

## Perfil socioepidemiológico das famílias atendidas em uma Estratégia de Saúde da Família

Perfil socioepidemiológico de las familias atendidas en una Estrategia de Salud Familiar

Socioepidemiologic profile of families attended at a Family Health Strategy

Manoel Gomes Silva Junior<sup>1</sup>, Dirce Nascimento Pinheiro<sup>2</sup>, Hewelly Demétrio Itaparica Rodrigues<sup>3</sup>

**Resumo: Objetivo:** Traçar o perfil socioepidemiológico das famílias assistidas por uma estratégia de saúde da família. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva realizada com 50 pessoas, cada uma delas eram representantes das famílias pesquisadas por meio da técnica de entrevista. O estudo foi apreciado e aprovado pelo comitê de ética de pesquisa em seres humanos do Instituto de Ciências de Saúde (ICS). **Resultados:** Evidenciou-se que 72% (n=36) dessas famílias apresentam renda familiar de até três salários mínimos, sendo que 60% (n= 30) dessas famílias são compostas de 4 a 6 integrantes. Constatou-se que 50%

reside em casas de madeira e 50% em de alvenaria; alguns indivíduos apresentaram problemas com hipertensão arterial, o que equivale a 66%, e diabete tipo 2, 28%; patologias essas de maior prevalência nessa população. Questões mais presentes referentes às condições de gestação representaram 16%, e o alcoolismo 10% **Conclusão:** esta pesquisa é uma ferramenta útil que gerou informações para os gestores de saúde a respeito do perfil epidemiológico da população, a fim de propor estratégias, visando a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

**Descritores:** Estratégia saúde da família; Epidemiologia; População urbana.

**Resumen: Objetivo:** Describir el perfil socioepidemiológico de familias asistidas por una estrategia de salud familiar. **Métodos:** Estudio exploratorio y descriptivo con 50 personas, cada uno de ellas representantes de las familias encuestadas a través de la técnica de entrevista. El estudio fue evaluado y aprobado por el comité de ética de la

<sup>1</sup>Graduação em Enfermagem pela Universidade do Estado do Pará (2011) e Especialista em enfermagem em terapia intensiva pela Escola Superior da Amazônia (2013). Atualmente mestrando pela Universidade Federal do Pará e auxiliar de enfermagem do Hospital Universitário João de Barros Barreto. Membro do grupo de pesquisa Estudo de Políticas de Saúde no Cuidado de Enfermagem Amazônico – EPOTENA. E-mail: [manogomes29@hotmail.com](mailto:manogomes29@hotmail.com)

<sup>2</sup> Atualmente Professor Associado I da Universidade Federal do Pará/ICS/Faculdade de Enfermagem. E-mail: [dircenp5@gmail.com](mailto:dircenp5@gmail.com)

<sup>3</sup> Acadêmica de Enfermagem, 6º semestre - Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail: [hewellydemetrio@hotmail.com](mailto:hewellydemetrio@hotmail.com)

investigación en seres humanos del Instituto de Ciencias de la Salud (ICS).

**Resultados:** Se demostró que 72% (n = 36) de estas familias tienen ingreso familiar de hasta tres salarios mínimos, y 60% (n = 30) de estas familias se componen de 4-6 miembros. Se encontró que 50% vivían en casas de madera y 50% en albañilería; algunas personas tenían problemas con presión arterial alta, equivaliendo a 66%, y diabetes tipo 2, 28%; enfermedades más prevalentes en esta población. Las cuestiones más actuales relacionadas con las condiciones del embarazo representaron 16%, y el alcoholismo 10%. **Conclusión:** Esta investigación es una herramienta útil que genera informaciones para los administradores de salud sobre el perfil epidemiológico de la población para proponer estrategias para mejorar la calidad de vida de estas personas.

**Descriptores:** Estrategia de salud familiar; Epidemiológico; Población Urbana.

**Abstract: Objective:** To describe the socioepidemiologic profile of families assisted by a family health strategy.

**Methods:** This is an exploratory and descriptive study conducted with 50 people, each of them were representatives of the families surveyed

through the interview technique. The study was evaluated and approved by the research ethics committee in humans of the Institute of Health Sciences (ICS)

**Results:** It was demonstrated that 72% (n=36) of these families have family income up to three minimum wages, and 60% (n=30) of these families are composed of 4 to 6 members. It was found that 50% live in wooden houses and 50% in brick houses; some individuals had problems with high blood pressure, which is equivalent to 66%, and type 2 diabetes, 28%; these diseases were the most prevalent in this population. More present issues related to pregnancy conditions accounted for 16%, and alcoholism 10%. **Conclusion:** This study is a useful tool that provided information for health managers about these people's epidemiological profile in order to propose strategies aiming to improve their quality of life.

**Keywords:** Family health strategy; Epidemiologic; Urban population.

### **Introdução:**

A Saúde da Família é uma estratégia do Ministério da Saúde do Brasil adotada como reorientação ao modelo assistencial do SUS, a partir da atenção básica. Iniciou em 1991, com a implantação do Programa de Agentes de

Saúde (PACS). Em 1994, formaram-se as primeiras equipes de Saúde da Família<sup>(1)</sup>.

No contexto atual, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) representa a porta de entrada e o primeiro contato dos usuários com os serviços de saúde do SUS, mas isso quando ela está organizada para atender os objetivos das políticas públicas ali existentes. Nesse sentido, torna-se capaz de resolver 85% dos problemas de saúde em suas comunidades, evitando ou reduzindo internações hospitalares de altos custos, que muitas vezes são desnecessárias<sup>(2)</sup>.

Nessa perspectiva, o enfermeiro apresenta-se como um profissional extremamente importante na construção desse novo modelo de atenção à saúde, por desenvolver atividades assistenciais, gerenciais, de supervisão da equipe de enfermagem e dos ACS, com destaque para educação em saúde.

Para instituir a educação em saúde no processo saúde-doença e para estabelecer uma prática educativa satisfatória, é imprescindível conhecer a realidade dos indivíduos com os quais se deseja realizar uma ação educativa, bem como suas potencialidades e suscetibilidades avaliadas de maneira integral. Assim, a educação em saúde pode e deve ser adaptada às necessidades, aos interesses e aos

conhecimentos prévios de cada indivíduo.

Para tanto, faz-se necessário o estudo da Epidemiologia, ciência que explora quantitativamente a distribuição dos fenômenos de saúde/doença e seus fatores condicionantes e determinantes para as populações humanas. Alguns autores ainda incluem nessa definição a avaliação da eficácia das intervenções realizadas no âmbito da saúde pública<sup>(3)</sup>. A socioepidemiologia integra esse conceito ao contexto social e econômico, incluindo questões como renda familiar, condições de residência.

Dessa forma, traçar o perfil socioepidemiológico das famílias não deixa de constituir-se como uma estratégia fundamental na prática de saúde, pois a partir da análise da situação local e de seus determinantes, tendo a família dentro desse contexto, pode-se planejar as ações educativas a serem desenvolvidas para contribuir com a melhoria da qualidade de vida e de saúde do indivíduo, família e comunidade.

Objetiva-se, assim, com este estudo, caracterizar o perfil socioepidemiológico das famílias assistidas por uma estratégia de saúde da família.

## **Método**

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de natureza quantitativa. A pesquisa foi realizada na Estratégia Saúde da Família Parque Amazônico I, localizada no bairro da Terra Firme, município de Belém do Pará. De acordo com Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o tipo de atendimento da referida unidade de saúde é ambulatorial e o fluxo de clientela é demanda espontânea e referenciada pelos agentes comunitários de saúde, quando estes realizam visita domiciliar, essa unidade de saúde está sob a gestão do município.

A ESF Parque Amazônico I corresponde a um importante campo de prática da Universidade Federal do Pará, assim como apresenta um cenário de pesquisa bastante diversificado. Atualmente, apresenta duas equipes. A equipe 1 é composta por uma médica generalista, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde. Já a equipe 2 é composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e somente 3 agentes comunitários de saúde. As equipes contam com a ajuda de um mesmo assistente administrativo.

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética de pesquisa em seres humanos do Instituto de Ciências de Saúde (ICS), em resolução N° 4.66 de

2012 do Conselho na Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

A população e amostra do estudo foram compostas por 50 famílias, representadas por um dos seus membros, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Foi selecionado um membro da família para participar da entrevista, porque apesar da entrevista ser sobre dados da família, somente pessoa respondeu aos questionamentos e assinou o termo. A amostra de estudo corresponde ao universo amostral de 800 famílias assistidas pela Estratégia Saúde Família Parque Amazônico I.

Os critérios de inclusão foram famílias caracterizadas por pai, mãe e filhos, que estavam em situação de risco e para as quais foram recomendadas as visitas dos agentes comunitários de saúde. Cada membro responsável da família, maior de 18 anos de idade, assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Já os critérios de exclusão envolveram parentes de segundo grau e à recusa de alguns membros da família em participar da pesquisa.

Para coleta de dados foi utilizada a técnica de entrevista, a partir de uma ficha familiar pré-elaborada baseada na ficha A, que representa a ficha de

cadastro familiar. A ficha A contém dados básicos de características socioeconômicas, de saúde (morbidade referida) e moradia das famílias e seus indivíduos.

A etapa para coleta de dados foi à visita às famílias, agendamento e seleção das famílias em condição de risco com sugestão dos agentes de saúde, tendo em vista que os mesmos já conhecem a localidade e seus moradores, além de nos basearmos também na ficha A para determinarmos as famílias sob esta condição. Selecionou-se famílias sob condição de risco para que representassem uma amostra do estudo e também para que os resultados que fossem alcançados, se revertessem em benefícios para essa população que é carente.

Logo depois da etapa de seleção, um membro da família, responsável familiar ou com maior poder de decisão

dentro do grupo, com idade superior a dezoito anos, respondeu à entrevista. Esta continha as seguintes variáveis de estudo: dados familiares, condições de moradia, doença ou condição referida e participação no programa bolsa família.

O método utilizado para análise dos dados quantitativos, oriundos das entrevistas, baseou-se na estatística descritiva simples. Os dados foram organizados no programa Excel e, posteriormente, analisados, segundo a distribuição das variáveis, apresentadas na forma de tabelas.

## Resultados

A partir da análise das entrevistas utilizado na pesquisa, pode-se observar que 72% das famílias apresentam renda familiar de um até três salários mínimos, sendo que 60% dessas famílias são compostas de 4 a 6 integrantes como demonstra a tabela 1.

**Tabela 1-** Renda familiar e a quantidade de pessoas que residem na casa, Belém, 2015.

---

Variáveis	N	%
<hr/>		
Renda		
< de 1 salário mínimo	11	22
1 até 3 salários mínimos	36	72
mais de 3 salários mínimos	3	6
Residem na casa		
<de 4 pessoas	11	22
4 até 6 pessoas	30	60
> de 6 pessoas	9	18

---

*Fonte:* Dados da pesquisa

Na variável condição de moradia, constatou-se que 50% das famílias residem em casas de madeira e 50% em residências de alvenaria. 88%

dessas famílias possuem casas próprias, sendo que 46% dessas moradias apresentavam mais de quatro cômodos, de acordo com a tabela 2.

**Tabela 2-** Relação entre tipo de casa, condições de ocupação e número de cômodos, Belém, 2015.

---

Variáveis	N	%
<hr/>		
Tipo de casa		
Madeira	25	50
Alvenaria	25	50
Condições de ocupação		
Próprias	44	88
Alugada	4	8
de favor	2	4
Nª de cômodos		
1 até 2 cômodos	12	24
3 cômodos	15	30
de 4 cômodos	23	46

---

Fonte: Dados da pesquisa

Sobre as patologias ou condições referidas informadas pelas famílias, observou-se que a hipertensão arterial, 66%, e a diabetes tipo 2, 28%, são as patologias de maior prevalência nessa população. As condições de gestação,

16%, e o alcoolismo, 10%, são que os estão mais presentes. Já na variável outros, que correspondeu a 24 %, foram citadas patologias como depressão, gastrite, infarto e osteoporose. Isso pode ser confirmado pela tabela 3.

**Tabela 3** - Patologia ou condição referida pelas famílias, Belém, 2015.

---

Variáveis	N	%
-----------	---	---

---

---

Patologia/condição referida		
Alcoolismo	5	10
Deficiência	4	8
Diabete	14	28
Epilepsia	1	2
Gestação	8	16
Anemia	6	12
Hipertensão	33	66
Tuberculose	2	4
Hanseníase	1	2
CA	2	4
Problemas pulmonares	10	20
Outros	12	24

---

Fonte: Dados da pesquisa

No que refere ao auxílio do programa bolsa família, 50% das pessoas da amostra recebem o benefício, sendo que 100% das famílias que recebem esse auxílio informam que

cumprem as condições para o recebimento, afirmando, ainda, que não deixariam de cumprir as referidas condições se perdesse o benefício, como mostra a tabela 4.

**Tabela 4-** Relação do número de famílias que recebem auxílio do programa bolsa família que cumpre com as condições do programa e que poderiam deixar de cumprir, caso perdessem o auxílio, Belém, 2015.

Variáveis	N	%
Recebe auxílio do programa		
Sim	25	50
Não	25	50
Condições do programa		
Sim	50	100
Não	0	0
Deixaria de cumprir, se perdesse o auxílio		
Sim	0	0
não	50	100

Fonte: Dados da pesquisa.

## Discussões

Conforme os dados da pesquisa, verificou-se que o número de integrantes da família está entre 4 a 6 membros. Isso revela que a presença de arranjos familiares uniparentais são irrisórios, muito relacionados ao fato de as famílias serem compostas por casais que apresentam mais de um filho. O arranjo familiar é o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, ou seja, as famílias, o conjunto de pessoas ligadas por dependência doméstica

normas de convivência, ou a pessoa que mora sozinha (unipessoais)<sup>(4)</sup>.

A situação é bastante crítica quando se pensa que estas famílias sobrevivem com renda familiar de um até três salários mínimos, sendo que, em sua maioria, são trabalhadores autônomos, ou seja, nem sempre apresentam lucro igual em todos os meses do ano, além de contribuir para essa renda a aposentadoria e auxílios do governo. O rendimento mensal familiar é a soma dos rendimentos mensais dos componentes do arranjo familiar, e o rendimento mensal familiar per capita é o resultado da divisão do rendimento mensal familiar pelo número de componentes da família<sup>(4)</sup>.

Os arranjos unipessoais, 32,9%, possuíam renda familiar per capita

superior a 2 salários mínimos, e apenas 3,8% renda igual ou inferior a ½ salário mínimo. No outro extremo, entre os arranjos monoparentais, apenas 11,9% se encontravam na classe de rendimento superior a 2 salários mínimos, enquanto 28,0% na classe de rendimento de até ½ salário mínimo<sup>(4)</sup>.

Nos achados da pesquisa, evidenciou-se um maior número de famílias residindo em casa própria. Tal fato se explicaria a partir da perspectiva da busca de diferentes alternativas para prover a moradia, ainda que de forma precária, desde que se dispusesse de um lote mesmo que compartilhado, mal localizado ou desprovido de infraestrutura. Isso considerando que a despesa com aluguel exigiria uma certa renda, mês a mês, nem sempre disponível a essa população. Além disso, a ESF está localizada em um bairro periférico do município de Belém-PA, onde há presença de ocupações irregulares ou invadidas.

As casas de madeira ainda são responsáveis pelo abrigo de aproximadamente um quarto da população de baixa renda, mas vêm reduzindo sua participação acentuadamente, seja pela matéria-prima em escassez, que as torna cada vez mais caras, seja pelos avanços tecnológico e de mercado, que tornaram

mais disponível e de mais fácil execução e conservação a moradia de alvenaria, pré-moldados, etc.<sup>(5)</sup>.

Tal comportamento deve ser analisado, considerando fatores relacionados a: aspectos da cultura da sociedade brasileira, que tem na casa própria um dos suportes do conceito de “bem-estar familiar”; aspectos próprios da economia, nos quais as diferentes situações por que tem passado o país geram instabilidade, insegurança quanto a emprego, fluxo de renda, etc.

Os dados no IBGE ratificam os dados encontrados na pesquisa, mostrando que a hipertensão arterial e a diabetes são doenças bastantes presentes na população brasileira. Isso pode ser justificado pelos maus hábitos de vida relacionados a uma alimentação incorreta, falta de atividade física e práticas inapropriadas de saúde.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) correspondem ao problema de saúde de maior proporção, respondendo por mais de 70% das causas de mortes no Brasil. Entre elas, está presente a hipertensão arterial sistêmica. Conforme pesquisa nacional de saúde, em 2013 a proporção de indivíduos com 18 anos ou mais que possuíam diagnóstico de hipertensão arterial no Brasil foi de 21,4%, o que

corresponde a 31,3 milhões de pessoas<sup>(6)</sup>.

Outra DCNT bastante presente é a diabetes. Segundo Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em 2013, no Brasil, 6,2% da população de 18 anos ou mais de idade apresentavam diagnóstico médico de diabetes, o equivalente a um contingente de 9,1 milhões de pessoas<sup>(6)</sup>.

Em relação ao elevado nível de alcoolismo encontrado, observou-se que um dos motivos legítimos e primordiais que explicam a motivação para o uso do álcool está relacionado ao fato de que é uma droga que pode ser utilizada em espaço público, enquanto que as outras drogas subsistem no isolamento da vida secreta.

Além disso, o alcoolismo está intimamente ligado a situações de perda de autocontrole, gerando, assim, violência de todas as formas, entre elas a agressão física, verbal e acidentes de trânsito. O consumo abusivo de bebidas alcoólicas é considerado um fator de risco para as principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), bem como para acidentes e outros tipos de violência. O percentual da população com 18 anos ou mais de idade que costumava consumir bebida alcoólica uma vez ou mais por semana, no Brasil, foi de 24,0%, variando de 18,8%, na

Região Norte, e 28,4%, na Região Sul<sup>(6)</sup>.

Outro dado alarmante foi em relação ao número de gestantes presentes na pesquisa. Esse dado é importante para direcionar o programa de planejamento reprodutivo, uma vez que a maioria das grávidas eram adolescentes. Em relação ao elevado nível de gravidez, percebeu-se que ainda persiste o rejuvenescimento da fecundidade no país. A contribuição da fecundidade específica do grupo de mulheres de 15 a 24 anos na fecundidade total (em todo o período reprodutivo) passou de 34%, em 1980, para 53%, em 2006. Esse crescimento decorreu, principalmente, do aumento da participação relativa da fecundidade de 15 a 19 anos, que ascendeu de 9% para 23% no período<sup>(7)</sup>.

Na pesquisa, a maioria das famílias relataram seguir as condicionalidades impostas pelo PBF, justificando pelo fato de que se estivessem inadimplentes, com relação ao cumprimento das condicionalidades, estariam sujeitas a uma série de sanções, que vão desde o bloqueio do benefício por 30 dias até o seu cancelamento. O Programa Bolsa Família (PBF) foi implantado pelo governo federal brasileiro em outubro de 2003, com a perspectiva de combater

a pobreza e a fome no país e promover inovações no padrão histórico de intervenção pública na área social. Seguindo a trajetória dos programas de transferência de renda no Brasil, o PBF define o cumprimento de algumas condicionalidades relacionadas às áreas de saúde e educação<sup>(8)</sup>.

A ausência de registro do resultado do acompanhamento das condicionalidades nos sistemas de informação, definidos pelos ministérios da educação e saúde, pode também acarretar em bloqueio e perda do benefício<sup>(8)</sup>.

### **Conclusão**

A saúde da família estabelece uma estratégia para a organização e o fortalecimento da atenção básica como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS, uma vez que busca a reorganização do modelo de atenção à saúde pelo aumento do acesso e pela qualificação das ações da atenção básica.

Para que ocorra essa qualidade nas ações, é necessário utilizar o planejamento, ferramenta que tem como finalidade aprimorar os serviços de saúde, auxiliando-os administrativamente, adequando-os às necessidades da instituição, aos recursos, aos custos, às demandas da

população e ao momento social histórico e político. Para esse planejamento, inicialmente deve-se fazer um estudo sobre a população que se quer abordar, investigando aspectos demográficos e situacionais.

Na pesquisa, constatou-se que existem muitas famílias que vivem em condições de renda familiar mínima, residindo um número elevado de pessoas, muitas vezes, em um espaço pequeno. Outro dado da pesquisa apontou para um elevado nível de doenças crônicas não transmissíveis, principalmente hipertensão arterial sistêmica e diabetes, que foram prevalentes no estudo.

A partir da pesquisa, pode-se constatar também que as famílias que recebem auxílio do programa bolsa família cumprem com as condicionalidades impostas pelo programa, uma vez que não querem perder esse benefício.

Considerando essa discussão e os resultados alcançados, esta pesquisa é uma ferramenta útil que gerou informações para os gestores de saúde a respeito do perfil epidemiológico da população, a fim de propor estratégias, visando à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

## Referências

1. COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.
2. BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1.
3. MEDRONHO, R. A. Epidemiologia. Editora Atheneu, São Paulo, 2009.
4. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.
5. CARRION, O. B. K.; SCUSSEL, M. C. B. Condições de Moradia e comprometimento da renda familiar com habilitação e transporte na Região Metropolitana de Porto Alegre. In: V Encontro Nacional de Economia Política / Sociedade Brasileira de Economia Política (SEP). 2000, Fortaleza. Anais. Fortaleza: SEP, 2000.
6. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa nacional de saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.
7. BRASIL. Ministério da Saúde (BR). PNDS 2006. Pesquisa nacional e demográfica e saúde da criança e da mulher. Banco de dados. Brasília; 2008[citado 2014 dez 15]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/banco\\_dados.php](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/banco_dados.php)
8. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. Guia para o Acompanhamento das Condições do Programa Bolsa Família, Volume I, 2010.

Sources of funding: No  
Conflict of interest: No  
Date of first submission: 2015-06-29  
Last received: 2015-07-23  
Accepted: 2015-07-23  
Publishing: 2015-09-30