

Análise da vulnerabilidade familiar em domicílios submetidos à visita domiciliar em cidade no interior do Ceará

Analysis of family vulnerability in houses subject to home visit in a city in the interior of Ceará

DOI:10.34117/bjdv7n7-344

Recebimento dos originais: 13/06/2021

Aceitação para publicação: 13/07/2021

João Lucas Araújo Morais

Acadêmico de Medicina Unichistus
E-mail: joaolucasamorais@gmail.com

Ivna Maria de Oliveira Morais

Acadêmica de Medicina Unichistus
E-mail: ivna2315@gmail.com

Francisco Willame Morais Neto

Acadêmico de Medicina Unichistus
E-mail: moraiswillame7@gmail.com

Sócrates Belém Gomes

Médico, Residente de Psiquiatria do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará; Especialização em Auditoria em Saúde; Pós-Graduação em Saúde da Família
E-mail: socrates_belem@hotmail.com

Antonia Edna Belém Gomes

Pedagoga. Professora do Centro Universitário de Juazeiro do Norte –UNIJUAZEIRO
E-mail: edna.belem@fjn.edu.br

Jocileide Sales Campos

Médica. Doutorado em Saúde Pública - Epidemiologia pela Universidade de São Paulo, Brasil (2010)
Professora do Centro Universitário Christus, Brasil
E-mail: jocileide23@gmail.com

RESUMO

Introdução: Na década de 80 foi criado o Sistema Único de Saúde, fundamentado em três princípios doutrinários: Universalidade, Integralidade e Equidade. Com base nesses princípios foi instituída a Visita Domiciliar (VD) que consiste no atendimento aos pacientes incapazes de comparecer à Unidade Básica de Saúde. **Objetivo:** Esse estudo visa avaliar o risco de vulnerabilidade familiar em residências submetidas à VD. **Método:** Foi realizada uma capacitação com os Agentes Comunitários de Saúde na cidade de Mulungu/Ceará para a aplicação de Escala de Coelho e Savassi nos domicílios. **Resultados:** A escala foi aplicada em 40 residências, abrangendo 100% do território. O estado de risco dos indivíduos foi dividido em 3 grupos: R1, R2 e R3, sendo R1 o de

menor risco e R3 o de maior risco. Na análise dos dados foram encontrados 24 indivíduos em R3, 8 em R2 e 12 em R1, com predomínio de comorbidades como: >70 anos, ser acamado, hipertensão e analfabetismo. **Conclusão:** Esse estudo permite uma visão sobre a situação dos pacientes submetidos à VD para a realização do planejamento em saúde do município, organizando as devidas prioridades na estratégia saúde da família.

Palavras-chave: Vulnerabilidade em Saúde. Medicina Preventiva. Sistema Único de Saúde

ABSTRACT:

Introduction: In the 1980s, the Unified Health System was created, reasoned on three doctrinal principles: universality, integrity and equity. Based on these principles, a Home Visit (HV) was instituted, which consists of assisting patients unable to attend the Basic Health Unit. **Objective:** This study aims to assess the risk of family vulnerability in homes submitted to HV. **Method:** A training was carried out with the Community Health Agents in the city of Mulungu/Ceará for the application of the Coelho and Savassi Scale in households. **Results:** The scale was applied in 40 residences, covering 100% of the territory. The individuals' risk status was divided into 3 groups: R1, R2 and R3, with R1 being the lowest risk and R3 the highest risk. In the data analysis, 24 individuals were found in R3, 8 in R2 and 12 in R1, with a predominance of comorbidities such as: > 70 years, being bedridden, hypertension and illiteracy. **Conclusion:** This study provides an insight into the situation of patients undergoing HV to carry out health planning in the municipality, organizing the appropriate priorities in the family health strategy.

Keyword: Health Vulnerability. Preventive Medicine. Health Unic System

1 INTRODUÇÃO

O processo de formação do Sistema Único da Saúde (SUS) se deu por meio de movimentos sociais, que se fortaleceram ao longo da década de 80, sendo conhecido como Reforma Sanitária. Dessa forma, foi instituída por meio da Lei 8.080/90 o SUS, tendo como base ideológica a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Assim, foram definidos três princípios doutrinários: universalidade, integralidade e equidade ^{1,2}.

O atendimento da população sem exclusão de classes, etnias e ideologias é o que norteia a universalidade. Esse princípio doutrinário tem como meta atender 100% da população que busque os serviços de saúde pública. Apesar das dificuldades de logísticas e financeiras, observou-se um aumento significativo da cobertura abrangida pela saúde pública ^{3,4}.

A atenção integral é conceituada como o acompanhamento do indivíduo em suas diversas linhas de cuidado e nos diferentes níveis de atenção à saúde. Sendo assim, uma visão mais ampliada acerca do paciente como ser biopsicossocial, indo além da doença como afecção patológica ^{5,6}.

A equidade se caracteriza pela atenção singular de cada indivíduo, respeitando as diferenças socioculturais, para que dessa forma a população atendida seja tratada de maneira equivalente. Como diria a máxima: “Tratar desigual os desiguais”. Destarte, um idoso acamado receberá prioridade na atenção em saúde do que um jovem em estado de hígidez ^{7,8}.

No Informe da Lalonde, em 1974, ampliou-se o conceito do processo saúde-doença sendo valorizado os diversos aspectos biopsicossociais presentes no processo. Nesse documento é apresentado o estabelecimento de quatro determinantes envolvidos no processo de adoecimento humano, sendo eles: ambiente, estilo de vida, genética e serviços de saúde. Dessa forma, expandindo os conceitos de saúde e doença ^{9,10}.

Com a ampliação desses conceitos foi instituída a Visita Domiciliar à Estratégia Saúde da Família visando potencializar os princípios doutrinários do SUS por meio de maior conhecimento acerca do contexto sociocultural do indivíduo e seu meio familiar ¹¹.

Com o conhecimento do indivíduo inserido em seu meio é possível otimizar planos terapêuticos e aumentar taxa de adesão a tratamentos e cuidados preventivos. Além do mais, é possível observar fragilidades sociais que comprometam o processo terapêutico e os cuidados gerais em saúde ^{12,13}.

Os serviços de auxílio em saúde nos domicílios podem ser classificados como preventivos, acompanhamento de doenças crônicas limitantes, reabilitadores, paliativos e terapêuticos. Assim sendo, caracteriza a atenção domiciliar como conjunto de ações integradas que ocorrem no domicílio, quando há indicação específica ¹⁴.

A vigilância domiciliar apregoa a busca ativa de programas específicos, como pacientes em acompanhamento por tuberculose que faltaram a consulta de acompanhamento do tratamento. Além do mais, faz-se a visita puerperal, busca ativa de recém-nascidos e evolução de egresso de internações hospitalares ¹⁵.

Para se realizar a assistência em domicílio são utilizados critérios indicativos que avaliam a singularidade de cada caso. Dentre as indicações destacam-se: paciente com limitação física e/ou mental que é acompanhado por doença crônica; paciente em cuidados paliativos; idosos com dificuldade de locomoção que moram sozinhos; cuidadores de paciente com limitação física e/ou mental ¹⁶⁻¹⁸.

Existem fatores de riscos que fazem necessário um acompanhamento mais minucioso, sendo colocado como prioridade na atenção em saúde. Dentre esses fatores pode-se citar: presença de acamados; deficientes físicos e/ou mentais; condições hidrossanitárias precárias; estado nutricional prejudicado; drogadição; baixo nível de

escolaridade; desemprego; presença de idosos (maiores de 70 anos) e lactentes (menores de 6 meses); presença de pacientes hipertensos e diabéticos; relação Morador/Cômodo elevada¹⁹⁻²¹.

Para funcionamento adequado da atenção em saúde e visita domiciliares adequadas que atendam a necessidade do paciente faz-se necessário um processo de territorialização com máximo primor com apoio de equipe multidisciplinar e uma gestão em saúde preparada e treinada^{22,23}.

A territorialização em saúde é caracterizada por uma metodologia que visa aplicar os princípios do modelo assistencial por meio da divisão loco regional, traçando características singulares de uma região abrangida por uma Equipe Saúde da Família^{24,25}.

A base de trabalhos em vigilância em saúde é dada por meio da prática da territorialização, sendo considerada como um princípio na Atenção Básica. Dessa forma, é possível eleger prioridades para o enfrentamento dos problemas identificados nos territórios de atuação, o que refletirá na definição das ações mais adequadas, contribuindo para o planejamento e programação local²⁶.

Assim, para um planejamento em saúde adequado é necessário observar a população nos seus diversos aspectos sociais. Dessa forma, o presente estudo visa identificar possíveis vulnerabilidades familiares em domicílios que se encontram em visita domiciliar, desse modo sendo possível estabelecer prioridades e identificar deficiências para posterior elaboração de políticas que visem otimizar a saúde da população, atendendo aos princípios doutrinários do SUS.

2 MÉTODO

Para atingir os objetivos propostos optou-se por um estudo quantitativo, observacional e transversal. A análise quantitativa é um tipo de análise que segue a lógica do positivismo e refere-se ao conjunto de métodos quantitativos utilizados na análise e descrição de um fenômeno. Nessa abordagem os dados foram organizados em tabelas de frequências. O estudo foi realizado no município de Mulungu, interior do estado de Ceará, no período de julho de 2019 a junho de 2020 com a população em estudo foi composta por famílias domiciliadas nessa cidade. Foram avaliados 40 domicílios por meio dos seus respectivos conjuntos familiares. Como critério de inclusão definiu-se residentes da cidade de Mulungu/CE há pelo menos um mês, que estivessem vinculados a Estratégia Saúde da Família do Município e faziam parte do programa de visita domiciliar. Os responsáveis por responder o questionário estavam na faixa etária acima de 18 anos, com

capacidade intelectual íntegra e concordaram em participar do estudo prestando informações fidedignas acerca do contexto familiar e condições de habitação. Os critérios de exclusão foram definidos como aquelas pessoas que recusaram fornecer dados sobre as condições de vida, que não se encontravam em plena sanidade mental, não se encontravam no local no momento da visita domiciliar e os que emigram da cidade durante o estudo. Foi utilizada a Escala de Coelho e Savassi (2012) que é um instrumento já validado, para coleta de dados que avalia os seguintes aspectos: presença de acamados; deficientes físicos e/ou mentais; condições hidrossanitárias; estado nutricional; drogadição; nível de escolaridade; desemprego; presença de idosos (maiores de 70 anos) e lactentes (menores de 6 meses); presença de pacientes hipertensos e diabéticos; relação Morador/Cômodo. Desse modo, ocorre uma estratificação de risco e priorização de visita domiciliar de acordo com a pontuação apresentada, sendo ela: R1 = menor risco; R2 = risco médio; e R3 = risco máximo. O questionário foi aplicado mediante autorização expressa no TCLE. Inicialmente, houve uma capacitação para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ministrados por médico do município, para aplicação correta da Escala de Coelho-Savassi (2012). Nessa oportunidade foi explicada a abordagem adequada de cada item contido na escala, havendo momentos para possíveis retiradas de dúvidas e simulação da aplicação do questionário. Posteriormente, foi realizada pelos ACS uma entrevista nas residências, nas quais foram aplicados os instrumentos do estudo, sendo explicado os benefícios (estratificação de risco para aprimoramento do atendimento) aos participantes da pesquisa. As respostas das escalas aplicadas foram digitadas em um banco de dados utilizando-se o programa Excel e a análise utilizará o software estatístico Epi Info versão 3.5.1. organizados em tabelas de frequências. Os dados levantados foram também comparados e discutidos com dados já existentes na literatura para permitir uma visão mais ampla do processo. O projeto foi submetido e aprovado na Plataforma Brasil (CAAE 10771119.0.0000.5049/ Parecer 3.372.576) pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) do Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS). Foram respeitados todos os princípios éticos que regidos pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CSN/Ministério da Saúde – MS, que regulamenta a pesquisa em seres humanos bem como os direitos e deveres referente à comunidade científica, sujeitos da pesquisa e do Estado. A pesquisa só teve início após aprovação pelo CEP. Ao serem abordados para assinatura do TCLE os participantes concordaram participar da pesquisa registrando sua assinatura. Foram reiterados aos sujeitos os esclarecimentos acerca da participação voluntária e do direito de se retirar da pesquisa no momento que desejar.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados colhidos na pesquisa foram coletados no município de Mulungu no estado do Ceará, que conta com uma população de 11876 habitantes, segundo o último censo (2010). O município conta com 4 equipes de Saúde da Família, abrangendo 100% de seu território. Foram colhidos um total de 40 questionário da Escala de Coelho e Savassi (2012).

Inicialmente, foi realizado uma capacitação na Secretaria Municipal de Saúde que contou com a participação de 24 agentes de saúde e comunidade (ACS), correspondendo à 100% do contingente de trabalho. A exposição dialogada foi mediada pelo médico da Atenção Primária com auxílio de três acadêmicos de medicina, sendo explicado todos os aspectos que compunha o instrumento de coleta de dados.

Foram avaliados fatores psicológicos, sociais, econômicos, sanitários, bem como a presença de comorbidades (Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, Deficiência Física e Drogadição). Os dados colhidos estão representados na tabela a seguir.

Tabela 1: aspectos avaliados na a escala de coelho e savassi (2012).

ASPECTO	Número de domicílios
Acamado	32
Deficiência Física	15
Deficiência Mental	11
Baixas Condições de Saneamento	8
Desnutrição (Grave)	0
Drogadição	4
Desemprego	3
Analfabetismo	21
Morador com menos 6 meses de vida	0
Morador com mais de 70 anos	29
Hipertensão Arterial Sistêmica	27
Diabetes Mellitus	9
Relação Morador/Cômodo	
>1	9
=1	13
<1	18

A partir desses dados, foi analisado o cálculo do risco familiar de cada residência. A classificação foi designada em três grupos: risco menor (R1), risco intermediário (R2) e risco elevado (R3), de acordo com a somatória dos pontos, sendo 5 ou 6, 7 ou 8 e 9 ou maior respectivamente.

Tabela 2: avaliação do risco da vulnerabilidade de visita domiciliar.

RISCO	No de domicílios
R1	12
R2	4
R3	24
Total	40

Segundo Gomes ²⁷ a visita domiciliar (VD) é uma das mais importantes ferramentas da prática da atenção primária e é inerente às multifacetadas atribuições dos profissionais que dela fazem parte. Coelho Savassi citam em seu artigo “Aplicação de Escala de Risco Familiar Como Instrumento de Priorização das Visitas Domiciliares” a existência de dois tipos de visita: a VD fim, cujo objetivo da visita é definido previamente, e a VD meio na qual há a realização da busca ativa, promoção e prevenção de saúde por parte dos profissionais da saúde. Sob essa óptica, evidencia-se a importância de avaliar o risco familiar, na presente pesquisa foi calculado 60% de risco elevado, oferecendo visitas domiciliares mais frequentes.

A VD deve construir uma abordagem centrada na pessoa, que engloba aspectos como o reconhecimento da forma que o paciente entende sua própria condição, sua percepção sobre como ele entende as situações construídas a seu redor, sua concepção acerca de suas limitações e as implicações que elas trazem a seu cotidiano, a construção conjunta de um plano de cuidados com foco nos problemas identificados, enfim, a organização de planejamento terapêutico integrado, humano e individualizado ²⁸.

Dentre os aspectos avaliados notou-se uma prevalência de 80% em acamados e 72,5% de maiores de 70 anos. Tais dados evidenciam a importância da estratégia de visita domiciliar realizada por profissionais da saúde, visto que do total de idosos 26 eram acamados, correspondendo a 89,6% do total.

Hoje, além de avaliar a idade do paciente, outros fatores que influenciam a saúde são levados em consideração, como possíveis riscos, fatores químicos, psicossociais físicos e síndromicos presentes na habitação e em torno do domicílio ¹⁵.

Portanto, o contexto domiciliar deve ser percebido por meio de uma perspectiva abrangente que vai além do espaço físico, que considera esse ambiente como um conjunto de eventos e seres humanos correlacionados entre si e, de certo modo, cujas entidades representam caráter particular e interferente mútuo e simultâneo ²⁹.

Um aspecto a ser avaliado são as comorbidades, tais como hipertensão, presente em 67,5% dos pacientes e diabetes, presente em 22,5% dos pacientes. Dessa forma, durante a visita domiciliar, faz-se necessário avaliar a presença de comorbidades e uso de

medicações de forma contínua. A equipe da Saúde da Família deve fazer uma análise minuciosa dos aspectos relacionados ao processo saúde-doença, utilizando uma abordagem centrada na pessoa realizando um registro cuidadoso de cada aspecto.

4 CONCLUSÃO

Diante disso, faz-se necessário estratificar o risco da visita domiciliar visando os aspectos socioeconômicos e as comorbidades presentes nos moradores do domicílio. Dessa forma o estudo permite realizar o planejamento em saúde do município, organizando as devidas prioridades na estratégia saúde da família.

REFERÊNCIAS

01. Tocci ASS; Costa ECNF. A gestão em saúde após a Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde–SUS. Revista Uningá.[internet] 2018 [acesso em 14 maio.2019]; 40, (1):197-206 Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140714_165208.pdf
02. Nascimento AGD; Cordeiro JC. Núcleo Ampliado De Saúde Da Família E Atenção Básica: Análise Do Processo De Trabalho. Trabalho, Educação e Saúde. 2019[acesso em 06 jan. 2020];17(2) Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1981-77462019000200502&lng=pt&nrm=iso <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00194>.
03. Costa RPD; Misoczky MC; Abdala PRZ. Do dilema preventivista ao dilema promocionista: retomando a contribuição de Sérgio Arouca. Saúde em Debate, [internet] 2018 [acesso em 19 abr. 2019] ; 42, 990-1001.Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n119/0103-1104-sdeb-42-119-0990.pdf>
04. Rocha CR. O Estudo Do Princípio Da Subsidiariedade E A Importância Do Poder Local Para O Desenvolvimento Do Sistema Único De Saúde–SUS. Seminário Nacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea,[internet] 2016 [acesso em 04 abr.2019]; Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/snpp/article/view/14617>
05. Lima RDCGS; Grippa DW; Batista N. Pesquisando em setting de saúde: análise ético-política da média complexidade do SUS na Mesorregião Oeste, Santa Catarina, Brasil. [internet] CIAIQ2018, 2,
06. Barros FPCD; Sousa MFD. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. Saúde e Sociedade. [internet] 2016; [acesso em 10 maio. 2019] 25(1): 9-18. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000100009&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146195>.
07. Ferreira J S; Filgueiras ARB; Cazola LHO. Equidade Na Distribuição De Sanitaristas Formados Para Atuar No SUS. Revista de Atenção à Saúde (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde), 2018; 16, (56):63-69, . ISSN 2359-4330
08. Porto LFG. Gastos tributários e o financiamento do SUS: os efeitos sobre a equidade e o modelo de atenção à saúde [internet] 2017.[acesso em 12 abr.2019] Disponível em: <http://repositorio.esp.mg.gov.br/>
09. Raeesi P. et al. Effects of private and public health expenditure on health outcomes among countries with different health care systems: 2000 and 2014. Medical journal of the Islamic Republic of Iran, 2018; 32(1): 35 Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6108280/>
10. Kalichman A O; Ayres JRDCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade

- no SUS. Cad. de Saúde Pública [internet]. 2016; (cited 2019 jun 26). 32(8): e00183415. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000803001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00183415>
11. Assis ASD; Castro-Silva CRD. Agente comunitário de saúde e o idoso: visita domiciliar e práticas de cuidado. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [internet] 2018 [acesso em 22 abr. 2019];. 28, e280308, Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v28n3/0103-7331-physis-28-03-e280308.pdf>
 12. De Pontes APM. et al. As Fragilidades Do Princípio De Universalidade Percebidas Pelos Usuários Do Sus: Uma Questão De Equidade. *Saber Digital*[internet] 2018; [acesso em 12 jun.2019]; 11 (1):. 36-48, . Disponível em: <http://revistas.faa.edu.br/index.php/SaberDigital/index>
 13. Savassi LCM. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*,[internet].2016 [acesso em 24 abr. 2019];11,(38):1-12 .Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1259>
 14. Conceição J FD; Alves AMCV. A visita domiciliar no cuidado a Estratégia de Saúde na Família. [internet] 2018. [acesso em 28 abr.2019] Disponível em:<http://www.repositorio.unilab.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/1125>
 15. Barbosa D.C. et al. Visita domiciliar sob a percepção dos usuários da estratégia saúde da família. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*,2016 [acesso em 26 abr. 2019]49(4):360-366 ISSN 2176-7262. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2016/vol49n4/DMT-Visita-domiciliar-sob-a-percepcao-dos-usuarios-da-ESF.pdf>
 16. Gomes MFP; Fracolli LA; Machado BC. Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família. *O mundo da saúde*, 2015. [acesso em 26 jun. 2019] 39(4): 470-5,. Disponível em: http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/155572/A08.pdf
 17. Rocha KB. et al. A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. *Psic, Saúde & Doenças*[internet] 2017.[acesso em 03 jun.2019].(1) 18: 170-85.Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862017000100015&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180115>.
 18. Bresolini DSR. et al. A visita domiciliar como prática de ação integral à saúde da criança e do adolescente. *Rev Med Minas Gerais*, [internet] 2017. 27(3):25-32, Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/203c/239b0760adc470b57b2d9a21af189165beab.pdf>
 19. Tonelli SQ. et al. Ferramentas de abordagem familiar: um estudo de caso no contexto da estratégia saúde da família. *Unimontes Científica*,[internet]2018[acesso em 22

- maio 2019];20(1): 23-39, Disponível em:
<http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/624>
20. Moura FMN. et al. Aplicação Da Escala De Risco Familiar Na Atenção Básica. Extensão em Ação,[internet] 2016.[acesso em 14 jun 2019];1(10):33-42. Disponível em <http://www.periodicos.ufc.br/extensaoemacao/article/view/3831>
 21. Coelho FLG; Savassi LCM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade,[internet]2004.[acesso em 14 abr.2019]; 1(2):19-26. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/104>
 22. Costa EVS. et al. Salud Mental en Atención Primaria: taller de herramientas de enfoque familiar.[internet] 2018. ISSN 1138-728. <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2018-n51-saude-mental-na-atencao-primaria-tecendo-ferramentas-de-abordagem-familiar> DOI: <https://doi.org/10.14198/cuid.2018.51.15>
 23. Carvalho JADS. Utilização da escala de risco familiar de Coelho-Savassi na organização das visitas domiciliares da ESF Jardim de Viga. 2017. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7993>
 24. Bezerra ACV; Bitoun J. Metodologia participativa como instrumento para a territorialização das ações da Vigilância em Saúde Ambiental. Ciência & Saúde Coletiva, 22(1):3259-68, 2017. DOI: 10.1590/1413-812320172210.17722017
 25. Raksa VP; Oliveira AG; Silva CL. Governança pública em saúde e os vazios assistenciais–Territorialização para o planejamento e ações do Estado. Informe GEPEC,2016.[internet].20(2):10-27. Disponível em:<http://e-revista.unioeste.br/index.php/gepec/article/view/14459>
 26. Andrade IM. Territorialização da Atenção Primária à Saúde: avaliação e perspectivas no município de Santo Antônio de Jesus, Bahia. [internet]2015. <http://tede2.uefs.br:8080/handle/tede/534>
 27. Gomes SB, et al. Abordagem e condutas básicas na atenção primária. 1ª ed. Goiânia: Editora Espaço Acadêmico. 2019.
 28. Kowalski C.et al. Visita domiciliar a idosos: uma revisão narrativa. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, [internet]2019. [acesso em 12 abr.2019]16(1):149-50,
 29. Santos GS; Cunha ICKO. Visita domiciliar a idosos: características e fatores associados. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro [internet] 2017. [acesso em 14 jun. 2019];7:e1271. <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1271>