



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

JEFERSON KLEITON APARECIDO LIMA DA COSTA

UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE COELHO E DO PROTOCOLO DE ATENÇÃO
DOMICILIAR PARA SISTEMATIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIÁRIA NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA

SÃO PAULO
2020

JEFERSON KLEITON APARECIDO LIMA DA COSTA

UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE COELHO E DO PROTOCOLO DE ATENÇÃO
DOMICILIAR PARA SISTEMATIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIÁRIA NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: SIMONE DE CARVALHO SANTOS

SÃO PAULO
2020

Resumo

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial, sendo que no Brasil exista cerca de 17,5 milhões de idosos atualmente, porém acompanhando este fenômeno também se observa um aumento nas doenças crônicas não transmissíveis, gerando um aumento da morbidade populacional, conseqüentemente maior demanda na atenção de pacientes domiciliares. Desta forma necessita-se cada vez mais de um melhor engajamento deste cuidado, assim utilizando de diversas ferramentas para sua otimização. As principais ferramentas utilizadas neste trabalho são a de Coelho-Savassi e Protocolo de atenção domiciliar do Hospital de Aeronáutica dos Afonsos (HAAF), que levam em conta diversas sentinelas de saúde além de sugerir periodicidade de atenção, e serão aplicadas na comunidade do toró em Bragança Paulista de modo a estratificar as vulnerabilidades das famílias em si e de seus integrantes de forma individual, afim guiar uma melhor elaboração das agendas de visitas domiciliares e gerar melhor cuidado, periodicidade adequada e diminuição necessidade de internação hospitalar por exacerbações de comorbidades.

Palavra-chave

Cuidados Domiciliares de Saúde. Organização e Administração. Visita Domiciliar.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família Toró é localizada no município de Bragança Paulista e é responsável pela cobertura das comunidades do Toró, Jardim Maranata, Guaripocaba além do bairro rural da Marina, assim possuindo uma população de cerca de 12 mil pessoas no total, tendo quase a totalidade das famílias cadastradas na unidade, porém apenas cerca de 7 mil com cartão do SUS. A ESF Toró é composta por duas equipes de saúde da família, porém a dinâmica de atendimento é conjunta entre todos profissionais.

A unidade conta com 3 clínicos gerais, sendo 1 responsável pelo atendimento da zona rural, e os outros 2 dividindo a região urbana em 2 áreas (um cobrindo Guaripocaba e Maranata e o outro o Toró), ainda contamos com mais um pediatra e um ginecologista, estes já atendendo a demanda específica de todo o território adscrito. Além dos médicos, também trabalham na unidade 2 enfermeiras, 4 técnicas de enfermagem, uma dentista e sua técnica, 4 responsáveis pelo RH, 7 ACS além do NASF, especialistas que assessoram através dos matriciamentos (cardiologia, pneumologia e psiquiatria) e ambulatórios de pediatria e G.O. estas de aprendizagem relacionados a faculdade de medicina da cidade (Universidade São Francisco).

A principal questão que se vê no fluxo de atendimento na unidade é a forma como é realizado o atendimento domiciliar, o território conta atualmente com 76 famílias (sem atualização recente) que possuem necessidade de atendimento domiciliar, estes sendo realizados pelos clínicos gerais, ACS e técnicas de enfermagem em um tempo, dentistas e seus técnicos em outro e o NASF de acordo com a demanda, não há uma programação de cuidado ou troca de informações entre estas "equipes", iniciando desde aí um processo de fragmentação da atenção. Outro ponto importante se deve ao cadastro, todas as famílias tem preenchida as fichas A do SIAB no início da atividade na ESF de forma adequada, porém não há uma atualização periódica destas, assim mudanças dos perfis das famílias não são rastreados, muito menos ficam arquivados, ocorrendo somente de forma individual através do prontuário médico. Além disto o fluxo de visitas domiciliares não possui uma ordenação adequada de prioridade, periodicidade ou agenda específica, logo ficando a julgamento de quando as famílias ou ACS acham necessário (isso valendo para as "3 equipes"), desta forma por diversas vezes havendo demora no diagnóstico de certas condições tanto patológicas como ocupacionais destas famílias.

Refletindo isto, podemos identificar uma falha na estratificação de risco familiar em função da fragmentação do cuidado, falha do cadastro e conseqüente desarranjo da agenda. A proposta de intervenção se baseia em 3 passos principais, primeiramente a atualização dos cadastrados das famílias com necessidade de atendimento domiciliar e posteriormente estratificação destas através da escala de coelho-savassi, assim estabelecendo graus de prioridade da atenção, e por final, estabelecendo em conjunto do NASF, enfermagem e odontologia, planos de periodicidade para cada família, distribuindo o fluxo destes atendimentos de forma que cada casa receba atenção igualitária para sua prioridade, não permitindo longos períodos sem atenção. Feito isso, a agenda funcionaria com cerca de 80% das visitas sendo realizadas de forma planejada e os outros 20% para possíveis intercorrências, manejando a proporção de acordo com reuniões de equipe e necessidade.

ESTUDO DA LITERATURA

O que no passado não era um fato comum, o envelhecimento da população hoje é um fenômeno de amplitude mundial. Tanto é verdade que se estima que até 2050 existam cerca de 2 bilhões de pessoas com 60 anos ou mais em todo o mundo. E no Brasil não é diferente, a transição demográfica e epidemiológica pela qual o país passou nas últimas décadas, alterou a pirâmide etária da população, elevando a expectativa da vida e chegando a cerca de 17,5 milhões de idosos atualmente (IBGE, 2013; BARRETO, ET AL, 2015).

Chegar a terceira idade de fato é uma aspiração de qualquer sociedade e deve ser comemorado quando alcançado, no entanto, só pode ser interpretado como um real conquista quando se tem qualidade nestes anos adicionais de vida. No entanto o que vemos é um concomitante aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), consequentemente o aumento da morbimortalidade causado por estas (BRASIL, 2006; BARRETO, ET AL, 2015).

Essa transição demográfica e epidemiológica ocasionada força os sistemas de saúde a se adequem as novas demandas de saúde, coincidentemente no Brasil, o SUS desde sua implementação no início da década de 90, ao qual vem se estabelecendo ao mesmo tempo que se molda com as constantes mudanças de necessidade (MARCOLIN, 2014). E com todas as suas adequações, temos que destacar dois princípios fundamentais que o tangem, a integralidade e equidade, a primeira podendo se interpretar como o compromisso de garantir a atenção a todas as necessidades de saúde, e a segunda seria o tratamento desigual para as desigualdades, assim buscando o equilíbrio “ideal” (FERWERKER; MERHY, 2008; BRASIL, 2000).

Dentro de todas as estratégias feitas pelo SUS, talvez a que mais se utilize e necessite destes princípios é a atenção domiciliar (AD), esta consiste em um sistema organizacional e assistencial que estimula a intervenção em diferentes pontos da Rede de Atenção a Saúde (RAS), focando o cuidado nas necessidades do paciente (BRITO, 2013; BRASIL, 2012). Esta estratégia se utiliza principalmente da visita domiciliar (VD), pois permite aos integrantes da equipe de saúde na família a entender o meio no qual o usuário vive, seus determinantes de saúde, criação de vínculo e promoção de saúde (BRASIL, 2013).

Para o melhor funcionamento da VD, é fundamental a criação de ferramentas que facilitem sua operacionalização e constituição da adequada abordagem. Ao longo do tempo diversas classificações e estratificações foram criadas (8), porém a que mais se destaca é a Escala de Risco familiar de Coelho Savassi (ERF-CS), a qual através dos dados obtidos da FICHA A do SIAB, estratifica as famílias em risco menor, médio e maior (R1, R2 e R3 respectivamente) (SANTOS; MORAIS, 2011; SAVASSI COELHO, 2014). A ERF-CS gera uma visão ampliada da família e seu contexto, assim permitindo ações que diminuam possíveis agravos demonstrados por ela, além de ser uma maneira simples de priorizar as VD de acordo com o risco familiar (SAVASSI; ET AL, 2013; SAVASSI; ET AL, 2012).

Porém, além da importância da estratificação do risco familiar, temos que enxergar as vulnerabilidades de cada indivíduo em sua individualidade, permitindo um refinamento ainda maior do cuidado. Desta forma Coelho (2004), estruturaram um novo protocolo baseado no Protocolo de atendimento familiar (SAD) do Hospital de Aeronáutica dos Afonsos (HAAF) (BRASIL, 2020), no qual utilizam diversas outras determinantes para estratificar a periodicidade e tipo do atendimento ofertado (visitas de agentes comunitárias de saúde – ACS, médico, enfermagem, técnico de enfermagem, serviço social e equipe de atenção multidisciplinar de atenção domiciliar – EMADs) (SAVASSI; et al, 2012; BRASIL, 2020).

Frente ao exposto, este trabalho tem como objetivo a reestruturação da agenda de

VD da comunidade do Toró - Bragança Paulista. Primeiro será realizada a aplicação da ERF-CS para estratificação das famílias, a fim de ter orientação sobre quais possuem a real necessidade ou não de atendimento domiciliar, feito esta seleção será feito a aplicação do protocolo HAAF para orientação de prioridade, periodicidade e grau de atenção ofertada dentro os diferentes graus de prioridade. Desta forma organizando a escala para visitas e realização de intervenções e procedimentos de forma programada, diferentemente da forma atual de ordenação de consultas, que se tange em pedidos de familiares e ACS de acordo com os próprios julgamentos desta necessidade.

AÇÕES

O seguinte estudo busca uma avaliação analítica e empírica dos principais critérios de estratificação de risco na atenção domiciliar presentes na literatura, de modo a buscar uma melhor orientação sobre os critérios periodicidade e grau de atenção das visitas domiciliares. São usados como base as escalas de ERF-CS e o Protocolo SAD do HAAF, que serão aplicados em duas etapas distintas.

Foi escolhido a ERF-CS (TABELAS 1 E 2) para a estratificação inicial, em função de sua ampla acurácia já comprovada na literatura, facilidade na obtenção de dados e além de que permite a avaliação das vulnerabilidades das famílias dentro de todos os seus principais determinantes

Dados da ficha A do SIAB (Sentinelas de risco)	Escore de risco
Acamado	3
Deficiência física	3
Deficiência mental	3
Baixas condições de saneamento	3
Desnutrição grave	3
Drogadição	2
Desemprego	2
Analfabetismo	1
Indivíduo menos que 6 meses de idade	1
Indivíduo maior que 70 anos de idade	1
Hipertensão arterial sistêmica	1
Diabetes mellitus	1
Relação morador / cômodo maior que 1	3
Relação morador / cômodo igual a 1	2
Relação morador / cômodo menor que 1	0

Tabela 1

Escore total	Risco familiar
5 e 6	R1 – risco menor
7 e 8	R2- risco médio
Acima de 9	R3 – risco máximo

Tabela 2

Já o Protocolo SAD do HAAF (FIGURA 3) foi escolhido por conta da extensa variedade de parâmetros individuais que ele avalia, que tem como base diversos escores consagrados na literatura, agrupados como sentinelas de riscos, desta forma permitindo a classificação individual de cada integrante da família. As sentinelas são:

- ♦ Avaliação da autonomia e dependência para atividades diárias básicas (AVDB) (DUARTE, 2007);
- ♦ Avaliação da autonomia e dependência para atividades diárias instrumentais (AVDI) (SANTOS, 2008);
- ♦ Mini exame do estado mental (MEEM) (ALMEIDA, 1998)

- ♦ Escore de Framingham (DAWBERT, ET AL,1951);
- ♦ Presença de úlcera de pele;
- ♦ Índice de massa corporal (IMC);
- ♦ Presença de incontinência urinária;
- ♦ Avaliação do humor (escala de depressão geriátrica para idosos e inventário de depressão de beck para adultos) (ET AL,1998; ALMEIDA, 1998)
- ♦ Avaliação da funcionalidade familiar (VILLAS BÔAS, 2016).

Critérios de Avaliação	0	1	2	3
AVDB AVDI	Independente para todas AVDB (escore 6) Sai de casa sem ajuda para realizar atividades sociais e controlar finanças	Dependente para até 2 AVDB (escore 4-5) Necessita de ajuda para sair de casa, realizar atividades sociais e controlar finanças	Dependente para até 4 AVDB (escore 2-3) Não sai de casa, mas realiza as tarefas de casa sem ajuda/ou controla suas finanças.	Dependente para até 5 ou 6 AVDB (escore 0-1) Não tem nenhuma autonomia
Função Cognitiva (MEEM)/audição, visão e fala	Sem alterações cognitivas e sensoriais	Alterações cognitivas e sensoriais	Alterações cognitivas e sensoriais	Sem total funcionalidade cognitiva (vida vegetativa)
Escore de Framingham	Baixo risco (<10%)	Risco moderado (10 – 20%)	Alto risco (>20%)	-
Presença de Úlceras de pele	Ausente e sem fatores de risco	Ausente e com fatores de risco	Presente	-
Estado Nutricional (IMC)	Eutrófico (IMC 22 – 27)	Baixo peso (IMC <20) Sobrepeso (IMC >30)	Perda de peso acentuada (>5% em 1 mês ou 10% em 10 meses)	Caquexia ou obesidade mórbida que impeça deambulação
Incontinência Urinária	ausente	Incontinência transitória	Incontinência de estresse, urgência ou sobre fluxo	Incontinência funcional
Avaliação do Humor	Sem alterações	Presença de fatores de risco ou indícios de depressão	Depressão clínica ou escores sugestivos de gravidade	Depressão clínica associado a risco de suicídio
Funcionalidade Familiar	Família funcional	Bom funcionalidade familiar, porém, pouco recurso	Família disfuncional	Mora sozinho e sem auxílio da família

TABELA 3

Primeiramente será feita uma apresentação e treinamento dos protocolos de aplicação da ERF-CS e o Protocolo SAD do HAAF para as ACSs, com intuito de gerar qualificação e esclarecimento de potenciais dúvidas sobre o tema. Posteriormente será feita a aplicação dos protocolos através de visitas domiciliares para as 98 famílias de todos os territórios pertencentes à área adscrita para a ESF toró, que atualmente possuem pacientes classificados com necessidade de atenção domiciliar, esta será feita pelo clínico geral com auxílio das ACS responsáveis para as subseqüentes famílias adscritas. Foi preferido realização de novas visitas domiciliares sobre a avaliação de prontuários, em função da provável desatualização dos dados cadastrais dos prontuários familiares, por conta da constante mutação do perfil de cada família em seu estado epidemio-social.

Feita esta primeira etapa, será realizada ordenação das famílias de acordo com o risco calculado pela ERF-CS, e posteriormente a classificação individual dos indivíduos dentro das famílias participantes através do Protocolo SAD da HAAF. A aplicação de ambos os protocolos tem como intenção avaliar o quanto o risco individual é afetado pela vulnerabilidade geral de cada família. Para isto, será feito a comparação dos níveis de risco da ERF-CS com as respectivas pontuações do protocolo SAD do HAAF.

Por final, será feita a ordenação do cuidado oferecido de acordo com a pontuação do protocolo SAD do HAAF, desta forma controlando a frequência de visitas tanto de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem ou necessidade de encaminhamento para serviços especializados. Esta demanda será controlada de acordo com a tabela de estratificação de cuidado (tabela 4).

<p>Nível de cuidado Pontuação de 0 – 3</p> <p>Pontuação de 4 – 6 (nível 1)</p>	<p>Suporte oferecido pela equipe Paciente com sua capacidade funcional preservada e baixo risco de agravos a saúde, sem indicação de assistência domiciliar. Acompanhamento habitual em ESF. Visita mensal de ACS. Visita de enfermagem trimestral. Atendimento médico semestral (ou pelo máximo pertinente pela prescrição medica) e em casos de intercorrências.</p>
<p>Pontuação de 7 – 18 (nível 2)</p>	<p>Visita mensal de ACS Visita bimestral de enfermagem e atendimento em caso de intercorrência. Atendimento médico quadrimestral e em casos de intercorrência. Atendimento de técnico de enfermagem ou enfermeiro quando indicado ou prescrito pela equipe (ex. cobertura para úlceras). Acionar EMAD-1 quando casos extremos, que o nível de atenção supera a capacidade de oferta da unidade.</p>
<p>Pontuação acima de 19 (nível 3)</p>	<p>Visita mensal da ACS Visita de enfermagem mensal e em casos de intercorrências. Atendimento médico bimestral e em casos de intercorrências. Atendimento de técnico de enfermagem ou enfermeiro quando indicado ou prescrito pela equipe. Atendimento do serviço social de suporte se necessário. Acionar EMAD-1 quando casos extremos, que o nível de atenção supera a capacidade de oferta da unidade.</p>

Tabela 4

A formulação da agenda, será orientada na proporção de 80/20%, sendo 80% de visitas previamente agendadas de acordo com as vulnerabilidades já destacadas, e os restante dos 20% serão reservados para possíveis intercorrências. Essas proporções poderão ser ajustadas de acordo com a experiência e fluxo do cuidado ao longo de tempo.

RESULTADOS ESPERADOS

Ao se preconizar os protocolos acima citados, espera-se inicialmente uma reflexão e vivência prática do conjunto de fatores, que rotineiramente não estão explícitos para os membros da equipe, porém que estão constantemente influenciando no adoecimento. Ao incluir componentes sociais, ambientais clínicos ampliados e individuais, espera-se uma melhora na relação entre equipe e pacientes, facilitando a percepção do risco em sua generalidade, e quais indivíduos encontram-se mais expostos.

Desta forma tem como o objetivo buscar quais indivíduos estariam enquadrados como de maior necessidade de cuidado e atenção e também classificar as famílias a que pertencem estes indivíduos, pois mesmo um indivíduo classificado como de nível 3, se este pertence a uma família de baixa vulnerabilidade, pode se concluir que o risco deste será menor que de outro paciente de mesmo nível de atenção, porém de uma família mais vulnerável.

Tendo isto em mente, a utilização destas classificações irá auxiliar na montagem das agendas, desta forma produzindo um maior refinamento na periodicidade tanto das visitas médicas quanto de enfermagem, assim buscando maior efetividade da visita em si, pois estas serão programadas e já possuindo os objetivos previamente traçados. Perfil este totalmente diferente do atual, no qual se baseia em solicitações de familiares e ACS, se tornando quase em atendimentos "surpresas".

Desta forma espera-se principalmente a diminuição do número de hospitalizações, prevenção de exacerbações de doenças de base, melhora do perfil nutricional e principalmente prevenção de ocorrência de novos eventos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O. P. MINI EXAME DOS ESTADO MENTAL E O DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA NO BRASIL. *Neuro-Psiquiatr.* vol.56 n.3B São Paulo Sept. 1998. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0004-282X1998000400014>> Acesso em 25 fev. 2020.

BARRETO, M. S.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o sistema de saúde pública. *Revista Kairós Gerontologia*, 18(1), pp. 325-339. Jan-Mar. 2015, São Paulo, BRASIL. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/26092>> Acesso em 25 fev. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Sistema único de saúde (SUS): Princípios e conquistas. Ministério da Saúde, Secretaria executiva. Brasília, 2000. 44p.il. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf> Acesso em 25 fev. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf> Acesso em 25 fev. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar, 2012. V. 1. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf> Acesso em 25 fev. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar, 2013. v. 2. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf> Acesso em 25 Fev. de 2020.

BRASIL. Ministério da Defesa. Hospital da Aeronáutica dos Afonsos. Protocolo do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) do HAAF. Rio de Janeiro (RJ): HAAF, sem data. Disponível em: <<http://www.haaf.aer.mil.br/pdf/SADProtocolo.pdf>> Acesso em 25 fev. 2020.

BRITO, M.J.M.; ET AL. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: Trilhando os caminhos da integralidade. *Anna Nery* [online]. 2013, vol.17, n.4, pp.603-610. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20130002>> Acesso em 25 fev. de 2020.

DAWBERT, T. R.; MEADORS, G. F.; JUNIOR, F. E. M. Epidemiological approaches to heart disease: The framinghan study. *Am J Public Health Nations Health*. 1951 Mar; 41(3): 279-286. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525365/>> Acesso em 25 fev. 2020.

DUARTE, Y. A. O.; ANDRADE, C. L.; LEBRAO, M. L. Índex de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2007, vol.41, n.2, pp.317-325. ISSN 0080-6234. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000200021>> Acesso em 25 fev. de 2020.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de

práticas. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, 24(3), fev. 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rpsp/2008.v24n3/180-188/>> Acesso em 25 fev. 2020.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população Brasileira 2013; Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e socioeconômica. Ed 32. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>> Acesso em 25 fev. 2020.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. Revista de Psiquiatria Clínica[S.l.], v. 25, n. 5, p. 245-250, 1998. Disponível em: < <https://repositorio.usp.br/item/001008509>> Acesso em 25 fev. 2020.

MARCOLIN, G. A.; et al. Panorama da Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde (SUS): Correlatividade com os serviços da atenção primária. Revista Teoria e Sociedade, nº 22.2. Dez. 2014, Belo Horizonte, BRASIL. Disponível em: <<http://www.teoriaesociedade.fafich.ufmg.br/index.php/rts/article/view/196>> Acesso em 25 fev. de 2020.

SANTOS, E. M.; MORAIS, S. H. G. A Visita domiciliar na estratégia saúde na família: Percepção de enfermeiros. Cogitare Enferm. 16(3):492-7, 2011 Jul/Set; Vitória da Conquista, Bahia, BRASIL. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21761>> Acesso em 25 fev. de 2020.

SANTOS, R. L.; JUNIOR, J. S. V. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. RBPS 2008; 21 (4) : 290-296. Disponível em: < http://hp.unifor.br/pdfs_notitia/2974.pdf> Acesso em 25 fev. 2020.

SAVASSI, L. C. M.; Et Al. Proposta de um protocolo de de classificação de risco para atendimento domiciliar individual na atenção primária à saúde. JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care |2012; 3(2):151-157. Disponível em: < https://www.repositorio.ufop.br/bitstream/123456789/3815/1/ARTIGO_Propostaprotocoloclassifica%C3%A7%C3%A3o.pdf> Acesso em 25 fev. 2020.

SAVASSI, L. C.M. COELHO, F. L. G. Aplicação da escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas familiares. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 1, n. 2, p. 19-26, 17 nov. 2004. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/104>> Acesso em 25 fev. de 2020.

SAVASSI, L. C. M. LAGE, J.; COELHO, F. L. G. Sistematização de Instrumento de estratificação de risco familiar: a escala de risco família de coelho-savassi. JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750, v. 3, n. 2, p. 179-185, 6 jan. 2013. Disponível em: <<http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/155>> Acesso em 25 fev. 2020.

VILLAS BÔAS, M. L. C.; SHIMIZU, H. E.; SANCHEZ, M. N. Elaboração de instrumento de classificação de complexidade assistencial de pacientes em atenção domiciliar. Rev Esc Enferm USP. 2016; 50(3):433-439. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400009>> Acesso em 25 fev. de 2020.

YESAVAGE, J. A.; ET AL. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. [Journal of Psychiatric Research](#). Volume 17, Issue 1, 1982-1983, Pages 37-49. Disponível em: < [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)> Acesso em 25 fev. 2020.