalmente aos princípios básicos do SUS. (MOURA, 2011)
Importante e necessária para a organização do atendimento (CAMARGO, 2010).	A escala de Risco Familiar Coelho e Savassi por ser composta por vários eventos autorreferenciados, implique possível divergência entre a informação coletada e a real situação daquela população (NAKATA <i>et al.</i> , 2013b).
Associar a escala de risco de familiar Coelho e Savassi ao uso do genograma como ferramentas para a melhoria do processo de trabalho da equipe de saúde da família, além de subsidiar ações de prevenção e de promoção da saúde para as famílias assistidas (SOUZA, 2011).	A necessidade de maiores esforços para melhorar a capacitação do ACS, visando adequar seu nível de apreensão e conhecimento dos princípios do SUS e da ESF para que ele possa atuar segundo as diretrizes desse sistema e contribuir efetivamente para sua consolidação (VILLA NOVA, 2013).
A produção de protocolos, os quais garantem uniformidade no atendimento odontológico programado. Para isso, devem-se definir critérios de classificação de risco familiar e individual, para a seleção de usuários de acordo com maior necessidade ao tratamento imediato, conforme o princípio da equidade (MOURA, 2011).	A realidade de falta de informação, de sobrecarga de trabalho, de falta de funcionários, de instabilidade de profissionais e de exigências gestoras que se contrapõem ao ideal da Estratégia, entre outras coisas, se refletem no acesso iníquo da população aos serviços da USF, sendo alguns dos seus determinantes mesmo após a intervenção (BEZERRA; GOES, 2013)
A classificação de famílias por meio de escalas compostas por sentinelas revela-se como uma forma de identificar fragilidades	É importante um maior investimento em outros instrumentos de avaliação e análise das necessidades e ações de saúde, assim

<p>das famílias de diferentes dimensões, possibilitando a atuação preventiva pela equipe de saúde, que deve estar preparada para atuar sobre os princípios da equidade e da integralidade, tomando a família como unidade de cuidado (MEDEIROS, 2011).</p>	<p>como o desenvolvimento de estratégias para uma priorização que envolva a consolidação do diálogo entre os diferentes profissionais da equipe, para criação de um espaço de discussão e definição de prioridades a partir das reais necessidades de saúde dos indivíduos e do seu coletivo (MELO <i>et al.</i>, 2013).</p>
<p>O índice ajuda na indicação das famílias que necessitam de maior atenção à saúde bucal, facilitando, assim, a programação da demanda com informações obtidas por instrumentos de uso cotidiano na atenção básica (CARNUT <i>et al.</i>, 2011).</p>	<p>Problemas enfrentados pelas equipes, como o excedente da população atendida, a grande demanda por assistência, a formação profissional aquém da necessária, entre outros, têm dificultado a prática desse modelo de forma ideal, à semelhança do que acontece em relação à eficácia da implantação do SUS para a aplicação de seus princípios e diretrizes fundamentais. Ainda é pequeno o número de estudos que avaliam o uso e a efetividade das alternativas destinadas a organizar e a aperfeiçoar a atenção domiciliar. Além disso, não há uma sistematização padrão para a realização de visitas domiciliares, mas propostas isoladas, as quais provavelmente decorrem das especificidades de cada comunidade ou de cada experiência em particular (GALLASSI <i>et al.</i>, 2014).</p>
<p>A relação entre a escalas de risco de cárie dentária e escala de risco familiar ajuda na organização da demanda, no que se refere à doença cárie dentária, na atenção primária, tanto nas secretarias municipais e estaduais de saúde, bem como no Ministério da Saúde e na Organização Mundial de Saúde, pois apresenta boa acurácia e moderada reprodutibilidade, exige pouco recurso, com baixo custo (KOBAYASHI, 2012).</p>	<p>O estudo sugere necessidade de reforço ou de implantação de ações de promoção de saúde bucal e de prevenção da cárie dentária (SILVA, 2014).</p>
<p>A utilização desta tecnologia poderá ajudar as equipes de Saúde da Família no planejamento do trabalho, na elaboração de cronogramas, priorizando a otimização dos recursos disponíveis para o alcance dos objetivos de cada equipe (CASTRO; DE SOUSA; FRACOLLI, 2012).</p>	<p>A maioria das equipes reconhecem a potencialidade dos sistemas, mas não utilizavam suas informações para fins de planejamento e de avaliação das ações da equipe por falta de compreensão, de capacitação para o seu manuseio correto ou por dificuldade em mudar os processos de trabalho em saúde (SILVA, <i>et al.</i>, 2014).</p>
<p>A classificação do risco familiar possibilitou determinar a frequência das visitas domiciliares pelos diferentes profissionais de saúde que atuam na ESF, priorizando as famílias e possibilitando o planejamento</p>	<p>A assistência que é ofertada pela USF a seus usuários é preponderantemente no modelo curativo, observando-se, assim, um déficit na promoção, na prevenção na assistência à família, ao indivíduo e à comunidade.</p>

<p>adequado das ações programáticas e a melhoria da qualidade da assistência. Ressalta-se a significância da classificação do risco familiar, que permite o delineamento de ações de saúde por meio de um planejamento que identifique os reais problemas da população, o que resultará na priorização dos atendimentos às famílias vulneráveis (MENEZES <i>et al.</i>, 2012).</p>	<p>Verifica-se a existência do déficit na continuidade da assistência e na resolutividade das necessidades e das vulnerabilidades das famílias, como também existem obstáculos externos à Unidade que impedem a prestação de um cuidado integral e contínuo, como a dificuldade de acesso a consultas especializadas e a exames complementares e demais níveis de assistência à saúde (PEREIRA <i>et al.</i>, 2015).</p>
<p>Na maneira para otimizar os recursos públicos, seria de grande interesse que estas ferramentas de avaliação pudessem ser usadas em conjunto, de forma a priorizar os atendimentos à população e dar realmente prioridade aos que são considerados de alto risco em ambas as escalas, pois a cárie, assim como outras doenças, é multifatorial e ocorre dentro de contextos que apresentam determinantes sociais diversificados (SILVA; AMARAL; SOUSA, 2013)</p>	<p>Há fatores limitantes como a desatualização da ficha A do SIAB e o não cadastramento de algumas famílias do território que ocorre por exemplo, devido à rejeição por parte das famílias, ao trabalho desenvolvido pelo membro da equipe da ESF, a percepção precária do objetivo de trabalho que é realizado pelo profissional, que interfere nas ações de cunho promocional, preventivo da saúde (REGO <i>et al.</i>, 2016).</p>
<p>Mostrou-se ferramenta útil para o adequado planejamento e direcionamento de políticas públicas em saúde. Busca contribuir para o redirecionamento do cuidado em saúde (NAKATA <i>et al.</i>, 2013).</p>	<p>As divergências de resultados entre as microáreas apresentadas nesse estudo permitem evidenciar a necessidade da apropriação do princípio da equidade (tratar de maneira diferente os diferentes) pelos profissionais de saúde aumentando, assim, a capacidade de recursos de acordo com o que foi identificado, inclusive se utilizando de outros instrumentos de abordagem familiar já preconizados e disponibilizados pelo Ministério da Saúde com a finalidade de completar a assistência ao cuidado (FRANÇA; BESERRA; CURADO, 2017).</p>
<p>A utilização de um instrumento válido na classificação de risco das famílias e sua utilização numa USF deve ser considerado, pois se observou que as variáveis socioeconômicas podem influenciar a saúde dos indivíduos, associando o instrumento de autopercepção de saúde bucal com a escala de Risco de Coelho (VILLA NOVA, 2013).</p>	<p>O instrumento com perguntas fechadas pode trazer alguns inconvenientes, como limitar as opções de resposta, não dando chance ao pesquisado de expor sua realidade específica (SOUSA, 2017).</p>
<p>O uso da ERC possibilita ampliar o olhar sobre as microáreas, apontando as especificidades de cada uma. Destaca-se que risco menor não significa ausência deste, devendo ser considerado como alvo de vigilância pelos profissionais de saúde (SOUZA <i>et al.</i>, 2013).</p>	<p>A utilização e a resolubilidade dos serviços de saúde bucal oferecidos às crianças de até 6 anos de idade em Belo Horizonte - MG ainda são prejudicados e existe uma iniquidade na utilização desses serviços, que apresenta dificuldades em atingir crianças com piores classificações socioeconômicas. As crianças que</p>

	apresentaram maior número de dentes com necessidade de tratamento apresentaram maior frequência de uso do serviço, menor em comparação às classificadas como de altíssimo risco socioeconômico (CARDOSO <i>et al.</i> , 2018).
Embora o INASB tenha sido criado e validado inicialmente para uso na saúde bucal, aplicada a famílias inseridas na Estratégia de Saúde da Família, baseada nas condições sociais das famílias (tipo de moradia e escolaridade materna), este índice foi aplicado a todos os serviços da USF (BEZERRA; GOES, 2013).	
A inserção do risco familiar no prontuário da família mostrou ser uma informação importante e significativa no trabalho diário da equipe (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012).	
A escala de grau de risco familiar contribui para instrumentalizar os profissionais que estão na linha de frente, para que possam reconhecer os sinais de disfunção e as áreas de capacitação da família, e dar-lhes recursos básicos para poderem identificar famílias que necessitam de atenção especial. A utilização de escalas de risco familiar com base no SIAB estabelece, de maneira simples e clara, a priorização de atendimento e de visita domiciliar, utilizando-se de um instrumento que já está presente no processo de trabalho da equipe da ESF (Ficha A), não demandando a criação de novos impressos ou processos. Como estratégia para a mudança do modelo de assistência à saúde, a ESF pode utilizar tecnologias para favorecer um diagnóstico da situação local mais amplo e preciso (SILVA <i>et al.</i> , 2014).	
A escala de risco familiar contribuirá para um real avanço na reorientação do processo de trabalho na Atenção Básica, atuando com senso crítico, mediante uma prática competente e resolutiva, envolvendo ações de promoção, de prevenção e de reabilitação dos indivíduos envolvidos no processo de cuidar (PEREIRA <i>et al.</i> , 2015).	
Auxiliar as equipes quanto à tomada de decisões, sobretudo em populações em	

situação de risco e vulnerabilidade, como os pacientes acamados (MOURA. <i>et al.</i> , 2015).	
O uso de ferramenta tecnológica para aprazamento das visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (GUZELLA, 2015).	
Planejamento das ações de saúde da APS, considerando as características apresentadas como constituintes da população que acessa este nível do sistema (PEREIRA., 2016).	
A aplicação da escala de risco oportuniza à equipe identificar as necessidades em saúde da população no contexto familiar, consolidando as diretrizes do SUS. Eficiente em realizar a estratificação de risco familiar, propiciando maneiras de estruturar as ações e como serão executadas, de acordo com as necessidades das famílias, demonstrando ser um instrumento útil e que pode ser utilizado por outras equipes da ESF (REGO <i>et al.</i> , 2016).	
Estabelece como instrumento de grande utilidade para a ESF, no sentido de priorizar as visitas domiciliares e de dedicar os esforços às famílias em maior vulnerabilidade, sem se esquecer do atendimento às outras famílias do território coberto pela equipe (CAMARGOS, 2016).	
O INASB e a ERF-CS selecionaram predominantemente populações diferentes, de alto risco em saúde (SILVA; VIDAL, 2016).	
Melhorar a qualidade da assistência prestada oportunizando visualizar as necessidades das famílias, permitindo uma assistência multiprofissional e com elaboração de planos terapêuticos (FRANÇA; BESERRA; CURADO, 2017).	
A Escala apresenta a possibilidade de ser ordenadora das ações do serviço odontológico, planejar as ações, organizando sua demanda na priorização das ações, com maior equidade (NETO <i>et al.</i> , 2017).	
A identificação das famílias de maior risco, para que, através da busca ativa, tenham acesso ao atendimento em saúde bucal de forma mais equânime, um eficiente instrumento de gerenciamento e diagnóstico das condições familiares em relação à saúde bucal (GOULART, 2017).	

<p>O instrumento proposto apresenta as vantagens de uma menor quantidade de questões mal entendidas e de respostas impróprias, além de menos respostas incompletas e maior controle sobre o ambiente no qual a entrevista é realizada, através da observação da realidade (SOUSA, 2017).</p>	
<p>Aplicação da escala de Risco Família Coelho e Savassi pode subsidiar o planejamento do cuidado domiciliar às CRIANES, possibilitando priorizar aquelas com maior risco (OKIDO <i>et al.</i>, 2018).</p>	
<p>A escala de risco social avaliada, sendo aplicada em visitas domiciliares, seria adequada para priorizar o acesso aos serviços odontológicos.</p> <p>Uma importante ferramenta para organizar a demanda de tratamento odontológico pelas equipes odontológicas (SANTOS; FLÓRIO; ZANIN, 2018).</p>	
<p>A aplicação da escala de risco Coelho e Savassi permite o impacto na organização da demanda com a ampliação do acesso e com a melhora da resolubilidade dos serviços de saúde bucal no aumento do número de atendimentos no dia, primeiras consultas odontológicas e tratamentos concluídos.</p> <p>Aponta que a maior parte das pessoas com alto risco familiar ainda não têm acessado o serviço (RAMOS <i>et al.</i>, 2019).</p>	
<p>A combinação da escala de risco Coelho e Savassi com análise espacial no auxílio na identificação visual de áreas de maior concentração de grupos mais vulneráveis.</p> <p>O instrumento pode ser utilizado pelas equipes de saúde bucal para uma organização e priorização com maior equidade das ações em um território delimitado (NETO, 2019).</p>	
<p>A escala de Risco e Vulnerabilidade para Atenção Domiciliar na APS é relevante para a gestão das visitas domiciliares, assim como para ajudar na avaliação clínica e familiar dos pacientes de atenção domiciliar da atenção primária.</p> <p>Melhor gestão da agenda da equipe sob os princípios norteadores do SUS.</p> <p>Permite identificar pacientes em situação de risco e vulnerabilidade.</p>	

<p>Apoia a organização da agenda, a identificação das necessidades das pessoas, o acompanhamento das doenças crônicas, propõe estratégias e planeja intervenções futuras (PINHEIRO <i>et al.</i>, 2019).</p>	
<p>A escala permitiu identificar que a maioria dos espaços territoriais da comunidade carece de assistência especializada voltada para família com médio/alto risco com presença de um indivíduo com sofrimento mental (MAESTRI; MERINI; KRETZER, 2019).</p>	
<p>O resultado da escala de risco familiar Coelho e Savassi é uma maneira de preparar a equipe de saúde para montar estratégias de prevenção e de promoção de saúde, que atinjam as necessidades da população abrangida pela ESF (SANTOS <i>et al.</i>, 2019).</p>	
<p>O instrumento Grau de Vulnerabilidade familiar evidencia a importância do monitoramento e das intervenções dentre os grupos que possuem vulnerabilidades. Elaboração de intervenções preventivas de caráter formativo, no intuito de promover o autocuidado junto às famílias abordadas. Evidenciou-se também a importância do monitoramento de comorbidades e de fatores socioeconômicos. Direcionamento e embasamento de políticas sociais que contribuam para a melhoria da qualidade de vida de populações vulneráveis (ANDRADE <i>et al.</i>, 2020).</p>	
<p>Com os dados coletados junto à população, foi possível traçar o perfil epidemiológico, categorizando as famílias em níveis de risco por microárea da UBSF analisada. Impactos significativos no que se refere à melhoria dos serviços prestados, do planejamento de ações e da otimização do trabalho das equipes de saúde (MONTEIRO <i>et al.</i>, 2021).</p>	

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2021.

Na figura a seguir, apresenta-se uma nuvem de palavras elaborada, utilizando-se o recurso WordClouds.com, gratuito na internet, a partir da frequência de termos presentes nos objetivos das 46 evidências selecionadas para essa *scoping review*. São destaques as palavras FAMÍLIA, RISCO, SAÚDE, o que indica serem termos significantes para o desenvolvimento

desta pesquisa, alinhados com as palavras-chave do título e da questão de pesquisa da *scoping review*. Outras palavras em destaque no recurso gráfico complementam o foco deste estudo.



FIGURA 2- Frequência das palavras contidos nos objetivos dos estudos selecionados. Alfenas, 2021.

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2021.

A seguir no quadro 4, demonstram-se as lacunas do conhecimento informados nos estudos selecionados.

QUADRO 4- Lacunas dos conhecimentos dos estudos selecionados. Alfenas, 2021.

AUTORES	LACUNAS DO CONHECIMENTO
(OLIVEIRA, 1999)	Ausência de instrumentos que orientem o processo de trabalho com equidade.

(COELHO; SAVASSI, 2004)	Os dados de atendimento diário e das demandas de equipe e o quanto as famílias de risco utilizam a unidade poderiam ser acrescidos na escala de classificação de risco em estudos futuros.
(MINAS GERAIS, 2009)	Não ficou claro se o instrumento proposto tem capacidade de captar e de avaliar de forma ampla as vulnerabilidades e os riscos da população atendida pela ESF.
(NASCIMENTO <i>et al.</i> , 2010)	Instrumentos que captem as necessidades de prevenção e de promoção da saúde.
(CAMARGO, 2010)	Observou-se que os critérios socioeconômicos tinham o mesmo peso na soma de pontos que os critérios por condição ou patologia; as variáveis estudadas no critério socioeconômico não expressam a realidade das famílias cadastradas no PSF Alvorada: a renda familiar, que está desatualizada, o analfabetismo do chefe da família e o abastecimento de água. Chefes de família analfabetos funcionais devem ser considerados como um ponto de risco para a família. Não só 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 do esgoto e do lixo. O instrumento de classificação de famílias por grau de risco não contempla fatores socioeconômicos importantes, como condições de moradia, tipo de construção, higiene, localização em áreas com fatores de risco ambiental, violência em geral e comportamentos de risco.
(CHEACHIRE <i>et al.</i> , 2013)	O instrumento e os critérios utilizados na classificação de risco social familiar neste programa devem ser reestruturados para que possam contribuir de forma mais efetiva para o planejamento das equipes de saúde bucal no PSF.
(MEDEIROS, 2011)	O instrumento do “critério UFES” não consegue abranger todos os aspectos a que se propõe, mas se constitui como um recurso importante para a identificação das situações de risco aos quais as famílias da área adscrita às USF estão expostas, com a propriedade de se basear em dados já existentes nas mesmas.
(CARNUT <i>et al.</i> , 2011)	Avaliar a efetividade da aplicação da escala de risco por meio do acompanhamento das mudanças produzidas pelas intervenções derivadas desta, devendo ser avaliadas tanto na perspectiva quantitativa, como na perspectiva qualitativa.
(KOBAYASHI, 2012)	Como tornar efetivas intervenções de saúde pública, dirigidas aos grupos mais vulneráveis, nos diversos níveis de promoção e de aplicação da saúde, aliadas medidas sociais e econômicas mais gerais, voltadas ao enfrentamento da exclusão social familiar que geram o aumento do risco familiar e de cárie.
(FERREIRA, <i>et al.</i> , 2012)	Apesar dos esforços dos pesquisadores brasileiros nos últimos anos para incluir aspectos sociais, econômicos e culturais nos estudos epidemiológicos e, dados os determinantes sociais no continuum saúde-doença, as dimensões relacionadas ao suporte social ainda são pouco exploradas.
(CASTRO; SOUSA; FRACOLLI, 2012)	Os indicadores que constituem o instrumento de Classificação de Risco de Famílias (Craco, 2004) apresentados neste artigo são exemplos de possíveis situações e patologias que podem ser encontradas na realidade local de cada equipe de saúde, podendo

	ser acrescidos de outros indicadores conforme a realidade e a necessidade vivenciada em cada área/microárea adscrita.
(MENEZES <i>et al.</i> , 2012)	Famílias com outras necessidades sociais e de saúde que não estão contempladas na escala de Risco Familiar Coelho e Savassi utilizada que, relacionadas às interfaces dos determinantes do processo saúde doença que também constituem risco à saúde, têm sua atenção postergada ou não são incluídas na assistência.
(SILVA; AMARAL; SOUSA, 2013)	Não foram analisadas separadamente quais as sentinelas das classificações de risco familiar Coelho e Savassi, quais são responsáveis pelo risco mais elevado, tanto o familiar quanto o de cárie, bem como na associação de ambos.
(VILLA NOVA, 2013)	Os instrumentos de classificação de risco familiar devem ser adequados às diferentes realidades sociais existentes no território nacional. A inexistência dessa flexibilidade de adequação é uma lacuna de conhecimento que necessita ser solucionada por meio de novas pesquisas.
(SOUZA <i>et al.</i> , 2013)	Os resultados deste estudo devem ser vistos com cautela, já que podem ser influenciados pela qualidade de preenchimento das fichas A, bem como da atualização dos dados das famílias. O método de classificação pode ser ampliado considerando as diretrizes do Pacto pela Saúde. Ou seja, incluindo como as sentinelas ou situações de risco os mesmos grupos pactuados como: pessoa maior de 60 anos, mulheres de 25 a 69 anos com maior risco para câncer de colo de útero e de mama, crianças menores de um ano e gestantes, usuários com doenças infecto-contagiosas, como dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza. E, ainda, situações como sobrepeso ou obesidade infantil, além de famílias cadastradas em programas de transferência de renda de qualquer nível de governo, independentemente dos demais riscos sociais ou biológicos estarem ou não presentes.
(MELO <i>et al.</i> , 2013)	É pertinente uma revisão criteriosa de todos os aspectos inclusive em relação à inclusão de novas condições sentinelas anteriormente não contempladas após a chegada das novas fichas de cadastro familiar e individual, que gradativamente substituíram as fichas A, propostas pelo Sistema de Informação E-SUS.
(SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012)	Áreas com alta prevalência de determinadas sentinelas de risco, como por exemplo, baixa condição de saneamento: recomenda-se que a sentinela seja desconsiderada para fins de priorização, sendo feita a devida ressalva no relatório final. A classificação passa a ser de área de risco para aquela sentinela. - Áreas onde as famílias apresentem escore familiar final muito elevado, como por exemplo, zona rural precária, ou aglomerados não urbanizados: recomenda-se elevar o ponto de corte para a priorização das famílias, e considerar aquela microárea (ou área) como de risco.
(ROCHA, 2014)	Estudos posteriores são indicados, com outros segmentos etários e com outras ferramentas que possuam como arcabouço teórico não somente o conceito de risco, mas, sobretudo, o de

	vulnerabilidade, de forma que se viabilizem tecnologias factíveis, válidas e equânimes para utilização pelas equipes de saúde bucal. Indica que novas escalas ou modelagens estatísticas devem ser estudadas, a fim de se estabelecer um instrumento que melhor favoreça a avaliação de vulnerabilidade a problemas bucais em nível populacional e, assim, possibilite uma melhor organização da demanda programática dos serviços de saúde bucal.
(SILVA, 2014)	Realizar o estudo com N maior a fim de confirmar as variabilidades de associação.
(MOURA <i>et al.</i> , 2015)	Uma importante limitação da ERF-CS encontrada neste estudo refere-se à ausência da informação sobre a presença de cuidadores nos domicílios com acamados para a implementação da Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi, o que diminui seu potencial de contribuir com o planejamento dos atendimentos domiciliares de modo geral, e da organização do processo de trabalho em saúde, em específico.
(GUZELLA, 2015)	A Escala de Coelho e Savassi não passou por validação.
(PEREIRA, 2016)	A escala de risco familiar Coelho Savassi apresenta lacunas quanto às outras sentinelas de risco social e biológico identificadas nas associações das variáveis.
(REGO <i>et al.</i> , 2016)	Os autores destacam na discussão que as sentinelas de risco social parecem ser bem mais amplas e variadas de acordo com o contexto de cada território do que as apresentadas no instrumento.
(MELO SILVA; VIDAL, 2016)	O INASB e a ERF-CS selecionaram predominantemente populações diferentes, de alto risco em saúde.
(NETO <i>et al.</i> , 2017)	Não se buscou analisar as limitações que tais classificações possam apresentar, como vários estudos vêm demonstrando, de que o limiar de diagnóstico a partir de lesão cavitada não informa ao epidemiologista e aos gestores de saúde sobre que lesões/indivíduos necessitam de tratamento preventivo e não invasivo, deparando-se, ainda, com uma visão antiga da doença sendo tratada em serviços públicos apenas através de sua seqüela, a cavidade; mas, sim, utilizá-las conforme preconizado pela praticidade que muitas vezes o serviço exige.
(GOULART, 2017)	O modelo assistencial de priorização dos usuários que buscam o atendimento na unidade de saúde pode não ter um impacto de longo prazo na redução das doenças bucais na população adscrita, uma vez que muitas famílias de alto risco para a saúde bucal não procuram espontaneamente o atendimento nessas unidades de saúde.
(OKIDO <i>et al.</i> , 2018)	A escala de risco familiar apresenta lacunas quanto a outras sentinelas de risco social e biológico.
(SANTOS; FLÓRIO; ZANIN, 2018)	Adaptação de um instrumento que aborde as características sociais da população ribeirinha e residente na região norte do país, pois há limitações inerentes ao instrumento de pesquisa, algumas variáveis não estão presentes como variável de risco, pois a escala proposta foi aplicada em outro estado com outro perfil populacional.

(RAMOS, 2019)	Elaboração de um instrumento que contemple os indicadores mais importantes utilizados no presente estudo.
(PERES NETO, 2019)	Um instrumento de classificação de risco familiar que contemple aspectos socioeconômicos pode ajudar a organizar a demanda, permitindo identificar os grupos mais vulneráveis.
(PINHEIRO <i>et al.</i> , 2019)	Com as mudanças na estrutura etária da população e a tendência de ampliação do cuidado na atenção primária, as visitas domiciliares se tornam cada vez mais uma necessidade, e o uso racional do tempo e dos recursos para a sua realização precisam de instrumentos de gestão.
(SANTOS, <i>et al.</i> , 2019)	Identificação de sentinelas que não estejam na escala.
(ANDRADE, <i>et al.</i> , 2020)	Não foi possível correlacionar sentinelas de risco e vulnerabilidade familiar, clínica, econômica à contaminação pela COVID-19, embora o seu maior percentual nas famílias classificadas tenha sido utilizado para guiar as ações de prevenção.

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2021.

6 DISCUSSÃO

As diretrizes operacionais do processo de trabalho da equipe multiprofissional na atenção básica no Brasil foram detalhadas em políticas públicas a partir de 2006, com a edição do Pacto pela Saúde, a primeira Política Nacional de Atenção Básica e a segunda, lançada em 2011. Nestas, unificaram-se objetivos e estratégias contidos nos manuais do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde, em especial, para a Estratégia de Saúde da Família, implantada desde meados da década de 1990 (BRASIL, 2006, 2006b, 2011).

Essas políticas, bem como as posteriores, se tornaram guias orientadores para a atenção em saúde na atenção básica, atribuindo a todos os profissionais da equipe a responsabilidade de participar do processo de territorialização e de mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e a vulnerabilidades (BRASIL, 2011). Contudo, a definição do marco legal de uma política pública em saúde não garante necessariamente sua real aplicação (HARZHEIM *et al.*, 2006).

O avanço no número de publicações ao final da primeira e ao início da segunda décadas do século 21, demonstrado pelo interesse e pela produção de trabalhos na temática de implementar as diretrizes do SUS na sua principal porta de entrada, não é uma coincidência. Aprende-se que esse aumento alinha-se a um movimento nacional de várias frentes para a qualificação e para o aumento da efetividade e da resolutividade das ações no nível da atenção básica.

Na dimensão de formação, houve principalmente iniciativas interministeriais da saúde e da educação como os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), direcionados a reestruturar a formação profissional nas áreas de saúde, prioritárias ao funcionamento do SUS (HADDAD *et al.*, 2012).

As residências Multiprofissionais em Saúde da Família, financiadas pelo Ministério da Saúde, com estruturas e funcionamentos diferenciados, foram implementadas a partir do ano de 2002, com o objetivo de promover a formação de profissionais de nível superior, para uma atuação aplicada às atividades clínico-assistenciais do cuidado direto aos indivíduos e às famílias em seu ambiente familiar e social. Dessa forma, tornaram-se aptas a fomentar a mudança das práticas assistenciais em saúde, capaz de favorecer o trabalho em equipe, as trocas

efetivas de saberes e práticas e a construção de uma nova realidade de saúde para a população (GIL, 2005; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006).

O Pró-Saúde foi um projeto estruturante entre os ministérios da Saúde e da Educação para promover mudanças institucionais e o deslocamento da área da saúde da universidade, de dentro dos seus muros, para a integração com a comunidade e com suas necessidades no SUS, tendo como objetivo principal a formação de profissionais para a atenção básica. O PET-Saúde complementou esse movimento, conferindo maior concretude ao processo de formação por meio de projetos diretos de intervenção com base em diagnóstico situacional do território. O PET-Saúde ajudou a introduzir o componente pesquisa, em especial a pesquisa clínica, a pesquisa-ação, a pesquisa sobre ensino e aprendizagem e sobre a gestão dos serviços da saúde (HADDAD et al, 2012).

Iniciativas estaduais e locais também contribuíram no panorama das evidências mapeadas nesta *scoping review*. Assinala-se que, dos 26 estados brasileiros, dez produziram evidências que foram identificadas, e os Estados de Minas Gerais e de São Paulo foram os que mais produziram publicações na temática abordada.

A exemplo da estruturação do Pró-Saúde, a Faculdade de Odontologia de Piracicaba implementou o projeto com a inserção do corpo docente e discente na elaboração do programa e do planejamento de atividades das equipes de saúde da família, com a participação dos alunos de graduação e da pós-graduação *Stricto Sensu* que puderam ter a oportunidade de conhecer e de vivenciar a experiência, como também o desenvolvimento de pesquisa para o SUS (MENECHIM et al, 2012). Conjuntamente, o Mestrado Profissional em Gestão e Saúde Coletiva, na mesma instituição, está em andamento desde 2003, identificando-se como elo entre o desenvolvimento de conhecimentos e de tecnologias na academia e sua aplicação prática em serviços públicos, por meio de funções de ensino, de pesquisa e de extensão, com prática voltada à ação comunitária, e com destacada capacidade para analisar, planejar ações, executar e avaliar programas, qualificando, assim, profissionais para a gestão dos serviços e dos sistemas de saúde (UNICAMP).

Dentre as iniciativas estaduais, Minas Gerais foi o Estado pioneiro na qualificação robusta da atenção básica. A partir de 2005, a ESF recebeu o reforço de uma política estadual própria, o Programa Saúde em Casa que objetivou a garantia do acesso universal e da continuidade da expansão das equipes da ESF por meio do subsídio financeiro para o custeio das ações, e de recursos de capital para a implantação de novas unidades e para a melhoria das já existentes (MINAS GERAIS, 2005).

Na esteira desse movimento, desenvolveu-se o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS), em parceria com a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais e com as universidades federais do Estado. Tal projeto foi implementado no período de 2006 a 2011, buscando qualificar as equipes de APS (ESF e UBS tradicional) e diminuir os índices de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (MALACHIAS *et al.*, 2010). Nesse contexto, a enfermagem teve grande destaque de participação, já que é um dos profissionais da equipe mínima com pouca rotatividade, haja vista que o PDAPS foi desenvolvido em um formato de 10 oficinas realizadas bimestralmente, o qual totalizou um prazo médio de dois anos para a conclusão das atividades (CABRAL *et al.*, 2020; MALACHIAS *et al.*, 2010). Um dos legados desse programa foi apontado nesta revisão que é a Escala de Classificação de Risco do PDAPS, utilizada em sete evidências identificadas na busca da literatura.

Sobre a contribuição da Universidade Federal de Minas Gerais para as evidências encontradas nesta pesquisa, sobressai o Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG – (Nescon/UFMG) que tem suas origens em 2008, com a criação do Programa Ágora, estrutura pensada para administrar o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), a primeira formação oferecida pelo Nescon em parceria com o Ministério da Saúde que foi aberta inicialmente a médicos, a enfermeiros e a cirurgiões-dentistas vinculados à Estratégia de Saúde da Família. Reformulado, o curso, hoje denominado Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família (CEESF), tem o maior contingente de profissionais formados para a Atenção Primária no país. Todo esse conjunto de ações contextualizam o cenário político e educacional da formação e da operacionalização da atenção básica no nível nacional e em recortes estaduais nos quais as evidências selecionadas para este estudo foram produzidas (NESCON/UFMG).

Uma das principais características da atenção primária é a assistência ofertada fora das unidades de saúde, desenvolvida na comunidade, onde as famílias vivem. Na Estratégia de Saúde da Família, essa assistência ocorre de maneira multiprofissional, tendo no Agente Comunitário de Saúde o elo entre a equipe e as famílias da área adscrita, desde as primeiras visitas, quando se realiza o cadastro individual e familiar. A partir daí, abre-se uma janela de oportunidades para a organização do processo de trabalho da equipe, com vistas a empregar na prática diária os princípios do SUS, dentre os quais, o da equidade.

Tal desafio suscitou pesquisas que produziram instrumentos de estratificação de risco familiar encontrados nas evidências pesquisadas. A mais utilizada é a Escala de Classificação de Risco de Coelho e Savassi (COELHO; SAVASSI, 2004) que fez parte do método de 26 das

46 evidências identificadas, seja utilizada de forma individual, modificada ou combinada com outro instrumento.

Inicialmente, essa escala foi proposta a partir da inquietação produzida pelos profissionais médicos ao se depararem com a realidade do trabalho nas equipes da Estratégia de Saúde da Família, na qual o número da população vinculada a cada equipe excedia os parâmetros internacionalmente conhecidos. A partir dessa situação-problema, efetuaram-se questionamentos que caracterizavam o dilema dos profissionais “quem visitar primeiro? Seria possível privilegiar famílias de maior risco sem perder a qualidade da atenção às famílias de menor risco? Ou, por outro lado, ao realizar cobertura de todas – ou a maioria das – famílias, estaríamos desprivilegiando as mais necessitadas?” (COELHO; SAVASSI, 2004).

Como instrumento para organizar e priorizar o cuidado no domicílio, indicando quais famílias precisavam receber visitas domiciliares e em qual periodicidade, a escala foi feita com base nas informações da ficha A e se baseiam em sentinelas para a avaliação de situações de risco, procurando-se classificar, dentre estas, quais seriam as que demandam maior atenção. Essas sentinelas são uma combinação de condições clínicas (acamado, deficiência física, deficiência mental, desnutrição, hipertensão, diabetes, menor que seis meses, maior que 70 anos de idade) e de condições sociais (analfabetismo, drogadição, condição de saneamento básico e quantidade de pessoas por cômodo). Cada sentinela recebe uma pontuação e, a partir de sua soma (Escore Total), estabelece-se a classificação de risco, que varia de R1 – risco menor – a R3 – risco máximo (COELHO; SAVASSI, 2004).

Contudo essa classificação nunca passou por um processo de validação face a face ou de conteúdo (GUZELLA, 2015), conforme é preconizado na literatura científica. Contudo, no ápice o programa de expansão da Estratégia de Saúde da Família, a classificação foi publicada em um periódico de circulação nacional, especializado em medicina de família e comunidade. Perante a ausência de outros instrumentos com a mesma finalidade, tornou-se uma referência e passou a ser largamente utilizada na prática, no ensino e na pesquisa em torno da temática da classificação de risco familiar. Posteriormente, os mesmos autores produziram um novo documento, indicando as definições para cada sentinela, no intuito de orientar seu uso de forma fidedigna (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012). Apesar da evolução dos sistemas de informação do SUS, a escala não foi atualizada.

Com o passar do tempo e do seu amplo uso, a Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi (ERF-CS) foi tendo seu foco ampliado a partir do objetivo inicial. Por ter sido concebida com o intuito de determinar o risco social e de saúde, refletindo o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar, também foi largamente utilizada para organizar os fluxos

de atendimento nas unidades básicas de saúde com ESF e para casos diferenciados como acamados, idosos, crianças com necessidades especiais, pessoas em sofrimento mental, dentre outros.

A ERF-CS foi apontada como facilitadora nos processos de reorientação do processo de trabalho na Atenção Básica, no planejamento do trabalho, na elaboração de cronogramas e de planos terapêuticos, bem como no de ações programáticas, priorizando a otimização dos recursos disponíveis para o alcance dos objetivos de cada equipe. Também é indicada como forma de oportunizar à equipe identificar as necessidades em saúde da população no contexto familiar, para montar estratégias de prevenção e de promoção de saúde da população abrangida pela ESF, consolidando as diretrizes do SUS.

Além da organização do processo de trabalho da equipe multiprofissional mínima concebida para este nível assistencial, a ERF-CS foi associada ao trabalho da equipe de saúde bucal, que foi incorporada oficialmente à atenção básica no ano 2000, e que passou a receber importante aporte financeiro com o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal no ano de 2004. Tal fato promoveu um grande estímulo à reorganização do modelo de atenção à saúde bucal através da ESF (MATTOS *et al.*, 2014). Posteriormente, as equipes de saúde bucal passaram a organizar os próprios instrumentos de classificação de risco em busca de alavancar o acesso e a equidade da atenção para serviços odontológicos no que tange à promoção, à prevenção e ao tratamento (CARNUT *et al.*, 2011).

O conceito de risco que subsidiou os instrumentos de classificação familiar e individual não se apresentou de forma clara em todas as evidências selecionadas, já que alguns trabalhos traziam o conceito relacionado ao risco do adoecimento, numa conotação mais biologicista. Entretanto, prevaleceu nas evidências um conceito mais amplo, tangenciado pelos aspectos sociais considerados na aplicação das escalas, buscando caracterizar as condições de vida da população assistida pela ESF e as vulnerabilidades a que está exposta. Mesmo no caso das evidências que se relacionavam à saúde bucal, isso ficou muito claro, pois, nas escalas utilizadas e desenvolvidas com este foco, relacionavam-se às avaliações dos dentes cariados, obturados e perdidos (CPOD), conforme recomendado pela Organização Mundial da Saúde, para se avaliar o risco individual de forma combinada com os fatores sociais como escolaridade da mãe, acesso à escova e ao creme dental, além das informações da ficha A do SIAB como condições de saneamento básico, de renda, de tipo de moradia, dentre outros.

Do processo da extração das evidências, resgatou-se um conceito importante relacionado ao olhar atento por meio da aplicação de instrumentos com informações sobre as condições de vida da população para captar a vulnerabilidade e para pautar o processo de

trabalho em saúde praticando equidade. Esse conceito descreve o fenômeno identificado na década de 1970 como “lei dos cuidados inversos em saúde”, o qual define que a disponibilidade de bons cuidados médicos tende a variar inversamente à necessidade da população atendida (BEZERRA; GOES, 2013; CARNUT *et al.*, 2011; HART, 1971).

Em outras palavras, o conceito aponta para uma relação perversa entre a necessidade de cuidados de saúde e a sua utilização efetiva, destacando que indivíduos e famílias com pior condição socioeconômica têm menos acesso a serviços de saúde (SILVA, 2014). A falta de tecnologia apropriada e a má formação profissional no estabelecimento de um modelo de vigilância à saúde podem levar a esta situação descrita na Lei dos Cuidados Inversos (BEZERRA, 2013). Portanto, a programação do acesso deve ter como base índices de classificação de risco que levam em conta essas condições sociais adversas, ao invés de índices baseados apenas em condição clínica (GOULART, 2017). Identificar as prioridades para a organização do acesso, visando reduzir as iniquidades em saúde das populações, é uma importante estratégia para evitar a lei de cuidados inversos (RAMOS, 2019).

Para que o uso da classificação de risco seja efetiva, a literatura aponta que é necessário que os profissionais da equipe de saúde sejam capacitados no entendimento dos princípios do SUS e na função da atenção básica nesse sistema, pois as equipes reconhecem a potencialidade dos sistemas, mas não utilizavam suas informações para fins de planejamento e de avaliação das ações da equipe por falta de compreensão, de capacitação para o seu manuseio correto ou por dificuldade em mudar os processos de trabalho em saúde (SILVA *et al.*, 2014). Na efetivação dessa tecnologia assistencial, aponta-se começar pela capacitação do ACS, visando adequar seu nível de apreensão e de conhecimento dos princípios do SUS e da ESF para que possa atuar segundo as diretrizes desse sistema e contribuir efetivamente para sua consolidação (VILLA NOVA, 2013).

Por ser um nível assistencial diluído nas mais diversas condições da realidade do país, indicam-se, como fragilidades na efetivação da classificação de risco familiar como tecnologia assistencial com potencial para incrementar a qualidade da atenção básica, a falta de informação, a sobrecarga de trabalho, a grande demanda por assistência, a falta de funcionários, a instabilidade de profissionais, a formação profissional aquém da necessária, as exigências gestoras, dentre outras que se contrapõem ao ideal da ESF (BEZERRA; GOES, 2013) (GALLASSI *et al.*, 2014). Todas essas fragilidades apontadas indicam possibilidades de enfrentamento para a qualificação do nível de atenção básica.

7. CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

A *scoping review* possibilitou uma ampla e profunda representação sobre a classificação de risco familiar no contexto do processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família.

O estudo permitiu selecionar 46 documentos, em sua maioria pesquisas, a partir dos critérios de inclusão e de exclusão dos 6751 registros encontrados nas bases de dados, sendo que quatro artigos do resultado final foram incluídos por referências.

Nos estudos selecionados, que a produção anual e cumulativa das evidências se deu, maior parte entre 2011 a 2019, que tiveram consonância com a políticas públicas de organização da rede de atenção à saúde nesse período. Os estados brasileiros que mais produziram as evidências encontradas foram São Paulo e Minas Gerais, representando juntos 54,4%, pois estes estiveram à frente no planejamento de ações para a estruturação da atenção primária à saúde em parcerias com instituições de ensino superior. Na lista de autoria, destacaram-se os profissionais de enfermagem nos desdobramentos de estudo sobre classificação de risco familiar, por representar liderança e permanência nas unidades de saúde da família. Juntamente, a enfermagem foi a área de publicação que mais publicou estudos dessa temática.

Oportunizado com a busca das evidências, mapearam-se 13 instrumentos de classificação de risco familiar, sendo os mais citados na literatura a Escala de Risco Coelho e Savassi e a Classificação por grau de risco do PDAPS/SES-MG. Compreendeu-se que essas ferramentas potencializaram o planejamento e a organização do processo de trabalho dos profissionais da ESF, embora haja a necessidade de inserir sentinelas/fatores de risco que componham o contexto familiar na atualidade para a obtenção de uma avaliação de risco mais precisa.

Os conceitos de classificação de risco distintos na *scoping review* partiram da compreensão do risco biológico para a atenção da vulnerabilidade, o que possibilitou afirmar a importância dos fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença.

Evidenciou-se que a classificação de risco familiar tem sido uma forma de instrumentalização no processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família, validando o aprimoramento da prática do enfoque familiar na busca da equidade.

Os instrumentos de classificação de risco familiar para a enfermagem contribuem para estreitar uma comunicação entre os serviços de saúde e a família, a partir da priorização do

atendimento domiciliar, com direcionamento dos cuidados aos mais vulneráveis. Possibilita também realizar o diagnóstico situacional de sua área adscrita, para a divisão de microáreas aos agentes comunitários de saúde, que são supervisionados pelo enfermeiro. Os resultados das classificações das famílias facilitam a compreensão da necessidade da rede de apoio familiar que, associado ao Genograma e ao Ecomapa, viabilizam ao enfermeiro orientação para o processo do cuidar.

A pesquisa limitou-se a estudos nacionais, por se tratar de temática restrita à prática da Estratégia Saúde da Família. Mas, o estudo seguiu rigorosamente as recomendações exigidas pelo JBI, que se orienta pela população, pelo conceito e pelo contexto, que foram, respectivamente, famílias cadastradas na ESF, Classificação de Risco familiar e estratégia Saúde da Família.

Recomenda-se, a partir dessa *scoping review*, a construção e a validação de uma escala de risco familiar com ampliação e contextualização dos fatores de risco familiar, que associe o levantamento dos dados já existentes e que tenha potencial para ser amplamente usada na atenção primária à saúde brasileira, podendo valer-se de novas revisões e de sínteses de evidência para localizar estudos sobre instrumentos internacionais que possam ser adaptados para a realidade cultural brasileira.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C.; MARTINS, M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 118–137, 2017.

ALMEIDA, P. F. et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 244–260, 2018.

ALVES, P. K. L.; DOS SANTOS, V. M.; CORREIA, M. V. C. A expansão do mercado privado de saúde no Brasil: uma breve análise histórica. In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 16, 2019. Brasília, **Anais...** Brasília: 2019.

AMORIM, D. A.; MENDES, A. Financiamento federal da atenção básica à saúde no SUS. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750**, [s. l.], v. 12, p. 1–20, 2020.

ANDRADE, A. O. et al. Estratificação do Grau de vulnerabilidade à doença pelo novo coronavírus (COVID-19) em territórios adscritos da Estratégia da Saúde da Família no Município de Crato, Ceará. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 9, n. 10, p. e549108241–e549108241, 2020.

ANDRADE, M. V. et al. **Avaliação do laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde de Santo Antônio do Monte**. Belo Horizonte: Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais, 2017.

ANDRADE, R. S. et al. Processo de trabalho em unidade de saúde da família e a educação permanente. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 505–521, 2016.

ARANTES, L. J. **Avaliação da implantação do plano diretor da atenção primária à saúde em Unaí-MG**. 235f. 2011, Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 1499–1510, 2016a.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, E.. Processos organizacionais na Estratégia Saúde da Família: uma análise pelos enfermeiros. **Acta paul. enferm**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 274–281, 2016b.

ARKSEY, Hilary; O'MALLEY, Lisa. Scoping studies: towards a methodological framework. **International journal of social research methodology**, s.l., v. 8, n. 1, p. 19-32, 2005.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**, s.l., v. 2, p. 121-144, 2003.

BAIA, K. L. N.; BARROS, E. P.; SILVA, L. O. Escala de estratificação de risco familiar de Coelho e Savassi (ERF-CS), um relato de experiência da residência multiprofissional na gestão da atenção básica do município de Belém. In: XXVIII Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia, V Congresso Brasileiro de Educação em Fisioterapia, 2018, Vitória. **Anais...** Vitória: Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia, 2018.

BARBOSA, G. **Classificação de risco como instrumento para organização do processo de trabalho e viabilização da equidade no acesso aos serviços odontológicos**. 40f. Monografia (Especialização) Universidade Federal de Minas Gérias, Belo Horizonte, 2010.

BATISTA, V. C. L. et al. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde segundo os profissionais de saúde da família. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 15, n. 2, 2016.

BELGA, S. M. M. F.; SILVA, K. L. O impacto do plano diretor da atenção primária À saúde em municípios de Minas Gerais: a visão dos gestores. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 4, n. 1, p. 1269–1281, 2013.

BERNAL, I. L. Matriz de salud del grupo familiar: un recurso para el diagnóstico de la situación de salud de la familia. **Rev. cuba. med. gen. integr**, v. 20, n. 3, 2004.

BERNAL, I. L.; BARROS, M. C. P. Alternativas metodológicas para la estratificación de familias según situación de salud familiar. **Rev. cuba. med. gen. integr**, v. 24, n. 4, 2008.

BEZERRA, I. A.; GOES, P. S. A. Utilização da classificação de risco de famílias na melhoria da equidade na utilização de serviços em uma unidade de saúde da família. **Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr**, v. 13, n. 3, 2013.

BORGES, F. R. et al. Evaluation of an educational technology using augmented reality for home visiting teaching. **Rev Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 27, p. NA-NA, 2019.

BORGES, G. C. F. et al. Visitas domiciliares na estratégia da saúde da família: situação na unidade básica de saúde da família do Jardim Guanabara I–Goiânia, Goiás. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, pág-55, 2013.

BRASIL, Constituição. **Constituição Federal**. Brasília, 1988.

BRASIL. CONASS. **Legislação Estruturante do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde Brasília (DF), 2011.

BRASIL. Decreto nº 84.219, de 14 de Novembro de 1979. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 17046, 1979.

BRASIL. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde Brasília (DF), 2014.

BRASIL. Lei no 2.312, de 3 de Setembro de 1954. **Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde**. Brasília, 1954.

BRASIL. Leis. Lei 8080/90. **Lei Orgânica da Saúde**. Brasília, 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998. **Norma Operacional De Saúde**. Brasília, 1998.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria no 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Brasília, DF, v. 208, 2011.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde Brasília, 2012.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017**. Brasília, v. 2436, n. 21, p. 38, 2017.

BRASIL. Portaria no 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 204, 2011.

BRASIL. Portaria no 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006a.

BRASIL. Portaria no 545, de 20 de maio de 1993. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1993.

BRASIL. Portaria no 648 de 28 de março de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006b.

BRASIL. Resolução no 258 de 07 de Janeiro de 1991. **Diário Oficial da União**, [s. l.], p. 9, 1991.

CABRAL, D. S. et al. Avaliação das redes de atenção à saúde pelo enfermeiro da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 54, 2020.

CAETANO, L. A.; SAMPAIO, R. F.; COSTA, L. A. A expansão dos serviços de reabilitação no SUS à luz do arcabouço normativo federal. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, [s. l.], v. 29, n. 3, p. 195–203, 2018.

CAMARGO, P. E. **Aplicabilidade de um instrumento para classificação das famílias por grau de risco pela equipe de saúde da família Alvorada em Ouro Preto, MG-Brasil**. 35f Monografia (Especialização) Universidade Federal de Minas Gerais, Ouro Preto, 2010.

CAMARGOS, Marcelo H. **Como priorizar as visitas domiciliares com base na Escala de Risco Familiar**. Rede de Teleassistência-Centro de Telessaúde. Hospital da Clínicas–UFMG, Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

CARDOSO, A. V. L. et al. Use and resolubility of the oral health public services offered to children in a large municipality. *Rev. Gaúch Odontol*, Porto Alegre, v. 66, n. 1, p. 60–69, 2018.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, p. e00101417, 2018.

CARNUT, L et al. Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 3083–3091, 2011.

CARNUT, Leonardo et al. Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 3083–3091, 2011.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, p. 676–689, 2017.

CARVALHO, J. A. S. **Utilização da escala de risco familiar de Coelho-Savassi na organização das visitas domiciliares da ESF Jardim de Viga**. 17f. 2017. Monografia (Especialização) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

CARVALHO, L. R. O.; RODRIGUES, H. S. M. C.; ROSA, C. D. P. Marcos históricos que permeiam a saúde pública brasileira: perspectiva de 1950 até 2019. **Revista Educação em Saúde**, v. 8, n. 1, p. 161–177, 2020.

CASTIEL, L. D. Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 3, n. 2, p. 237-264, 1996.

CASTRO, B. M. C. et al. Estratificação de risco familiar em saúde da família: um relato de experiência. In: ENCONTRO REGIONAL NORTE, 2016, Manaus. **Anais...** Manaus: Rede Unida, 2016.

CASTRO, D. F. A.; SOUSA, A. M.; FRACOLLI, L. A. Family risk classification: an assessment tool for Family Health Strategy teams. **Enfermagem Brasil**, v. 11, n. 5, p. 288–293, 2012.

CELUPPI, I. C. et al. 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 302–313, 2019.

CHAPADEIRO, C. A.; ANDRADE, H.; ARAÚJO, M R N. **A família como foco da Atenção Básica à Saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Belo Horizonte, 2012.

CHEACHIRE, L. A. et al. Associação entre risco social familiar e risco à cárie dentária e doença periodontal em adultos na estratégia de saúde da família. **Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr**, v. 13, n. 1, 2013.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 1, n. 2, p. 19–26, 2004.

CORREIA, J. F. et al. Estratificação de risco como ferramenta de organização do cuidado ao idoso na atenção primária. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 10, n. 5, p. 38–43, 2019.

COSTA, E. V. S. et al. Salud Mental en Atención Primaria: taller de herramientas de enfoque familiar. [s. l.], 2018.

COSTA, S. M. et al. Processo de implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde no norte de Minas Gerais, Brasil: fragilidades e potencialidades. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 575, 2011.

CRUZ, M. M.; BOURGET, M. M. M. A visita domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, p. 605–613, 2010.

CURY, M. B.; JACQUET, C. P. M. Identificação da vulnerabilidade familiar e clínica ampliada em saúde mental. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE, 12, 2013, Belém. **Anais...** Belém: Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade, 2013. p. 678.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde**. Alma-ata, URSS,, 1978.

DOMINGOS, C. M. et al. A legislação da atenção básica do Sistema Único de Saúde: uma análise documental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. e00181314, 2016.

SCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 21, p. 164–176, 2007.

EVANGELISTA, M. J. O. et al. O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2115–2124, 2019.

FALCETO, O. G.; BUSNELLO, E. D.; BOZZETTI, M. C. Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para utilização em serviços de atenção primária à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 7, n. 4, p. 255–263, 2000.

FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2a ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

FARIA, R. M. A territorialização da atenção básica à saúde do sistema único de saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 4521–4530, 2020.

FEGHALI, J. **Reforma da previdência: supressão de direitos e orfandade para os mais pobres**. In: O golpe de 2016 e a reforma da previdência: Narrativas de resistência. Praxis, São Paulo, 2017.

FERREIRA, D. S. R. **A utilização da escala de coelho para sistematização da visita domiciliária em uma Equipe de Saúde da Família**. 2013. 47f. Monografia (Especialização) Universidade Federal de Minas Gerais, Lagoa Santa, 2013.

FERREIRA, M. B. et al. Social support, socioeconomic and clinical risk: comparison between neighborhoods in a Brazilian upcountry town. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 822–828, 2012.

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, p. 704–709, 2018.

FIGUEIREDO, N. V. F. Tecnologias para assistência domiciliar na atenção básica: em busca de ferramentas que subsidiem o trabalho da equipe de saúde da família. 2010. 248f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

FORTUNA, C. M. et al. Enfermagem em Saúde Coletiva: desejos e práticas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, p. 336–340, 2019.

FRACON, B. R. R. **Percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família quanto à classificação das famílias: vantagens e desafio**. 2019. 108f. Dissertação (Mestrado em Ciências) Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

FRANÇA, A. S. et al. Ferramentas de avaliação familiar na atenção primária. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 2178, p. 2091, 2011.

FRANÇA, E. P. F. B.; BESERRA, H. J. M. D.; CURADO, J. C. L. G. Identificação e classificação de risco familiar em uma unidade de saúde da família em Recife-PE. **Revista**

Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde-ISSN: 2236-1103, v. 7, n. 3, 4 abr. 2018. 2017.

FUZER, F. A. M. et al. Instrumento de visita domiciliar para a equipe de Saúde da Família. **Disciplinarum Scientia| Saúde**, Santa Maria, v. 19, n. 2, p. 169–176, 2018.

GALLASSI, C. V. et al. Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional. **ABCS health sci**, v. 39, n. 3, 2014.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 490–498, 2005.

GIOVANELLA, L. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de saude publica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. e00012219, 2019.

GOMES, L. C. P. C. et al. Capacitação para agentes comunitários de saúde: Contribuições do pet-saúde/graduandos de enfermagem. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, Pombal, v. 9, n. 1, p. 14–18, 2019.

GONÇALVES, C. C. M. Educação em saúde pública: a missão da Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser em formar profissionais. **Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul**, v. 1, n. 1, p. 120–124, 2018.

GOULART, P. M. **Proposta de classificação de risco familiar para o atendimento em saúde bucal no município de Florianópolis**. 2017. 40f. Trabalho de Conclusão de curso (Graduação Odontologia) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

GUANAES, C.; MATTOS, A. T. R. Contribuições do movimento construcionista social para o trabalho com famílias na estratégia saúde da família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, p. 1005–1017, 2011.

GUZELLA, R. C. **Aprazamento das visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde a partir do olhar da equidade**. 2015. 106f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) São Paulo, 2015.

HAAS, L. R. et al. Risk-stratification methods for identifying patients for care coordination. *American Journal of Managed Care*, L.R. Haas, **Health Care Policy and Research**, v. 19, n. 9, p. 725–732, 2013.

HADDAD, Ana Estela et al. Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica, Brasília, 36 (1 suppl 1), 3-4, 2012.**

HAMILTON, W; FONSECA, C. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 791–825, 2003.

HART, J. T. The inverse care law. **The Lancet**, v. 297, n. 7696, p. 405–412, 1971.

HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1649–1659, 2006.

KAWATA, L. S. et al. Os desempenhos da enfermeira na saúde da família: construindo competência para o cuidado. **Texto & contexto enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 961–970, 2013.

KOBAYASHI, H. M.; et al. **Relação entre classificação de risco de cárie dentária e escala de risco familiar**. 2012. 82f. Tese (Doutorado em Odontologia), Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2012.

KRUGER, T. R.; OLIVEIRA, A. Trinta anos da Constituição Federal e a participação popular no SUS. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 57–71, 2018.

LEVAC, D.; COLQUHOUN, H.; O'BRIEN, K. K. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation science*, v. 5, n. 1, p. 69, 2010.

LIMA, A. L. G. S.; PINTO, M. M. S. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 1037–1051, 2003.

LIMA, J. C.; LOPES, D. F.; JACOME, P. A. C. **Tecnologia da informação aplicada à estratégia de saúde da família: uma nova maneira de realizar a estratificação de risco familiar**. 43 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) - Departamento de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

LIMA, S. C. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO DA FICHA DE CADASTRAMENTO FAMILIAR. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 32, p. 16, 2008.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 18–37, 2018.

MADUREIRA, G. C. et al. Reflexão sobre a enfermagem e o gerenciamento das Unidades Básicas de Saúde. **Rev. baiana saúde pública**, Salvador, 2017.

MAESTRI, T; MERINI, F. L.; KRETZER, M. R. Análise da classificação de risco e vulnerabilidade familiar na Estratégia Saúde da Família do município de Palhoça. In: JORNADA UNISUL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 2019, Palhoça. **Anais...** Palhoça: Unisul, 2019.

MAGALHÃES, M. C.; CINTRA, K. M. S. Planificação da Atenção Primária à Saúde: Relato de Experiência-Regional de Saúde Centro Sul. **REVISTA CIENTÍFICA DA ESCOLA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA DE GOIÁS" CÂNDIDO SANTIAGO"**, Goiânia, v. 6, n. 1, p. 139–150, 2020.

MALACHIAS, I et al. **O PDR-Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria do Estado da Saúde, 2010.

MALTA, D. C. et al. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 327–338, 2016.

MARTINS, B. F. **Impacto do uso abusivo de álcool: estudo em famílias de trabalhadores da construção civil**. 2013. 149f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade estadual de Maringá, Maringá, 2013.

MARTINS, L. T. Saúde pública como precursor de uma nova era para a população brasileira. **Revista Sustinere**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 235–244, 2017.

MARTINS, Saulo Costa. **Sistematização das visitas domiciliares na Estratégia Saúde da Família Alfié, São Domingos do Prata, Minas Gerais**. 2015. 34f. Monografia (Especialização) Universidade Federal de Minas Gerais, Ipatinga, 2015.

MATTOS, G. C. M. et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 373–382, 2014.

MATUMOTO, S. et al. Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, p. 123–130, 2011.

Medeiros, TM. **Avaliação de instrumento para classificação de risco familiar em unidades de saúde da família**. 2011. 65 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2011.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 38–51, 2018.

MELO, R. H. V. et al. Análise de risco familiar na Estratégia Saúde da Família: uma vivência compartilhada entre preceptores, discentes e agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira De Inovação Tecnológica Em Saúde-ISSN: 2236-1103**, v. 3, n. 4, 6 fev. 2014.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MENDONÇA, M. H. M. et al. **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2018.

MENEZES, A. H. R. et al. Classificação do risco familiar segundo escala de Coelho e Savassi—um relato de experiência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 190–195, 2012.

MENICUCCI, T. M. G.; COSTA, L. A.; MACHADO, J. A. Pacto pela saúde: Aproximações e colisões na arena federativa. **Ciencia e Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 29–40, 2018.

MESQUITA, A. L. S. **O atendimento odontológico de adultos na estratégia de saúde da família São Paulo/Divinópolis/MG: um plano de intervenção**. 2011. 44f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Programa Saúde em Casa. 2005. Disponível em: <http://www.Saude.mg.gov.br/politicas_de_Saude/programa-Saude-em-casa> Acesso em: 31 out. 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. **Oficina 2 e 3 Análise da Atenção Primária à Saúde e Diagnóstico Local**. Escola de Saúde Pública do Estado Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 95: Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS SUS 01/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PROESF**: Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. Brasília, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Imunizações: 30 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

MONTEIRO, W. F. et al. Sentinelas de risco familiar em uma Estratégia Saúde da Família de Manaus. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 4416–4425, 2021.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11–24, 2018.

MOURA, A. L. **Protocolo para organização da demanda do serviço de saúde bucal de acordo com o risco socioeconômico da população de Bonito de Minas**. 2011. 48f. Monografia (Especialização), Universidade Federal de Minas Gerais, Corinto, 2011.

MOURA, F. M. N. et al. Aplicação da escala de risco familiar na atenção básica. **Extensão em Ação**, Fortaleza, v.1, n.10, Jan/Jun. 2016.

MOURA, F. M. N. et al. Potencialidades e desafios para a aplicação da escala de risco familiar na atenção primária em saúde. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 3, n. 4, p. 218–223, 2015.

NAKATA, P. T. et al. Clasificación de Riesgo Familiar en una Unidad de Salud de la Familia. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, p. 1088–1095, 2013a.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 435–439, 2006.

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

NASCIMENTO, N. N. P.. Plano de ação para reorganização da saúde bucal no município do Prata-MG. [s. l.], 2017.

NETO, J. P. **Análise espacial de um instrumento de acesso aos serviços de saúde e sua relação com fatores sociodemográficos e odontológicos**. 2019. 48f. Tese (doutorado em Odontologia), Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2019.

NETO, J. P. et al. Relação entre classificações de risco utilizadas para organização da demanda em saúde bucal em município de pequeno porte de São Paulo, Brasil. **Ciênc Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1905–1912, 2017.

NUNES, L. O. et al. Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. 1–9, 2018.

OKIDO, A. C. C. et al. Fatores associados ao risco familiar de crianças com necessidades especiais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 52, 2018.

OLIVEIRA, F. C. M. **Priorização de famílias em áreas de grande concentração populacional**. 1999. 18f. Monografia (Especialização), Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1999.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. SPE, p. 158–164, 2013.

OLIVEIRA, T. V. **Gestão e planejamento visita domiciliar na atenção básica: protocolo de uma equipe de saúde da família no município de Cascavel, Ceará**. 2017. 29f. Monografia (Especialização) Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

PAIS, P. V. S. Sentidos Políticos da Saúde Pública no Brasil do Século XX e nos Projetos da 6º Conferência Nacional de Saúde. **Intellêctus**, v. 15, n. 1, p. 144–167, 2016.

PEREIRA, S. M. et al. Equidade do acesso à atenção à saúde de famílias vulneráveis cadastradas em uma unidade de saúde da família. **Rev. APS**, v. 18, n. 3, 2015.

PETERS, M et al. 2017 Guidance for the conduct of JBI scoping reviews. **Joana Briggs Inst Rev Man**, v. 13, p. 141–146, 2017.

PETERS, Micah D J et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. **JBI Evidence Synthesis**, v. 18, n. 10, p. 2119–2126, 2020.

PINHEIRO, J. V. et al. Ferramenta para avaliação e gestão da visita domiciliar na atenção primária à saúde: um relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1818, 2019.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 1903–1914, 2018.

PISCO, L.; PINTO, L. F. De Alma-Ata a Astana: o percurso dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, 1978-2018 e a gênese da Medicina Familiar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 1197–1204, 2020.

POLLOCK, J I et al. Health and social factors for health visitor caseload weighting: reliability, accuracy and current and potential use. **Health Soc Care Community**, v. 10, n. 2, p. 82–90, 2002.

RAMINELLI, A. O. et al. Abordagem da classificação de risco familiar com agentes comunitários de saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 6, n. 2, p. 269–278, 2018.

RAMOS, D. V. R. **Efetividade de organização da demanda por classificação de risco para o acesso e para a resolubilidade do serviço público odontológico**. 2019. 53f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2019.

RAMOS, D. V. R. et al. Impact of risk assessment on the demand for dental services in Primary Health Care. **Researchsquare**, [s. l.], 2019. Disponível em <https://assets.researchsquare.com/files/rs-9503/v1/d2f491a8-7a58-48d0-ab0b-60748cf85b8f.pdf?c=1631828891> Acesso em 22 set 2020.

- RANADE-KHARKAR, P. et al. Analysis of Family Health History Based Risk Assessment Algorithms: Classification and Data Requirements. **Stud Health Technol Inform**, v. 192, p. 1205, 2013.
- REDDY, A. et al. Risk Stratification Methods and Provision of Care Management Services in Comprehensive Primary Care Initiative Practices. **Ann Fam Med**, v. 15, n. 5, p. 451–454, 2017.
- REGO, A. S. et al. Estratificação de risco familiar no contexto da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, p. 977–984, 2016.
- REIS, A. A. C. et al. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1045–1054, 2017.
- ROCHA, K. B. et al. A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 18, n. 1, p. 170–185, 2017.
- ROCHA, V. F. B.; et al. **Avaliação do desempenho de duas escalas de classificação de risco familiar e sua aplicação na saúde bucal**. 2014. 51f. Dissertação (Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2014.
- RODRIGUES, Q. F. et al. Abordagem familiar na estratégia saúde da família utilizando as ferramentas de acesso no cuidado em saúde mental. **Unimontes Científica**, Montes Claro, v. 18, n. 2, p. 109–119, 2017.
- ROSÁRIO, C. A.; BAPTISTA, T. W. F.; MATTA, G. C. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 17–31, 2020.
- SALES, C. C. F. et al. Social Risk for The Family of Drug Users Hospitalized Due to Physical Injury/Risco Social de Famílias de Usuários de Drogas Internados por Trauma Físico. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online**, [s. l.], v. 11, n. 2, p. 510–516, 2019.
- SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 508–511, 2007.

SANTOS, C. R.; FLÓRIO, F. M.; ZANIN, L. Association between familial risk and caries risk in 5 year old scholars. **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 66, n. 4, p. 331–337, 2018.

SANTOS, G. J. D. et al. **Estratificação de risco familiar em uma unidade de saúde da família**. In: Novos paradigmas de abordagem na medicina atual 3. Pontas Grossa, Atenas Editora, 2019. *E-book*. Disponível em: DOI: 10.22533/at.ed.36219270922.

SANTOS, S. M. R. et al. Assessment and classification of family risk in a school of early childhood education. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental*. **Acadêmic**, v. 6, n. 1, p. 232–240, 2014.

SAVASSI, L. C. M.; LAGE, J. L.; COELHO, F. L. G. Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750**, v. 3, n. 2, p. 179–185, 2012.

SENADO FEDERAL. **Lei nº 1920 cria o Ministério da Saúde**. Rio de Janeiro (DF): Senado Federal, 1953.

SILVA, B. S. M. Assistência à saúde na trajetória da primeira-dama Sarah Kubitschek. In: Encontro Internacional Histórias e Parcerias, 2, 2019, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Universidade Veiga de Almeida, 2019.

SILVA, C. A. T.; et al. **Risco social familiar e agravo à saúde bucal em uma área da Estratégia Saúde da Família**. 2014. 86f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Federal de Amazonas, Manaus, 2014.

SILVA, M. F. V.; VIDAL, A. K. Identificação do risco familiar em saúde como alternativa para equidade no acesso a odontologia em uma unidade de saúde da família da cidade do Recife/PE/Brasil. **Scientific-Clinical Odontology Recife**, 15(3) 183 - 188, Jul./Set., 2016.

SILVA, R. D. R.; AMARAL, R. C.; SOUSA, M. L. R. Association between individual and familial risk of the caries to prioritize attendances. **Revista da Associação Paulista de Cirurgios Dentistas**, v. 67, n. 2, p. 141–145, 2013.

SILVA, R. M. **Atenção domiciliar e as práticas de saúde bucal na estratégia saúde da família em Florianópolis-SC**. 2018. 153f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.

SILVA, R. M.; PERES, A. C. O.; CARCERERI, D. L. Atuação da equipe de saúde bucal na atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 2259–2270, 2020.

SILVA, S. A. et al. Classificação do grau de risco de famílias na estratégia saúde da família. **Rev. APS**, v. 17, n. 1, 2014.

SIMAS, P. R. P.; PINTO, I. C. M. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1865–1876, 2017.

SOUSA, F. S. et al. **Implantação e organização dos micro e macroprocessos da atenção primária em saúde na região de Caxias/MA**. In: Propostas, Recursos e Resultados em Ciências da Saúde. Pontas Grossa, Atenas Editora, 2020. *E-book*. Disponível em DOI: 10.22533/at.ed.3672025065.

SOUSA, G. P. **Risco familiar para acesso individual a escova e creme dental: proposta de intervenção**. 2016. 73f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2016.

SOUSA, G. P. **Risco familiar para acesso individual a escova e creme dental: proposta de intervenção**. 2017. 34f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização), Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2017.

SOUSA, R. S.; SOARES, C. L. M. Financiamento do Sistema Único de Saúde: uma revisão da literatura. **Divulgação Em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, n. 58, p. 115-129, jul 2018.

SOUZA, E. C. et al. Classificação de famílias segundo situações de risco. **Cogitare enferm**, v. 18, n. 1, p. 50–56, 2013.

SOUZA, R. W. **O uso do genograma e a classificação de risco de famílias de alto risco de uma Estratégia de Saúde da Família**. 2012. 26f. Monografia (Especialização), Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. [s. l.], 2006.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A. C. **A visita domiciliária no contexto da saúde da família**. In: MANUAL DE ENFERMAGEM, São Paulo.: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde-IDS, 2001.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 361–378, 2018.

TRICCO, A. C. et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Annals of internal medicine**, v. 169, n. 7, p. 467–473, 2018.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Mestrado Profissional em Gestão e Saúde Coletiva. In: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (Piracicaba). Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Piracicaba, [s.a.]. Disponível em: <https://www.fop.unicamp.br/cpg/index.php/home-saude-coletiva>. Acesso em: 31 out. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. NESCON. Cursos Nescon: Sobre o programa. Belo Horizonte. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/cursos/sobre-o-programa/>. Acesso em: 31 out. 2021.

VILARINO, M. T. B. Os antecedentes do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) no Brasil, o espaço de experiência, a rede de interdependências e o horizonte de expectativas. In: ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA, 20, 2016, Uberaba. **Anais...** Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2016.

VILÉLA, G. F. et al. Risco social familiar de egressos de intoxicação assistidos por um programa de visita domiciliar. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA, 10, 2017, Maringá. **Anais...** Maringá: Centro universitário de Maringá, 2017.

VILLA NOVA, F. A.; et al. **Associação entre risco familiar, saúde bucal, qualidade de vida e variáveis socioeconômicas**. 2013. 69f. Dissertação (Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2013.

WAGNER, J. et al. Implementing risk stratification in primary care: Challenges and strategies. **Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 32, n. 4, p. 585–595, 2019.

APÊNDICE A

PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW**1. TÍTULO**

Título: EVIDÊNCIA DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO FAMILIAR NA PRÁTICA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: SCOPING REVIEW

EVIDENCE OF FAMILY RISK STRATIFICATION IN THE PRACTICE OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY: SCOPING REVIEW

2. DESENVOLVIMENTO DO TÍTULO E DA PERGUNTA

A pergunta de pesquisa de uma *scoping review* é formulada com base no acrônimo PCC, sendo o P=população; C=Conceito e C=contexto é utilizado, pois seus atributos se aprofundam para delinear as evidências que serão mapeadas, justificando e beneficiando a construção da pergunta de pesquisa (PETERS, M. D. J. *et al.*, 2020). A partir desta compreensão, identificou-se o seguinte acrônimo para o objeto de pesquisa:

P= Famílias cadastradas no serviço de saúde.

C= Estratificação (classificação) de risco familiar.

C= Estratégia Saúde da Família.

Buscou-se as definições para cada letra do acrônimo:

- **Família:** A família é constituída de interação interpessoal entre pessoas em um mesmo contexto de vida, residindo ou não em um mesmo ambiente. Pode ser representada por pessoas que geralmente vivem na mesa casa, como pai, mãe e filhos, ou pessoas relacionam por laços de parentescos, linhagem, ascendência, estirpe, sangue e por adoção (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2012; RODRIGUES *et al.*, 2017).
- **Estratificação de Risco Familiar:** Mapeamento do risco social em potencial dentro de um núcleo familiar, consistindo em uma avaliação das vulnerabilidades, que permite planejamento para manejo das ações de saúde (REGO *et al.*, 2016; SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012).
- **Estratégia Saúde da Família:** Estratégia que visa à constituição e consolidação da atenção básica, com expansão da cobertura de saúde no território brasileiro, conduzidos pelos princípios, diretrizes e fundamentos da atenção primária, para a finalidade ampliar a resolutividade das necessidades de saúde individuais e coletivas (BRASIL, 2012).

Estruturou-se a seguinte questão: “Quais as evidências científicas disponíveis sobre a utilização da estratificação de risco familiar na Estratégia de Saúde da Família?”. No sentido de ampliar a pergunta principal dessa *scoping review*, elaborou-se as seguintes subquestões:

- Qual o conceito da estratificação de risco familiar utilizado na Estratégia de Saúde da Família?
 - Como a estratificação de risco familiar é usada na organização do processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família?
 - Quais os instrumentos de estratificação de risco familiar foram utilizados nos estudos publicados?
 - Quais as fragilidades e as potencialidades do uso da estratificação de risco familiar pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família?
-

3. INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro tem em seus princípios o da equidade, significando em uma prática que considere os determinantes sociais como uma força motriz e a ação contra as injustiças do acesso na assistência de saúde (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017).

Durante o processo de territorialização quando o ACS reconhece sua população adscrita na primeira VD, inseri o cadastramento das famílias, com o registro de informação da família, por exemplo, o número de pessoas residentes no domicílio, o perfil sociodemográfico da composição familiar, a fim de que a equipe possa traçar planos de assistência e elaborar o diagnóstico situacional da ESF. O registro pode ser feito em sistema informatizado, em prontuário do usuário, realizado pelo ACS e quando possível ou necessário realizam atualizações. Com essas observações e anotações, faz-se a identificação da realidade familiar e permite realizar a classificação de risco familiar (LIMA, S. C., 2008; NAKATA *et al.*, 2013a).

A avaliação sobre os critérios clínicos, sociais, econômicos, familiares ou outros, com base em diretrizes clínicas, subsidiam a estratificação de risco, que direcionada a uma população adscrita tende ser fundamental para a organização das ações a serem ofertadas, considerando as necessidades e adesão do usuário, como a racionalidade dos recursos disponíveis no serviço de saúde (BRASIL, 2017).

A aplicação da estratificação de risco familiar melhora a qualidade do atendimento à população adscrita na priorização das VD's e facilitação do planejamento de ações com a garantia da equidade para os usuários (LIMA; LOPES; JACOME, 2019).

A ferramenta de estratificação do risco familiar mais conhecida na literatura técnico-científica brasileira foi validada por Coelho-Savassi, a qual se propõe a realizar a classificação pontuando sentinelas de risco social e de saúde, que são fatores de adoecimento do núcleo familiar. Sua sistematização foi elaborada com base na Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) por meio de pontuação e obtenção de um escore no final da escala. Essas sentinelas foram escolhidas por apresentar relevância epidemiológica e sanitária; e tem impacto na dinâmica familiar (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012).

Outra classificação bem conhecida no Brasil, foi elaborada para o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde do Estado de Minas Gerais, que utiliza os dados do cadastro familiar e da ficha de acompanhamento familiar. Este projeto contribui para a implementação das políticas públicas, que visava à estruturação e à descentralização dos sistemas de co-gestão e os serviços de saúde em redes. Nela, faz a classificação familiar conforme aspectos socioeconômicos e condições ou patologias crônicas presente na família (RAMINELLI *et al.*, 2018).

É oportuno assinalar que a classificação de risco familiar é importante no planejamento, na organização e no desenvolvimento de ações no processo de trabalho da ESF, que permite indicar as famílias que demandam uma assistência prioritária. Portanto, é necessário encontrar e mapear as evidências do uso de classificações já existentes indicando conceitos relevantes que aprimorem a prática do enfoque familiar e o alcance da equidade no nível de atenção primária.

O uso da estratificação de risco familiar na atenção básica consiste em uma tecnologia para a gestão do cuidado, pautado na assistência com equidade, fornecendo subsídios para o planejamento de ações que atendam a população adscrita de sua área de atuação, com avanço no enfoque familiar. Por meio da identificação de vulnerabilidades e de fatores de riscos nas famílias, que por sua vez permite delimitar casos e situações prioritárias, fortalecendo a capacidade resolutiva desse nível assistencial. O mapeamento das evidências do uso da estratificação de risco familiar pode indicar a necessidade de ampliação do uso de tal tecnologia nos serviços de atenção básica impulsionando a resolutividade e a qualidade de assistência à saúde, bem como indicar lacunas científicas existentes sobre o tema, indicando a produção de novas pesquisas.

O objetivo do estudo consiste em mapear as evidências científicas sobre a estratificação de risco familiar na prática da Estratégia Saúde da Família.

Os objetivos específicos são:

- i) Identificar e quantificar a produção anual e cumulativa sobre a temática;

- j) Reconhecer a origem geográfica e institucional dos estudos publicados;
 - k) Distinguir a formação profissional dos autores;
 - l) Arrolar a área de publicação dos estudos;
 - m) Caracterizar o conceito e o uso da estratificação de risco familiar;
 - n) Identificar os instrumentos de estratificação de risco familiar utilizados nos estudos publicados,
 - o) Explorar nas pesquisas as fragilidades e potencialidades para a organização e planejamento do processo de trabalho da equipe da ESF e,
 - p) Identificar e sintetizar as lacunas de conhecimento nas literaturas existentes.
-

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Definiram-se os critérios de inclusão a partir dos elementos mnemônicos PCC que fundamentam esta *scoping review*, descritos a seguir:

- Tipos de evidência incluídos: estudos primários, quantitativos e qualitativos, estudo de caso, relato de experiência, incluindo todas as formas possíveis de desenhos de estudo e também qualquer tipo de revisões.
- Fontes de evidências: artigos publicados em revista indexada e a literatura cinzenta, incluindo as monografias de pós-graduação *latu-sensu*, trabalho de conclusão de curso de graduação, dissertações, teses e manuais.
- Não houve recorte temporal.
- As evidências devem abordar o uso da estratificação (classificação) de risco familiar em famílias cadastradas na Estratégia de Saúde da Família. Definiu-se realizar um estudo amplo do uso de instrumentos de classificação de risco familiar na realidade dos serviços que compõem a atenção básica no Brasil.

Foram excluídos estudos reflexivos, monografias de especialização com planos de ação para a utilização da estratificação que não apresentem resultados, e resumos de conferências, pela compreensão que não apresentam a informação suficiente sobre a temática.

5. ESTRATÉGIA DE BUSCA

Planejou-se a estratégia de busca em três etapas.

Primeira etapa: realizada uma pesquisa inicial em dois bancos de dados sobre o tema da pesquisa, na qual foi feita a identificação inicial de documentos na US National Library of Medicine National Institutes of Health (PUBMED) e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com vistas a extrair palavras relevantes para o contexto (JBI, 2020). Na busca nos dois bancos de dados, a pesquisa será por palavras e termos analisados em artigos relacionados à temática, que estavam contidas no título e no resumo.

Segunda etapa: busca de todas as palavras-chaves e termos de índice identificados e correlacionados ao PCC nos bancos de dados incluídos, selecionados termos oriundos do Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Também poderá ser utilizada a terminologia não controlada, identificada em alguns artigos publicados com o tema de pesquisa.

Os descritores foram organizados no quadro 1:

Quadro 1- Descritores controlados e não controlado selecionados para a pesquisa.

DECS			MESH
Português	Espanhol	Inglês	English
Estratégia Saúde da Família	Estrategia de Salud Familiar	Family Health Strategy	Community Health Services
Atenção Primária à Saúde	Atención Primaria de Salud	Primary Health Care	Primary Health Care
DESCRITORES NÃO CONTROLADO			
Português	Espanhol	Inglês	
Estratificação de Risco Familiar	Estratificación del riesgo familiar	Family Risk Stratification	
Classificação de Risco Familiar	Clasificación de riesgo familiar	Family Risk Classification	
Programa Saúde da Família	Programa de Salud Familiar	Family Health Program	

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2021.

Terceira Etapa: busca nas seguintes bases de dados: BVS- Biblioteca Virtual em Saúde, Scielo - Scientific Electronic Library Online, PubMed - National Library of Medicine National Institutes of Health, WOS - Web of Science, Scopus, Embase, CINAHL - Cumulative

Index to Nursing and Allied Health Literature, Google Scholar e BDTD - Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações.

A busca pelas evidências nas bases de dados utilizou os descritores selecionados com as combinações do operador booleano “AND”, empreendida no primeiro semestre do ano de 2021, sem restrição de idioma. O acesso foi feito pelo portal de Periódicos CAPES/MEC via acesso remoto pela CAFe - Comunidade Acadêmica Federada, da qual a Universidade Federal de Alfenas UNIFAL-MG é participante.

Na terceira etapa deve-se identificar nas listas de referências dos artigos selecionados para que possam ser encontrados outros estudos, a serem incluídos na revisão.

Na busca de evidência, importante ser apresentadas a estratégia de busca nos bancos de dados (JBI, 2020). As estratégias de buscas estão apresentadas no APÊNDICE B da dissertação. Abaixo para exemplificar apresentam-se na tabela 1 a estratégia de buscas da Pubmed e na tabela 2 a estratégia de busca da BVS em português:

Tabela 1. Estratégia de seleção na base de dados Pubmed, Alfenas, Minas Gerais, 2021.

Descritores Mesh	Evidências encontradas
(Family Risk Stratification) AND (Community Health Services)	68
(Family Risk Stratification) AND (Primary Health Care)	92
(Family Risk Clasification) AND (Community Health Services)	394
(Family Risk Classsification) AND (Primary Health Care)	511
Total de artigos encontrados	1165

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2021.

Tabela 2. Estratégia de seleção na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Alfenas, Minas Gerais, 2021.

Descritores Decs em português	Evidências encontradas
(Estratificação de risco familiar) AND (Estratégia Saúde da Família)	62
(Estratificação de risco familiar) AND (Programa Saúde da Família)	138

(Estratificação de risco familiar) AND (Atenção Primária à Saúde)	265
(Classificação de risco familiar) AND (Estratégia Saúde da Família)	115
(Classificação de risco familiar) AND (Programa Saúde da Família)	149
(Classificação de risco familiar) AND (Atenção Primária à Saúde)	263
Total de artigos encontrados	992

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2021.

6. SELEÇÃO DAS FONTES DE EVIDÊNCIA

O processo de seleção das evidências será feito com todas as referências identificadas registradas no gerenciador *Endnote Web*®, sendo removidos os estudos duplicados. A seguir será feita dois revisores independentes

Para a aplicação dos critérios de seleção de estudos dois revisores utilizarão o aplicativo web gratuitos *Rayyan - Intelligent Systematic Review* de forma independente. Procedeu-se a leitura dos títulos e resumos dos estudos identificados nos bancos de dados. Esse segundo processo de triagem permitirá a exclusão daquelas referências duplicadas mesmo após passar pelo *Endnote Web*® e também as que não contemplarem a pergunta de pesquisa e demais critérios de seleção (JBI, 2020).

A lista de referências dos registros a serem incluídos será exportada do *Rayyan* e organizada em planilha da *Microsoft Office Excel*. As referências identificadas serão baixadas no acesso ao portal de Periódicos CAPES/MEC via acesso remoto pela CaFe e armazenadas e sincronizadas em um arquivo no *Google Drive*, onde os dois revisores terão acesso independente e cegado.

Por meio da leitura do texto completo, de forma independente, dois revisores que realizarão a seleção de estudos relevantes e, posteriormente, haverá a conciliação das divergências elencadas na fase de seleção para a inclusão dos estudos conforme os critérios de elegibilidade. Caso seja necessário um terceiro revisor será acionado. O mapeamento das

evidências sobre a estratificação (classificação) de risco familiar no contexto da Estratégia de Saúde da Família. Os estudos excluídos serão apresentados em apêndice da dissertação, e o motivo pelo qual não foram considerados para este estudo.

7. EXTRAÇÃO DOS DADOS

Os dados extraídos dos estudos incluídos na revisão deverão estar congruentes ao objetivo e à questão da *scoping review*. Ressalta-se que a extração de dados oferece ao leitor um resumo lógico e descritivo dos resultados que irão alinhar aos objetivos e a pergunta norteadora, no qual se registra as informações chave das fontes de pesquisa, por exemplo, o autor, a referência e os resultados (PETERS, *et al.*, 2017).

Para a extração dos dados e sua apresentação será utilizado o instrumento modelo do manual JBI, o qual foi adaptado pelos revisores em seu próprio protocolo (JBI, 2020). Assinala-se que foi realizado teste piloto aplicando o instrumento com 11 referências dos anos de 1999 a 2011 registrando as informações chaves das fontes, conforme mostra a seguir:

INSTRUMENTO PARA EXTRAÇÃO DOS DADOS DE DADOS

1. APRESENTAÇÃO DO ARTIGO

TÍTULO:
TIPO DE FONTE DE EVIDÊNCIA:
OBJETIVO(S) DO ESTUDO:
QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO:
POPULAÇÃO: famílias cadastradas no serviço de saúde CONCEITO: Estratificação (Classificação) do Risco de Famílias CONTEXTO: Estratégia Saúde da Família
ANO DE PUBLICAÇÃO:
PAÍS DE PUBLICAÇÃO:
AUTOR: Primeiro autor: _____ Formação: Local sede da pesquisa: <input type="checkbox"/> Universidade <input type="checkbox"/> Ministério da Saúde <input type="checkbox"/> Secretaria Estadual de Saúde

<input type="checkbox"/> Secretaria Municipal de Saúde <input type="checkbox"/> Pesquisa Multicêntrica <input type="checkbox"/> outras instituições Estado:
IDIOMA DE PUBLICAÇÃO: <input type="checkbox"/> Inglês <input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Outro Qual? _____
PERIÓDICO:
ÁREA DE PUBLICAÇÃO: <input type="checkbox"/> Enfermagem <input type="checkbox"/> Saúde coletiva <input type="checkbox"/> Medicina de família e comunidade <input type="checkbox"/> Interprofissional <input type="checkbox"/> Publicação de outra área. Qual? _____

2. CARACTERIZAÇÃO DO MÉTODO

MÉTODO/DELINEAMENTO DA PESQUISA: TIPO: <input type="checkbox"/> Abordagem quantitativa <input type="checkbox"/> Abordagem qualitativa <input type="checkbox"/> Abordagem mista TEMPO: <input type="checkbox"/> Transversal <input type="checkbox"/> Longitudinal DELINEAMENTO: <input type="checkbox"/> Descritivo <input type="checkbox"/> Analítico <input type="checkbox"/> Estudo experimental randomizado <input type="checkbox"/> Estudo experimental não randomizado <input type="checkbox"/> Outros:
POPULAÇÃO: Local de Coleta dos Dados: Principais características da população/ amostra: Critérios de inclusão/não inclusão/exclusão: Quantidade (n):___ Perdas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Seleção: <input type="checkbox"/> Randomização <input type="checkbox"/> Conveniência <input type="checkbox"/> Outros
TIPO DE INTERVENÇÃO: Utiliza instrumento para a estratificação de risco familiar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Qual instrumento para a classificação de risco familiar utilizada?

Fatores de risco analisados: sociais e econômicos clínicos ambos outros

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS:

Testes Estatístico: Sim Não Não se aplica. Se sim, qual utilizado?

Nível de significância: Sim: ____ Não Não se aplica

Tratamento fenomenológico: Sim Não Não se aplica. Se sim, qual utilizado?

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

PRINCIPAIS RESULTADOS APRESENTADOS:

CONCEITO DE CLASSIFICAÇÃO/ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO UTILIZADA

LIMITAÇÕES DO ESTUDO:

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

LACUNAS DO CONHECIMENTO:

QUAIS RECOMENDAÇÕES DO AUTOR(ES)?

REFERÊNCIA COMPLETA:

8. ANÁLISE DAS EVIDÊNCIAS

A análise de dados extraídos nesta *scoping review* ocorrerá mediante o mapeamento descritivo dos resultados das fontes incluídas, visando a transparência desse processo. Os dados referentes ao ano de publicação, ao título, ao (s) autor (es), formação dos autores, a área de publicação, a origem institucional, a origem geográfica, de bases/bancos de dados, ao periódico e ao idioma serão verificados por frequência simples e relativa. O conteúdo dos resultados relacionados ao fenômeno será analisado de forma qualitativa descritiva por meio de categorias discutidas à luz da literatura (JBI, 2020).

9. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Na *scoping review*, sugere que o resultado seja apresentado com um mapa de dados extraídos alinhado ao objetivo e o escopo da revisão, os critérios estabelecidos no PCC são úteis para orientar como os dados serão mais bem apresentados, podendo ser expostos em tabelas ou gráficos, ou serem classificados em categorias, que devem fornecer uma explicação clara (PETERS *et al.*, 2017).

As análises serão apresentadas em forma de quadro síntese de dados relevantes extraídos dos estudos. Nos quadros foram explicitadas as informações, sem manipulação, de cada estudo separadamente, conforme instrumento elaborado pelo autor apresentando aspectos dos estudos.

Sendo assim, essa parte do procedimento metodológico será realizada de forma minuciosa e que serão apresentados de maneira descritiva, divididos em categorias para melhor entendimento do leitor e apresentados em forma de quadros.

10. RESUMO DAS EVIDÊNCIAS

As conclusões devem estar alinhadas aos objetivos da revisão e a questão norteadora, incluindo implicações claras e específicas para outras pesquisas com base nas lacunas de conhecimento encontradas. Portanto, a conclusão deverá estar conectada com as informações apresentadas nos resultados quanto ao escopo dessa revisão, que podem ou não ter implicações para uso na prática (PETERS, M. D. J. *et al.*, 2020). Dessa forma, em relação ao objetivo da análise de escopo proposta, identificaram-se os principais aspectos conclusivos e as implicações das evidências incluídas.

APÊNDICE B

Tabelas que apresentam as estratégias de buscas e os resultados obtidos de cada base de dados.

Tabela 1. Estratégia de seleção na base de dados Web of Science, Alfenas, Minas Gerais, 2021.

Descritores Mesh	Evidências encontradas
(Family Risk Stratification) AND (Community Health Services)	7
(Family Risk Stratification) AND (Primary Health Care)	46
(Family Risk Classification) AND (Community Health Services)	40
(Family Risk Classification) AND (Primary Health Care)	119
Total de artigos encontrados	212

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2021.

Tabela 2. Estratégia de seleção na base de dados Scopus, Alfenas, Minas Gerais, 2021.

Descritores Decs	Evidências encontradas
“Family Risk Stratification”	0
“Family Risk Stratification” AND “Community Health Services”	0
“Family Risk Stratification” AND “Primary Health Care”	0
“Family Risk Classification”	0
“Family Risk Classification” AND “Community Health Services”	7
“Family Risk Classification” AND “Primary Health Care”	4
“Family Risk Stratification”	2
“Family Risk Stratification” AND “Community Health Services”	3
Total de artigos encontrados	16

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2021.

Tabela 3. Estratégia de seleção na base de dados Scielo, Alfenas, Minas Gerais, 2021.

Descritores Decs em português	Evidências encontradas
(Estratificação de risco família)	4
(Estratificação de risco família) AND (Estratégia Saúde da Família)	0
(Estratificação de risco familiar) AND (Programa Saúde da Família)	0
(Estratificação de risco familiar) AND (Atenção Primária à Saúde)	0
(Classificação de risco familiar)	38
(Classificação de risco familiar) AND (Estratégia Saúde da Família)	0
(Classificação de risco familiar) AND (Programa Saúde da Família)	0
(Classificação de risco familiar) AND (Atenção Primária à Saúde)	2
Total de artigos encontrados	44

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2021.

Tabela 4. Estratégia de seleção na base de dados Scielo, Alfenas, Minas Gerais, 2021.

Descritores Decs em espanhol	Evidências encontradas
(Estratificación del riesgo familiar)	19
(Estratificación del riesgo familiar) AND (Estrategia de Salud Familiar)	2
(Estratificación del riesgo familiar) AND (Programa de Salud Familiar)	0
(Estratificación del riesgo familiar) AND (Atención Primaria de Salud)	1
(Clasificación de riesgo familiar)	21
(Clasificación de riesgo familiar) AND (Estrategia de Salud Familiar)	2
(Clasificación de riesgo familiar) AND (Programa de Salud Familiar)	0

(Clasificación de riesgo familiar) AND (Atención Primaria de Salud)	1
Total de artigos encontrados	45

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2021.

Tabela 5. Estratégia de seleção na base de dados Scielo, Alfenas, Minas Gerais, 2021

Descritores Decs em inglês	Evidências encontradas
(Family Risk Stratification)	46
(Family Risk Stratification) AND (Family Health Strategy)	1
(Family Risk Stratification) AND (Family Health Program)	2
(Family Risk Stratification) AND (Primary Health Care)	4
(Family Risk Classification)	80
(Family Risk Classification) AND (Family Health Strategy)	5
(Family Risk Classification) AND (Family Health Program)	6
(Family Risk Classification) AND (Primary Health Care)	10
Total de artigos encontrados	154

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Tabela 6. Estratégia de seleção na base de dados Pubmed, Alfenas, Minas Gerais, 2021.

Descritores Mesh	Evidências encontradas
(Family Risk Stratification) AND (Community Health Services)	68
(Family Risk Stratification) AND (Primary Health Care)	92
(Family Risk Classification) AND (Community Health Services)	394
(Family Risk Classification) AND (Primary Health Care)	511
Total de artigos encontrados	1165

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2021.

Tabela 7. Estratégia de seleção na base de dados Google Scholar, Alfenas, Minas Gerais, 2021.

Descritores Decs em português	Evidências encontradas
“Estratificação de risco familiar” AND “Estratégia Saúde da Família”	51
“Estratificação de risco familiar” AND “Programa Saúde da Família”	30
“Estratificação de risco familiar” AND “Atenção Primária à Saúde”	41
“Classificação de risco familiar” AND “Estratégia Saúde da Família”	1
“Classificação de risco familiar” AND “Programa Saúde da Família”	48
“Classificação de risco familiar” AND “Atenção Primária à Saúde”	82
Total de artigos encontrados	253

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2021.

Tabela 8. Estratégia de seleção na base de dados Google Scholar, Alfenas, Minas Gerais, 2021.

Descritores Decs em espanhol	Evidências encontradas
“Estratificación del riesgo familiar” AND “Estrategia de Salud Familiar”	0
“Estratificación del riesgo familiar” AND “Programa de Salud Familiar”	0
“Estratificación del riesgo familiar” AND “Atención Primaria de Salud”	0
“Clasificación de riesgo familiar” AND “Estrategia de Salud Familiar”	0
“Clasificación de riesgo familiar” AND “Programa de Salud Familiar”	2
“Clasificación de riesgo familiar” AND “Atención Primaria de Salud”	6
Total de artigos encontrados	8

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2021.

Tabela 9. Estratégia de seleção na base de dados Google Scholar, Alfenas, Minas Gerais, 2021.

Descritores Decs em inglês	Evidências encontradas
“Family Risk Stratification” AND “Family Health Strategy”	3
“Family Risk Stratification” AND “Family Health Program”	0
“Family Risk Stratification” AND “Primary Health Care”	2
“Family Risk Classification” AND “Family Health Strategy”	16
“Family Risk Classification” AND “Family Health Program”	9
“Family Risk Classification” AND “Primary Health Care”	10
Total de artigos encontrados	40

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2021.

Tabela 10. Estratégia de seleção na base de dados Embase, Alfenas, Minas Gerais, 2021.

Descritores Mesh	Evidências encontradas
(Family Risk Stratification) AND (Community Health Services)	48
(Family Risk Stratification) AND (Primary Health Care)	280
(Family Risk Classification) AND (Community Health Services)	531
(Family Risk Classification) AND (Primary Health Care)	146
Total de artigos encontrados	1005

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2021.

Tabela 11. Estratégia de seleção na base de dados CINAHL, Alfenas, Minas Gerais, 2021.

Descritores Mesh	Evidências encontradas
Family Risk Stratification	31
Family Risk Stratification AND Community Health Services	13
Family Risk Stratification AND Primary Health Care	2
Family Risk Classification	23
Family Risk Classification AND Community Health Services	99
Family Risk Classification AND Primary Health Care	3

Total de artigos encontrados	171
-------------------------------------	------------

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2021.

Tabela 12. Estratégia de seleção na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Alfenas, Minas Gerais, 2021.

Descritores Decs em português	Evidências encontradas
(Estratificação de risco familiar) AND (Estratégia Saúde da Família)	62
(Estratificação de risco familiar) AND (Programa Saúde da Família)	138
(Estratificação de risco familiar) AND (Atenção Primária à Saúde)	265
(Classificação de risco familiar) AND (Estratégia Saúde da Família)	115
(Classificação de risco familiar) AND (Programa Saúde da Família)	148
(Classificação de risco familiar) AND (Atenção Primária à Saúde)	263
Total de artigos encontrados	991

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2021.

Tabela 13. Estratégia de seleção na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Alfenas, Minas Gerais, 2021

Descritores Decs em espanhol	Evidências encontradas
(Estratificación del riesgo familiar) AND (Estrategia de Salud Familiar)	46
(Estratificación del riesgo familiar) AND (Programa de Salud Familiar)	63
(Estratificación del riesgo familiar) AND (Atención Primaria de Salud)	63
(Clasificación de riesgo familiar) AND (Estrategia de Salud Familiar)	36

(Clasificación de riesgo familiar) AND (Programa de Salud Familiar)	108
(Clasificación de riesgo familiar) AND (Atención Primaria de Salud)	113
Total de artigos encontrados	429

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2021.

Tabela 14. Estratégia de seleção na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Alfenas, Minas Gerais, 2021.

Descritores Decs em inglês	Evidências encontradas
(Family Risk Stratification) AND (Family Health Strategy)	74
(Family Risk Stratification) AND (Family Health Program)	171
(Family Risk Stratification) AND (Primary Health Care)	115
(Family Risk Classification) AND (Family Health Strategy)	240
(Family Risk Classification) AND (Family Health Program)	892
(Family Risk Classification) AND (Primary Health Care)	538
Total de artigos encontrados	2030

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2021.

Tabela 15. Estratégia de seleção na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações, Alfenas, Minas Gerais, 2021.

Descritores Mesh	Evidências encontradas
Estratificação de risco familiar AND Estratégia Saúde da Família	2
Estratificação de risco familiar AND Programa Saúde da Família	10
Estratificação de risco familiar AND Atenção Primária à Saúde	5
Classificação de risco familiar AND Estratégia Saúde da Família	47
Classificação de risco familiar AND Programa Saúde da Família	82

Classificação de risco familiar AND Atenção Primária à Saúde	42
Total de artigos encontrados	188

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2021.

APÊNDICE C

Artigos excluídos após leitura na íntegra por não estarem adequados ao critério de inclusão.

Quadro 5- Exclusão das evidências por não estarem de acordo com a população. Alfenas, 2021.

Motivo exclusão: População		
Ano	Título	Autor(es)
2019	Capacitação para agentes comunitários de saúde: Contribuições do pet-saúde/graduandos de enfermagem	(GOMES <i>et al.</i> , 2019)
2019	Estratificação de risco como ferramenta de organização do cuidado ao idoso na atenção primária	(CORREIA <i>et al.</i> , 2019)
2019	Percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família quanto à classificação das famílias: vantagens e desafio	(FRACON, 2019)

Quadro 6- Exclusão das evidências por não estarem de acordo com o conceito. Alfenas, 2021.

Motivo exclusão: Conceito		
Ano	Título	Autor (es)
2000	Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para utilização em serviços de atenção primária à saúde	(FALCETO; BUSNELLO; BOZZETTI, 2000)
2010	Tecnologias para assistência domiciliar na atenção básica: em busca de ferramentas que subsidiem o trabalho da equipe de saúde da família	(FIGUEIREDO, 2010)
2011	Processo de implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde no norte de Minas Gerais, Brasil: fragilidades e potencialidades	(COSTA, <i>et al.</i> , 2011)
2011	Contribuições do movimento construcionista social para o trabalho com famílias na estratégia saúde da família	(GUANAES; MATTOS, 2011)
2011	Avaliação da implantação do plano diretor da atenção primária à saúde em Unaí-MG	(ARANTES, 2011)
2011	O atendimento odontológico de adultos na estratégia de saúde da família São Paulo/Divinópolis/MG: um plano de intervenção	(MESQUITA, 2011)
2013	O impacto do plano diretor da atenção primária saúde em municípios de Minas Gerais: a visão dos gestores	(BELGA; SILVA, 2013)
2013	Visitas domiciliares na estratégia da saúde da família: situação na unidade básica de saúde da família do Jardim Guanabara I–Goiânia, Goiás	(BORGES, <i>et al.</i> , 2013)
2014	Sistematização das visitas domiciliares na Estratégia Saúde da Família Alfié, São Domingos do Prata, Minas Gerais	(MARTINS, 2015)

Quadro 6- Exclusão das evidências por não estarem de acordo com o conceito. Alfenas, 2021.

(conclusão)

2016	Estratificação de risco familiar em saúde da família: um relato de experiência	(CASTRO <i>et al.</i> , 2016)
2016	Processos organizacionais na Estratégia Saúde da Família: uma análise pelos enfermeiros	(ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016b)
2017	Plano de ação para reorganização da saúde bucal no município do Prata-MG	(NASCIMENTO, 2017)
2017	Utilização da escala de risco familiar de Coelho-Savassi na organização das visitas domiciliares da ESF Jardim de Veiga	(CARVALHO, 2017)
2017	Gestão e planejamento visita domiciliar na atenção básica: protocolo de uma equipe de saúde da família no município de Cascavel, Ceará	(OLIVEIRA, 2017)
2017	Pesquisa de avaliação do laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde de Santo Antônio do Monte	(ANDRADE, <i>et al.</i> , 2017)
2018	Atenção domiciliar e as práticas de saúde bucal na estratégia saúde da família em Florianópolis-SC	(SILVA, 2018)
2018	Instrumento de visita domiciliar para a equipe de Saúde da Família	(FUZER <i>et al.</i> , 2018)
2019	O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil	(EVANGELISTA <i>et al.</i> , 2019)
2019	Evaluation of an educational technology using augmented reality for home visiting teaching/Avaliação de uma tecnologia educacional utilizando a realidade aumentada para o ensino sobre visita domiciliar	(BORGES <i>et al.</i> , 2019)
2019	Territorialização e matriciamento em saúde coletiva: processo de trabalho ecossistêmico com base na classificação de risco	(FARIA, R. M. De, 2020)
2020	Atuação da equipe de saúde bucal na atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa	(SILVA, R. M. Da; PERES; CARCERERI, 2020)
2020	Planificação da Atenção Primária à Saúde: Relato de Experiência-Regional de Saúde Centro Sul	(MAGALHÃES; CINTRA, 2020)
2020	Implantação e organização dos micro e macroprocessos da atenção primária em saúde na região de Caxias/MA	(SOUSA, <i>et al.</i> , 2020)

Quadro 7- Exclusão das evidências por não estarem de acordo com o contexto. Alfenas,2021.

Motivo exclusão: Contexto		
Ano	Título	Autor (es)
2002	Health and social factors for health visitor caseload weighting: reliability, accuracy and current and potential use	(POLLOCK <i>et al.</i> , 2002)
2004	Matriz de salud del grupo familiar: un recurso para el diagnóstico de la situación de salud de la familia	(LOURO BERNAL, 2004)
2008	Alternativas metodológicas para la estratificación de familias según situación de salud familiar	(LOURO BERNAL; PRÍA BARROS, 2008)
2011	Ferramentas de avaliação familiar na atenção primária	(FRANÇA, <i>et al.</i> , 2011)
2013	Impacto do uso abusivo de álcool: estudo em famílias de trabalhadores da construção civil	(MARTINS, 2013)
2013	Os desempenhos da enfermeira na saúde da família: construindo competência para o cuidado	(KAWATA <i>et al.</i> , 2013)
2013	Risk-stratification methods for identifying patients for care coordination	(HAAS <i>et al.</i> , 2013)
2013	Identificação da vulnerabilidade familiar e clínica ampliada em saúde mental	(CURY; JACQUET, 2013)
2013	Analysis of Family Health History Based Risk Assessment Algorithms: Classification and Data Requirements	(RANADE-KHARKAR <i>et al.</i> , 2013)
2013	A utilização da escala de coelho para sistematização da visita domiciliária em uma Equipe de Saúde da Família	(FERREIRA, 2013)
2014	Assessment and classification of family risk in a school of early childhood education	(SANTOS, <i>et al.</i> , 2014)
2017	Risco social familiar de egressos de intoxicação assistidos por um programa de visita domiciliar	(VILÉLA <i>et al.</i> , 2017)
2017	Risk Stratification Methods and Provision of Care Management Services in Comprehensive Primary Care Initiative Practices	(REDDY <i>et al.</i> , 2017)
2018	Salud Mental en Atención Primaria: taller de herramientas de enfoque familiar	(COSTA, <i>et al.</i> , 2018)
2018	Abordagem da classificação de risco familiar com agentes comunitários de saúde	(RAMINELLI <i>et al.</i> , 2018)
2019	Implementing risk stratification in primary care: Challenges and strategies	(WAGNER <i>et al.</i> , 2019)
2019	Social Risk for The Family of Drug Users Hospitalized Due to Physical Injury/Risco Social de Famílias de Usuários de Drogas Internados por Trauma Físico	(SALES <i>et al.</i> , 2019)

Quadro 8- Exclusão das evidências por não estarem de acordo com a Fonte de evidências – monografias de especialização com planos de ação para a utilização da estratificação que não apresentem resultado. Alfenas, 2021.

Motivo exclusão: Fonte de evidências – monografias de especialização com planos de ação para a utilização da estratificação que não apresentem resultado		
Ano	Título	Autor (es)
2010	Classificação de risco como instrumento para organização do processo de trabalho e a viabilização da equidade no acesso aos serviços odontológicos.	(BARBOSA, 2010)

Quadro 9- Exclusão das evidências por não estarem de acordo com a Fonte de evidências – Anais. Alfenas, 2021

Motivo exclusão: Fonte de evidências – Anais		
Ano	Título	Autor (es)
2018	Escala de estratificação de risco familiar de Coelho e Savassi (ERF-CS), um relato de experiência da residência multiprofissional na gestão da atenção básica do município de Belém	(BAIA; BARROS; DA SILVA, 2018)

APÊNDICE D

INSTRUMENTO PARA EXTRAÇÃO DOS DADOS DE DADOS

1- APRESENTAÇÃO DO ARTIGO

TÍTULO:
TIPO DE FONTE DE EVIDÊNCIA:
OBJETIVO(S) DO ESTUDO:
QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO:
POPULAÇÃO: famílias cadastradas no serviço de saúde CONCEITO: Estratificação (Classificação) do Risco de Famílias CONTEXTO: Estratégia Saúde da Família
ANO DE PUBLICAÇÃO:
PAÍS DE PUBLICAÇÃO:
AUTOR: Primeiro autor: _____ Formação: Local sede da pesquisa: <input type="checkbox"/> Universidade <input type="checkbox"/> Ministério da Saúde <input type="checkbox"/> Secretaria Estadual de Saúde <input type="checkbox"/> Secretaria Municipal de Saúde <input type="checkbox"/> Pesquisa Multicêntrica <input type="checkbox"/> outras instituições Estado:
IDIOMA DE PUBLICAÇÃO: <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Outro Qual? _____
PERIÓDICO:
ÁREA DE PUBLICAÇÃO: <input type="checkbox"/> Enfermagem <input type="checkbox"/> Saúde coletiva <input type="checkbox"/> Medicina de família e comunidade <input type="checkbox"/> Interprofissional <input type="checkbox"/> Publicação de outra área. Qual? _____

2- CARACTERIZAÇÃO DO MÉTODO

MÉTODO/DELINEAMENTO DA PESQUISA:

TIPO: Abordagem quantitativa Abordagem qualitativa Abordagem mista

TEMPO: Transversal Longitudinal

DELINEAMENTO: Descritivo Analítico

Estudo experimental randomizado Estudo experimental não randomizado

Outros:

POPULAÇÃO:

Local de Coleta dos Dados:

Principais características da população/ amostra:

Critérios de inclusão/não inclusão/exclusão:

Quantidade (n): ___ Perdas: Sim Não

Seleção: Randomização Conveniência Outros

TIPO DE INTERVENÇÃO:

Utiliza instrumento para a estratificação de risco familiar? Sim Não

Qual instrumento para a classificação de risco familiar utilizada?

Fatores de risco analisados: sociais e econômicos clínicos ambos outros

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS:

Testes Estatístico: Sim Não Não se aplica. Se sim, qual utilizado?

Nível de significância: Sim: ___ Não Não se aplica

Tratamento fenomenológico: Sim Não Não se aplica. Se sim, qual utilizado?

3- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

PRINCIPAIS RESULTADOS APRESENTADOS:

CONCEITO DE CLASSIFICAÇÃO/ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO UTILIZADA

LIMITAÇÕES DO ESTUDO:

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

LACUNAS DO CONHECIMENTO:

QUAIS RECOMENDAÇÕES DO AUTOR(ES)?

REFERÊNCIA COMPLETA:

2. CARACTERIZAÇÃO DO MÉTODO

<p>MÉTODO/DELINEAMENTO DA PESQUISA:</p> <p>TIPO: (x) Abordagem quantitativa () Abordagem qualitativa () Abordagem mista</p> <p>TEMPO: () Transversal () Longitudinal</p> <p>DELINEAMENTO: (x) Descritivo (x) Analítico</p> <p>() Estudo experimental randomizado () Estudo experimental não randomizado</p> <p>() Outros</p>
<p>POPULAÇÃO:</p> <p>Local da coleta de dados: Unidade de Saúde São Domingos na área de abrangência da Linha Férrea do Distrito Sanitário Cajuru de Curitiba PR</p> <p>Principais características da população/ amostra: 574 fichas de inquérito domiciliar</p> <p>Critérios de inclusão/não inclusão/exclusão: Fichas de inquérito domiciliar cadastrados na unidade de saúde em 1997 na área de abrangência da linha férrea.</p> <p>Quantidade (n): 574 famílias. Perdas: (x) Sim () Não</p> <p>Seleção: () Randomização (x) Conveniência () Outros</p>
<p>TIPO DE INTERVENÇÃO:</p> <p>Utiliza instrumento para a estratificação de risco familiar? (x) Sim () Não</p> <p>Qual instrumento para a classificação de risco familiar utilizada? Elaborado pelo autor</p> <p>Fatores de risco analisados: () sociais e econômicos () clínicos (x) ambos () outros</p>
<p>ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS:</p> <p>Testes Estatístico: () Sim (x) Não () Não se aplica. Se sim, qual utilizado?</p> <p>Nível de significância: () Sim (x) Não () Não se aplica</p> <p>Tratamento fenomenológico: () Sim () Não (x) Não se aplica. Se sim, qual utilizado?</p>

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

<p>PRINCIPAIS RESULTADOS APRESENTADOS:</p> <p>Os resultados apresentaram que 20% das fichas, 115 famílias tiveram escore entre 1 a 4 (BAIXO RISCO) e 67% escore entre 5 e 8 (MÉDIO RISCO), e 75 famílias escore igual ou maior que 9 (ALTO RISCO). Os quesitos mais frequentes os fatores sociais foram os mais decisivos, sendo o mais comum deles o risco de enchente e ausência de fonte de renda fixa.</p>
<p>CONCEITO DE CLASSIFICAÇÃO/ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO UTILIZADA</p>

Marco conceitual Canadense que trata do indivíduo, família e sociedade sistematicamente indissociáveis, onde a população definida para o atendimento é tratada como população de risco.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO: Pequenos números de fichas analisados. Estudo realizado em uma única unidade de atenção primária à saúde. Instrumento não validado.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA (fragilidades e potencialidades da classificação de risco para a organização e planejamento do processo de trabalho da equipe da ESF)

Tornou evidente que soluções deste tipo não só podem indicar caminhos a serem seguidos como no futuro subsidiar ajustamentos na própria política institucional.

LACUNAS DO CONHECIMENTO:

Ausência de instrumentos que orientem o processo de trabalho com equidade.

QUAIS RECOMENDAÇÕES DO AUTOR(ES)?

Sugere-se que estudos mais aprofundados inclusive com a aplicação do mesmo instrumento em outros momentos históricos possam ajudar ainda mais na implantação de uma política tão importante.

REFERÊNCIA COMPLETA:

OLIVEIRA, F. C. M. **Priorização de famílias em áreas de grande concentração populacional**. 1999. 18f. Monografia (Especialização), Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1999.

INSTRUMENTO PARA EXTRAÇÃO DOS DADOS DE DADOS - II

1. APRESENTAÇÃO DO ARTIGO

TÍTULO: Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares.
TIPO DE FONTE DE EVIDÊNCIA: artigo
OBJETIVO(S) DO ESTUDO: Estabelecer prioridades no atendimento domiciliar e na atenção a população adscrita, elaborou-se a Escala de Risco das Famílias, baseada em sentinela para a aliança de situações de risco, procurando-se classificar, dentre elas, quais demandam maior atenção.
QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO: Seria possível privilegiar famílias de maior risco sem perder a qualidade da atenção às famílias de menor risco? Ou, por outro lado, ao realizar cobertura de todas – ou a maioria das – famílias, estaríamos desprivilegiando as mais necessitadas?
POPULAÇÃO: famílias cadastradas no serviço de saúde CONCEITO: Estratificação (Classificação) do Risco de Famílias CONTEXTO: Estratégia Saúde da Família
ANO DE PUBLICAÇÃO: 2004
PAÍS DE PUBLICAÇÃO: Brasil
AUTOR: Primeiro autor: Flávio Lúcio Gonçalves Coelho Formação: Medicina Segundo autor: Leonardo Cançado Monteiro Savassi Local sede da pesquisa: <input type="checkbox"/> Universidade <input type="checkbox"/> Ministério da Saúde <input type="checkbox"/> Secretaria Estadual de Saúde <input type="checkbox"/> Secretaria Municipal de Saúde <input type="checkbox"/> Pesquisa Multicêntrica <input checked="" type="checkbox"/> outras instituições Qual? Associação Médica de Minas Gerais Estado: Minas Gerais
IDIOMA DE PUBLICAÇÃO: <input type="checkbox"/> Inglês <input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Outro Qual? _____
PERIÓDICO: Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade
ÁREA DE PUBLICAÇÃO: <input type="checkbox"/> Enfermagem

- Saúde coletiva
 Medicina de família e comunidade
 Interprofissional
 Publicação de outra área. Qual? _____

2. CARACTERIZAÇÃO DO MÉTODO

MÉTODO/DELINEAMENTO DA PESQUISA:

TIPO: Abordagem quantitativa Abordagem qualitativa Abordagem mista

TEMPO: Transversal Longitudinal

DELINEAMENTO: Descritivo Analítico

Estudo experimental randomizado Estudo experimental não randomizado

Outros: metodológico

POPULAÇÃO:

Principais características da população/ amostra: 1077 fichas do SIAB

Critérios de inclusão/não inclusão/exclusão:

Quantidade (n): 1077 famílias. Perdas: Sim Não

Seleção: Randomização Conveniência Outros

TIPO DE INTERVENÇÃO:

Utiliza instrumento para a estratificação de risco familiar? Sim Não

Qual instrumento para a classificação de risco familiar utilizada? Escala de Coelho e Savassi - Elaborada pelo autor

Fatores de risco analisados: sociais e econômicos clínicos ambos outros

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS:

Testes Estatístico: Sim Não Não se aplica. Se sim, qual utilizado?

Nível de significância: Sim Não Não se aplica

Tratamento fenomenológico: Sim Não Não se aplica. Se sim, qual utilizado?

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

PRINCIPAIS RESULTADOS APRESENTADOS:

O estudo demonstrou que uma sentinela importante, “relação morador por cômodo”, foi fundamental para classificar as famílias. Obtiveram resultados nos cenários, que os usuários classificados como R1/R2/R3 é superior ao de famílias de riscos. Na equipe, as microáreas tiveram avaliações de risco diferentes, podendo dessa forma priorizar as

<p>visitas domiciliares conforme maior necessidade. Também a gestão de recursos humanos e financeiros podem utilizar da estratégia.</p>
<p>CONCEITO DE CLASSIFICAÇÃO/ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO UTILIZADA</p> <p>A Escala de Risco das Famílias elaborada baseada em sentinela da ficha A, situações que as famílias possam estar expostas no dia-a-dia. Essa avaliação de situações de risco, ao serem classificadas, estabelecem prioridades no atendimento domiciliar e na atenção a população adscrita que demandam maior atenção.</p>
<p>LIMITAÇÕES DO ESTUDO:</p> <p>A Escala utilizada não foi validada e não foi aplicada em diferentes contextos municipais.</p>
<p>IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA (fragilidades e potencialidades da classificação de risco para a organização e planejamento do processo de trabalho da equipe da ESF)</p> <p>Pode ser utilizado tanto para se estabelecer prioridades na assistência familiar na comunidade, visita domiciliar, e para destinação da quantidade de recursos humanos e financeiros das diferentes equipes e/ou microáreas de acordo com a classificação realizada.</p>
<p>LACUNAS DO CONHECIMENTO:</p> <p>Os dados de atendimento diário e das demandas de equipe é fundamental para corroborar a Escala de Risco como instrumento diário da ESF, mas não foi objeto de estudo.</p> <p>A participação dos usuários ou famílias classificadas como "risco" no volume de atendimento ou nas atribuições da equipe é mais um indicador da sensibilidade da Escala no sentido de definir, dentre os usuários do sistema, aqueles que demandam maior atenção, que poderiam ser acrescidos em estudos parecidos.</p>
<p>QUAIS RECOMENDAÇÕES DO AUTOR(ES)?</p> <p>Os autores sugerem em estudos futuros a inclusão da avaliação da quantidade de participação de usuários classificados como risco atendidos nos estabelecimentos de saúde, sendo um indicador de controle da eficácia do método.</p>
<p>REFERÊNCIA COMPLETA:</p> <p>COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004.</p>

INSTRUMENTO PARA EXTRAÇÃO DOS DADOS DE DADOS - III

1. APRESENTAÇÃO DO ARTIGO

TÍTULO: Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde
TIPO DE FONTE DE EVIDÊNCIA: Guia do tutor/Facilitador
OBJETIVO(S) DO ESTUDO: - Conhecer as famílias da área de abrangência da ESF; - Identificar os fatores de risco presentes; - Fazer a classificação por grau de risco.
QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO:
POPULAÇÃO: famílias cadastradas no serviço de saúde CONCEITO: Estratificação (Classificação) do Risco de Famílias CONTEXTO: Estratégia Saúde da Família
ANO DE PUBLICAÇÃO: 2009
PAÍS DE PUBLICAÇÃO: Brasil
AUTOR: Primeiro autor: ; Formação: NÃO IDENTIFICADO Local sede da pesquisa: <input type="checkbox"/> Universidade <input type="checkbox"/> Ministério da Saúde <input checked="" type="checkbox"/> Secretaria Estadual de Saúde <input type="checkbox"/> Secretaria Municipal de Saúde <input type="checkbox"/> Pesquisa Multicêntrica <input checked="" type="checkbox"/> outras instituições: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais Estado: Minas Gerais
IDIOMA DE PUBLICAÇÃO: <input type="checkbox"/> Inglês <input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Outro Qual? _____
PERIÓDICO:
ÁREA DE PUBLICAÇÃO: <input type="checkbox"/> Enfermagem <input type="checkbox"/> Saúde coletiva <input type="checkbox"/> Medicina de família e comunidade <input type="checkbox"/> Interprofissional

Publicação de outra área. Qual? Saúde pública

2. CARACTERIZAÇÃO DO MÉTODO

MÉTODO/DELINEAMENTO DA PESQUISA:

TIPO: Abordagem quantitativa Abordagem qualitativa Abordagem mista

TEMPO: Transversal Longitudinal

Descritivo Analítico

Estudo experimental randomizado Estudo experimental não randomizado

Outros: Metodológico

POPULAÇÃO:

Local de Coleta dos Dados:

Principais características da população/ amostra:

Critérios de inclusão/não inclusão/exclusão:

Quantidade (n): . Perdas: () Sim Não

Seleção: Randomização Conveniência Outros

TIPO DE INTERVENÇÃO:

Utiliza instrumentos para a estratificação de risco familiar? (x) Sim Não

Qual instrumento para a classificação de risco familiar utilizada? Classificação por grau de risco PDAPS/SES-MG

Fatores de risco analisados: () sociais e econômicos () clínicos (x) ambos () outros

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS:

Testes Estatístico: Sim (X) Não Não se aplica. Se sim, qual utilizado?

Nível de significância: Sim: ___ (X) Não Não se aplica

Tratamento fenomenológico: Sim (X) Não Não se aplica. Se sim, qual utilizado?

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

PRINCIPAIS RESULTADOS APRESENTADOS:

CONCEITO DE CLASSIFICAÇÃO/ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO UTILIZADA

A família deve ser o primeiro sujeito do cuidado com a saúde dos seus integrantes e, para isso, precisa aprender a identificar todos os fatores que a colocam em risco e como reagir diante destas situações. Portanto, esta atividade de classificação por grau de risco

cumprir com objetivo educativo as famílias, além de levantar os dados para o planejamento das intervenções.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO: Instrumento que não passou pelo processo de validação amparado por uma metodologia descrita na literatura científica.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Realizar o cadastro domiciliar e proceder a classificação de risco das famílias, de acordo com a metodologia proposta pela SES/MG.

LACUNAS DO CONHECIMENTO:

Questiona-se se o instrumento proposto tem capacidade de captar as vulnerabilidades e os riscos da população atendida pela ESF.

QUAIS RECOMENDAÇÕES DO AUTOR(ES)?

- A classificação de risco deverá ser feita no mesmo período do cadastro da família
- A sua atualização deverá ser anual ou sempre que houver uma mudança significativa da situação familiar.

REFERÊNCIA COMPLETA:

Minas Gerais. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária a Saúde**. Guia Oficina 2 e 3 Análise da atenção primária à saúde e diagnóstico local. Belo Horizonte: ESPMG; 2009.

INSTRUMENTO PARA EXTRAÇÃO DOS DADOS DE DADOS - IV

1. APRESENTAÇÃO DO ARTIGO

TÍTULO: Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória (ES)
TIPO DE FONTE DE EVIDÊNCIA: Artigo
OBJETIVO(S) DO ESTUDO: Avaliar a aplicabilidade da escala de risco familiar (escala de Coelho) e determinar a adequação deste instrumento à realidade observada nas famílias acompanhadas pela Unidade de Saúde da Família Maria Rangel Passos (USFMRP) no município de Vitória (ES).
QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO: Como solucionar a demanda desorganizada que suprime a demanda organizada na ESF que está em construção no país?
POPULAÇÃO: famílias cadastradas no serviço de saúde CONCEITO: Estratificação (Classificação) do Risco de Famílias CONTEXTO: Estratégia Saúde da Família
ANO DE PUBLICAÇÃO: 2010
PAÍS DE PUBLICAÇÃO: Brasil
AUTOR: Primeiro autor: Fernanda Gomes do Nascimento; Formação: Enfermagem Segundo autor: Thiago Nascimento do Prado; Formação: Enfermagem Terceiro autor: Heleticia Scabelo Galavote; Formação: Enfermagem Quarto autor: Paulete Ambrósio Maciel; Formação: Enfermagem Quinto autor: Rita de Cássia Duarte Lima; Formação: Enfermagem Sexto autor: Ethel Leonor Noia Maciel. Formação: Enfermagem Local sede da pesquisa: (X) Universidade: Universidade Federal do Espírito Santo () Ministério da Saúde () Secretaria Estadual de Saúde () Secretaria Municipal de Saúde () Pesquisa Multicêntrica () outras instituições Estado: Espírito Santo
IDIOMA DE PUBLICAÇÃO: () Inglês (x) Português () Espanhol () Outro Qual? _____
PERIÓDICO: Ciência & Saúde Coletiva
ÁREA DE PUBLICAÇÃO:

- Enfermagem
 Saúde coletiva
 Medicina de família e comunidade
 Interprofissional
 Publicação de outra área. Qual? _____

2. CARACTERIZAÇÃO DO MÉTODO

MÉTODO/DELINEAMENTO DA PESQUISA:

TIPO: Abordagem quantitativa Abordagem qualitativa Abordagem mista

TEMPO: Transversal Longitudinal

DELINEAMENTO: Descritivo Analítico

Estudo experimental randomizado Estudo experimental não randomizado

Outros: exploratório, metodológica

POPULAÇÃO:

Local da coleta de dados: Região de saúde da Grande Maruípe, no município de Vitória, na qual está inserida a Unidade de Saúde da Família Maria Rangel Passos (USFMRP)

Principais características da população/ amostra: 2150 fichas A SIAB famílias cadastradas, e após discussão em grupo selecionadas 30 famílias aleatoriamente para aplicação da escala adaptada.

Critérios de inclusão/não inclusão/exclusão: Fichas A do Sistema de Informação da atenção Básica (SIAB) preenchidas pelos ACS na primeira visita às famílias

Quantidade (n): 2150 fichas . Perdas: Sim Não

Seleção: Randomização Conveniência Outros

TIPO DE INTERVENÇÃO:

Utiliza instrumento para a estratificação de risco familiar? Sim Não

Qual instrumento para a classificação de risco familiar utilizada?

1 - Escala de Coelho e Savassi

2 - Realização de modificação identificada como “critério UFES”

Fatores de risco analisados: () sociais e econômicos () clínicos (x) ambos () outros

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS:

Testes Estatísticos: Sim Não Não se aplica. Se sim, qual utilizado?

Nível de significância: Sim Não Não se aplica

Tratamento fenomenológico: () Sim (X) Não () Não se aplica. Se sim, qual utilizado?

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

PRINCIPAIS RESULTADOS APRESENTADOS:

Identificou nas 1.192 famílias (55,44% da população total) com aplicação da Escala de Coelho, estavam sob risco, ou seja, com escore total mínimo de 5, afirmando que a unidade de saúde atendia uma população que por sua maioria estava sob risco. Após a organização de novos sentinelas identificadas, mudando algumas nomenclaturas, como “cobertura do saneamento”, “desnutrição (grave)”, “drogadição”, “menor de seis meses”, “hipertensão arterial sistólica” e “diabetes mellitus”, essas alteradas respectivamente por: “baixas condições de higiene”, “risco para desnutrição <P10”, “uso de drogas lícitas e ilícitas”, “menor de seis meses” e “doenças crônicas”, podendo haver informações contidas na Ficha A do SIAB e/ou deve ser feita uma entrevista mais apurado, os novos sentinelas foram fundamentados por vários estudos. A nova reclassificação chamada “Critério UFES” considerou como risco mínimo, quando o escore for 1, quanto na Escala de Coelho era o escore 5.

CONCEITO DE CLASSIFICAÇÃO/ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO UTILIZADA

Conceituação é baseado em Martin e Angelo (1998) em que o risco pessoal e social de famílias, de cultura e de estrutura social apresentados, considerando que tais aspectos influenciam a vida da família e a maneira como percebem e agem em relação à saúde, e inevitavelmente o processo de intervenção em saúde, motivamo-nos a compreender como a família, tida como pertencente a uma cultura caracterizada por situação de risco pessoal e social, define a saúde.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO:

Utilizar escala que não passou por processo de validação de instrumento e propor o “critério UFES” sem também passar pelo processo de validação.
Estudo feito em apenas uma unidade de saúde da família, com olhar de apenas uma equipe.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA: (fragilidades e potencialidades da classificação de risco para a organização e planejamento do processo de trabalho da equipe da ESF)

O “critério UFES” representa uma reorientação da escala de Coelho para adequar a realidade social e redefinir sob os preceitos do enfoque de risco, reconhecendo a

possibilidade de redirecionar a escala de risco para a de vulnerabilidade, avaliando as suscetibilidades populacionais e análise da resposta social e dos determinantes de vida e saúde dos indivíduos, evitando a imposição de paradigmas comportamentalistas e construindo um paradigma construtivista, para que as pessoas possam de fato se mobilizar e achar alternativas práticas que permitam o enfrentamento das situações que as vulnerabilizam sem, contudo, retirar do Estado e do setor saúde a responsabilidade pela proposição e execução de políticas públicas condizentes com as reais necessidades de saúde construídas e reconstruídas nos cenários de vida dos grupos sociais em nosso país.

LACUNAS DO CONHECIMENTO:

A busca de novas análises, mais condizentes com a realidade particular de cada cenário, perpassa pela necessidade de reorientarmos os instrumentos de acompanhamento e diagnóstico situacional de acordo com as características de cada contexto, sempre atentando para o fato de que, sem uma compreensão clara do que consideramos como risco e quais são os seus determinantes, não teremos possibilidade de apreender os reais fatores que se interpõem nos espaços de vida das famílias. Instrumentos que se proponham a avaliar a vulnerabilidade não são ainda muito difundidos, estando o atual enfoque no risco e seu caráter meramente probabilístico.

A implementação da escala “critério UFES” surgiu do diálogo entre todos os profissionais inseridos na USFMRP e a partir da constatação de que a escala de Coelho não contemplava a realidade das famílias atendidas pelo serviço. A meta não era a identificação de famílias que estariam sob risco e que precisariam de uma maior atenção por parte dos serviços, mas sim a prevenção e a promoção da saúde.

QUAIS RECOMENDAÇÕES DO AUTOR(ES)?

Realizar novos estudos sobre essa temática, nos contextos da prática, para reafirmação da importância da substituição da classificação do risco familiar pela de vulnerabilidade, com o objetivo de avaliar as suscetibilidades populacionais, analisar a resposta social e os determinantes de vida e saúde dos indivíduos.

REFERÊNCIA COMPLETA:

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

INSTRUMENTO PARA EXTRAÇÃO DOS DADOS DE DADOS - V

1. APRESENTAÇÃO DO ARTIGO

Título: Aplicabilidade de um instrumento para classificação das famílias por grau de risco pela equipe de saúde da família Alvorada em Ouro Preto, MG-Brasil.
TIPO DE FONTE DE EVIDÊNCIA: Monografia de pós-graduação Lato Sensu
OBJETIVO(S) DO ESTUDO: 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.
QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO: 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?
POPULAÇÃO: famílias cadastradas no serviço de saúde CONCEITO: Estratificação (Classificação) do Risco de Famílias CONTEXTO: Estratégia Saúde da Família
ANO DE PUBLICAÇÃO: 2010
PAÍS DE PUBLICAÇÃO: Brasil
AUTOR: Primeiro autor: Patrícia Eller de Camargo.; Formação: Enfermagem Local sede da pesquisa: (X) Universidade: Universidade Federal de Minas Gerais () Ministério da Saúde () Secretaria Estadual de Saúde () Secretaria Municipal de Saúde () Pesquisa Multicêntrica () outras instituições Estado: Minas Gerais
IDIOMA DE PUBLICAÇÃO: () Inglês (x) Português () Espanhol () Outro Qual? _____
PERIÓDICO:
ÁREA DE PUBLICAÇÃO: () Enfermagem () Saúde coletiva

- Medicina de família e comunidade
 Interprofissional
 Publicação de outra área. Qual? _____

2. CARACTERIZAÇÃO DO MÉTODO

MÉTODO/DELINEAMENTO DA PESQUISA:

TIPO: Abordagem quantitativa Abordagem qualitativa Abordagem mista

TEMPO: Transversal Longitudinal

DELINEAMENTO: Descritivo Analítico

Estudo experimental randomizado Estudo experimental não randomizado

Outros:

POPULAÇÃO:

Local da coleta de dados: Unidade Saúde da família Alvorada - Ouro Preto

Principais características da população/ amostra: 1093 famílias cadastradas.

Critérios de inclusão/não inclusão/exclusão: 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.

Quantidade (n): 1093. Perdas: () Sim Não

Seleção: Randomização Conveniência Outros

TIPO DE INTERVENÇÃO:

Utiliza instrumento para a estratificação de risco familiar? Sim Não

Qual instrumento para a classificação de risco familiar utilizada?

Classificação por grau de risco – SES-MG/PDAPS

Fatores de risco analisados: () sociais e econômicos () clínicos ambos () outros

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS:

Testes Estatístico: Sim Não Não se aplica. Se sim, qual utilizado?

Nível de significância: Sim Não Não se aplica

Tratamento fenomenológico: Sim Não Não se aplica. Se sim, qual utilizado?

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

PRINCIPAIS RESULTADOS APRESENTADOS:

Verificou que 54% das famílias cadastradas no PSF Alvorada estão sob algum risco familiar. Destas, 52% de baixo risco, 47% de médio risco e apenas 1% classificadas como alto risco. 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.

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) percebe-se que apenas 3 famílias foram consideradas APENAS com risco socioeconômico, não havendo risco por condição e patologias,

CONCEITO DE CLASSIFICAÇÃO/ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO UTILIZADA

O risco está relacionado a diferentes aspectos, como os econômicos (desemprego, miséria), ambientais (poluição), de condutas pessoais (alimentação, atividade física), dimensões interpessoais (sexualidade) e criminais (eventos vinculados a violência urbana) podendo se materializar e serem constatados em Escala de Risco. (Castiel, 1996).

LIMITAÇÕES DO ESTUDO:

Outras variáveis poderiam ser escolhidas visando descrever melhor as famílias, com método proposto é relativamente simples.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA (fragilidades e potencialidades da classificação de risco para a organização e planejamento do processo de trabalho da equipe da ESF)

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. 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.

LACUNAS DO CONHECIMENTO:

Observou-se que os critérios socioeconômicos tinham o mesmo peso na soma de pontos que os critérios por condição ou patologia, as variáveis estudadas no critério socioeconômico não expressam a realidade das famílias cadastradas no PSF Alvorada:, a renda familiar, que está desatualizada, o analfabetismo do chefe da família e o abastecimento de água. Chefes de família analfabetos funcionais devem ser considerados como um ponto de risco para a família. Não só 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 do esgoto e do lixo. O instrumento de

classificação de famílias por grau de risco não contempla fatores socioeconômicos importantes como condições de moradia, tipo de construção, higiene, localização em áreas com fatores de risco ambiental, violência em geral e comportamentos de risco.

QUAIS RECOMENDAÇÕES DO AUTOR(ES)?

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.

REFERÊNCIA COMPLETA:

CAMARGO, P. E. **Aplicabilidade de um instrumento para classificação das famílias por grau de risco pela equipe de saúde da família Alvorada em Ouro Preto, MG-Brasil**. 2010. 35f. Monografia (Especialização), Universidade Federal de Minas Gerais, Ouro Preto, 2010.

INSTRUMENTO PARA EXTRAÇÃO DOS DADOS DE DADOS - VI

1. APRESENTAÇÃO DO ARTIGO

TÍTULO: Associação entre risco social familiar e risco à cárie dentária e doença periodontal em adultos na estratégia de saúde da família (ESF)
TIPO DE FONTE DE EVIDÊNCIA: Dissertação de mestrado
OBJETIVO(S) DO ESTUDO: Avaliar a existência de associação entre os escores de um instrumento elaborado para mensurar risco social familiar e condições bucais em adultos, em especial, a atividade de cárie e a doença periodontal.
QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO: Para uma consolidação de uma assistência equânime e integral é preciso planejar as ações. Qual instrumento possível para discriminar famílias com risco social, a fim de priorizá-las em diferentes ações, inclusive odontológica no PSF de Santo André?
POPULAÇÃO: famílias cadastradas no serviço de saúde CONCEITO: Estratificação (Classificação) do Risco de Famílias CONTEXTO: Estratégia Saúde da Família
ANO DE PUBLICAÇÃO: 2011
PAÍS DE PUBLICAÇÃO: Brasil
AUTOR: Primeiro autor: Leila Aparecida Cheachire; Formação: Odontologia Local sede da pesquisa: (X) Universidade: Universidade Estadual de Campinas () Ministério da Saúde () Secretaria Estadual de Saúde () Secretaria Municipal de Saúde () Pesquisa Multicêntrica () outras instituições Estado: São Paulo
IDIOMA DE PUBLICAÇÃO: () Inglês (x) Português () Espanhol () Outro Qual? _____
PERIÓDICO:
ÁREA DE PUBLICAÇÃO: () Enfermagem () Saúde coletiva

- Medicina de família e comunidade
- Interprofissional
- Publicação de outra área. Qual? _____

2. CARACTERIZAÇÃO DO MÉTODO

MÉTODO/DELINEAMENTO DA PESQUISA:

TIPO: (X) Abordagem quantitativa Abordagem qualitativa Abordagem mista

TEMPO: (X) Transversal Longitudinal

DELINEAMENTO: (X) Descritivo Analítico

Estudo experimental randomizado Estudo experimental não randomizado

Outros:

POPULAÇÃO:

Local da coleta de dados: USF Jardim Santo Alberto, Santo André - São Paulo.

Principais características da população/ amostra: 1542 famílias cadastradas, mas excluídas conforme critério de inclusão e/ou recusa da avaliação somente 253 participaram.

Critérios de inclusão/não inclusão/exclusão: Adultos de 20 a 59 anos; Ser cadastrado na unidade; Família ter sido classificada segundo o risco social familiar; O integrante da família ter sido avaliado pela equipe de saúde bucal; Ter seus dados (da família na classificação social e da pessoa individualmente na planilha de triagem bucal) preenchidos corretamente.

Quantidade (n): 253 famílias. Perdas: (x) Sim Não

Seleção: Randomização (x) Conveniência Outros

TIPO DE INTERVENÇÃO:

Utiliza instrumentos para a estratificação de risco familiar? (x) Sim Não

Qual instrumento para a classificação de risco familiar utilizada? Escore de

Pontuação de Risco Familiar - Santo André

Instrumento de risco odontológico - Coordenação de saúde bucal da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo

Fatores de risco analisados: () sociais e econômicos () clínicos (x) ambos () outros

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS:

Testes Estatísticos: (X) Sim Não Não se aplica. Se sim, qual utilizado? Teste qui-quadrado ou exato de Fisher.

Nível de significância: (X) Sim 5%. Não Não se aplica

Tratamento fenomenológico: () Sim (X) Não () Não se aplica. Se sim, qual utilizado?

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

PRINCIPAIS RESULTADOS APRESENTADOS: Foram avaliadas 253 famílias totalizando 16,4 % do total das famílias cadastradas e 324 usuários com idade entre 20 e 59 anos. De acordo com a classificação de risco social familiar, 47,3% das famílias foram classificadas em baixo risco, 49,8% em risco moderado e apenas 2,8% em risco alto e altíssimo somados. Observa-se que a variável que mais contribuiu para pesar na classificação final na classificação do risco social destas famílias estudadas foi “algum membro da família desempregado”. Observou-se que a condição de saúde bucal com relação às doenças cárie e periodontal da população estudada, Quanto a doença cárie, 2,8% dos usuários foram classificados em baixo risco, 41,6% em risco moderado e 55,6% como de alto risco. Já para a doença periodontal, 44,8% dos usuários foram classificados como de baixo; 51,5% como de risco moderado e 3,7% em alto risco. Segue a mesma tendência da população brasileira, com o risco à cárie alto e à doença periodontal moderado. Observou-se que não houve associação estaticamente significativa entre os critérios utilizados para classificar as famílias/usuários segundo risco social e riscos à cárie, doença periodontal e doenças bucais. Portanto o instrumento e critérios utilizados para classificar o risco social familiar não se mostraram satisfatórios para guiar o planejamento em saúde bucal para a população estudada no presente estudo.

CONCEITO DE CLASSIFICAÇÃO/ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO UTILIZADA

Avaliação das situações a que as famílias estão expostas e a partir daí realiza-se a pontuação de risco familiar, procurando-se classificar dentre elas, quais seriam as que demandam maior atenção, priorizando-as para receberem a visita domiciliar.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO:

- Esta não associação nesta população estudada talvez se deva a vários fatores, como: amostra bastante reduzida, devido ao não comparecimento dos usuários para a avaliação bucal.
- pode ter ocorrido devido às características da população estudada, ou seja, composta majoritariamente por pessoas de famílias classificadas como de baixo e moderado risco social.
- ser feito em apenas uma unidade de saúde;

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA (fragilidades e potencialidades da classificação de risco para a organização e planejamento do processo de trabalho da equipe da ESF):

O acesso restrito à promoção de saúde e serviços odontológicos levam ao tratamento tardio das doenças cárie e periodontal com consequente perda do dente, na maioria das vezes.

LACUNAS DO CONHECIMENTO:

O instrumento e os critérios utilizados na classificação de risco social familiar neste programa devem ser reestruturados para que possam contribuir de forma mais efetiva para o planejamento das equipes de saúde bucal no PSF.

QUAIS RECOMENDAÇÕES DO AUTOR(ES)?

Sugere-se que o instrumento seja reavaliado com outras populações de Santo André, provenientes de bairros e condições sociais distintas do presente estudo, visando proporcionar uma maior validade externa dos resultados encontrados.

REFERÊNCIA COMPLETA:

CHEACHIRE, L. A.; *et al.* **Associação entre risco social familiar e risco à cárie dentária e doença periodontal em adultos na Estratégia de saúde da família (ESF)**. 2011. 76f. Dissertação (Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2011.

INSTRUMENTO PARA EXTRAÇÃO DOS DADOS DE DADOS - VII
1. APRESENTAÇÃO DO ARTIGO

TÍTULO: O uso de genograma e da classificação de risco de famílias de alto risco de uma Estratégia Saúde da Família
TIPO DE FONTE DE EVIDÊNCIA: Monografia de pós-graduação Lato Sensu
<p>OBJETIVO(S) DO ESTUDO:</p> <p>OBJETIVO GERAL: Analisar e comparar a classificação de famílias de alto risco e o genograma realizado, em uma Estratégia de Saúde da Família do município de Araxá/MG.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caracterizar e analisar as famílias de alto risco quanto às condições de alfabetização, socioeconômicas, abastecimento de água, condições e doenças crônicas; - Analisar os genogramas realizados das famílias de alto risco.
QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO: Como comparar as informações contidas no genograma com a Classificação de Risco das famílias e verificar a necessidade de melhorias na padronização do genograma?
<p>POPULAÇÃO: famílias cadastradas no serviço de saúde</p> <p>CONCEITO: Estratificação (Classificação) do Risco de Famílias</p> <p>CONTEXTO: Estratégia Saúde da Família</p>
ANO DE PUBLICAÇÃO: 2011
PAÍS DE PUBLICAÇÃO: Brasil
<p>AUTOR:</p> <p>Primeiro autor: Rodrigo Wilson Souza; Formação: Enfermagem</p> <p>Local sede da pesquisa:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Universidade: Universidade Federal de Minas Gerais</p> <p><input type="checkbox"/> Ministério da Saúde</p> <p><input type="checkbox"/> Secretaria Estadual de Saúde</p> <p><input type="checkbox"/> Secretaria Municipal de Saúde</p> <p><input type="checkbox"/> Pesquisa Multicêntrica <input type="checkbox"/> outras instituições</p> <p>Estado: Minas Gerais</p>
<p>IDIOMA DE PUBLICAÇÃO:</p> <p><input type="checkbox"/> Inglês <input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Outro Qual? _____</p>

PERIÓDICO:
ÁREA DE PUBLICAÇÃO: <input type="checkbox"/> Enfermagem <input type="checkbox"/> Saúde coletiva <input type="checkbox"/> Medicina de família e comunidade <input type="checkbox"/> Interprofissional <input type="checkbox"/> Publicação de outra área. Qual? _____

2. CARACTERIZAÇÃO DO MÉTODO

MÉTODO/DELINEAMENTO DA PESQUISA: TIPO: (X) Abordagem quantitativa <input type="checkbox"/> Abordagem qualitativa <input type="checkbox"/> Abordagem mista TEMPO: (x) Transversal <input type="checkbox"/> Longitudinal DELINEAMENTO: (X) Descritivo <input type="checkbox"/> Analítico <input type="checkbox"/> Estudo experimental randomizado <input type="checkbox"/> Estudo experimental não randomizado <input type="checkbox"/> Outros:
POPULAÇÃO: Local da coleta de dados: Estratégia Saúde da Família Tiradentes do município Araxá MG. Principais características da população/ amostra: famílias cadastradas na ESF e classificadas de acordo com critérios estabelecidos pelo plano diretor da Atenção Primária à Saúde do Estado de Minas Gerais. Critérios de inclusão/não inclusão/exclusão: Famílias cadastradas e classificação como alto risco, pela Equipe de Saúde da Família Tiradentes do município de Araxá MG. Quantidade (n): 8 famílias. Perdas: () Sim (X) Não Seleção: <input type="checkbox"/> Randomização (x) Conveniência <input type="checkbox"/> Outros
TIPO DE INTERVENÇÃO: Utiliza instrumentos para a estratificação de risco familiar? (x) Sim <input type="checkbox"/> Não Qual instrumento para a classificação de risco familiar utilizada? Classificação por grau de risco – SES/PDAPS Fatores de risco analisados: () sociais e econômicos () clínicos (x) ambos () outros
ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS: Testes Estatístico: <input type="checkbox"/> Sim (X) Não <input type="checkbox"/> Não se aplica. Se sim, qual utilizado? Nível de significância: <input type="checkbox"/> Sim (X) Não <input type="checkbox"/> Não se aplica

Tratamento fenomenológico: () Sim (X) Não () Não se aplica. Se sim, qual utilizado?

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

PRINCIPAIS RESULTADOS APRESENTADOS:

Observou-se que 8 (1,1%) das 720 famílias cadastradas foram classificadas com alto risco, com base nas informações contidas na Ficha A do SIAB, conforme roteiro padronizado do Plano Diretor de Minas Gerais.

O genograma pode ser utilizado como instrumento auxiliar importante na caracterização de risco e cadastramento dos grupos familiares na ESF, pode contribuir para aquisição de informação das famílias.

CONCEITO DE CLASSIFICAÇÃO/ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO UTILIZADA

Os problemas de saúde, sociais ou existenciais, de comportamento afetivo, de hábitos ou estilos de vida da família, devem ser assistidos para adequação dos cuidados com a saúde daquela família, podendo levantar dados como o uso de medicamentos, as diversas doenças crônicas, físicas e psicológicas, dados socioculturais e econômicos a fim de influenciar a funcionalidade familiar, a questão religiosa, o trabalho, a vida social, lazer e outros. (WILSON e BECKER, 1996; RAKEL, 1997; MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002).

LIMITAÇÕES DO ESTUDO:

- Estudo realizado em apenas uma unidade
- Não utilizou uma escala validada para classificar as famílias
- Não utilizou instrumentos e/ou testes para validação da análise
- Não apresentou os genogramas realizados.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA (fragilidades e potencialidades da classificação de risco para a organização e planejamento do processo de trabalho da equipe da ESF):

Percebe-se a grande importância do uso do genograma como ferramentas para melhoria do processo de trabalho da equipe de saúde da família, além de subsidiar ações de prevenção e promoção da saúde para as famílias assistidas.

Verificar a necessidade de melhoria na elaboração e aplicação do genograma por parte dos profissionais da saúde da família, uma vez que foram identificadas divergências na padronização de informações.

LACUNAS DO CONHECIMENTO:

Mesmo existindo um padrão para sua construção, os profissionais podem ainda ter dúvidas quanto ao uso dos símbolos e o uso dos componentes básicos, dificuldade ou não consideram importantes alguns dados, pela ausência de alguns deles nos genogramas.

QUAIS RECOMENDAÇÕES DO AUTOR(ES)?

Incentivar as equipes de saúde da família para participação em capacitações e treinamentos para melhorar o uso da classificação de risco e do genograma na saúde da família.

REFERÊNCIA COMPLETA:

SOUZA, R. W. O uso do genograma e a classificação de risco de famílias de alto risco de uma Estratégia de Saúde da Família. 2012. 26f. Monografia (Especialização), Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, 2012.

INSTRUMENTO PARA EXTRAÇÃO DOS DADOS DE DADOS - VIII

1. APRESENTAÇÃO DO ARTIGO

TÍTULO: Protocolo para organização da demanda do serviço de saúde bucal de acordo com o risco socioeconômico da população de Bonito de Minas
TIPO DE FONTE DE EVIDÊNCIA: Monografia de pós-graduação Lato Sensu
OBJETIVO(S) DO ESTUDO: OBJETIVO GERAL: Organizar a demanda do serviço de saúde bucal do município de Bonito de Minas, de acordo com o princípio da equidade, priorizando a demanda de acordo com a classificação de risco socioeconômico da população, a fim de melhorar as condições de saúde bucal das famílias carentes do município. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: -Elaborar um protocolo clínico para priorizar a demanda do atendimento clínico odontológico dos pacientes com maior risco socioeconômico; -Estabelecer critérios para priorizar o atendimento odontológico de acordo com a classificação de risco socioeconômico familiar; -Sugerir formas para realizar a busca ativa dos pacientes com grande necessidade de tratamento dentro das famílias priorizadas.
QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO: Como conseguir a organização do atendimento clínico odontológico no município de Bonito de Minas, por meio da confecção de um protocolo, priorizando o atendimento das famílias com maior risco socioeconômico?
POPULAÇÃO: famílias cadastradas no serviço de saúde CONCEITO: Estratificação (Classificação) do Risco de Famílias CONTEXTO: Estratégia Saúde da Família
ANO DE PUBLICAÇÃO: 2011
PAÍS DE PUBLICAÇÃO: Brasil
AUTOR: Primeiro autor: Alexandre Leite Moura; Formação: Odontologia Local sede da pesquisa: <input checked="" type="checkbox"/> Universidade: Universidade Federal de Minas Gerais <input type="checkbox"/> Ministério da Saúde <input type="checkbox"/> Secretaria Estadual de Saúde <input type="checkbox"/> Secretaria Municipal de Saúde <input type="checkbox"/> Pesquisa Multicêntrica <input type="checkbox"/> outras instituições

Estado: Minas Gerais
IDIOMA DE PUBLICAÇÃO: <input type="checkbox"/> Inglês <input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Outro Qual? _____
PERIÓDICO:
ÁREA DE PUBLICAÇÃO: <input type="checkbox"/> Enfermagem <input type="checkbox"/> Saúde coletiva <input type="checkbox"/> Medicina de família e comunidade <input type="checkbox"/> Interprofissional <input type="checkbox"/> Publicação de outra área. Qual? _____

2. CARACTERIZAÇÃO DO MÉTODO

MÉTODO/DELINEAMENTO DA PESQUISA: TIPO: <input type="checkbox"/> Abordagem quantitativa <input checked="" type="checkbox"/> Abordagem qualitativa <input type="checkbox"/> Abordagem mista TEMPO: <input type="checkbox"/> Transversal <input type="checkbox"/> Longitudinal DELINEAMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> Descritivo <input type="checkbox"/> Analítico <input type="checkbox"/> Estudo experimental randomizado <input type="checkbox"/> Estudo experimental não randomizado <input type="checkbox"/> Outros: Revisão da Literatura
POPULAÇÃO: local: serviço de saúde bucal do município de Bonito de Minas Principais características da população/amostra: Diagnóstico situacional da localização e rede de serviço saúde e apoio do município de Bonito de Minas. Critérios de inclusão/não inclusão/exclusão: Quantidade (n):. Perdas: () Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Seleção: <input type="checkbox"/> Randomização <input type="checkbox"/> Conveniência <input type="checkbox"/> Outros
TIPO DE INTERVENÇÃO: Utiliza instrumentos para a estratificação de risco familiar? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual instrumento para a classificação de risco familiar utilizada? Classificação por grau de risco – SES/PDAPS Fatores de risco analisados: () sociais e econômicos () clínicos <input checked="" type="checkbox"/> ambos () outros
ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS: Testes Estatístico: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica. Se sim, qual utilizado? Nível de significância: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica

Tratamento fenomenológico: () Sim (X) Não () Não se aplica. Se sim, qual utilizado?

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

PRINCIPAIS RESULTADOS APRESENTADOS:

Realizou-se a classificação de risco por fatores socioeconômicos familiar, onde as equipes contendo 2201 famílias apresentaram as classificações: Sem risco (581 famílias); Risco Baixo (651 famílias); Risco Médio (754 famílias) e Risco Alto (215 famílias).

Elaborou-se um protocolo clínico simplificado para organizar a demanda do atendimento odontológico dos pacientes do município de Bonito de Minas, por meio da disponibilização de maior tempo para a atenção dos membros das famílias com maior risco socioeconômico; Estabeleceram-se critérios para priorizar o atendimento odontológico de acordo com a classificação de risco socioeconômico familiar: valor da renda per capita inferior a 60 Reais, analfabetismo do chefe de família e ausência de água tratada com Flúor no domicílio.

CONCEITO DE CLASSIFICAÇÃO/ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO UTILIZADA

Priorizar é estipular quais indivíduos ou grupos serão atendidos individualmente e preconiza a criação de critérios de avaliação para classificação de risco das famílias do território, com o fim de avaliar os usuários desses grupos para estipular um público alvo das consultas programadas (Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais)

LIMITAÇÕES DO ESTUDO:

- O objetivo geral não foi contemplado, pois a classificação de risco familiar não foi totalmente realizada no município do estudo.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA (fragilidades e potencialidades da classificação de risco para a organização e planejamento do processo de trabalho da equipe da ESF):

Devido à grande demanda, a produção de protocolos, garantem uniformidade no atendimento odontológico programado. Para isso, devem-se definir critérios de classificação de risco familiar e individual, para a seleção de usuários de acordo com maior necessidade ao tratamento imediato, conforme o princípio da equidade.

LACUNAS DO CONHECIMENTO:

A falta de organização do processo de trabalho na saúde é uma dos maiores problemas encontrados no dia a dia das unidades para a realização adequada dos serviços prestados

a população. Diante de tanto investimento, encontra-se ainda em grande parte das ESFs trabalhos ineficazes, que fogem totalmente aos princípios básicos do SUS.

QUAIS RECOMENDAÇÕES DO AUTOR(ES)?

Deve-se priorizar a busca ativa, dos pacientes com grande necessidade de tratamento, inicialmente, dentro das famílias que apresentarem alto risco socioeconômico, para maior eficácia no atendimento de saúde bucal e para reduzir gastos desnecessários do sistema público de saúde.

REFERÊNCIA COMPLETA:

MOURA, A. L. Protocolo para organização da demanda do serviço de saúde bucal de acordo com o risco socioeconômico da população de Bonito de Minas. 2011. 48f. Monografia (Especialização), Universidade Federal de Minas Gerais, Corinto, 2011.

INSTRUMENTO PARA EXTRAÇÃO DOS DADOS DE DADOS - IX
1. APRESENTAÇÃO DO ARTIGO

TÍTULO: Avaliação de instrumento para classificação de risco familiar em unidades de Saúde da Família
TIPO DE FONTE DE EVIDÊNCIA: Dissertação de mestrado
<p>OBJETIVO(S) DO ESTUDO:</p> <p>OBJETIVO GERAL: Avaliar o instrumento “Critério UFES” para identificação e classificação de risco familiar no âmbito da Estratégia Saúde da Família, em uma região de saúde de um Município do Interior Paulista.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <p>-Identificar e classificar famílias usuárias de uma Unidade da Saúde da Família (área urbana e rural) seguindo o instrumento “Critério UFES”.</p> <p>-Verificar a consistência e coerência interna do instrumento para classificação de risco familiar no âmbito da Estratégia Saúde da Família, considerando a população total e por área rural e urbana.</p>
QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO: Qual a possibilidade da contribuição para organização do processo de trabalho em saúde, favorecendo maior equidade na atenção prestada a essa população?
POPULAÇÃO: famílias cadastradas no serviço de saúde
CONCEITO: Estratificação (Classificação) do Risco de Famílias
CONTEXTO: Estratégia Saúde da Família
ANO DE PUBLICAÇÃO: 2011
PAÍS DE PUBLICAÇÃO: Brasil
<p>AUTOR:</p> <p>Primeiro autor: Telma Marques Medeiros; Formação: Enfermagem</p> <p>Local sede da pesquisa:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Universidade: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”</p> <p><input type="checkbox"/> Ministério da Saúde</p> <p><input type="checkbox"/> Secretaria Estadual de Saúde</p> <p><input type="checkbox"/> Secretaria Municipal de Saúde</p> <p><input type="checkbox"/> Pesquisa Multicêntrica <input type="checkbox"/> outras instituições</p> <p>Estado: São Paulo</p>

IDIOMA DE PUBLICAÇÃO: <input type="checkbox"/> Inglês <input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Outro Qual? _____
PERIÓDICO:
ÁREA DE PUBLICAÇÃO: <input type="checkbox"/> Enfermagem <input type="checkbox"/> Saúde coletiva <input type="checkbox"/> Medicina de família e comunidade <input type="checkbox"/> Interprofissional <input type="checkbox"/> Publicação de outra área. Qual? _____

2. CARACTERIZAÇÃO DO MÉTODO

MÉTODO/DELINEAMENTO DA PESQUISA: TIPO: <input checked="" type="checkbox"/> Abordagem quantitativa <input type="checkbox"/> Abordagem qualitativa <input type="checkbox"/> Abordagem mista TEMPO: <input checked="" type="checkbox"/> Transversal <input type="checkbox"/> Longitudinal DELINEAMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> Descritivo <input type="checkbox"/> Analítico <input type="checkbox"/> Estudo experimental randomizado <input type="checkbox"/> Estudo experimental não randomizado <input type="checkbox"/> Outros: Observacional
POPULAÇÃO: Local da pesquisa: Equipe Prata da Estratégia Saúde da Família, distrito de Rubião Júnior, município de Botucatu SP. Principais características da população/amostra: 500 famílias cadastradas, foram incluídas 412 famílias na Zona Rural da USF de Rubião Júnior, em Botucatu SP. Critérios de inclusão/não inclusão/exclusão: exclusão por não haver ACS para confirmar os dados do cadastro (88 famílias) Quantidade (n): 412. Perdas: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Seleção: <input type="checkbox"/> Randomização <input checked="" type="checkbox"/> Conveniência <input type="checkbox"/> Outros
TIPO DE INTERVENÇÃO: Utiliza instrumentos para a estratificação de risco familiar? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual instrumento para a classificação de risco familiar utilizada? Critério UFES Fatores de risco analisados: () sociais e econômicos () clínicos (<input checked="" type="checkbox"/>) ambos () outros
ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS: Testes Estatísticos: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica. Se sim, qual utilizado? Coeficiente α de Cronbach Nível de significância: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica

Tratamento fenomenológico: () Sim (X) Não () Não se aplica. Se sim, qual utilizado?

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

PRINCIPAIS RESULTADOS APRESENTADOS:

Empregando o instrumento “Critério UFES”, foram analisadas 412 Fichas A do SIAB, das famílias cadastradas, sendo que, 20,39% dessas não pontuaram em nenhuma das sentinelas de risco sendo classificadas como Risco Zero; 63,59% pontuaram de 1-6, classificando-se como Risco 1; 8,5% pontuaram de 7-8 caracterizando como Risco 2 e 7,5% tiveram pontuação acima de 9, o que caracterizou como Risco 3 ou Risco Máximo. As sentinelas mais frequentes foram Doenças Crônicas 182 (44,17%), Uso de drogas lícitas e ilícitas 131 (31,80%), Baixas condições de saneamento e higiene 67 (16,26%).

CONCEITO DE CLASSIFICAÇÃO/ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO UTILIZADA

Risco é considerado uma medida de probabilidade estatística de que ocorra um resultado não desejado e “fatores de risco” são características de um indivíduo ou grupo, associadas a uma probabilidade aumentada de surgir, desenvolver ou estar exposto a determinado dano à saúde. A presença do fator de risco não significa doença, mas indica que, com maior chance, um indivíduo ou família poderá ficar doente, sofrer danos ou situações adversas (AYRES, 2002).

A vulnerabilidade de um indivíduo a um determinado agravo é determinada por uma série de circunstâncias que podem ser ordenadas em três componentes interligados: 1) aqueles aspectos que dependem diretamente das ações individuais, configurando o comportamento do indivíduo a partir de um determinado grau de consciência que ele manifesta; 2) aqueles que dizem respeito às ações comandadas pelo poder público, iniciativa privada e agências da sociedade civil, no sentido de diminuir as chances de ocorrência do agravo; 3) um conjunto de aspectos sociais, que dizem respeito à estrutura disponível de acesso a informações, financiamentos, serviços, bens culturais, liberdade de expressão, dentre outros. Desse modo, as diferentes situações de vulnerabilidade dos sujeitos (individuais e/ou coletivos) podem ser particularizadas pelo reconhecimento de três componentes interligados: o individual, o social e o programático ou institucional (AYRES et al., 2003)

LIMITAÇÕES DO ESTUDO:

A escala utilizada não aborda a renda familiar.

A alteração realizada do “Critério UFES” em relação à Escala de Coelho, diminui o valor dos escores de inclusão para Risco 1, ampliou a possibilidade de classificação de Risco 1 diminuiu a parcela daquelas que seriam classificadas como Risco Zero.

O “Critério UFES” apresenta lacunas na caracterização das sentinelas de risco e dos respectivos valores de seus escores.

A classificação em risco, não significa a visualização direta das causas dos riscos e agravos detectados, condições de vida e nem as redes de suporte ou apoio dessas famílias.

Não basta saber quantitativamente quantas sentinelas de risco o instrumento identifica, e nem acreditar que é suficiente a identificação do Risco 3, pois uma família classificada como Risco 1 pode não possuir nenhuma rede de apoio ou acessibilidade ao serviço, o que a de Risco 3 pode ter.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA (fragilidades e potencialidades da classificação de risco para a organização e planejamento do processo de trabalho da equipe da ESF): Trabalhar com o diagnóstico da população, sabendo sobre o território, as redes de suporte e apoio, estruturando o acolhimento, as linhas de cuidado significa contribuir de fato com o processo de reorientação da atenção à saúde proposto pelo SUS, contribuindo para o atendimento das demandas da população.

A classificação de famílias por meio de escalas compostas por sentinelas revela-se como uma forma de identificar fragilidades das famílias de diferentes dimensões, possibilitando a atuação preventiva pela equipe de saúde, que deve estar preparada para atuar sobre os princípios da equidade e da integralidade, tomando a família como unidade de cuidado. Contudo, ao se aplicar instrumentos como o “Critério UFES” deve serem mente a necessidade do compartilhamento dessa idéia com a equipe da USFe da gestão municipal, planejando sua melhor utilização e preparando adequadamente os membros da equipe de saúde para a sua utilização.

LACUNAS DO CONHECIMENTO:

Esse instrumento não consegue abranger todos os aspectos a que se propõe, mas se constitui como um recurso importante para a identificação das situações de risco aos quais as famílias da área adscrita às USF estão expostas, com a propriedade de se basear em dados já existentes nas mesmas.

QUAIS RECOMENDAÇÕES DO AUTOR(ES)?

Assim, para que seja adotado um instrumento para classificação de risco familiar no âmbito da ESF, que engloba tanto os usuários da área urbana como rural há a necessidade de proceder às adequações necessárias ao já existente e aplicá-lo em outras oportunidades para a verificação de sua viabilidade e utilidade para o fim proposto.

REFERÊNCIA COMPLETA:

Medeiros, T. M. **Avaliação de instrumento para classificação de risco familiar em unidades de saúde da família**. 2011. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2011.

INSTRUMENTO PARA EXTRAÇÃO DOS DADOS DE DADOS -X

1. APRESENTAÇÃO DO ARTIGO

TÍTULO: Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família
TIPO DE FONTE DE EVIDÊNCIA: Artigo
OBJETIVO(S) DO ESTUDO: Validar o Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal (INASB), a partir de um algoritmo pré-definido baseado nas condições sociais das famílias.
QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO: Para realizar a programação das demandas dos cirurgiões dentistas quais índices de necessidade de tratamento odontológico que poderiam orientar a priorização na assistência?
POPULAÇÃO: famílias cadastradas no serviço de saúde CONCEITO: Estratificação (Classificação) do Risco de Famílias CONTEXTO: Estratégia Saúde da Família
ANO DE PUBLICAÇÃO: 2011
PAÍS DE PUBLICAÇÃO: Brasil
AUTOR: Primeiro autor: Leonardo Carnut; Formação: Odontologia Segundo autor: Leonardo Vilar Filgueiras; Formação: Odontologia Terceiro autor: Nilcema Figueiredo; Formação: Odontologia Quarto autor: Paulo Sávio Angeiras de Goes.; Formação: Odontologia Local sede da pesquisa: (X) Universidade: Universidade de Pernambuco () Ministério da Saúde () Secretaria Estadual de Saúde () Secretaria Municipal de Saúde () Pesquisa Multicêntrica () outras instituições Estado: Pernambuco
IDIOMA DE PUBLICAÇÃO: () Inglês (x) Português () Espanhol () Outro Qual? _____
PERIÓDICO: Ciência & Saúde Coletiva
ÁREA DE PUBLICAÇÃO: () Enfermagem

- Saúde coletiva
 Medicina de família e comunidade
 Interprofissional
 Publicação de outra área. Qual? _____

2. CARACTERIZAÇÃO DO MÉTODO

MÉTODO/DELINEAMENTO DA PESQUISA:

TIPO: Abordagem quantitativa Abordagem qualitativa Abordagem mista

TEMPO: Transversal Longitudinal

DELINEAMENTO: Descritivo Analítico

Estudo experimental randomizado Estudo experimental não randomizado

Outros: metodológico

POPULAÇÃO:

Local do estudo: Unidade de Saúde da Família (USF) com Equipe de Saúde Bucal (ESB) do município de Recife- PE.

Principais características da população/ amostra: 438 indivíduos resultaram do sorteio de 518 famílias das 777 que tinham crianças nas faixas etárias alvo (3-5 e 7- 12 anos)

Critérios de inclusão/não inclusão/exclusão: dados secundários a partir da ficha-A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Famílias que possuíam indivíduos na idade de 5 e 12 anos (ao todo 130 famílias) cadastradas na USF.

Quantidade (n): 438. Perdas: () Sim Não

Seleção: Randomização Conveniência Outros

TIPO DE INTERVENÇÃO:

Utiliza instrumento para a estratificação de risco familiar? Sim Não

Qual instrumento para a classificação de risco familiar utilizada? INASB

Fatores de risco analisados: () sociais e econômicos () clínicos ambos () outros

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS:

Testes Estatístico: Sim Não Não se aplica. Se sim, qual utilizado? teste de Kruskal Wallis; Qui-quadrado e teste Kolmogorov-Smirnov (Teste KS)

Nível de significância: Sim Não Não se aplica

Tratamento fenomenológico: Sim Não Não se aplica. Se sim, qual utilizado?

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

PRINCIPAIS RESULTADOS APRESENTADOS:

O índice foi considerado adequado na validação de face. Na validação de construto convergente foi associado ao componente cariado do ceo-d ($p = 0,03$) e CPO-D ($p = 0,01$); e na divergente foi associado ao acesso ao dentista ($p = 0,001$) e ao componente obturado do ceo-d ($p = 0,05$) não sendo associado ao componente obturado do CPO-D. O acesso ao Dentista nos últimos 12 meses esteve associado à classificação proposta pelo índice, evidenciando-se desta maneira que crianças classificadas em “alto risco” tinham menor acesso ao Dentista quando comparadas com as de “baixo risco”;

Foi demonstrado que o índice possui validade de construto convergente (componente c do ceo e CPO) e divergente para as variáveis analisadas (acesso aos serviços de saúde bucal, e componente o do ceo), o que demonstra a inversão do cuidado em saúde, observando-se que as crianças de famílias com melhores condições sociais (baixo risco) acessam mais os serviços odontológicos, contrariando assim a lógica da equidade.

CONCEITO DE CLASSIFICAÇÃO/ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO UTILIZADA

Índices de necessidade de tratamento odontológico que orientam o processo de atenção, auxiliando os cirurgiões-dentistas na programação de suas demandas. Embora estes índices signifiquem um avanço, os mesmos refletem uma ótica biomédica valorizando a doença em detrimento do conceito ampliado de saúde, utilizando para isto apenas o diagnóstico clínico normativo.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO:

Estudo feito em uma única Unidade de Saúde da Família;

Estudo feito com famílias a partir da condição de ter crianças nas faixas etárias de 3 a 5 e de 7 a 12 anos. Famílias compostas por adolescentes, adultos e idosos não foram contempladas na classificação.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA (fragilidades e potencialidades da classificação de risco para a organização e planejamento do processo de trabalho da equipe da ESF):

A Classificação de risco das famílias proposta pelo INASB esteve associada ao componente cariado do ceo e CPO o que demonstra que o índice ajuda na indicação das famílias que necessitam de maior atenção à saúde bucal, facilitando assim a programação da demanda com informações obtidas por instrumentos de uso cotidiano na atenção básica;

LACUNAS DO CONHECIMENTO:

As mudanças produzidas pelas intervenções devem ser avaliadas tanto na perspectiva quantitativa, bem como na perspectiva qualitativa. Nesta última o foco deve estar na compreensão das relações e das interpretações dos diversos atores sobre o processo propiciando uma análise do contexto onde essas intervenções acontecem. Desta forma a triangulação de métodos avaliativos, poderia ser usada devido à complexidade do objeto, e não pela linha epistemológica do observador.

QUAIS RECOMENDAÇÕES DO AUTOR(ES)?

Este trabalho seja replicado em outras faixas etárias e com outros agravos à saúde bucal para que seja avaliada sua estabilidade e coerência metodológica. Validações mais robustas devem ser feitas em relação ao seu potencial de detecção das mudanças frente a interações.

REFERÊNCIA COMPLETA:

CARNUT, Leonardo et al. Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3083-3091, 2011.

INSTRUMENTO PARA EXTRAÇÃO DOS DADOS DE DADOS - XI

1. APRESENTAÇÃO DO ARTIGO

TÍTULO: “Relação entre Classificação de Risco de Cárie Dentária e Escala de Risco Familiar”
TIPO DE FONTE DE EVIDÊNCIA: tese de doutorado
<p>OBJETIVO(S) DO ESTUDO: O presente estudo foi realizado em formato alternativo conforme deliberação da Comissão Central de Pós-Graduação (CCPG) da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP n°001/98 e foi composto por três capítulos, cujos objetivos são:</p> <p>Objetivo Geral: avaliar a relação entre a classificação de risco de cárie dentária e a escala de risco familiar.</p> <p>Capítulo I - Propor uma padronização dos critérios da classificação de risco de cárie dentária utilizada no estado e município de São Paulo, Brasil.</p> <p>Capítulo II - Avaliar a acurácia e a reprodutibilidade da classificação de risco de cárie dentária utilizado no estado e município de São Paulo, Brasil.</p> <p>Capítulo III- avaliar a relação entre a classificação de risco de cárie dentária utilizada no estado e município de São Paulo e a escala de risco familiar preconizada por Coelho e Savassi (2004) para a priorização das visitas domiciliares na Estratégia Saúde da Família.</p>
QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO: Entre as proposições apresentadas sobre a classificação de risco de cárie qual é a relação com a escala de risco familiar?
POPULAÇÃO: famílias cadastradas no serviço de saúde
CONCEITO: Estratificação (Classificação) do Risco de Famílias
CONTEXTO: Estratégia Saúde da Família
ANO DE PUBLICAÇÃO: 2012
PAÍS DE PUBLICAÇÃO: Brasil
<p>AUTOR:</p> <p>Primeiro autor: Henri Menezes Kobayashi ; Formação: Odontologia</p> <p>Local sede da pesquisa:</p> <p>(x) Universidade: Universidade Estadual de Campinas</p> <p>() Ministério da Saúde</p> <p>() Secretaria Estadual de Saúde</p>

<input type="checkbox"/> Secretaria Municipal de Saúde <input type="checkbox"/> Pesquisa Multicêntrica <input type="checkbox"/> outras instituições Estado: São Paulo
IDIOMA DE PUBLICAÇÃO: <input type="checkbox"/> Inglês <input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Outro Qual? _____
PERIÓDICO:
ÁREA DE PUBLICAÇÃO: <input type="checkbox"/> Enfermagem <input type="checkbox"/> Saúde coletiva <input type="checkbox"/> Medicina de família e comunidade <input type="checkbox"/> Interprofissional <input type="checkbox"/> Publicação de outra área. Qual? _____

2. CARACTERIZAÇÃO DO MÉTODO

MÉTODO/DELINEAMENTO DA PESQUISA: TIPO: <input checked="" type="checkbox"/> Abordagem quantitativa <input type="checkbox"/> Abordagem qualitativa <input type="checkbox"/> Abordagem mista TEMPO: <input checked="" type="checkbox"/> Transversal <input type="checkbox"/> Longitudinal DELINEAMENTO: <input type="checkbox"/> Descritivo <input checked="" type="checkbox"/> Analítico <input type="checkbox"/> Estudo experimental randomizado <input type="checkbox"/> Estudo experimental não randomizado <input type="checkbox"/> Outros:
POPULAÇÃO: Local de coleta de dados: onze Unidades de Saúde da Família (USF), na zona leste do município de São Paulo (SP) Principais características da população/ amostra: 1165 pessoas ambos os gêneros, sendo 608 adolescentes de 12 a 19 anos e 557 adultos de 35 a 44 anos Critérios de inclusão/não inclusão/exclusão: Quantidade (n): 1165 pessoas . Perdas: () Sim (x) Não Seleção: <input type="checkbox"/> Randomização (x) Conveniência <input type="checkbox"/> Outros
TIPO DE INTERVENÇÃO: Utiliza instrumentos para a estratificação de risco familiar? (x) Sim <input type="checkbox"/> Não Qual instrumento para a classificação de risco familiar utilizada? Coelho e Savassi (2004) e Classificação de risco de cárie dentária preconizada pelas secretarias estadual e municipal de saúde de São Paulo.

Fatores de risco analisados: () sociais e econômicos () clínicos (x) ambos () outros

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS:

Testes Estatístico: (X) Sim () Não () Não se aplica. Se sim, qual utilizado?

teste estatístico Kappa; análises bivariadas pelos testes estatísticos de Qui-quadrado e Exato de Fisher

Nível de significância: (X) Sim: 5% () Não () Não se aplica

Tratamento fenomenológico: () Sim (X) Não () Não se aplica. Se sim, qual utilizado?

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

PRINCIPAIS RESULTADOS APRESENTADOS:

1165 pessoas examinadas, 77,8% encontram-se sem nenhum risco familiar e as prevalências das pessoas com risco 1, 2 e 3 foram respectivamente, 18,1%, 3,3% e 0,8%. No que se refere ao risco familiar e a situação de saúde bucal, das pessoas sem risco familiar, 27,5% (n=321) apresentavam-se aparentemente saudáveis e 50,3% (n=586) doentes. Das pessoas com risco familiar (n=258), somente 19,4% (n=50) apresentavam saudáveis. Houve associação significativa entre os critérios da classificação de risco de cárie com as seguintes variáveis risco familiar: relação morador/cômodo (p<0,0001), desemprego (p<0,0001), drogadição (p=0,0045) e deficiência mental (p=0,0001). Além disso, verificou-se que houve uma associação entre os adultos e jovens (p<0,0001) e entre os gêneros masculino e feminino (p=0,0003). Houve relação estatisticamente significativa entre a presença da doença cárie dentária e as variáveis idade (p<0,0001), deficiência mental (p=0,0344), drogadição (p=0,0368), pessoas com mais de 70 anos (p=0,0467), relação morador/cômodo (p=0,0014) e risco familiar (p<0,0001).

CONCEITO DE CLASSIFICAÇÃO/ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO UTILIZADA

Finalidade de priorizar as visitas domiciliares principalmente a do médico da família através da busca ativa em demanda reprimida, educação para a saúde mais individualizada, estimular o cuidado com a saúde, apontar necessidades de ações de promoção à saúde e estabelecer canais permanentes de comunicação entre a família e a equipe de saúde bucal, utilizando sentinelas de risco avaliadas pelo agente comunitário de saúde e prescrita, na ficha A do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).

LIMITAÇÕES DO ESTUDO:

- Não realizar a pesquisa em todas faixas etárias;

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA (fragilidades e potencialidades da classificação de risco para a organização e planejamento do processo de trabalho da equipe da ESF):

Elaborou-se uma padronização desta classificação baseadas em recentes evidências científicas.

Ferramenta epidemiológica nominal, de fácil memorização, pode ser de grande ajuda na organização da demanda, no que se refere à doença cárie dentária, na atenção primária, tanto nas secretarias municipais e estaduais de saúde, bem com no Ministério da Saúde e na Organização Mundial de Saúde, pois apresenta boa acurácia e moderada reprodutibilidade, exige pouco recurso, com baixo custo.

LACUNAS DO CONHECIMENTO:

Como tornar efetivas intervenções de saúde pública, dirigidas aos grupos mais vulneráveis, nos diversos níveis de promoção e aplicação da saúde, aliadas medidas sociais e econômicas mais gerais, voltadas ao enfrentamento da exclusão social familiar que geram o aumento do risco familiar e de cárie.

QUAIS RECOMENDAÇÕES DO AUTOR(ES)?

Recomenda ser utilizada a classificação de risco de cárie dentária do município de São Paulo e a escala de risco familiar preconizada por Coelho e Savassi (2004) em larga escala nas equipes de saúde bucal.

REFERÊNCIA COMPLETA:

KOBAYASHI, H. M.; et al. **Relação entre classificação de risco de cárie dentária e escala de risco familiar**. 2012. 82f. Tese (Doutorado em Odontologia), Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2012.