

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**

GABRIELA CIRQUEIRA DE SOUZA BARROS

**SISTEMATIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR EM UMA COMUNIDADE
ACOMPANHADA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

FORTALEZA, 2018

GABRIELA CIRQUEIRA DE SOUZA BARROS

**SISTEMATIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR EM UMA COMUNIDADE
ACOMPANHADA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Prof^o. Gabrielle de Lima Ferreira

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

B277s barros, Gabriela cirqueira de souza.
SISTEMATIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR EM UMA COMUNIDADE ACOMPANHADA
PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA / Gabriela cirqueira de souza barros. – 2018.
22 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de
Medicina, Especialização NUTEDS - Saúde da família, Fortaleza, 2018.
Orientação: Profa. Esp. gabrielle de lima ferreira .

1. visita domiciliar. 2. familia. 3. sistema unico de saude . I. Título.

CDD 362.1

GABRIELA CIRQUEIRA DE SOUZA BARROS

**SISTEMATIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR EM UMA COMUNIDADE
ACOMPANHADA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: 17/08/2018

BANCA EXAMINADORA

Profº., titulação (Dr./Me.), nome.
Instituição

Profº., titulação (Dr./Me/Esp), nome.
Instituição

RESUMO

As equipes de saúde da família estão sobrecarregadas devido a uma cobertura insuficiente de profissionais nas comunidades. Com isso, surge a necessidade de organizar os atendimentos, inclusive na visita domiciliar, buscando adequada atenção às comunidades. Após estudo científico, Coelho e Savassi apresentam uma estratégia que busca classificar famílias que precisam de atenção prioritária nas visitas domiciliares: a Escala de Risco das Famílias. Em uma comunidade acompanhada pela Estratégia Saúde da Família, as visitas domiciliares se limitam a pacientes acamados e com dificuldade de locomoção. Essa limitação deixa de lado famílias que têm alto risco e vulnerabilidade social sem atenção adequada. Somado a isso, a grande demanda impede que todas as famílias sejam incluídas no acompanhamento domiciliar. Assim, propõe-se como projeto de intervenção aplicar a Escala de Risco das Famílias com o objetivo de organizar as visitas domiciliares, dando atenção adequada às famílias que tem maior urgência de atenção domiciliar. O número total de famílias acompanhados pela equipe é de 1050. Os dados serão coletados pelos agentes comunitários de saúde (ACS). Inicialmente serão realizados encontros com os ACS com o objetivo de capacitar e sensibiliza-los sobre a Escala. Em seguida haverá a aplicação das escalas. Por fim, a análise das escalas se dará de forma individual, aplicadas em programa Excell. Após a avaliação e classificação das famílias quanto ao risco familiar, se dará início o planejamento das visitas, de forma que as famílias já acompanhadas não percam a atenção. Como resultados, espera-se que hajam um conhecimento mais aprofundado das famílias, assim como dos determinantes do processo saúde-doença da comunidade acompanhada. Acredita-se que hajam famílias com alto risco sem atenção domiciliar, assim como famílias de menores risco e que podem receber atendimento no posto de saúde que estejam sendo visitadas. Isso corrobora a necessidade da aplicação da Escala no âmbito da saúde Básica. Além disso, com esse estudo a atenção dada a comunidade se tornará mais integral e equânime, com consequente melhora nos indicadores sociais.

Palavras-chave: Visita Domiciliar. Família. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Family health teams are overwhelmed due to insufficient coverage of professionals in the communities. With this, the need arises to organize the attendance, including in the home visit, seeking adequate attention to the communities. After a scientific study, Coelho and Savassi present a strategy that seeks to classify families that need priority attention in home visits: the Household Risk Scale. In a community accompanied by the Family Health Strategy, home visits are limited to patients who are bedridden and have difficulty locomotion. This limitation leaves families with high risk and social vulnerability without adequate attention. Added to this, the high demand prevents all families from being included in home monitoring. Thus, it is proposed as an intervention project to apply the Family Risk Scale with the objective of organizing home visits, giving adequate attention to families that have the greatest urgency of home care. The total number of families followed by the team is 1050. Data will be collected by community health agents (ACS). Initially, meetings will be held with the ACS in order to train and sensitize them on the Scale. Then the scales will be applied. Finally, the analysis of the scales will be given individually, applied in Excell program. After the evaluation and classification of the families regarding the family risk, the planning of the visits will begin, so that the families already accompanied will not lose their attention. As results, it is expected that there will be a deeper knowledge of the families, as well as the determinants of the health-disease process of the community. It is believed that there are families at high risk without home care, as well as families of lower risk and who can receive care at the health center that are being visited. This corroborates the need to apply the Scale in the scope of Basic Health. In addition, with this study the attention given to the community will become more integral and equitable, with consequent improvement in social indicators.

Keywords: House Calls. Family. Unified Health System.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	5
2	PROBLEMA.....	6
3	JUSTIFICATIVA.....	7
4	OBJETIVOS.....	8
4.1	OBJETIVO GERAL.....	8
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	9
6	METODOLOGIA.....	14
7	RESULTADOS ESPERADOS	15
8	CRONOGRAMA.....	16
9	RECURSOS NECESSÁRIOS.....	17
10	CONCLUSÃO.....	18
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19
	ANEXO.....	21

1 INTRODUÇÃO

Por muito tempo não foi dada prioridade à assistência básica de saúde da população. Esse fator leva a uma realidade de filas de pessoas diante de hospitais especializados em busca de resolução de condições de saúde que poderiam ter sido evitadas, além de um gasto acima do necessário pelo governo nesses setores, em detrimento da promoção de saúde. Com o objetivo de reorganizar o modelo assistencial brasileiro, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde (MS). (SANTANA E CARMAGNANI, 2001)

O modelo de Saúde da Família adotado pelo governo foi pautada em experiências bem sucedidas de outros países e foge do modelo médico e hospitalocêntrico. Foi proposto um modelo que amplia e interioriza a cobertura do sistema de saúde. Dentre as estratégias propostas pelo novo modelo de Saúde da Família, destaca-se a tecnologia da visita domiciliar (VD), com objetivo de prevenção e busca ativa da população pela equipe de Saúde. (COELHO E SAVASSI, 2004)

A VD define-se como ações que englobam o atendimento assistencial e educativo através de uma interação efetiva entre a equipe, a família e, conseqüentemente, a comunidade. Possibilita um entendimento maior da equipe de saúde sobre a vivência do usuário-família, no que diz respeito a suas condições socioeconômicas, culturais e ambientais. O emprego da VD está também voltado aos usuários com problemas pontuais, dificuldades de locomoção, portadores de doenças crônicas e condições de vulnerabilidade social. (SANTOS E MORAES, 2011)

Em concomitância ao surgimento da nova estratégia e suas tecnologias, um problema surgiu: a medicina da família continuava sobrecarregada por uma população extensa e uma cobertura profissional insuficiente. Esse problema levou a questionamentos e estudos sobre quem priorizar nos atendimentos domiciliares. E com isso, após estudo científico, Coelho e Savassi apresentam uma estratégia que busca atender ao princípio de equidade do Sistema Único de Saúde (SUS), que determina o tratamento igual aos iguais, e com isso privilegiar as famílias de maior risco sem perder a qualidade da atenção às famílias de menor risco. Foi elaborada a Escala de Risco das Famílias que procura classificar quais famílias precisam de atenção maior e mais rápida. (COELHO E SAVASSI, 2004)

Este estudo propõe a organização das visitas domiciliares em uma comunidade atendida pela Estratégia Saúde da Família, buscando atender de forma equânime a todas as famílias.

2 PROBLEMA

Unidade Básica de Saúde que receberá o projeto de intervenção atende a famílias com diversas complexidades e possui uma elevada demanda de visita domiciliar. Somado a isso, não há um critério para a organização de quais famílias devem ser visitadas com prioridade e maior frequência. Diante disso e da baixa cobertura profissional na estratégia saúde da família, muitas famílias ficam vulneráveis socialmente devido à pouca atenção da equipe. Com isso, fica o questionamento se as famílias com maior necessidade estão sendo visitadas. Para responder a essa questão, foi proposto este projeto de intervenção.

3 JUSTIFICATIVA

Diante da importância da VD, surgem problemas que precisam ser discutidos. Um deles, perpassa pela sobrecarga das equipes de Saúde da Família e, conseqüentemente, a organização de quais famílias devem ser visitadas e priorizadas. Diante do exposto, é de extrema importância o estudo e o planejamento de estratégias que tragam a equidade para a determinação das famílias prioritárias para a VD. Para isso, é viável a utilização da Escala de Risco Familiar de Coelho Savassi, e através da intervenção nesse aspecto, espera-se iniciar ações que estejam em acordo com os dados sentinelas que trazem mais riscos às famílias da área adscrita.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Organizar o fluxo de Visita Domiciliar realizada em uma comunidade atendida pela Estratégia Saúde da Família.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Mapear as famílias acompanhadas quanto ao risco de vulnerabilidade social proposto por Coelho e Savassi;

Mapear as microáreas de maior risco;

Identificar sentinelas que trazem maior risco às famílias da comunidade estudada.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 VISITA DOMICILIAR

No Brasil, principalmente a partir do final da década de 70, há progressivo esgotamento do modelo médico-assistencial privatista, dominante até então. O modelo centrado na assistência médica fragmentada e especializada, que considera o hospital como seu lugar principal de ação e não se articula com outras práticas terapêuticas ou racionalidades não médicas não apresentava mais perspectivas de atendimento às demandas de saúde da população (KLUTHCOVSKY E TAKAYANAGUI, 2006).

Uma conquista importante que data dessa época é a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a qual marcou legalmente um debate no campo da gestão da saúde pública no Brasil, que, iniciado há algum tempo ganhou força na década de 1970 com a Reforma Sanitária. A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Constituição Federal de 1988 e das leis 8.080/90 e 8.142/90, se traduziu em transformações de fato no sistema brasileiro de proteção social em saúde, seja ao afirmar o dever do Estado e a garantia de direitos, seja ao promover seus pressupostos de universalização, descentralização, integralidade e participação social (CARDOSO E NASCIMENTO, 2010).

Diante deste cenário em formação, o Ministério da Saúde, lançou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), entendido como estratégia do modelo de atenção básica à saúde no SUS, sendo a equipe de saúde da família um dos pontos de atenção da rede horizontal do sistema municipal de saúde (KLUTHCOVSKY E TAKAYANAGUI, 2006). Atualmente, tem sido denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que não possui caráter programático, e sim características estratégicas de mudança do padrão de atenção à saúde da população (GIACOMOZZI, LACERDA, 2006).

Nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, o PSF é apresentado como uma estratégia que visa à reorientação do modelo assistencial (BORNSTEIN, STOTZ, 2008), como uma estratégia de reorganização sanitária, fomentando as discussões acerca do modo de produzir saúde (SILVA, 2008), substituindo o modelo tradicional de assistência orientado para a cura de doenças e hospitalocêntrico, por um modelo cujas principais características são o enfoque sobre a família a partir de seu ambiente físico e social, como unidade de ação (BORNSTEIN, STOTZ, 2008); a adscrição da clientela, a qual se refere ao vínculo permanente estabelecido entre a população e as equipes de saúde; a territorialização, que implica na relação

precisa entre território e população; o diagnóstico da situação de saúde da população, realizado a partir da análise da situação de saúde do território, mediante cadastramento das famílias e dos indivíduos; e o planejamento baseado na realidade local, que permite a organização de ações de saúde coerentes com as necessidades da população (KEBIAN, ACIOLI, 2014).

A partir da necessidade de o profissional conhecer as diferentes dinâmicas sociais e culturais presentes no processo de adoecimento e cura dos distintos grupos, é relevante que este se aproxime do ambiente familiar e domiciliar do indivíduo. Para estabelecer o cuidado, faz-se indispensável o uso de um recurso metodológico que é utilizado por determinadas categorias profissionais e, também, por alguns programas assistenciais: a Visita Domiciliar (GARCIA, TEIXEIRA, 2009).

Uma vez que conforma a base do Sistema, a Atenção Básica determina as ações dos outros níveis e seu processo de trabalho engloba diversas atividades e instrumentos, dentro os quais a Visita Domiciliar, que é utilizada tanto nas unidades básicas como nas unidades de saúde da família. Os programas assistenciais também compreendem a Visita Domiciliar como metodologia para o desenvolvimento de suas ações (GARCIA, TEIXEIRA, 2009).

Para entender a importância de tal instrumento de trabalho, é preciso entender ainda os conceitos de Atenção e Assistência Domiciliar à Saúde. A atenção domiciliar à saúde constitui a modalidade geral da atenção à saúde prestada no domicílio, sendo uma categoria genérica que engloba e representa o atendimento, a visita e a internação domiciliares, cada qual com seus objetivos e características. Já a Assistência Domiciliar à Saúde é uma categoria da atenção domiciliar à saúde que pode ser também denominada atendimento ou cuidado domiciliar e baseia-se na plena interação do profissional com o paciente, sua família e com o cuidador, quando esse existe. Ela constitui um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio, e pode ser instrumentalizada pela visita ou internação domiciliar. Deste modo, a Atenção Domiciliar à Saúde diferencia-se por constituir uma modalidade ampla que envolve as ações de promoção à saúde em sua totalidade, incluindo a prática de políticas econômicas, sociais e de saúde, que influenciam o processo saúde-doença dos indivíduos, além de envolver ações preventivas e assistenciais das outras categorias que engloba (atendimento, visita e internação domiciliar) (GIACOMOZZI, LACERDA, 2006).

Diante do exposto, concluímos que as VD constituem um instrumento facilitador na abordagem dos usuários. Por meio desse recurso podemos entender a dinâmica familiar e o meio no qual está inserida (REINALDO, ROCHA, 2002). A VD constitui uma atividade cujo

intuito é o de subsidiar a intervenção no processo de saúde-doença de indivíduos ou no planejamento de ações, visando à promoção da saúde da coletividade (GARCIA, TEIXEIRA, 2009).

Neste contexto, a visita domiciliar, entendida como método, técnica e instrumento, constitui-se como um momento rico, no qual se estabelece o movimento das relações, ou seja, a escuta qualificada, o vínculo e o acolhimento, favorecendo que os grupos familiares ou comunidades tenham melhores condições de se tornarem mais independentes na sua própria produção de saúde. Importante ressaltar também que a visita se estabelece in loco, permeando o lugar do seu cotidiano, do seu mundo vivido e enfrentado, de acordo com sua visão de mundo. (LOPES, SAUPE, 2008).

O PSF pressupõe a VD como tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população (ALBUQUERQUE, BOSI, 2008). É preconizado que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) realize, no mínimo, uma visita por família da área de abrangência ao mês, sendo que, quando necessário, estas podem ser repetidas de acordo com as situações determinantes de cada realidade. Cabe aos demais profissionais da ESF planejar suas visitas domiciliares procurando atender as demandas identificadas pelos agentes (pode variar entre as diferentes unidades) (AZEREDO, COTTA, 2007).

Compreender o contexto de vida dos usuários dos serviços de saúde e suas relações familiares deve visar ao impacto nas formas de atuação dos profissionais, permitindo novas demarcações conceituais e, conseqüentemente, o planejamento das ações considerando o modo de vida e os recursos de que as famílias dispõem (ALBUQUERQUE, BOSI, 2008).

A despeito de suas potencialidades, a atividade de VD enfrenta muitos desafios. O contexto de incertezas e surpresas em que se realiza, envolvendo relações complexas entre o público e o espaço privado do domicílio. Além das dificuldades inerentes à própria prática da VD: a mudança de famílias, endereços errados e recusas, entre outras situações adversas. Os problemas com que os profissionais se deparam nas VD envolvem não apenas o enfrentamento da doença em si, mas, também, situações relacionadas ao contexto social e cultural em que vive a família, para os quais a medicina tecnológica, em geral, tem pouco para ofertar, sendo necessário reconhecer os limites dos profissionais e admitir que as alternativas e encaminhamentos para os problemas passam, necessariamente, pela participação do usuário e

sua família, bem como, por ações Inter setoriais e de articulações com a sociedade civil. (CUNHA, SA, 2013).

A despeito das dificuldades enfrentadas, o trabalho Inter profissional na ESF assume fundamental importância para a abordagem da saúde da família, em especial na assistência domiciliar à saúde, que envolve os profissionais e as pessoas/famílias atendidas. Sendo assim, a práticas da assistência domiciliar pelos profissionais da ESF devem ser consideradas de modo a lhes revelar suas perspectivas, possibilitando uma reflexão acerca de sua prática profissional na ESF (GIACOMOZZI, LACERDA, 2008).

Observa-se que a VD visa atender as diferentes necessidades de saúde, preocupando-se com a infraestrutura (habitação, higiene, saneamento entre outros) existente nas comunidades e o atendimento à saúde das famílias. Além disso, na visita domiciliar podem ser identificadas situações complexas, como violência familiar, miséria e consumo de drogas, que exigem atuação interdisciplinar, Inter setorial e participação do usuário, mas que acabam se tornando angústias devido aos entraves para se traçar esse tipo de trabalho na ESF (KEBIAN, ACIOLI, 2014).

Diante do exposto e considerando a relevância da visita domiciliar concebida como tecnologia de interação potencialmente capaz de contribuir, no âmbito de PSF, para uma nova proposta de atendimento integral e humanizado, (ALBUQUERQUE, BOSI, 2008) podemos apontar a visita domiciliar como um eixo transversal que passa pela universalidade, integralidade e equidade. É também um espaço construtor de acesso às políticas públicas, através da relação que se estabelece entre os diferentes sujeitos do processo (LOPES, SAUPE, 2008).

5.2 ESCALA DE COELHO SAVASSI

Um das questões que perpassam pela VD é a organização das famílias que devem receber visitas, e com qual prioridade, já que há sobrecarga das equipes de saúde da família, excedendo, por vezes, parâmetros nacionais e internacionais para a cobertura da população. Diante disso, busca-se cumprir um dos parâmetros do Sistema Único de Saúde (SUS): a equidade (COELHO, SAVASSI, 2004).

Buscando Solucionar o problema apresentado criou-se a Escala de Risco das Famílias de Coelho e Savassi. Essa escala, baseia-se na avaliação de situações de risco, através de

sentinelas, com o objetivo de classificar as famílias e determinar quais demandam prioridade (COELHO, SAVASSI, 2004).

A Escala deve ser utilizada após reunião da equipe para definir um projeto em que se revisa os critérios utilizados como sentinelas de risco. A partir daí, define-se se algum dado será considerado situação de área de risco, ao invés de situação de risco familiar. Após a definição do projeto, parte-se para o campo para a coleta dos dados e depois a tabulação das famílias. O próximo passo será a seleção das famílias com maior risco e o início das atividades de visita domiciliar (COELHO, SAVASSI, 2004).

Dados da Ficha A		Escore
Acamado		3
Deficiência Física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição (Grave)		3
Drogadição		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de seis meses		1
Maior de 70 anos		1
Hipertensão Arterial Sistêmica		1
Diabetes Mellitus		1
Relação	Se maior que 1	3
Morador/cômodo	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0
Escore 5 ou 6 = (R1)		
Escore 7 ou 8 = (R2)		
Maior que 9 = (R3)		

Tabela 1. Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi.

6 METODOLOGIA

O delineamento do presente plano de intervenção advém da experiência de uma profissional junto ao Programa Mais Médicos para o Brasil. Consiste no Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização, Pesquisa e Inovação em Saúde da Família, oferecido pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), em parceria com o Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde (NUTEDS), da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Este projeto de intervenção tem como público alvo as famílias adscritas em uma equipe de Estratégia Saúde da Família. No total, são 1050 famílias acompanhadas.

Inicialmente serão realizadas reuniões com a equipe, no total de 03 encontros com os seguintes temas:

1. Apresentar a Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi;
2. Discutir a importância da escala na sistematização da VD e na obtenção do princípio de equidade do SUS.
3. Estudar a aplicação da escala nas famílias;

Após as reuniões com a equipe, será iniciada a coleta de dados. A coleta será realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), no domicílio, durante suas VD. Antes todas as famílias serão informadas do projeto, e convidadas a participarem assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO I)

Após a coleta, a análise de dados buscará a identificação e o mapeamento das famílias, classificando quanto ao risco familiar. A análise das escalas se dará de forma individual, aplicadas em programa Excell. Em seguida, haverá nova reunião com a Equipe para planejar o início das visitas domiciliares conforme disponibilidade do carro cedido pela Prefeitura de São Luís, de modo que nenhuma família que hoje recebe visita, deixe de ser assistida.

7 RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se com esse projeto que as famílias acompanhadas tenham uma atenção mais equânime através da visita domiciliar. Famílias com prioridade serão visitadas primeiro e com maior frequência. Além disso, a intervenção possibilitará o conhecimento melhor de determinantes do processo saúde doença da comunidade estudada.

9 RECURSOS NECESSÁRIOS

1. Agentes comunitários de Saúde;
2. Folhas de papel A4;
3. Canetas;
4. Sala de reunião;
5. Espaços públicos para a realização de ações educativas;
6. Fonte de financiamento vem do próprio pesquisador;
7. Carro para visitas domiciliares.

10 CONCLUSÃO

Aplicar a Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi nas famílias acompanhadas por uma equipe de Estratégia Saúde da Família é necessário e trará melhorias na atenção e consequente melhora nos indicadores de saúde da comunidade. É um ponto inicial para garantir acesso a todas as famílias, assim como atenção de acordo com a individualidade de cada uma.

REFERÊNCIAS

1. ALBUQUERQUE, A B B; BOSI, M L M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil - Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(5):1103-1112, maio, 2009.
2. Azeredo, C M; COTTA, R M M; SCHOTT, M; MAIA, T M; MARQUES, E S. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família - Ciência & Saúde Coletiva, 12(3):743-753, 2007.
3. BORNSTEIN, V J; STOTZ, V J. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura - Ciência & Saúde Coletiva, 13(1):259-268, 2008.
4. CARDOSO, A S; NASCIMENTO, A S. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade - Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 1):1509-1520, 2010.
5. Coelho, F L; Savassi, L. APLICAÇÃO DE ESCALA DE RISCO FAMILIAR COMO INSTRUMENTO DE PRIORIZAÇÃO DAS VISITAS DOMICILIARES. REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DA FAMÍLIA - v. 1, n. 2, 2004.
6. Cunha C L F; Gama M E A. A VISITA DOMICILIAR NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE. Malagutti W, Assistência Domiciliar – Atualidades da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio, 2012.
7. CUNHA, M S; SÁ, M C. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território - Interface - Comunicação Saúde E Duração. V.17, n.44, p.61-73, jan./mar. 2013
8. GARCIA, I F S; TEIXEIRA, C P. Visita domiciliar: um instrumento de intervenção - Sociedade em Debate, Pelotas, 15(1): 165-178, jan.-jun./2009.
9. GIACOMOZZIL, C M; LACERDA, M R. A Prática Da Assistência Domiciliar Dos Profissionais Da Estratégia De Saúde Da Família - Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 645-53.
10. KLUTHCOVSKY, A C G C; TAKAYANAGUI, A M M. O Agente Comunitário De Saúde: Uma Revisão Da Literatura - Rev Latino-am Enfermagem 2006 novembro-dezembro; 14(6).
11. KEBIAN, L V A; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família - Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2014

jan/mar;16(1):161-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20260> - doi: 10.5216/ree.v16i1.20260.

12. LOPES, W O; SAUPE, R; MASSAROLI, A. Visita Domiciliar: Tecnologia Para O Cuidado, O Ensino E A Pesquisa - Cienc Cuid Saude 2008 Abr/Jun; 7(2):241-247.
13. REINALDO, A. M. S.; ROCHA, R. M. Visita domiciliar de Enfermagem em Saúde Mental: ideias para hoje e amanhã. Revista Eletrônica de Enfermagem. Vol. 4, nº 2, p. 36 – 41, 2002. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br>>.
14. Santana, SL; Carmagnani, I. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL: UM ENFOQUE SOBRE SEUS PRESSUPOSTOS BÁSICOS, OPERACIONALIZAÇÃO E VANTAGENS - Saúde e Sociedade 10(1):33-53, 2001.
15. Santos, E M; Morais, S H G. 492, A VISITA DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS – Cogitare Enferm. 2011 Jul/Set; 16(3):492-7. Disponível em <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21761/16235>>.
16. SILVA, N C. Paradigmas Sanitários e Problemas Ambientais: os discursos dos Agentes Comunitários de Saúde - Ilhéus (BA), 2008. 159 p. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente) – Programa Regional de Pós Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente, Universidade Estadual de Santa Cruz, 2008.

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **SISTEMATIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR EM UMA COMUNIDADE ACOMPANHADA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os objetivos deste estudo são mapear as famílias acompanhadas quanto ao risco de vulnerabilidade social proposto por Coelho e Savassi; mapear as microáreas de maior risco; identificar sentinelas que trazem maior risco às famílias da comunidade estudada.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em informar sobre a presença de condições de saúde presentes na Escala de Risco Familiar de Coelho Savassi na sua famílias. Com essa pesquisa será possível planejar uma melhor atenção deomociliar, de forma equânime a todas as famílias da comunidade.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação ou da sua família.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o senhor (a), podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento com os pesquisadores responsáveis Gabriela Cirqueira de Souza Barros (incluir o nome do orientador e os nomes dos alunos) no e-mail gabrielacirqueira@yahoo.com.br

Pesquisador Responsável (assinatura do orientador)

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

São Luís, _____ de _____ de 20____.

Assinatura

Pai / Mãe ou Responsável Legal (Caso o sujeito seja menor de idade)