

Qualificar as ações de prevenção, reabilitação e promoção de saúde em pacientes atendidos na unidade básica de saúde no município de Sigefredo Pacheco – Piauí

To qualify the actions of prevention, rehabilitation and health promotion in patients attended at the basic health unit in the municipality of Sigefredo Pacheco – Piauí

PUPO, Magaly Josefa Pupo¹

Zulmira de Sousa Martins²

RESUMO

Este artigo apresenta experiências e reflexões sobre a importância da Visita Domiciliar como modalidade de atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde prestadas em domicílio garantindo a continuidade do cuidado. A partir de um diagnóstico situacional, foi observado que não havia no processo de trabalho da equipe um planejamento para visitas domiciliares programadas para pacientes acamados, puérperas, além de pessoas em situação de risco. Diante desta situação observou-se a necessidade de elaborar um Plano de intervenção com o objetivo de garantir a continuidade de cuidado a este grupo de pacientes. Para a realização dessa intervenção, foi necessário a utilização de um Planejamento Estratégico Situacional conforme segue: inicialmente fez-se a identificação dos problemas de pessoas necessitadas, selecionando o prioritário, descrevendo e, discutindo as operações que deveriam ser realizados e as respectivas estratégias para obtenção de êxito na execução do plano de ação visando a melhoria de implementação da visitas domiciliares, assistidas pela equipe da saúde da Unidade Básica de Saúde – UBS.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Atenção domiciliar. Equipe multiprofissional. Visita domiciliar.

ABSTRACT

This article presents experiences and reflections about the importance of the Home Visit as a modality of health care integrated into Health Care Networks (RAS), characterized by a set of actions to prevent and treat diseases, rehabilitation, palliation and health promotion provided at home ensuring continuity of care. From a situational diagnosis, it was observed that there was in the team work process a plan for home visits programmed for bedridden patients, puerperal, in addition to people at risk. In view of this situation, it was observed the need to elaborate an intervention Plan with the objective of guaranteeing the continuity of care to this group of patients. In order to carry out this intervention, it was necessary to use a Situational Strategic Planning as follows: initially identifying the problems of people in need, selecting the priority, describing and discussing the operations that should be performed and the respective strategies for obtaining of successful implementation of the action plan aimed at improving the implementation of home visits, assisted by the health team of the Basic Health Unit - UBS.

Key-words: Primary health care. Home care. Multiprofessional team. Home visit.

¹ Graduada em medicina com especialização em medicina geral integral pela Faculdade de Ciências Médicas Mariana Grajales - Holguin / Cuba. Pós-graduanda em saúde da família e comunidade pela Universidade Federal do Piauí – UFPI. E-mail: magalypupopupo@gmail.com

² Médica Docente do Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade – UFPI/ UNA-SUS.

INTRODUÇÃO

Sigefredo Pacheco, PI, cidade situada no Território de Desenvolvimento dos Carnaubais no último censo contava 9.649 habitantes, com uma densidade demográfica de 9.9 habitantes por km². Dispõe de cinco Unidades Básicas de Saúde – UBS, sendo que a UBS Mãe Bibia na qual trabalho, tem sala de recepção, consultórios para médicos, dentistas, psicólogos, sala de curativos, vacinas, inalação, sala para fisioterapia, enfermaria para observação, além de banheiros.

A equipe de saúde é formada por uma médica, uma enfermeira, dois técnicos de saúde, sete agentes comunitários de saúde e dentista. Fazem parte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF: nutricionista, fisioterapeuta, psicóloga e o educador físico. Os pacientes com problemas de saúde mental são encaminhados ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), da cidade vizinha, Campo Maior. A Unidade de Saúde conta também com apoio de uma ambulância.

O trabalho da equipe é planejado mensalmente, e realizado através de consultas na UBS com atendimento a hipertensos, diabéticos, mulheres, crianças, idosos, adolescentes, além de visitas domiciliares a pacientes acamados, puérperas e pacientes de risco. A população conta com 1.929 famílias, o que corresponde aproximadamente a 1.377 pessoas para cada agente de saúde, O posto de saúde tem cadastrados 4858 pacientes, de los temos um total de 28 domiciliados, 25 acamados, 69 puérperas, 159 pessoas em situação de risco. (ESTATÍSTICAS, 2018).

Com relação às visitas domiciliares aos pacientes não se tem um número fixo; pois depende das possíveis ocorrências na área de atendimento. O planejamento das visitas em domicílio muitas vezes não é seguido, por não termos garantia de transporte por parte do poder público municipal - a maior demanda de atendimento é espontânea e ocorre na própria UBS.

Tendo em vista a importância das visitas domiciliares, como ação de trabalho continuado junto à população (pacientes acamados; puérperas e pessoas em situação de risco), elaborar um plano operativo de ações.

A nível mundial a visita domiciliar é referência como estratégia de trabalho em Atenção Primária de Saúde; é um poderoso instrumento que passou a ser ainda mais valorizado com a introdução de programas de saúde da família, de reinserção social - no campo da atenção domiciliar. A visita domiciliar, presente no contexto histórico brasileiro, assumindo características diferentes de acordo com os vários cenários sociais, políticos e ideológicos pelos quais perpassou, pode ser definida como um conjunto de ações de saúde voltado para o atendimento tanto educativo quanto assistencial e foi incorporada no Brasil na década de 20. Muitos anos depois com a política de saúde regida pelo SUS; redefiniu-se a atenção domiciliar, baseada também nas Leis Brasileiras (Portaria GM nº. 825 de 25/Junho/2016) – uma ferramenta de cuidado e promoção de saúde, de busca ativa e identificação de demanda reprimida.

No Brasil, a transição epidemiológica levou à alterações relevantes no quadro de morbimortalidade; fazendo com que as doenças por infecção, representassem 40% das mortes registradas no país em 1950, hoje em dia representam menos de 10%. Com relação às doenças cardiovasculares, em 1950, eram causa de 12% das mortes e, atualmente, representam mais de 40%. (BRASIL.2018).

Como lembra Guimarães (2017), em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um desenho caracterizado por enfermidades complexas e mais onerosas; próprias das faixas etárias mais avançadas. Com o processo de envelhecimento da população brasileira, este novo perfil epidemiológico, com predomínio de doenças crônico-degenerativas, se desenvolve, e se reflete nas diferenças de gênero. (GUIMARÃES, 2017)

De acordo com dados estatísticos Brasileiros, o Piauí é um estado com mais de três milhões de habitantes e a primeira causa de morte são doenças cardiovasculares. Em segundo lugar neoplasias e em terceiro causas externas. Importante se faz observar, que em algumas regiões os grupos populacionais mais pobres do Brasil ainda apresentam altas taxas de doenças de causa infecciosa; carência nutricional e mortalidade materno-infantil; assim acontece no município de Sigefredo Pacheco – PI, onde a principal causa de morte em idosos são cardiovasculares e neoplasias; em outras idades por outras causas.(acidentes, suicídios, entre outras) (SIQUEIRA, 2017)

Sigefredo Pacheco, registrou nos anos de 2015 e 2016 um total de duas (2) mortes em menores de um (1) ano. Este dado reflete as condições de desenvolvimento econômico, social e ambiental do município. A HTA representa um total entre 20 e 40% da população adulta, sendo considerada um grave problema de saúde devido à sua alta prevalência e baixas taxas de controles que inclui o grupo de domiciliados/idosos/puérperas/pessoas em situação de risco (.ESTATÍSTICA MUNICIPAL, 2017).

Quanto às doenças contagiosas como Dengue não apareceu caso reportado. Foram diagnosticados 5 casos de Hanseníase, em tratamento; Tuberculose 5 casos também controlados. Mais de 20 000 (Vinte Mil) consultas em média foram realizadas durante cada ano nos últimos anos; logrando assim um melhor resultado no acompanhamento à saúde da população; diminuindo por conseguinte o número de leitos ocupados nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS); o que possibilita uma considerável economia de recursos (ESTATÍSTICA MUNICIPAL 2017).

De acordo com Pereira (2017):

Resultados insatisfatórios de saúde pública, estão associados a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômicos, insatisfações condicionadas por diferentes fatores externos entre outros, como desconhecimento da importância de condutas terapêuticas e seguimento de doenças influenciada pela estrutura da população, sexo e variações geográficas. (PEREIRA.2017).

Contudo, considerando os dados estatísticos, o Brasil está entre 11 países com melhores resultados; tendo reduzido 43% a mortalidade materna. Todos os fatores de uma forma ou de outra tem um papel importante no comportamento das estatísticas de morbimortalidade do país, considerando o monitoramento de pacientes, a conduta e programas que são todos variáveis de acordo com as condições socioeconômicas, ambientais, geográficas e culturais (PEREIRA, 2017).

METODOLOGIA

Com base em uma revisão literária sobre planejamento e intervenção prática em ações de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento paliativo priorizando as visitas domiciliares; procurou-se estudar quais dados poderiam ser coletados na implementação das atividades tendo em vista

proporcionar uma significativa melhoria na qualidade de vida e promover um melhor cuidado ao povo e, atenção da saúde de forma geral.

Foi realizado um diagnóstico e observado que não havia no processo de trabalho da equipe da Unidade Básica de Saúde – UBS, um planejamento adequado para visitas domiciliares programadas para pacientes acamados, puérperas, além de pessoas em situação de risco.

Diante das informações elaborou-se um Plano de Intervenção com o objetivo de garantir a continuidade de cuidado a este grupo de pacientes que precisam de “atendimentos especiais”, com visitas na própria residência, conforme descrito a seguir:

| |
|---|
| SITUAÇÃO PROBLEMA: Pacientes domiciliados/acamados/pessoas em situação de risco e puérperas. |
| OBJETIVOS |
| Identificar na UBS, o perfil dos pacientes que necessitam de cuidados domiciliares. |
| METAS/PRAZOS |
| Permanente. |
| AÇÕES/ESTRATÉGIAS |
| Identificação de território junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Preencher planilhas e fichas para realização de trabalho; Avaliação de pacientes de forma objetiva e integral para conhecer os possíveis problemas de saúde que podem afetar os cidadãos – principalmente os indivíduos em situação de riscos e mais vulneráveis. Conhecer as doenças e o padrão de vida. Avaliação no posto de saúde e visita domiciliar para fazer acompanhamento sistemático aos pacientes. Orientação de promoção e prevenção de saúde. |
| RESPONSÁVEIS |
| Equipe de saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. |
| OBJETIVOS |
| Planejar agendamento de visitas domiciliares. |
| METAS/PRAZOS |
| Permanente. |
| AÇÕES/ESTRATÉGIAS |
| Preparação da equipe para sistematização e avaliação do planejamento para a visita ambulatorial. Revisão contínua de fichas individuais e apropriação/conhecimento do plano de trabalho; Ouvir a sociedade para obtenção de informações sobre a saúde de pessoas residentes no município. Coordenar com gestor de saúde apoio de transporte para realizar as visitas domiciliares em data prevista. |
| RESPONSÁVEIS |
| Equipe. Secretaria de saúde. Fisioterapeuta. Prefeitura Município. NASF. |
| OBJETIVOS |
| Promover ações de prevenção, tratamento paliativo, e orientação a puérperas, pacientes acamados, domiciliados, além de pessoas em situação de risco. |
| METAS/PRAZOS |
| Permanente. |

| AÇÕES/ESTRATÉGIAS |
|---|
| <p>Realizar palestras educativas sobre: tratamento, higiene, alimentação, cuidado de puérperas, prevenção de doenças em casos de risco.</p> <p>Inserir a fisioterapeuta, NASF no trabalho de visita domiciliar.</p> <p>Garantir junto à Secretaria Municipal de Saúde apoio para meio de transporte permanente, afim de assegurar o cumprimento das visitas domiciliares planejadas previamente, dispondo de recursos como materiais para fazer curativos, vacinas, ,documentação e outros equipamentos.</p> <p>Busque da do material para realização de palestras com informações atualizadas.</p> <p>Reorganizar e Sistema de Contra Referência do Hospital de Base.</p> <p>Orientar de forma educativa os cuidadores de pacientes acamados/puérperas/domiciliados.</p> <p>Trabalhar de forma planejada e contínua com grupos riscos (fumantes, usuários de drogas ,obesidade, transtornos hiperlipidêmicos, puérperas com doenças).</p> <p>Incluir no trabalho a Prefeitura Municipal de Sigefredo Pacheco para possibilitar apoio financeiro e recursos materiais.</p> <p>Avaliação médica de paciente com retorno hospitalar.</p> |
| RESPONSÁVEIS |
| <p>Equipe de Saúde.</p> <p>Secretaria de Saúde.</p> <p>Prefeitura Municipal.</p> |

FONTE: A própria autora.

RESULTADOS

O trabalho em conjunto com a equipe de saúde preenchendo os formulários, e fazendo uma revisão contínua de fichas individuais para conhecer o plano de trabalho e identificar a população; fazendo uma avaliação de pacientes de forma objetiva e integral para identificar especificamente o problema de pessoas domiciliadas, acamadas, puérperas e pessoas em situação de riscos, observando também o padrão de vida destas pessoas. Na unidade de saúde, é sempre realizada conjuntamente uma avaliação semanal com toda a equipe sobre os pacientes necessitados. A apropriação destas informações é primordial para o planejamento e visita ambulatorial, isto se faz de forma contínua, uma vez que sempre ocorrem novos casos que precisam do “olhar e ação” do pessoal da saúde.

A população de forma geral, se orienta com palestras educativas, que pode são realizadas por médicos, enfermeiros, técnicos de saúde ou com a equipe completa, com o objetivo de informar e orientar sobre as doenças e tratamentos. As orientações versam ainda sobre alimentação, cuidado de puérperas, prevenção de doenças em caso de pessoas em situação de risco, cuidado de pacientes domiciliados e pessoas que não têm conhecimento de saúde, higiene pessoal, etc.

Houve a necessidade de inserir na equipe de saúde, um profissional de fisioterapia, também NASF importante na recuperação de pacientes com doenças causadas por acidente; idosos acamados; pacientes com sequelas; pessoas com problemas físicos variados e com dificuldade de locomoção até a UBS.

O trabalho coordenado junto à Secretaria Municipal de Saúde visando receber apoio financeiro e de meios de transportes foi providencial para o avanço do plano – com resultados concretos. Isso, possibilitou levar às áreas de visitas, vacinas, materiais de curativos, documentação como fichas, equipamentos, além de pessoal especializado (médico, enfermeira, agentes de saúde, fisioterapeuta, dentista e agente de saúde comunitário) para a realização do trabalho em áreas de

difícil acesso. O apoio da Prefeitura Municipal também teve um impacto bastante positivo no processo.

Realizou-se uma atualização de material educativo; para que a população recebesse informações corretas sobre doenças. O apoio da supervisora municipal que assiste a UBS de forma mensal, foi indispensável para a realização de palestras educativas e de promoção de saúde; contextualizadas, para cada público-alvo, com linguagem simples e acessível aos menos “letrados”. Também se inclui aqui os pacientes de grupos de risco como fumantes, obesos, usuários de drogas, dicção, transtornos hiperlipidêmicos e puérperas, entre outros.

A Gestora Municipal de Saúde, em conjunto com o sistema estatístico e o Gestor do Hospital de base que se encontra na cidade de Campo Maior, proporcionaram encontros para reorganizar o sistema de contra referência, visando levar a equipe de saúde até as pessoas necessitadas; que por problemas de saúde e falta de transporte não podem ir ao posto de saúde. A maioria desses pacientes é composta por pessoas acidentadas, doentes que necessitam de reabilitação, tratamentos curativos, e paliativos. Este trabalho de visita e acompanhamento acontece de forma permanente, pois muitos pacientes saem dos hospitais, não têm acompanhamento adequado nas suas comunidades. Neste sentido, enfatiza-se a real necessidade das visitas domiciliares como garantia da promoção da saúde pública aos cidadãos carentes – “que vivem isolados em seus domicílios”.

O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde; mostrou-se muito eficaz na busca contínua de pacientes domiciliados, acamados, puérperas e pessoas em situação de risco que são desconhecidos por situação geográfica, e que não acedem os serviços de saúde por falta de transporte, e por outras causas.

DISCUSSÃO

Para a execução do plano foi providencial o apoio contínuo da secretaria municipal da saúde na realização das ações estratégicas; principalmente com disponibilização de transporte para a realização das visitas, também foi necessário e indispensável a contribuição de toda a equipe da Secretaria de Saúde do município, bem como de todos os membros da Estratégia de Saúde da Família. Os agentes comunitários de saúde de fundamental importância, pois possibilitaram a identificação de pacientes que necessitam de visitas domiciliares pelo médico assistente. O enfermeiro responsável pela interatividade entre todos da equipe, pela motivação e pelo agendamento dos pacientes.

Sabe-se que a visita domiciliar possibilita maior aproximação dos profissionais com os usuários e amplia o reconhecimento do seu contexto de vida, condição básica para o cuidado integral. Desta forma, mesmo que algumas evidências demonstrem que a ESF ainda não tenha se desenvolvido suficientemente na construção de um novo modelo de atenção, é inegável a sua fortaleza enquanto proximidade usuário/equipe. (MARIN et al 2011).

Portanto, a visita domiciliar no contexto da atenção em saúde é um instrumento de assistência importante na Estratégia Saúde da Família, por contribuir para a mudança de padrões de

comportamento e, conseqüentemente, na promoção da qualidade de vida através de promoção da integralidade em saúde. (RODRIGUES, ROCHA, PEDROSA, 2011, apud BEZERRA et al)

Pode-se perceber durante todo o processo, a grande importância das visitas domiciliares junto às famílias locais; através de diversos relatos dos usuários sobre os benefícios das ações para a comunidade, corroborando com Sossai e Pinto (2010, apud BEZERRA et al) quando destacam que essa estratégia possibilita entender melhor o modo de vida dos usuários, conhecer o ambiente em que vivem e as relações familiares, abordar questões que vão além da doença física e contemplem os problemas sociais e emocionais, proporcionando orientações voltadas para as reais necessidades de saúde do usuário e buscando singularidades na forma de cuidar.

Para Feuwerker e Merhy (2008, apud BEZERRA et al) as principais vantagens da visita são: a desospitalização de internações desnecessárias geradas pela fragilização das redes de apoio, o oferecimento de cuidados paliativos e cuidados voltados à diminuição das complicações advindas das internações prolongadas.

CONCLUSÕES

O trabalho refletiu sobre a importância das visitas domiciliares em que o paciente é submetido a uma gama maior de informações de promoção, prevenção, tratamento paliativo e reabilitação, com enfoques diferentes através da ação da equipe multidisciplinar.

As Visitas Domiciliares possibilitam a incorporação de hábitos saudáveis de vida, demonstrados nos resultados práticos deste estudo – proporcionando mudanças no estilo de vida em domiciliados, acamados, puérperas e pessoas em situação de risco. As ações demandaram uma Equipe de Saúde Multidisciplinar preparada e atualizada visando um atendimento integral, de qualidade e de resultados – sempre na direção da humanização da saúde. Este estudo concorre de forma significativa para um olhar mais reflexivo a respeito da prática profissional, por meio de intervenções, visando à prevenção e o controle dos fatores de risco modificáveis, cuidados gerais às populações em contextos de perigo ou ameaça à saúde (acamados/domiciliados/puérperas) e, orientação para pessoas em situação de risco tais como fumantes, obesos, usuários de drogas etc.

Todos que fizeram parte da pesquisa, contribuíram para a qualificação e pensamento crítico sobre a realidade dos munícipes; seus problemas; potencialidades e, acima de tudo apontou para a efetiva necessidade das Visitas Domiciliares na área adstrita.

Conclui-se que; a realização de visitas domiciliares assistidas pelo médico da UBS em Sigefredo Pacheco; traduz-se em medida fundamental para a população do município Percebe-se o quanto os pacientes são beneficiados por uma assistência baseada na equidade e na integralidade de cada ser humano - capaz de promover profundas mudanças no âmbito social através dos cuidados com saúde, pelo médico e por toda a equipe de saúde; pois acredito que a interdisciplinaridade torna-se fundamental para o êxito das ações programadas para o cuidado da população.

REFERÊNCIAS

ALVES, Marta dos Reis. et al. **Educação permanente para os agentes comunitários de saúde em um município do norte de Minas Gerais / Educación permanente para agentes de salud comunitários en una ciudad em el norte de Minas Gerais / A permanente ducation for community health agents in a city in the north of Minas Gerais.** Disponível em:<<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-719733>>. Acesso em: 08 jan. 2018.

BASE DE DADOS. **Estatísticas Municipais de Saúde de Sigefredo Pacheco. 2016 – 2017.** Informação Digital.

BEZERRA, Italla Maria Pinheiro, et al. **VISITA DOMICILIAR E ATENÇÃO À SAÚDE: UMA ANÁLISE NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.** Disponível em:<http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/71/2013_71_7509.pdf>. Acesso em: 11 maio. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde Política Nacional de Atenção Básica. **Portaria Nº 963 de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Básica no âmbito do Sistema Único Da Saúde (SUS).** (BRASIL, 2013, p. 19). Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em 12 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar Volume 1.** Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/geral/CAD_VOL1_CAP3.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Agente Comunitário de Saúde.** Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=23176>. Acesso em 11 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, para Estratégia da Saúde da Família (ESF) é o Programa de Agente Comunitário (PACS)** de 21 de outubro de 2012. Publicada no Diário Oficial da União 24 de out de 2012. Disponível em:<<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 12 jan. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016 Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.** Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html>. Acesso em: 09 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação do Melhor em Casa com a Atenção Básica: aumentando a resolutividade e evitando internações hospitalares. Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar.** Disponível em:<https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/saude/temas-em-saude/atendimento_medico_domiciliar/melhor_em_casa_e_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Monitoramento e Avaliação da Atenção Domiciliar/Melhor em Casa.** Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. 2012.

COSTA, E. F. et al. **Avaliação da efectividade da promoção da actividade física por Agentes Comunitarios de Saúde em visitas domiciliaries / Evaluation of the effective Ness of home-based physical activity promotion by community health workers / Evaluación de la efectividad de la promoción de la actividad física por agentes comunitarios de saluden visitas a domicilios.** Cad. Saúde Publica; 31(10): 2185-2198, Out. 2015. tab., graf. Artigo em Português | LILACS | ID: lil-770559. Disponível em:<https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/saude/temas-em-saude/atendimento_medico_domiciliar/melhor_em_casa_e_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.

DOTTO, J. M.; et al. **Avaliação da qualidade dos serviços de atenção primária à saúde acessados por idosos em dois distritos de Porto Alegre, RS, Brasil.** RFO UPF; 21(1): 23-30, jan./abr.2016. Artigo em Português | LILACS-Express | ID: biblio-2319. Disponível em:<<http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/viewFile/5385/3920>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

FARIA, C.C.C et al. **O diabético numa perspectiva da promoção de saúde / El diabético em la perspectiva de la promoción de la salud / The diabetic from the health promotion perspective** *Rev. bras. Promon. saúde* (Impr.); 26(1)mar. 2013. tab. Artigo em Português, Inglês | LILACS | ID: lil-677917. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2615>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

FERRARI, T.K; et al. **Estilo de vida saudável em São Paulo, Brasil / Healthy life style in São Paulo, Brazil/ Cad Saude Publica**; 33(1): e00188015, 2017. tab. Artigo em Português | LILACS-Express | ID: biblio-839634. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde.../publico/TatianeKosimenkoFerrari.pdf>. Acesso em 18 jan. 2018.

GUIMARAES, R.M et al. **Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde / Challenges for the formulation, implantation and implementation of a National Health Surveillance Policy in Brazil.** *Ciênc. Saúde Colet*; 22(5): 1407-1416, maio 2017. tab. Artigo em Português | LILACS-Express | ID: biblio-839957. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002501407&script=sci_abstract>. Acesso em 20 jan. 2018.

IBGE. **Sigefredo Pacheco.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/sigefredo-pacheco/panorama>>. Acesso em: 09 jan. 2018.

MATUMOTO, S; SILVA, M, B. T. **Trabalho clínico da enfermeira: para além das doenças crônicas / El trabajo clínico de la enfermera: más allá de las enfermedades crónicas / Nurse's clinical work: beyond chronic diseases.** *Rev. pesqui. cuid. fundam.* Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-27201>>. Acesso em 20 jan. 2018.

MINISTÉRIO DE SAÚDE. **Portaria n.648 de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelece a revisão de diretrizes e normas para organização de Atenção Básica para o Programa Saúde de Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.** Publicado no Diário Oficial da União N. 61 publicada , de 29 de março de 2006 Brasília DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://bvs/.../2006/portal/0648-28-3-2-006-comp>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

PEREIRA, K.C.R. et al. **Avaliação da gestão municipal para as ações da atenção à saúde do idoso / Evaluation of municipal administration of health care actions for the elderly / Evaluación de la gestión municipal en las acciones de la atención a la salud del anciano.** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000405004&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 20 jan. 2018.

RODRIGUES, L. A; et al. **Cuidados paliativos, diagnósticos e terminalidade: indicação e início do processo de palição / Cuidados paliativos, diagnósticos y terminalidad: indicación y comienzo del paliación proceso / Hospice care, diagnostic and terminally: indication and process start palliation.** Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=26952&indexSearch=ID>>. Acesso em: 28 jan. 2018.

SANTOS .S.S. **Visita Domiciliar ne Estratégia Saúde da Família.** *Revista.ufpr*. www.saude.ufpr.br/portal/.../28/21761-88053-1-PB.pdf. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net>>. Acesso em: 28 jan. 2018.

SIQUEIRA, S.A.V. et al. **Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde.** / *Equity Promotion Policies in Health for vulnerable groups: the role of the Ministry of Health* *Ciênc. Saúde Colet*; 22(5): 1397-1397, maio 2017. Tab. Artigo em Português | LILACS-Express | ID: biblio-83998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002501397&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 28 jan. 2018.

SPERANTIO, N.P, S. **E Inquéritos antropométricos e alimentares na população brasileira: importante fonte de dados para o desenvolvimento de pesquisas / Anthropometric and dietary survey of the Brazilian population: na importante source of data for conduct ingrearch** *Ciênc. Saúde Colet*; 22(2): 499-508, fev. 2017. Tab. Artigo em Português | LILACS-Express | ID: biblio-839949

TEIXEIRA, M.R. et al. **Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras / Primary care and collaborative care in children and adolescents psychosocial interventions: facilitators and barriers.**

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002601933&script=sci_abstract>. Acesso em: 30 jan. 2018.