



IDENTIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO FAMILIAR EM UMA COMUNIDADE ASSISTIDA POR UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM RECIFE-PE

IDENTIFICATION AND CLASSIFICATION OF FAMILY RISK IN A FAMILY HEALTH UNIT IN RECIFE- PE

Erika Pollyany Ferreira Balbino França

Residente do Programa Residência Multiprofissional em Saúde da Família – IMIP
Especialista em Gestão das Clínicas nas Regiões de Saúde – Hospital Sírio Libanês/ Universidade Federal de Alagoas
Especialista em Enfermagem do Trabalho – UNINTER, Email: erikafbalbino@gmail.com.

Hebe Janayna Mota Duarte Bezerra

Mestre em Saúde Humana e Meio Ambiente pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. É preceptor da Residência Multiprofissional do Instituto de Medicina Integral Prof Fernando Figueira – IMIP. Atua como docente em cursos de Enfermagem. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde Coletiva e Estratégia de Saúde da Família. E-mail: hebeduarte24@gmail.com.

Jéorgia Costa Lima Guerra Curado

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco –UPE. Tem experiência em Saúde Coletiva. Atualmente, enfermeira na Secretaria Municipal de Recife. E-mail: jeorgiacosta@gmail.com.



RESUMO

A família é considerada uma unidade principalmente pelas relações interligadas entre seus membros. Essa compreensão nos permite observar através de seus contextos organizacionais, de funcionalidade e estruturais os fatores que contribuem e/ou determinam a vulnerabilidade social, emocional e de saúde podendo identificar riscos familiares. É na família que os primeiros laços de saúde se apresentam através do cuidado, e promover cuidado é essencial para o trabalho da equipe de saúde. Nessa perspectiva este trabalho tem como objetivo identificar as famílias que vivem sob risco e classificá-las por meio de um instrumento de estratificação de risco familiar. Trata-se

de estudo transversal, de natureza quantitativa e descritiva, realizado na USF Coelhos I, do município de Recife, PE. Foram utilizadas as Fichas A preenchidas na primeira visita domiciliar, que estavam sendo atualizadas para a implantação do e-SUS AB realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde e os dados foram analisados após a utilização da Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi. Como resultados, observou-se a predominância de risco familiar máximo no território onde o saneamento básico é quase inexistente, o que comprova a necessidade de maiores investimentos nesse setor pela gestão e também a relação próxima entre saúde e saneamento. Além de proporcionar a priorização das visitas domiciliares, facilitando o trabalho dos profissionais.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família, Risco Familiar, Visita Domiciliar.

ABSTRACT

The family is considered a unit primarily by the relationships interconnected by its members. This understanding allows us to observe it through contexts such as organization, functionality and structure, but maintaining its emotional and affective ties. It is in the family that the first bonds of health present themselves through care. And promoting care is essential to the work of the health care team. In this perspective, this work aims to identify the families that live under family risk and to classify them by means of a family risk stratification instrument. This is a cross-sectional, quantitative and descriptive study, conducted at USF Coelhos I, in the city of Recife, PE. Fiches A, registered at the first home visit by the Community Health Agents, were used and data were analyzed after the use of the Family Risk Scale of Coelho and Savassi. As a result, the prevalence of maximum family risk in the territory where basic sanitation is almost nonexistent has been observed, which confirms the need for greater investments in this sector by management and also the close relationship between health and sanitation. In addition to providing the prioritization of home visits, facilitating the work of professionals.

KEY-WORDS: Family Health Strategy, Family Risk, Home Visit

INTRODUÇÃO

Constitui-se família um grupo de pessoas conectadas entre si por razões diferentes, situando-se no sistema de parentesco, ligados pela cultura que vai determinar sua estrutura, o tipo de ligação e a interação de seus membros. Possui fases de desenvolvimento demarcadas por um evento particular ocorrido no interior da mesma e

exercem tarefas de desenvolvimento, sendo uma delas o cuidado com a saúde (SILVA e SANTOS, 2003 apud BOEHS, 1990). O cuidado é a essência da assistência à saúde e da Enfermagem e é para a profissão, elemento fundamental, central, dominante e unificador (SILVA e SANTOS, 2003).

O cuidado à saúde está presente no ambiente familiar e inserindo no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), se dá principalmente pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF, antigo Programa de Saúde da Família (PSF) criado em 1994, tem um olhar mais voltado para o cuidado no âmbito familiar, para a promoção a saúde em seus variados contextos (SOUZA, 2011). Para Silva (2007) considerar a família e não apenas o indivíduo como perspectiva de trabalho ainda é muito difícil para os profissionais da saúde.

Segundo Weirich; Tavares e Silva (2004), realizar um levantamento de dados eficaz, ter propriedade sobre os fatores que influenciam a dinâmica familiar e que interferem no processo saúde doença é fundamental para compreender o contexto familiar e intervir no processo de saúde-doença. Pensando na qualidade desses dados, o Ministério da Saúde preconiza instrumentos de abordagem familiar para que os profissionais de saúde se apropriem dessas ferramentas, tais como: o olhar sistêmico, os tipos de famílias, a estrutura familiar, a dinâmica familiar e a conferência familiar que somadas a ferramentas específicas básicas realizam uma adequada abordagem familiar na Atenção Domiciliar (AD).

A visita domiciliar (VD) é uma ferramenta fundamental na prestação da assistência à família, pois favorece a ação de algumas atividades estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como: promoção de saúde, prevenção de agravos, a vigilância da saúde e o acompanhamento de todas as famílias adscritas no território da ESF, de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2007). É o caminho para adentrar na realidade da

comunidade, fortalecer vínculos e entender como funcionam os núcleos familiares. É inerente ao trabalho da Unidade de Saúde da Família (USF) coletar dados, planejar, implementar, registrar e avaliar ações de saúde. Nesse contexto, a Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi (ERF-CS) é um dos instrumentos utilizados para planejar as visitas domiciliares e avaliar o risco familiar (NASCIMENTO et.al, 2010; COELHO E SAVASSI, 2004) por meio da identificação dos fatores de risco aos quais a mesma está exposta, tornando-se importante a identificação das vulnerabilidades que cercam as famílias, pela equipe de saúde, que vivem sob risco familiar. O estudo possibilitará planejar as ações, priorizar as visitas domiciliares às famílias mais vulneráveis, tornando o cuidado à saúde mais resolutivo. O objetivo do estudo foi identificar as famílias que vivem sob risco familiar e classificá-las por meio de um instrumento de estratificação de risco familiar.

PASSEIO TEÓRICO

Para MACHADO (2010), a visita domiciliar (VD) tem como foco à promoção da saúde da comunidade com qualificação técnica dos profissionais e por ser desenvolvida fora dos muros da unidade de saúde torna-se uma excelente oportunidade de prestar cuidado. Porém, o que se observa é a utilização da VD para intervir ou minimizar o processo saúde-doença.

No Brasil, a denominação VD remete à Estratégia Saúde da Família (ESF), que viabiliza a Atenção Primária à Saúde no Brasil e assume papel de destaque na organização do trabalho de suas equipes (ANDRADE et. al. 2014). É considerada a atividade externa à unidade de saúde mais desenvolvida pelas equipes de saúde. Caracteriza-se por utilizar uma tecnologia leve, permitindo o cuidado à saúde de forma mais humana, acolhedora, estabelecendo laços de confiança entre os profissionais e os usuários, a família e a comunidade, ampliando o acesso

da população às ações da Saúde em um dos pontos de sua rede de atenção: o domicílio, a unidade residencial de determinada família (SAKATA et. al, 2007; MENDES, 2011).

A Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (ERF-CS) é um instrumento de estratificação de risco familiar, desenvolvido no município de Contagem, Minas Gerais, baseado na ficha A do SIAB (BRASIL, 2011), que utiliza sentinelas de risco avaliadas na primeira visita domiciliar (VD) realizada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). É aplicada às famílias adscritas a uma equipe de saúde, onde se quer identificar seu risco de saúde. Utiliza dados presentes na ficha A do SIAB e outros, disponíveis na rotina das equipes de saúde da família por isso a facilidade do seu uso. Se baseia em sentinelas de risco que foram escolhidas devido à sua relevância epidemiológica, sanitária e pelo potencial de impacto na dinâmica familiar (tabela 1).

Tabela 1– Sentinelas de Risco, Definições das Sentinelas e Escore de Risco.

Dados da Ficha A (Sentinelas de Risco)	Definições das sentinelas	Escore de Risco
Acamado	Segundo a Organização Mundial de Saúde, define-se como “toda pessoa restrita ao seu próprio domicílio, por qualquer inabilidade e/ou incapacidade de locomover-se por si só a qualquer centro de atenção à saúde.	3
Deficiência Física	Defeito ou condição física de longa duração ou permanente que dificulta ou impede a realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer.	3
Deficiência Mental	Defeito ou condição mental de longa duração ou permanente que dificulta ou impede a realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer.	3
Baixas Condições de Saneamento	O conceito utilizado é o de saneamento ambiental, que segundo a OMS define: “Saneamento constitui o controle de todos os fatores do meio físico do homem, que exercem ou podem exercer efeitos deletérios sobre seu estado de bem estar físico, mental ou social. São utilizados os seguintes itens relacionados no verso da ficha A do SIAB: destino do lixo, tratamento da água no domicílio e destino de fezes e urina.	3
Desnutrição (Grave)	Segue a classificação por percentil de Peso/Idade proposta pelo Sistema de Vigilância Nutricional (SISVAN) estabelecidos para crianças menores de 7 anos: Percentil menor que 0,1: Peso Muito Baixo para a Idade.	3
Drogadição	Utilização compulsiva de drogas lícitas e / ou ilícitas, que apresentem potencial para causar dependência química. Neste grupo inclui-se o álcool, tabaco, benzodiazepínicos, barbitúricos e drogas ilícitas.	2

Desemprego	Segundo a definição do manual da ficha A do SIAB, o item <i>ocupação</i> refere-se a: “tipo de trabalho que exerce, independente da profissão de origem ou de remuneração, mesmo que no momento do cadastramento o indivíduo esteja de férias, licença ou afastado temporariamente por qualquer motivo. A realização de tarefas domésticas caracteriza o trabalho doméstico, ainda que este não seja remunerado. Se o indivíduo referir mais de uma ocupação, deverá ser anotada aquela a que ele dedica o maior número de horas na semana, no seu período de trabalho”. Portanto, define-se como desemprego qualquer situação que não se encaixe neste critério.	2
Analfabetismo	O manual da ficha A do SIAB define como alfabetizado “o indivíduo que sabe ler e escrever no mínimo um bilhete. O indivíduo que apenas assina o nome não é considerado alfabetizado.	1
Menor de seis meses	Todo lactente com idade até 5 meses e 29 dias.	1
Maior de 70 anos	Toda pessoa com 70 anos completos.	1
Hipertensão Arterial Sistêmica	“Pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estejam em uso de medicação antihipertensiva”	1
Diabetes Mellitus	Grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, cérebro, coração e vasos sanguíneos	1

Relação morador/cômodo	É definida pelo número de cômodos na residência dividido pelo número de moradores do domicílio. O número de cômodos é contado conforme descrito no manual da Ficha A do SIAB: “todos os compartimentos integrantes do domicílio, inclusive banheiro e cozinha, separados por paredes, e os existentes na parte externa do prédio, desde que constituam parte integrante do domicílio, com exceção de corredores, alpendres, varandas abertas e outros compartimentos utilizados para fins não residenciais como garagens, depósitos etc.”	>1	3
		= 1	2
		<1	0

Fonte: Savassi et.al. (2012)

A partir da soma dos escores de risco de cada família, elas são classificadas em risco menor a máximo (tabela 2).

Tabela 2 – Estratificação das famílias.

Escore Total	Risco Familiar
5 ou 6	R1
7 ou 8	R2
Acima de 9	R3

Fonte: Savassi et.al (2012)

A necessidade de priorizar VD em equipes com grande número de usuários, somada à ausência de critérios objetivos disponíveis para esta priorização são os grandes responsáveis pela ampla utilização da ERF-SC no nível nacional (COELHO e SAVASSI, 2012).

A ferramenta é também um meio de aproximar acadêmicos ao serviço das USF para entender o processo de trabalho dessas, além de conhecer como ocorre o planejamento de ações e a relação intrínseca entre situação de saúde, vulnerabilidade e análise de riscos.

CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de estudo transversal, de natureza quantitativa e descritiva, realizado na

USF Coelhos I, do município de Recife, PE. A unidade, pertence ao Distrito Sanitário I, é composta por apenas uma equipe que conta com um Médico, uma Enfermeira, uma Cirurgiã dentista, uma Técnica de enfermagem, uma Auxiliar de saúde bucal, quatro Agentes comunitários de saúde, uma recepcionista, um digitador, quatro vigilantes e uma auxiliar de serviços gerais. A equipe conta ainda com o apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que possui os profissionais: Nutricionista, Fonoaudióloga, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo e Fisioterapeuta e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) assistindo uma população de 940 famílias.

Seu território é predominantemente residencial, mas possui diversas Casas de Apoio por ficar muito próximo a um Hospital

referência para todo o estado. A unidade recebe estudantes de graduação e também de residência, desenvolvendo um papel importante na formação de futuros profissionais. Foi escolhido como local da pesquisa porque uma das pesquisadoras está inserida no serviço há dois anos, facilitando o acesso aos profissionais e a comunidade.

O estudo foi realizado entre os meses de outubro de 2016 a janeiro de 2017. A população foi composta por todas as famílias adscritas na referida unidade. Excetuaram-se as famílias que estavam com dados ilegíveis, incompletos ou desatualizados na ficha A, sendo orientado a atualização dos dados sempre que possível, totalizando 782 famílias.

A escolha desta ficha resultou de sua objetividade em apresentar os dados fundamentais para se estabelecer um corte dinâmico da população que se pretende abordar. As informações colhidas permitem às Equipes de Saúde da Família o conhecimento dos indicadores demográficos, socioeconômicos e de morbimortalidade referidos nas famílias das suas áreas de abrangência, requisito fundamental para realização do planejamento estratégico local (MELO et. al, 2013). Para identificação e classificação do risco familiar foi aplicado a Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi, que tem por objetivo determinar o risco social e de saúde, que reflete as potencialidades de doença de cada família e que não necessita de nenhuma nova ficha ou escala burocrática para coleta de dados (SAVASSI et. al, 2012). As informações para o preenchimento do instrumento são coletadas a partir das fichas A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) pelos Agentes Comunitários de Saúde para o cadastro da família durante a visita domiciliar.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife – PE sob parecer nº 60676716.3.0000.5201.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A aplicação da Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (ERF-CS) aplicado às famílias adscritas de uma USF tornou possível analisar o risco social, de saúde e também elucidar os determinantes de saúde e as situações vividas por essas famílias. Além de apontar as fragilidades que circundam a Visita Domiciliar pelos profissionais que prestam assistência.

Por ser um instrumento simples e que sustenta dados da rotina dos profissionais de saúde, a ERF-CS facilita o planejamento de ações e prioriza a visita domiciliar. Foram analisadas nesse estudo 782 famílias, dessas apenas 273 foram classificadas em pelo menos um dos riscos estabelecidos: 176 famílias (64,46%) classificadas como R1, 77 famílias (28,20%) como R2 e 20 famílias (7,32%) categorizadas como R3. Sendo as famílias restantes consolidadas como sem risco por não atingirem o escore mínimo de classificação da escala.

Ao analisarmos esses números, percebemos que uma quantidade expressiva de famílias (34,91%) que são atendidas na Unidade vivem sob risco familiar. E que o número de famílias categorizadas como R3 é bem significativo, necessitando de maior atenção por parte dos profissionais, de mais assistência à saúde por parte da gestão e de prioridades durante a Visita Domiciliar do Agente Comunitário de Saúde.

Tabela 3 – Escores (Números absolutos e porcentagem) da Escala de Coelho, por micro áreas da Equipe na Unidade de Saúde da Família Coelhos I.

ESCALA DE COELHO E SAVASSI – USF COELHOS I										
ESF COELHOS I	MICRO A		MICRO B		MICRO C		MICRO D		MICRO E	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SEM RISCO	45	30,61	129	78,65	145	86,30	38	32,75	157	81,77
R1	62	42,17	21	12,80	17	10,11	48	41,37	28	14,58
R2	34	23,12	10	6,09	5	2,97	25	21,55	3	1,56
R3	6	4,08	4	2,43	1	0,59	5	4,31	4	2,08
TOTAL	147	100	164	100	168	100	116	100	192	100

Fonte: Autoria própria (2017)

Ao fazer a análise pela distribuição dos Riscos pelas microáreas (Tabela 3), observamos que, em duas microáreas, o risco máximo (R3) é percentualmente maior na microárea A (6) e na microárea D (5) em comparação com as demais microáreas B (4), C (1) e E (4). Isso ocorre devido, principalmente, porque esses dois espaços de moradia ficam em locais onde as condições de saneamento são mínimas, e para HELLER (1998) o conceito de saneamento está baseado na formulação da Organização Mundial de Saúde onde saneamento é o controle de todos os fatores do meio físico do homem, que exercem ou podem exercer efeitos deletérios sobre seu estado de bem estar físico, mental ou social. Logo, torna-se claro a relação entre saneamento e saúde e sua importância como medida preventiva de doença. Segundo Coelho e Savassi (2012), a título de pontuação na sua escala, a sentinela Saneamento, considera alguns itens, como: destino do lixo, tratamento da água no domicílio e destino de fezes e urina. É pontuada como (3) quando presentes ao menos uma das seguintes situações: lixo a céu aberto, água sem tratamento e esgoto a céu aberto. E essas situações são comuns as duas microáreas citadas, além das mesmas ficarem a beira do rio Capibaribe e em grande maioria, suas casas serem de palafitas. Nota-se, que além do trabalho dos profissionais de saúde nessa

área, se faz importante uma política pública efetiva que possibilite essa população viver em condições sanitárias melhores. Buss (2004) corrobora o que foi falado, quando relata que uma comunidade onde não há saneamento básico será uma “área de risco”, por envolver aspectos que perpassam o espaço domiciliar das famílias, estando relacionado à própria construção e promoção de políticas públicas saudáveis que se expressam através de diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, mudanças organizacionais e ações coordenadas, que apontam para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais.

Ao observar em aspectos gerais, os resultados obtidos foram bem similares para as microáreas B, C e E, o que demonstra uma pontuação pequena entre os escores, principalmente, entre o risco médio (R2) e o risco máximo (R3), provando a importância de rever os dados adquiridos constantemente e atualizando-os, devido a facilidade de migração para o risco mais elevado, o que por conseguinte, provocaria uma mudança no planejamento de ação dos profissionais, principalmente no que tange a visita domiciliar. Mesmo obtendo resultados similares, a microárea E trouxe uma peculiaridade, onde apresentou percentual de R3 um pouco maior (2,08%) que R2 (1,56%)

divergindo das outras microáreas. Segundo Melo et.al (2013) essas semelhanças e divergências merecem ser analisadas com cautela pois a diversidade quanto aos graus de risco demonstraram a heterogeneidade presente em microáreas aparentemente homogêneas e que provavelmente estão relacionadas as condições sociais da comunidade e influenciam o estado de saúde das pessoas (NAKATA et.al, 2013). O que sugere o estabelecimento de estratégias para priorização da Visita Domiciliar e permite ainda autonomia para o ACS elaborar um plano de ação/cuidado que se encaixe melhor na sua área de atuação, levando em consideração que as características de determinada comunidade correspondem a uma diversidade e a uma complexidade de fatores que influenciam a saúde local e a forma como esses se relacionam (CESAR-VAZ, 2005).

Para o Ministério da Saúde (2009) as ações da ESF, como as VDs, as ações de Vigilância em Saúde e a destinação de recursos em atenção básica podem ser planejadas avaliando o critério de risco, ou seja, dando prioridade a indivíduos e famílias em situação de maior necessidade e vulnerabilidade.

A ERF –CS é um instrumento que auxilia na avaliação da vulnerabilidade das famílias, com importante potencial de utilização no planejamento das ações da equipe. Foi elaborada para estratificar risco para fins de atendimento no domicílio, mas também atua como um instrumento de planejamento que incorpora critérios claros e de fácil aplicação, servindo como ponto de partida para o mapeamento da rede social para o núcleo familiar (PEREIRA et.al, 2009). A utilização da escala nas microáreas da ESF será de grande utilidade para a reorganizar o fluxo de atendimento pois com a percepção quantificada dos riscos das famílias analisadas espera-se a aproximação ao serviço de saúde tornando assim, o trabalho da equipe ainda mais resolutivo.

As divergências de resultados entre as microáreas apresentadas nesse estudo nos permite evidenciar a necessidade da

apropriação do princípio da equidade (tratar de maneira diferente os diferentes) pelos profissionais de saúde aumentando assim a capacidade de recursos de acordo com o que foi identificado, inclusive se utilizando de outros instrumentos de abordagem familiar já preconizados e disponibilizados pelo Ministério da Saúde com a finalidade de completar a assistência ao cuidado.

É importante deixar claro que uma escala de risco deve ser o mais multidimensional possível, envolvendo vários aspectos, como: econômicos (desemprego, miséria), ambientais (poluição), comportamento pessoal (alimentação, atividade física, higiene pessoal), dimensões interpessoais (sexualidade) e criminais (relacionado a violência urbana) (CASTIEL, 1996). Nascimento et.al (2010) infere que a abordagem ao risco familiar deve sempre levar em consideração as múltiplas relações de causalidade e determinação social. E destaca ainda que, um único morador de uma casa que não seja hipertenso, não seja diabético, não esteja acamado, tenha boas condições de moradia, que esteja desempregado, fazendo uso de drogas e etilista, na escala de risco construída em seu estudo teria risco familiar máximo (R3). Porém, na Escala de Coelho seria de risco mínimo (R1). O que permite perceber como se faz necessário olhar a família numa perspectiva multidimensional independente do instrumento a ser utilizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para concluir, percebemos que a Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi ainda é um instrumento importante para estratificação de risco familiar, pois a partir dele a equipe consegue planejar a assistência às famílias de maior risco e dar prioridade às visitas domiciliares às microáreas que necessitam mais, além de ser de fácil utilização, pois lida com dados já conhecidos de toda a equipe de saúde. É importante lembrar que esses dados devem ser revistos e reavaliados

constantemente devido a dinâmica territorial e para produzir uma classificação de risco mais fidedigna. Lembramos que a classificação de risco familiar é o ponto inicial para melhorar a qualidade da assistência prestada e esperamos que seja uma oportunidade de visualizar as necessidades das famílias permitindo uma assistência multiprofissional e com elaboração de planos terapêuticos. Não sendo os trabalhadores apenas classificadores de risco.

Contudo, sugere-se que sejam utilizadas outras ferramentas de avaliação para complementar a assistência à saúde dos núcleos familiares, tais como FIRO, PRACTICE, APGAR, Método Calgary de Avaliação Familiar, pois essas facilitam o entendimento do contexto de saúde e doença o qual o indivíduo está inserido e permite que o mesmo seja visto em suas multidimensões.

Acredita-se também que a ERF-CS deve ser reavaliada para uma futura adequação devido às mudanças no sistema de informação que em alguns locais já deixa de coletar dados pela ficha A do SIAB e passa a cadastrar família e indivíduo pelo sistema de informação e-SUS, acrescentando a ela, de maneira criteriosa, novas sentinelas ainda não contempladas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, A.M; GUIMARÃES, A.M.D.N; COSTA, D.M; MACHADO, L.C; GOIS, C.F.L. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília*, 23(1):165-175, jan-mar 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrutivo do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. 2ª Versão. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 29 p.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. p. 15-37. Acessado em 13 fev. 2017

CASTIEL, L.D. Vivendo entre exposições e agravos: A teoria da relatividade do risco. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos* 1996; 3(2):237-264.

CEZAR-VAZ, M.R; SOARES, M.C.F; MARTINS, S.R; SENA, J; SANTOS, L.R; RUBIRA, L.T, et al. Saber ambiental: instrumento interdisciplinar para a produção de saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2005;14(3):391-7.

HELLER, L. Relação entre saúde e saneamento na perspectiva do desenvolvimento. *Ciênc. saúde coletiva [online]*. 1998, vol.3, n.2, pp. 73-84. Acesso em 14 fev. 2017.

MACHADO, L.C. A visita domiciliar na visão dos profissionais de saúde e dos usuários no Município de Aracaju - SE. 2010 [dissertação]. Aracaju (SE): Universidade Tiradentes; 2010.

MELO, R.H.V; VILAR, R.L.A; FERREIRA, A.F; PEREIRA, E.J.S; CARNEIRO, N.E.A; FREITAS, N.G.H.B; DINIZ JR, J. Análise de risco familiar na estratégia saúde da família: uma vivência compartilhada entre preceptores, discentes e agentes comunitários de saúde. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde, On-Line*, pp. 58-71, 2013. Acessado em nov, 2016.

MENDES, E.V. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção básica. *Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. 260 p. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo

a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção básica para o Programa de Saúde da família e o programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília; 2007.

NAKATA, P.T; KOLTERMANN, L.I; VARGAS, K.R; MOREIRA, P.W; DUARTE, E.R.M; ROSSET-CRUZ, I. Classificação de risco familiar em uma Unidade de Saúde da Família. Rev. Latino-Am. Enfermagem set.-out. 2013;21(5) pp. 1-7. Acessado em 15 fev. 2017

NASCIMENTO, F G; PRADO, T N; GALAVOTE, H S; MACIEL, P A; LIMA, R C D; MACIEL, E L N. Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória (ES). Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2010

PEREIRA, J.G; MARTINS, W.R.V; CAMPINAS, L.L.S.L; CHEIRI, P.S. Integração academia, serviço e comunidade: um relato de experiência do curso de graduação em Medicina na atenção básica no município de São Paulo. Mundo Saúde. 2009;33(1):99-107.

SAKATA, K.N; ALMEIDA, M.C.P; ALVARENGA, A.M; CRACO, P.F; PEREIRA, M.J.B. Concepções da saúde da família sobre as visitas domiciliares. Rev Bras Enferm. 2007 nov-dez; 60(6):659-64.

SAVASSI, L.C.M; LAGE, J. L; COELHO, F. L. G. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: escala de risco familiar de Coelho-Savassi. Journal of Management and Primary Health Care, v. 3, p. 179-185, 2012. Acesso em: 22 nov. 2016.

SILVA, J.V; SANTOS, S.M.R. Trabalhando com Famílias Utilizando Ferramentas. Revista APS, v.6, n.2, p.77-86, jul./dez. 2003.

WEIRICH, C.F; TAVARES, J.B.; SILVA, K.S. O cuidado de enfermagem à família: um estudo bibliográfico. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 02, 2004. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>