

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO
EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

RAPHAEL VELOSO TEIXEIRA

**PROPOSTA DE OTIMIZAÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES PARA
REABILITAÇÃO DE IDOSO ACAMADO**

**BELO HORIZONTE
2014**

RAPHAEL VELOSO TEIXEIRA

**PROPOSTA DE OTIMIZAÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES PARA
REABILITAÇÃO DE IDOSO ACAMADO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
para fins de aprovação no curso Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família para
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Leonardo Cançado Monteiro
Savassi

**BELO HORIZONTE
2014**

RAPHAEL VELOSO TEIXEIRA

**PROPOSTA DE OTIMIZAÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES PARA
REABILITAÇÃO DE IDOSO ACAMADO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para fins de aprovação no curso Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família para obtenção do Certificado de Especialista.

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Cançado Monteiro Savassi

Avaliador: Prof. Dr. André Luiz dos Santos Cabral

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

RESUMO

O avançar da sobrevida da população traz consigo a cronicidade de algumas doenças, e a visita domiciliar visa ao melhor controle das comorbidades que acometem os pacientes. Algumas dessas doenças reduzem a mobilidade do paciente e por isto tentamos melhorar as visitas domiciliares para reduzir a restrição dos idosos e propagar ensinamentos de como a família, vizinhos e a equipe de saúde podem se tornar bons cuidadores e melhorar a qualidade de vida. Formamos um grupo na unidade básica de saúde com a equipe do Programa de Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família para otimizar essas visitas. Conseguimos melhora significativa da qualidade de vida tanto dos cuidadores quanto dos pacientes em relação a anos passados. A continuidade do programa proverá ganhos em toda a comunidade.

Palavras-chave: Visita domiciliar, Idoso, Atenção Primária a Saúde, Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

The advance of the survival of the population carries the chronicity of some diseases, and home visit aims a better control of comorbidities that affect patients. Some of these diseases reduce the mobility of the patient and because of this we tried to improve home visits to reduce the restriction of the elderly and propagate knowledge of how family, neighbors and health professionals can become good caregivers and improve their quality of life. We formed a group in the Primary Care Unit with the Family Health Program team and the Support Family Health Core to optimize these visits. We achieved a significant improvement in quality of life for the caregivers and the patients as compared to past years. The continuity of the program will provide gains throughout the community.

Keywords: Home Visit, Elderly, Primary Care, Family Health Program.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Condições sanitárias do município de Betim, 2012.....	12
Gráfico 2- Situação de emprego da população sob responsabilidade da ESF.....	13

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Fases do Projeto.....	34
---------------------------------	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Ficha A do SIAB.....	23
Figura 2 - Sentinelas para avaliação de situações de risco.....	24

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- População do município de Betim estratificada por faixa etária....	12
Quadro 2- População da área de abrangência da equipe estratificada por faixa etária e sexo, ESF Duque de Caxias, Betim, MG.....	13
Quadro 3 - Quantidade dos equipamentos sociais existentes de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS).....	14
Quadro 4 - Descrição dos equipamentos sociais existentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS).....	14
Quadro 5 - Priorização de problemas pela equipe azul, UBS.....	16
Quadro 6 - Riscos específicos de cada área de atuação.....	22
Quadro 7- período das visitas de acordo com os riscos familiares.....	24

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AD - Assistência Domiciliar

AGA - Avaliação Geriátrica Ampla

ESF - Estratégia Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

PIB - Produto Interno Bruto

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PSF - Programa Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

VD - Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	JUSTIFICATIVA.....	16
3	OBJETIVO.....	17
4	METODOLOGIA.....	18
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
5.1	Visita domiciliar na atenção primária à saúde: contextualização e importância.....	19
5.2	Atendimento domiciliar ao idoso: reabilitação mediada pela vista domiciliar.....	26
6	PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	33
7	CONCLUSÃO.....	36
	REFERÊNCIAS.....	37

1 INTRODUÇÃO

O município de Betim dista 28 Km da capital do Estado de Minas Gerais e faz parte da região metropolitana de Belo Horizonte. Seu prefeito é o Sr. Carlaile Pedrosa, o Secretário Municipal de Saúde o Sr. Mauro Silva Reis, o coordenador da Atenção Básica o Dr. Hilton Soares de Oliveira.

A história de Betim vem desde o século XVIII, quando o Brasil, ainda colônia de Portugal, estava no auge do ciclo do ouro. A região era importante rota para os bandeirantes, pois ligava São Paulo a Pitangui. Assim como várias cidades surgiram nas trilhas das tropas e nas rotas dos bandeirantes, Betim, à época sob o nome de Santa Quitéria, fazia parte desse entrecruzar de caminhos, sendo passagem e pousada de tropeiros (BETIM,2013).

Data da década de quarenta, a instalação das primeiras indústrias em Betim, elas eram ligadas à constituição do Parque Siderúrgico Nacional: Cerâmica Saffran (1942), Ikerá (1945), Cerâmica Minas Gerais (1947). A partir de então, Betim, por sua oferta privilegiada de infraestrutura, passou a ser um polo de atração de indústrias (IBGE, 2010).

O planejamento estadual destinou a Betim, na década de cinquenta, outras duas outras funções econômicas: a industrialização de base, representada pelas siderúrgicas, e a produção de alimentos para o abastecimento local. Nesses últimos 30 anos, o parque industrial de Betim cresceu e se diversificou. Além de pólo petroquímico e automotivo, a cidade também abriga importantes empresas nos setores de metalurgia, alumínio, mecânica, serviços e logística (BETIM, 2013).

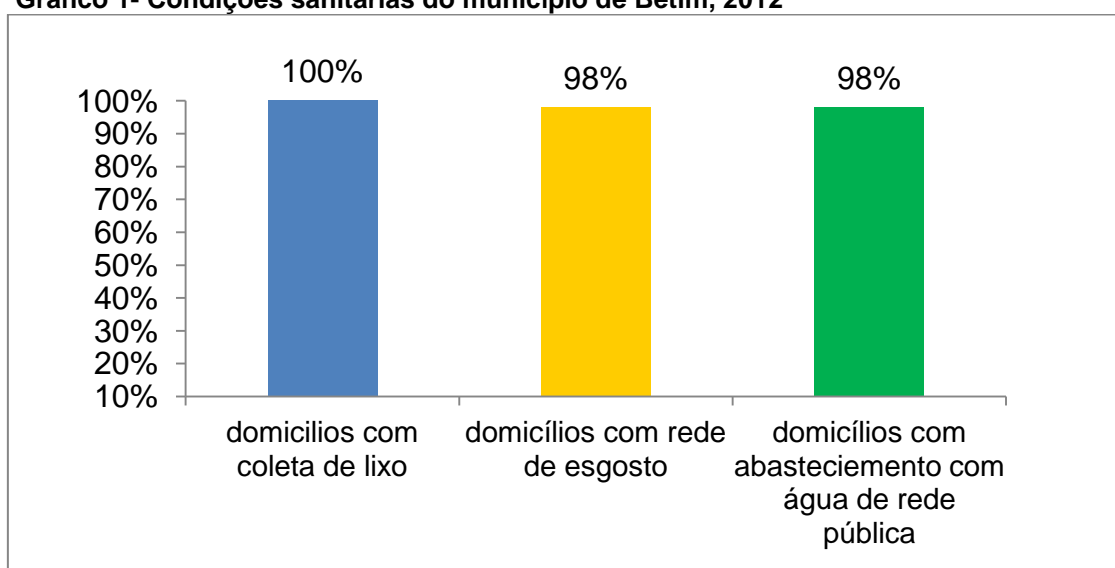
A área total do município é de 346 Km². Como aspectos socioeconômicos, destaca-se por indicadores como um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,775, o Produto Interno Bruto (PIB) R\$25.314.345,580 (o que o coloca como o 16º PIB municipal do Brasil) e um PIB *per capita* de R\$58.938,14 (IBGE 2010). Betim conta com uma população de 388.873 mil habitantes segundo o censo de 2010, feito pelo IBGE. O quadro 1 demonstra a divisão da população por faixa etária.

Quadro 1: População do município de Betim estratificada por faixa etária

Nº de Indivíduos	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 25	25 - 39	40 - 59	60 e +	Total
Total	22420	29988	35874	34981	36144	100910	85282	26696	372295

Fonte: IBGE 2010

A situação sanitária da população no município de Betim é adequada, com a maioria da população apresentando acesso a rede de esgoto e água potável. A coleta de lixo atende 100% da população como aponta o gráfico 1.

Gráfico 1- Condições sanitárias do município de Betim, 2012

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), 2012.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Duque de Caxias fica a aproximadamente 3 km da área de abrangência da minha equipe, e seu horário de funcionamento é das 07 às 18 horas. São dois médicos generalistas, dois pediatras e três ginecologistas, doze técnicos em enfermagem, quatro enfermeiros, quatro dentistas, oito técnicos em saúde bucal, um gerente, quatro atendentes e duas faxineiras. Isso para atender a cinco equipes de Saúde da Família. Área física e uso são relativamente precários, pois são quatro consultórios, uma sala para o acolhimento da enfermagem, e uma sala para os quatro dentistas. Uma nova unidade encontra-se em fase de construção.

O Quadro 2 mostra a estratificação por idade e gênero da nossa equipe, na qual predomina o sexo feminino, na faixa etária de 19 a 59 anos.

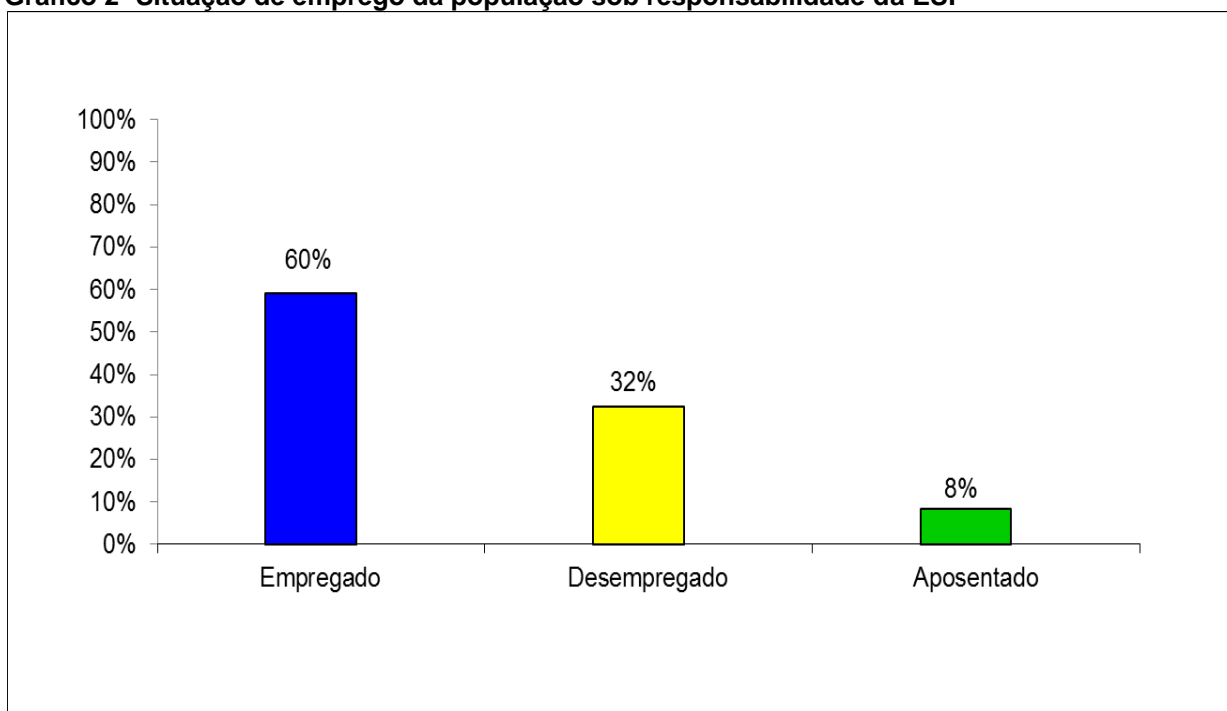
Quadro 2- População da área de abrangência da equipe estratificada por faixa etária e sexo, ESF Duque de Caxias, Betim, MG

Faixa Etária \ Gênero	MASCULINO	FEMININO
	< 1 ano	11
1 – 4 anos	60	57
5 – 12 anos	109	98
13 – 18 anos	81	117
19 – 59 anos	516	655
> 60 anos	46	54
TOTAL	823	1001

Fonte: Diagnóstico Situacional, Equipe Azul, UBS Duque de Caxias, 2013

A equipe cobre 586 famílias, representando 1.498 habitantes na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) Duque de Caxias. O gráfico 2 aponta a situação de emprego destas pessoas.

Gráfico 2- Situação de emprego da população sob responsabilidade da ESF



Fonte: Diagnóstico Situacional, Equipe Azul, UBS Duque de Caxias, 2013.

Foram levantados também os recursos intersetoriais presentes na comunidade, que são destacados nos Quadro 3 e Quadro 4.

Quadro 3- Quantia dos equipamentos sociais existentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS)

Escolas	01
Associações de Moradores	01
Entidades Beneficentes	01
Creches	01
Outros: Campo de Futebol	00
Praça	00
Clube Privado	00
Igrejas	04

Fonte: Diagnóstico Situacional, Equipe Azul, UBS Duque de Caxias, 2013

Quadro 4 - Descrição dos equipamentos sociais existentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS)

EQUIPAMENTOS/ORGANIZAÇÕES	Endereço
Escolas:	Escola da gente: Rua Brasília 660
	Bob Esponja: Rua Brasília, 93
Associações de moradores	Fábio
Entidades beneficentes:	Projeto Renascer
Colegiado Regional de Saúde	Alterosas
Outros: Creches:	Creche municipal
Igrejas:	1 católica, três igrejas evangélicas
Banco	3 ITAU, lotérica e representante do banco do Brasil
Lideranças Comunitárias:	Dimas Amorim e Éber Mendes

Fonte: Diagnóstico Situacional, Equipe Azul, UBS Duque de Caxias, 2013

Após reunião de equipe, em que foram usados como base para a discussão os dados levantados a partir de um questionário aplicado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) à população, além de questionários respondidos pela própria equipe a partir de uma proposta de Estimativa Rápida Participativa, conseguimos fazer uma boa análise situacional dos problemas da Unidade Básica de Saúde (CAMPOS *et al.*, 2010).

O tema mais abordado nos questionários foi a acessibilidade da população à consulta médica, pois a equipe não está trabalhando adequadamente como uma equipe de saúde da família: das 5 equipes da nossa macro área, apenas 2 possuem médicos. Como resultado disso, atende-se a toda a demanda espontânea e agendada da unidade básica.

Boas ideias surgiram para quando a equipe conseguir trabalhar realmente dentro do modelo proposto pela Estratégia Saúde da Família, mesmo porque a população se mostrou ansiosa para que se voltasse a realizar grupos e palestras. Alguns usuários

se mostravam insatisfeitos com a frequência das visitas dos Agentes Comunitários de Saúde, visto o desconhecimento sobre como ela era preconizada. O mesmo acontece, por exemplo, em Botucatu-SP, como relatado no artigo de Lima *et al* (2010) intitulado “A visita domiciliária realizada pelo agente comunitário de saúde sob a ótica de adultos e idosos”. Outro ponto dificultador apontado foi a distância da área de moradia em relação à localização da UBS, pois a população mais idosa e carente não possui carro próprio para a locomoção, fato agravado pela baixa efetividade do transporte público na região.

Assim, percebe-se que todos os pontos destacados em reunião de equipe apontam o problema da acessibilidade da população assistida, seja pela distância física ou pela forma de organização e insuficiência de profissionais médicos na unidade. Tendo em vista a governabilidade da equipe e a árvore de problemas construída, o nó crítico apontado para melhorar a saúde da população foi o investimento em visitas domiciliares (VD) para pessoas com problemas crônicos de saúde.

2 JUSTIFICATIVA

Após reuniões com a equipe chegou-se a algumas situações-problema que prejudicavam a qualidade do atendimento: um desses pontos foi a limitação do acesso dos idosos à Unidade Básica de Saúde (UBS), seja por desinformação, por limitação para deambular, ou devido a demência ou outras comorbidades.

A literatura científica também demonstra que já existe no Ministério da Saúde um grande número de propostas de ações voltadas para comorbidades muito prevalente nos idosos como hipertensão e diabetes.

Resolveu-se priorizar àquele idoso que faz uso simultâneo de mais de um medicamento (polifarmácia) e várias comorbidades, o que culmina em restrição de locomoção e conseqüente perda da qualidade de vida e da dignidade.

A reabilitação de idosos acamados tem o intuito não só da reabilitação física, mas também o tratamento das comorbidades no domicílio que levem à melhora de sua dignidade.

O quadro a seguir aponta a priorização de problemas desenvolvida durante o Diagnóstico Situacional da Equipe Azul de acordo com sua importância, governabilidade e fatores favoráveis a sua realização:

Quadro 5 - Priorização de problemas pela equipe azul, UBS Duque de Caxias, 2013

Ordem de prioridade	Problema
1º	Acessibilidade à consulta medica
2º	Falta de apoio ao idoso
3º	Quantidade de visitas domiciliares
4º	Distância da UBS

Fonte: Diagnóstico Situacional, Equipe Azul, UBS Duque de Caxias, 2013.

3 OBJETIVO

Descrever um plano de ação com vistas à melhoria do atendimento de idosos acamados e com restrição de atividades.

4 METODOLOGIA

Para entender os processos relacionados à visita domiciliar (VD), foi realizada revisão da literatura utilizando os descritores: “Visita domiciliar”, “idoso”, “Atenção Primária à Saúde” e “Programa Saúde da Família” nas bases de dados da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Scientific Electronic Library Online (SciELO), e na Biblioteca do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCON) da UFMG .

Os artigos encontrados foram avaliados criticamente e selecionados aqueles de relevância para este trabalho, segundo metodologia proposta por Corrêa *et al.* (2010).

Para desenvolver o projeto de intervenção, foram considerados dados levantados na Estimativa Rápida Participativa do Diagnóstico Situacional realizado pela equipe Azul da ESF Duque de Caxias-Betim-MG. O projeto foi desenhado com base em proposta de Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus (CAMPOS *et al.*, 2010).

Foram definidos também instrumentos de monitoramento e avaliação.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Visita domiciliar na atenção primária à saúde: contextualização e importância

De acordo com Polaro *et al.* (2013), esforços tem sido empreendidos na firmiação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem na atenção básica de saúde sua porta de entrada. Porém, a garantia, qualidade e integralidade da atenção aos usuários ainda continuam sendo um desafio, pois os trabalhos se desenvolvem em um contexto de carências, tanto de recursos humanos, quanto estrutural.

As condições e qualidade de trabalho das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), ainda correspondem a um atendimento ao idoso insuficiente, por falta de conhecimento do cuidado específico no atendimento ao idoso ou pela desarticulação no processo de trabalho (POLARO *et al.*, 2013)

Na proposta do Programa Saúde da Família (PSF), a visita deve se articular aos desafios que se colocam para a equipe, tendo as famílias como unidade central de atenção, abarcando suas diversas necessidades, e visando não só a prevenção da saúde, a recuperação e a reabilitação de doenças, mas, também, a promoção da saúde como afirma Mandu (2008), o que corrobora na busca pela capacitação da equipe para as diversas necessidades da família.

O cuidado ao idoso vem sendo mais necessário visto que a população continua em constante elevação da expectativa de vida (MARTINS *et al.*, 2008).

Isso evidencia a real necessidade do projeto de otimização da visita domiciliar, pois há um melhor controle das comorbidades, prevenção de quedas e melhora a saúde global do paciente, devolvendo a ele a capacidade de mobilidade e das atividades básicas de vida (SGARBI e VILAR, 2004; NOBRE *et al.*, 2010; BUKSMAN *et al.*, 2008; MARTINS *et al.*, 2008).

Neste sentido:

A implementação desse tipo de cuidado é eficaz na diminuição das perdas do idoso produzidas pelo envelhecimento; reduz a possibilidade de hospitalização do idoso num estágio avançado da doença e/ou da incapacidade, o que aumenta os custos econômicos e os riscos iatrogênicos, além de favorecer a humanização do cuidado (FERNANDES e FRAGOSO, 2005, p.175).

A visita domiciliar, dentro do PSF, fortalece o vínculo entre o profissional, equipe e o usuário, conforme explica Borges e D'Oliveira (2011), o que melhora a adesão ao tratamento, a qualidade de vida do paciente e de seus familiares, bem como facilita a disseminação do conhecimento através da Educação em Saúde.

Na atualidade, as VD têm objetivos mais amplos e se tornaram muito complexas. Na segunda década do século XX, a visita focava-se para o cuidado do enfermo e aos fatores ligados com a enfermidade, sem atentar para a família enquanto grupo social (MANDU *et al.*, 2008).

Na proposta da ESF, a visita deve se combinar aos desafios que se colocam para este, tendo as famílias, em seu contexto sociocultural, como unidade central de atenção, compreendendo suas diversas necessidades, visando não apenas prevenir, recuperar e reabilitar, mas, também, promover saúde (MANDU *et al.*, 2008).

As visitas mensais são relevantes no sentido de que o usuário perceba que seu tratamento tem sentido não apenas para ele, mas também para a equipe de saúde e também permite que as dúvidas sejam sanadas (MANTOVANI *et al.*, 2007).

O compromisso assumido com estes usuários expressa a importância da atenção prestada ao tratamento das doenças crônicas, que precisam de constante vigilância e que necessitam de acompanhamento contínuo para adesão e possivelmente para reduzir o surgimento de complicações (MANTOVANI *et al.*, 2007).

Para a execução da VD primeiramente deve-se delimitar seu foco, que pode compreender um ou mais objetivos como:

- Conhecer o domicílio e suas características ambientais, identificando socioeconômicas e culturais;
- Averiguar a estrutura e a dinâmica familiar;
- Caracterizar os fatores de risco individuais e familiares;
- Oferecer assistência ao paciente no seu próprio domicílio, especialmente em caso de acamados;
- Colaborar no controle e prevenção de doenças transmissíveis, agravos e doenças não transmissíveis, instigando a adesão à terapia, medicamentosa ou não.
- Incentivar ações de promoção à saúde, impulsionando a mudança de hábito de vida.
- Proporcionar ao indivíduo e à família, a participação ativa no processo saúde-doença.
- Adaptar o atendimento às necessidades e expectativas do paciente e de seus familiares.
- Intervir de forma precoce no progresso das complicações e internações hospitalares.
- Instigar a independência e a autonomia da pessoa e de sua família, estimulando práticas de autocuidado.
- Aprimorar os recursos disponíveis, no que tange a saúde pública, promoção social e participação comunitária (CUNHA E GAMA, 2012, p.39).

As visitas devem ser planejadas de forma rotineira pela equipe de saúde da família, devendo a escolha do indivíduo e/ou das famílias ser baseada nos critérios delineadores de prioridades, por conta das particularidades de cada pessoa ou família. Conforme Cunha e Gama (2012) tais critérios são:

- Situações ou problemas novos na família relacionados à saúde ou que constituem risco à saúde (morte súbita do provedor, abandono de um dos genitores, situação financeira crítica, etc...).
- Situação ou problema crônico agravado.
- Situação de urgência.
- Problemas de imobilidade e/ou incapacidade que impedem o deslocamento até a unidade de saúde.
- Problemas de acesso à unidade (condições da estrada, ausência de meios de transporte, etc...).
- Do problema de saúde agudo que necessite de internação domiciliar.
- Das ausências no atendimento programado.
- Dos portadores de doenças transmissíveis de notificação obrigatória.
- Dos hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose e hanseníase que não estão aderindo ao tratamento. (CUNHA E GAMA; 2012, p.40)

Para a população de idosos, crianças e gestantes as VD são vistas como prioritárias as seguintes circunstâncias disposta no quadro a seguir:

Quadro 6 - Riscos específicos de cada área de atuação

Idosos	Crianças	Gestantes
<ul style="list-style-type: none"> - Acamados com dificuldade de deambulação - Com doenças crônico-degenerativas - Sem adesão ao tratamento - Sem cuidador 	<ul style="list-style-type: none"> Recém-nascidos com alto grau de distrofia - Com atraso no crescimento ou no desenvolvimento - Ausências no atendimento programado e/ou vacinações 	<ul style="list-style-type: none"> De alto risco - Desnutridas - Ausências na consulta de pré-natal agendada

Fonte: Cunha e Gama (2012)

Para assegurar a priorização dos quadros de maior risco deve-se empregar uma escala, fundamentada nos dados presentes na ficha de registro da família do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), ficha A do SIAB.

De acordo com Coelho e Savassi (2004):

A ficha A do SIAB é preenchida na primeira visita que o ACS faz às famílias de sua comunidade. As informações recolhidas permitem à ESF reconhecer indicadores demográficos, socioeconômicos e nosológicos referidos nas famílias da sua área de abrangência e, com isto, realizar o planejamento estratégico. A escolha da Ficha A do SIAB resulta de sua objetividade em apresentar os dados fundamentais para se estabelecer um corte dinâmico da população que se pretende abordar. (COELHO & SAVASSI; 2004, p.21)

Os dados da Ficha A são considerados os sentinelas para análise das condições a que as famílias possam estar expostas, fornecendo pontuação para o Risco Familiar e instituindo táticas para priorizar a visita às famílias que tenham maiores pontuações.

Figura 1- Ficha A do SIAB

Frente

FICHA A		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA				UF [] [] []		
ENDEREÇO		NÚMERO [] [] []	BAIRRO		CEP [] [] [] - [] [] [] []			
MUNICÍPIO [] [] [] [] [] [] [] []	SEGMENTO [] [] []	ÁREA [] [] [] []	MICROÁREA [] [] [] []	FAMÍLIA [] [] [] []	DATA [] [] [] [] [] [] [] []			
CADASTRO DA FAMÍLIA								
PESSOAS COM 15 ANOS OU MAIS		DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
NOME					sim	não		
PESSOAS DE 0 A 14 ANOS		DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQUENTA A ESCOLA		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
NOME					sim	não		

Verso

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO	
TIPO DE CASA	TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO
Tijolo/Adobe	Filtração
Taipa revestida	Fervura
Taipa não revestida	Cloração
Madeira	Sem tratamento
Material aproveitado	ABASTECIMENTO DE ÁGUA
Outro - Especificar:	Rede geral
Número de cômodos / peças	Poço ou nascente
Energia elétrica	Outros
DESTINO DO LIXO	DESTINO DE FEZES E URINA
Coletado	Sistema de esgoto (rede geral)
Queimado / Enterrado	Fossa
Céu aberto	Céu aberto
OUTRAS INFORMAÇÕES	
Alguém da família possui Plano de Saúde?	Número de pessoas cobertas pelo Plano de Saúde
Nome do Plano de Saúde	
EM CASO DE DOENÇA PROCURA	PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS
Hospital	Cooperativa
Unidade de Saúde	Grupo religioso
Benzedeira	Associações
Farmácia	Outros - Especificar:
Outros - Especificar:	MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA	Ônibus
Rádio	Caminhão
Televisão	Carro
Outros - Especificar:	Carroça
	Outros - Especificar

Fonte: SIAB, 2003

Os dados da Ficha A são considerados os sentinelas para análise das condições a que as famílias possam estar expostas, fornecendo pontuação para o Risco Familiar e instituindo táticas para priorizar a visita às famílias que tenham maiores pontuações.

Figura 2 - Sentinelas para avaliação de situações de risco

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

Fonte: COELHO & SAVASSI, (2004)

Sendo assim a periodicidade de visitas domiciliares às famílias pela equipe de saúde também leva em consideração classificação de risco familiar, como indicado no quadro abaixo.

Quadro 7- período das visitas de acordo com os riscos familiares

Risco máximo	Visitas semanais
Risco médio	Visitas quinzenais
Risco menor	Visitas mensais

Fonte: Cunha e Gama (2012)

Quanto à formalização das visitas domiciliares, o procedimento básico é entrevistar os membros da família e observar de maneira sistematizada o ambiente e seu funcionamento.

No domicílio, começa-se pela abordagem clínica do caso prioritário. Em seguida é feita a abordagem familiar e, após, são prescritos os cuidados, realizados os encaminhamentos e providas as orientações de acordo com a particularidade de cada caso e da família (CUNHA E GAMA, 2012).

É recomendável a utilização de um impresso específico para o registro correto dos dados coletados ao longo da visita domiciliar que depois serão utilizados para auxiliar o acompanhamento da melhoria dos casos individuais e os aspectos a serem observados nas próximas visitas. Devem ser coletadas informações sobre o quadro socioeconômico, de higiene, estrutura familiar, relacionamento familiar e social, rede de cuidados, situações de risco, existência de agravos e doenças agudas, crônico-degenerativas e transmissíveis (CUNHA E GAMA, 2012).

No decorrer da visita, todos os quadros de risco identificados devem ser levantados e/ou anotados para encaminhamento, não existindo necessidade de serem tratados todos os aspectos fixados no planejamento, pode-se redimensionar o trabalho de cada profissional ao longo a visita, ao serem levadas em conta as situações caracterizadas na visita (CUNHA E GAMA, 2012).

Nessa ocasião, valorizam-se as relações interpessoais para permitir aproximação e segurança na intervenção. A visita é considerada uma oportunidade sem igual para o profissional trabalhar na promoção da saúde e prevenção de doenças, como companheiro da família, caracterizando no lugar as particularidades de cada lar, indivíduo e família, podendo desta forma potencializar os aspectos positivos e orientar a solução de problemas identificados durante a visita (CUNHA E GAMA, 2012).

Deste modo observa-se que primeiramente é feita uma avaliação, que de acordo com Takahashi e Oliveira (2001), é importante, pois assim a equipe estabelecerá o próximo passo da assistência.

5.2 Atendimento domiciliar ao idoso: reabilitação mediada pela vista domiciliar

A VD é uma tática para monitorar e caracterizar os idosos que estão em situação de fragilidade, não sendo vista como assistência domiciliar. Nesta operação, o ACS exerce a função de articular os serviços de saúde e a comunidade. Já a assistência domiciliar (AD) é distinguida pela realização de todo e qualquer atendimento em domicílio feito por profissionais que fazem parte da equipe de saúde, onde este processo se inicia após a visita domiciliar dos ACS que acionam os recursos necessários para o atendimento contínuo àqueles que necessitam de cuidados prolongados em casa ((BRASIL, 2006; BOAS *et al.*,2012)

Esta assistência, no domicílio, apresenta-se como uma alternativa importante para os pacientes que eram tratados necessariamente nos hospitais e atualmente este quadro mudou, sendo os pacientes encaminhados o mais rápido possível para seus lares, para que terminem o tratamento ou recebam suporte terapêutico (BOAS *et al.*,2012).

A AD é regulada por uma necessidade subjetiva, exigindo uma equipe de cuidados responsável de acordo com a necessidade de cada paciente, e frequência apropriada para tal cuidado (SAVASSI *et al.*, 2012).

De acordo com Fernandes e Fragoso (2005), a AD na Atenção Básica à Saúde, realizada pelo Sistema Único de Saúde através das equipes do PSF, pode ser executada de duas maneiras: vista domiciliar ou atendimento domiciliar.

Na visita domiciliar, a equipe pode analisar as necessidades do idoso, da família e do ambiente, bem como fazer um gerenciamento efetivo da saúde deste paciente buscando prevenir agravos por meio de ações precoces sobre situações de risco que possam afetar a saúde e a capacidade funcional, de modo a conservar sua independência, o convívio familiar e a qualidade de vida por um maior tempo possível (DIOGO e DUARTE, 2002).

São selecionados, para esse tipo de cuidado, idosos que se encaixam nas seguintes situações: portadores de múltiplas afecções crônicas; internações frequentes; possuir 85 anos de idade ou mais; morar sozinhos; presença de problemas cognitivos; histórico de acidentes/quedas nos últimos seis meses; uso vários medicamentos e não apresentam uma aderência terapêutica apropriada e, ainda, aqueles que não possuem uma rede de apoio social ou para os quais ela não é eficaz (BRASIL, 2003).

No que se refere aos critérios de desligamento, pode-se citar: mudança da área de abrangência; cuidador familiar não tem possibilidade permanecer no domicílio; não concordância do acompanhamento por parte do idoso e/ou da família; recuperação das condições de deslocamento do idoso até a unidade básica de saúde; piora clínica que motive uma internação hospitalar (BRASIL, 2003).

Neste sentido observa-se que a equipe que trabalha na assistência domiciliar, uma das tarefas é avaliar o paciente de uma forma global, observando o contexto individual e social (BOAS *et al.*, 2012). Basear o diagnóstico apenas na avaliação clínica não basta, como explica Ricci *et al.* (2005):

O diagnóstico baseado somente na avaliação clínica torna-se inadequado com a real condição de saúde da população idosa, já que, para essa faixa etária, os níveis de funcionalidade e independência são dados mais relevantes do que somente a presença de condições mórbidas. O diagnóstico das moléstias continua sendo importante para o tratamento clínico, porém, associado a isso, deve haver compreensão quanto aos aspectos funcionais. Eles não envolvem somente a saúde física e mental, mas também as condições socioeconômicas e de capacidade de autocuidado, as quais irão revelar o grau de independência funcional do idoso. A avaliação da capacidade funcional torna-se, portanto, essencial para a escolha do melhor tipo de intervenção e monitorização do estado clínico-funcional dos idosos. (RICCI *et al.*, 2005, p.6)

De acordo com Boas *et al.* (2012), na avaliação do paciente senil, emprega-se a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), que observa os seguintes aspectos: atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária; saúde mental: humor e quadro cognitivo; audição e visão; quadro nutricional; uso de medicações; equilíbrio e mobilidade; apoio social e familiar.

Ela é essencialmente interdisciplinar, buscando um planejamento e um acompanhamento longo prazo destes pacientes, baseada em escalas e testes quantitativos, permite uma visão geral deste paciente. Por ser um procedimento que abrange instrumentos que quantificam a habilidade funcional e analisam limiares psicossociais, ela permite que seja feita a intervenção.

Contudo, para que a visita seja bem-sucedida e alcance seu objetivo, é essencial que ela seja devidamente planejada, para que o profissional aproveite melhor o tempo e o tempo dos pacientes que vai visitar. Além disso, é importante que tanto o profissional como o indivíduo ou a família visitada entendam a finalidade desse trabalho (LIMA *et al.*, 2010).

Na prática da assistência domiciliar no âmbito da gerontologia, os profissionais devem focar de modo criterioso o idoso, a família, o contexto domiciliar e o cuidador (FERNANDES e FRAGOSO, 2005).

A equipe deve procurar compreender o idoso como indivíduo único, inserido numa realidade familiar e social com o qual interage ininterruptamente. Além disso, deve-se analisar a demanda de cuidados exigida pelo idoso caracterizada a partir da sua avaliação global, com foco nos critérios biofuncionais, psicossociais, ambientais e espirituais, sempre levando em conta e respeitando a individualidade, a história de vida e os conhecimentos (DIOGO e DUARTE, 2002).

O diagnóstico preciso das diversidades de problemas que o idoso pode vir a apresentar só pode ser estimado próximo do adequado após o conhecimento das suas condições de vida, possibilitando, assim, uma visão mais integral da demanda de cuidado do idoso (FERNANDES e FRAGOSO, 2005).

A família é o contexto de assistência e de cuidado: é o melhor ambiente para os idosos. Contudo, para alguns deles, a família não é este contexto, mas sim de violência e abuso. Ante a esse contexto, o planejamento do cuidado apropriado ao idoso exige que a equipe de saúde entenda as questões que abrangem a formação e a dinâmica do funcionamento da família, pois isto pode ter efeitos positivos ou negativos sobre sua existência (PORTELA, 2002).

O domicílio é local conhecido, carregado de histórias, onde cada parte tem um significado especial, que, no entanto, ter problemas em sua manutenção e/ou oferecer barreiras físicas que restrinjam ou não permite a mobilidade do idoso, sujeitando-o a situações de risco, potencializando ou desencadeando processos patológicos. Além disso, é fundamental que a equipe de saúde note se, no domicílio, o idoso se sente protegido e autônomo (FERNANDES e FRAGOSO, 2005).

É possível o idoso sentir-se inútil mesmo no seu domicílio, ao passo que vê se exaurir seus próprios recursos para manter esse ambiente. Nessa conjuntura, a noção da real situação no domicílio do idoso é um dado importante para uma análise completa das suas exigências de cuidado (FERNANDES e FRAGOSO, 2005).

Nos casos em que há necessidade de propor mudanças no ambiente, tendo em vista o bem estar do idoso, o profissional da equipe deve ter uma postura pautada pela ética, saber abordar tal necessidade com respeito, delicadeza e educação (DIOGO e DUARTE, 2002).

O cuidador familiar é aquela pessoa da família, principal responsável pelos cuidados no domicílio (FERNANDES, 2010).

De acordo com estudos realizados por Alvarenga *et al.* (2008), eles prestam cuidados a pessoas com alto grau de incapacidade funcional e nesses casos a sobrecarga interfere de forma direta na qualidade de vida deles.

Muitas vezes, o quadro observado no domicílio é o de idosos que precisam de cuidados domiciliares e de cuidadores que também precisam de cuidados. O que se concluir desse contexto é a existência de uma deficiência de suporte e uma falta de estrutura mais sólida, que permita a esses cuidadores melhor disposição para prestar cuidado eficiente (ALBUQUERQUE. *et al*, 2007).

A este respeito, a Política de Atenção à Saúde do Idoso, organizada em 1999 define a efetividade de um sistema de apoio e estabelecimentos de parcerias entre os serviços de saúde, os profissionais e o cuidador familiar para lidar com as demandas

do idoso, principalmente daquele com déficit na sua capacidade funcional (BRASIL, 1999).

A disposição do cuidador em atender as demandas do idoso tende a fragilizá-lo diante da ausência de orientação, acolhimento e relação com os sistemas formais de suporte (FERNANDES e FRAGOSO, 2005).

Programas de suporte para cuidadores podem ser voltados para o cuidador principal ou a diversos membros da família e podem ser trabalhados por meio de atendimentos individuais e ou coletivo (FERNANDES e FRAGOSO, 2005).

As operações devem se fundamentar nas exigências específicas de cada cuidador ou família. Essas intervenções devem considerar a ajuda no cuidado direto: orientando a prática quanto aos procedimentos; informações sobre a doença/dependência do idoso (reconhecimento de complicações e recursos disponíveis para enfrentá-las); ajustes necessários no espaço físico, além de oferecer abertura para expressarem e acatar os sentimentos e experiências no processo de lidar com as dificuldades, o melhor modo de enfrentá-las; estimular o autocuidado (FERNANDES e FRAGOSO, 2005).

Conforme o comprometimento da independência e a autonomia do idoso, este poderá exigir cuidados que por sua vez podem ser contínuos e prolongados. Mesmo nessa situação, deve ser garantida a participação no cuidado de si mesmo, pois nem toda incapacidade de um idoso não significa que ele não seja capaz de tomar decisões.

De acordo com Gonçalves *et al.* (2002), o processo de cuidar se dá em trabalhos consecutivos, forma interativa, dialógica, interdependente, entre quem cuida e quem é cuidado, ou seja, numa ação terapêutica afetiva típica. A conquista dessa meta exige da equipe de saúde conhecimentos, aptidões e posturas; entre estes, pode-se destacar a ética, o respeito, o espírito de acolhida, a ponderação e a comunicação eficaz.

Ao ser confiada a tarefa de cuidar, os membros da equipe necessitam estar atentos para a composição familiar; o estilo de cuidado a ser prestado; o tempo necessário; as particularidades da doença; e estabelecer o apoio da equipe de saúde aos cuidadores (FERNANDES e FRAGOSO, 2005).

Duarte e Diogo (2000), fornecem a seguinte direção do cuidado domiciliar: partilhar conhecimento, traçar metas, discutir e implantar intervenções como estabelecido no acordo. O idoso, o cuidador e a família dividem conhecimento sobre si próprio, suas vivências e dificuldades com a experiência gerada pela doença, da dependência e com a exigência de cuidado no ambiente domiciliar. A equipe de saúde compartilha conhecimento específico para o atendimento a essas exigências.

O profissional, o idoso, cuidador e a família necessitarão expor nitidamente seus objetivos a curto, médio e longo prazo, por meio dos quais o idoso poderá conquistar os resultados esperado. O conhecimento recíproco e a discussão conjunta desses objetivos são essenciais para a adesão do tratamento (DUARTE e DIOGO, 2000).

As orientações devem ser individualizadas e relacionadas ao contexto apresentado, e a todos os envolvidos no processo cabem responsabilidades que devem ser clarificadas e estabelecidas como necessárias para o alcance das metas previstas (DUARTE e DIOGO, 2000).

Para cada paciente, as exigências de cuidado são particulares, ou seja, cada um necessita de um cuidado específico. Levando-se em conta os problemas crônicos degenerativos típicos dos idosos e suas sequelas, os cuidados serão específicos, como exemplo, o acidente vascular cerebral e a demência podem exigir cuidados que visem a compensar déficits na capacidade física e cognitiva (DUARTE e DIOGO, 2000).

Em razão destas sequelas que podem fazer com que o indivíduo fique acamado por um longo período, é importante que se atente para os cuidados que venham a prevenir, tratar e reabilitar distúrbios como: úlcera de decúbito, distúrbios articulares, trombose venosa profunda, constipação, infecção no sistema urinário e pneumonia, causados pela imobilidade; leva a perceber que o cuidado para com

este paciente envolve varias áreas e atividades cotidianas como: estimular comunicação e a memória, higiene, alimentação, ministração da terapêutica, mudança de posição no leito, exercícios passivos para prevenir atrofia muscular e problemas articulares e ouvir o paciente e sua família, pois é normal terem preocupações e medos (DUARTE e DIOGO, 2000).

Deste modo percebe-se que o processo de atenção domiciliar é complexo e abrange uma pluralidade de serviços e vários níveis de intervenções e exige a articulação entre paciente, família e equipe de saúde.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Selecionaram-se os pacientes com base nas fichas, no cadastro feito pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e no acolhimento espontâneo.

A proposta de intervenção prevê visitas domiciliares semanais da equipe multidisciplinar.

As etapas anteriores à elaboração do projeto de intervenção são descritas a seguir:

- 1) Iniciou-se com a equipe de enfermagem fazendo a triagem e a problematização dos pacientes, dando prioridade aos restritos ao leito em detrimento daqueles restritos a residência, mas não acamados;
- 2) Foi realizada reunião para a discussão dos casos e distribuição das tarefas. Cada equipe elaborou seu plano de ação;
- 3) A equipe médica se propôs a fazer uma avaliação inicial junto com a equipe de enfermagem para que as receitas médicas, os exames laboratoriais estivessem atualizados.
- 4) A equipe multiprofissional se organizou a partir da equipe de nutrição que marcou as visitas domiciliares em conjunto com a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composta por fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e psicólogo.

O projeto de intervenção encontra-se em fase de execução, tendo em vista o andamento das atividades na Unidade básica de Saúde (UBS) ao longo do ano.

Foram cumpridas as fases de cadastramento dos pacientes, discussão dos casos com a equipe para formatar a estratégia de intervenção, a fase de abordagem dos pacientes, a confrontação de problemas e o início do atendimento nos prazos previstos (CAMPOS *et al.*, 2010).

A tabela a seguir aponta as fases do projeto.

Tabela 1- Fases do Projeto, Betim, 2013.

FASE 1	Reunião com equipe para definição de abordagem ao caso	ESF e NASF
FASE 2	Definição dos pacientes a serem incluídos no trabalho	ESF
FASE 3	Visita domiciliar para avaliação inicial	Médico, enfermeira e ACS responsável
FASE 4	Reunião com NASF para planejamento de ação	ESF e NASF
FASE 5	Início da atenção ao idoso acamado	Médico e profissional do NASF escolhido (Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta ou Psicólogo)
FASE 6	Monitoramento e reavaliação	ACS e Enfermeira
FASE 7	Reunião de monitoramento	ESF e NASF
FASE 8	Replanejamento dos casos de difícil controle	ESF e NASF
FASE 9	Reinício de escolha de pacientes para nova estratégia.	ESF e NASF

Fonte: Planejamento Estratégico Situacional, Equipe Azul, UBS Duque de Caxias, 2013.

Conta-se com uma equipe disposta a receber capacitação para o enfrentamento do problema. Consistem em otimizar as VD em conjunto com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Assim, o cuidado ao idoso foi o nó crítico abordado no projeto de intervenção.

A ação será a capacitação da equipe e cuidadores para a disseminação desse conhecimento e melhora da qualidade do atendimento. A operação contará com o apoio da gerência da unidade que disponibilizará o espaço para as reuniões e o apoio da equipe do NASF e PSF para superarem esse nó-crítico.

Esperamos que a equipe capacitada dissemine o conhecimento acerca do cuidado com pessoas acamadas e que os idosos recuperem a mobilidade. Dessa intervenção esperamos poder devolver aos idosos a capacidade de realizar atividades básicas que antes o componente mobilidade os impedia, sabendo da limitação de alguns por sequelas de outras comorbidades.

Os recursos humanos envolvidos são os membros do NASF (fisioterapeuta, Terapeuta ocupacional, nutricionista e psicólogo), membros do PSF (médico, enfermeira, ACS), técnicos de enfermagem da Unidade Básica de Saúde (UBS) e gerente. A responsabilidade fica a cargo da enfermeira, do médico e da gerente, que fazem parte da atenção básica de saúde do município de Betim que serão necessários em todas as etapas da intervenção.

Os recursos materiais utilizados para a preparação do projeto de intervenção foram documentos científicos. Já os materiais de intervenção são as medicações, faixas, gazes, dentre outros insumos já disponibilizados pela secretaria de saúde. A estrutura utilizada foi a da Unidade Básica de Saúde (UBS), a do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a própria casa dos pacientes e assim serão mantidas durante e após a intervenção.

Os recursos críticos são humanos, em especial pela rotatividade de profissionais, e instrumentais, devido a disponibilidade intermitente de insumos médicos. O controle de recursos críticos foi permitido pela constante reavaliação e pela possibilidade de substituir os insumos por outros compatíveis.

A etapa motivacional foi incrementada pelas reuniões em que foram expostas as ideias dos artigos usados como base do projeto. Como projeto já em desenvolvimento pode-se colher bons resultados da intervenção, o que motiva ainda mais os participantes.

O andamento do projeto vem sendo muito gratificante visto que a equipe multiprofissional já conseguiu fazer com que 30% dos idosos que eram restritos ao leito e agora conseguissem deambular, mesmo com auxílio de órteses.

Está-se conseguindo manter uma boa adesão das equipes que continuam participando das reuniões e gerando os números e questionamentos para mantermos o foco do trabalho. A proposta a partir de então é a continuidade do projeto, visando contemplar todos os idosos identificados como restritos ao leito mediante ações da equipe.

7 CONCLUSÃO

O presente trabalho demonstra que o planejamento e programação das ações na Atenção Básica ainda que em menor escala, podem gerar resultados em prazos relativamente curtos.

A partir dos dados analisados no banco de dados do SIAB, considerando-se aqueles relativos à ficha A, percebe-se que houve melhora na situação de saúde dos idosos que passaram a ser acompanhados pela equipe.

Ao adentrar no domicílio do idoso e de sua família para prover cuidado, deve-se compreender que o trabalho da equipe deve conquistar seu potencial máximo de benefício para esta população, proporcionando, desse modo, um cuidado particularizado e humanizado, o qual, algumas vezes, exige também o ouvir o paciente e sua família.

Neste atendimento deve-se ter como preceito que o idoso possui história e cultura particulares, com valores construídos no decorrer da vida, entremeados pelos significados para cada situação.

É importante que a equipe de saúde estruture o seu plano de ação para o idoso, fundamentado na ética e no conhecimento do processo de senescência e que busque constantemente capacitar-se nesta área para que suas ações possam contribuir na qualidade de vida da desta população.

Também deixou evidente que tipo de assistência proporcionada pela equipe de saúde pode gerar benefícios para o idoso e sua família, bem como modificar a implementação da saúde na atenção básica.

Assim, espera-se que este trabalho possa contribuir para a prática profissional orientando na compreensão das ações essenciais, e que os idosos tenham nesse atendimento a oportunidade de uma assistência capacitada e de qualidade.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Gelson Luiz; MARTINS, Josiane de Jesus; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira; BARRA, Daniela Couto Carvalho; SOUZA, Wanusa Grasiela Amante; PACHECO, Wladja Nara Sousa. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Revista Texto e Contexto – Enfermagem**, 2007; v.16, n.2, p.254-262.

ALVARENGA, Márcia Regina Martins; AMENDOLA, Fernanda; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de Saúde da Família. **Revista Texto e Contexto – Enfermagem**. 2008; v.17, n.2, p.266-272.

BETIM. Secretaria de Saúde. **História**, 2013. Disponível em: <<http://www.betim.mg.gov.br>>. Acesso em: 05 de junho de 2013.

BOAS, Paulo José Fortes Villas; SOUZA, Milena Luckesi de; AUGUSTO, Mariana Cristina; FLORIPES, Trícia M. Feitosa. Acompanhamento domiciliar de idoso de Unidade da Saúde da Família de Botucatu. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2012, v.36, n.1, suppl.1, pp. 161-165

BORGES, Renata; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, Santa Catarina. **Interface**, 2011, v.15, n.37, p.p 461- 472

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção ao Idoso** Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica nº 19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica**. 1. ed, Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BUKSMAN, Salo; VILELA, Ana Lúcia; PEREIRA, Sílvia Regina, LINO Valéria, SANTOS Verônica Hagemeyer. **Queda em idosos: prevenção - Projeto diretrizes**. Sociedade São Paulo: Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2008.

CAMPOS, Francisco; FARIA, Horácio; SANTOS, Max. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**, 2 ed, Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

COELHO, Flávio Lucio; SAVASSI, Leonardo Caçado Monteiro. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, 2004, v. 1, n. 2, p. 19-26

CORRÊA, Edison José; VASCONCELOS, Mara.; SOUZA, Maria Suzana de Lemos. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

CUNHA, Carlos Leonardo Figueiredo; GAMA, Mônica Elinor Alves. A visita domiciliar no âmbito da Atenção Primária Em Saúde. In: MALAGUTTI, Willian. **Assistência Domiciliar – Atualidades da Assistência de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Rubio, 2012, pp.37-48.

DIOGO, Maria José Delboux; DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: FREITAS, Elizabete Viana; PY, Ligia; NERI, Anita Liberalesso; CANÇADO, Flávio Aluizio Xavier; GORZONI, Milton Luiz; ROCHA, Sônia Maria. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.762-767.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José Delboux. Programa de visita domiciliária ao idoso – PROVIDI. In: D DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José Delboux **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p.519-537.

FERNANDES, Juliana Maria. **O papel do cuidador frente ao paciente acamado e a responsabilização da equipe de saúde da família**, 2010, 20 p. Trabalho de conclusão de Curso de [Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família] Universidade Federal de Minas Gerais. Araçuaí, 2010.

FERNANDES, Maria das Graças Melo; FRAGOSO, Kyldery de Melo. Atendimento domiciliário ao idoso na atenção primária à saúde. **Revista APS**, 2005, v.8, n.2, p. 173-180.

GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase; ALVAREZ, Ângela Maria; SANTOS, Sílvia, Maira Azevedo. O cuidado na enfermagem gerontogeriatrica: conceito e prática. In: FREITAS, Elizabete Viana; PY, Lígia; CANÇADO, Flávio Aluizio Xavier; DOLL, Johannes; GORZONI, Milton Luiz. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, pp.1263-1269.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico, 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 05 de junho de 2013

LIMA, Ariane Netto de; SILVA, Lucía; BOUSSO, Regina Szylit. A visita domiciliária realizada pelo agente comunitário de saúde sob a ótica de adultos e idosos. **Saúde e Sociedade**, 2010, vol.19, n.4, pp. 889-897

MANDU, Edir Nei Teixeira; GAIVA, Maria Aparecida Munhoz; SILVA, Maria da Anunciação; SILVA, Ana Maria Nunes da. **Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família**. Texto contexto – Enfermagem, 2008, vol.17, n.1, pp. 131-140

MANTOVANI, Maria de Fátima; VEIGA, Juliana; RODRIGUES, Juliana. Visita domiciliar de enfermagem com atividades educativas no tratamento da pressão arterial. **Online Brazilian Journal of Nursing**, 2007, v. 6, n.1, s.

MARTINS Josiane de Jesus; SILVA, Rosemeri Maurici; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira; COELHO, Francyne Lee; SCHWEITZER, Gabriela; SILVA, Rode Dilda Machado; ERDMANN, Alacoque Lorenzini, Idosos com necessidades de cuidados domiciliar. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, 2008, v.16, n.3, p.319-325.

NOBRE, Fernando, AMODEO, Celso; CONSOLIM-COLOMBO, Fernanda; CORREIA; Marcelo; GUS, Miguel. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, vol.17, n.1, jan/mar. 2010.

POLARO, Sandra Helena Isse; GONCALVES, Lúcia Hisako Takase; ALVAREZ, Angela Maria. Construindo o fazer gerontológico pelas enfermeiras das Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2013, v.47, n.1, pp. 160-167

PORTELLA, Marilene Rodrigues. **A utopia do envelhecer saudável nas ações coletivas dos grupos de terceira idade: canais de aprendizagem para a construção da cidadania**. 2002. 158f. Tese [Doutorado em Enfermagem] - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

RICCI, Natalia Aquaroni; KUBOTA, Maristela Tiemi and CORDEIRO, Renata Cereda. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Revista de Saúde Pública** , 2005, v.39, n.4, pp. 655-662

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro; CARVALHO, Hendrik Ranieri de Oliveira; MARIANO, LAMBERTI, Felipe da Mota, Cezar Augusto; MENDONÇA, Márcio Figueiredo; YAMANA, Gustavo Franco; PEREIRA, Rodrigo Pastor Alves. Proposta de protocolo de classificação de risco para o atendimento domiciliar individual na atenção primária **Journal of Management and Primary Health Care**, 2012, v. 3, n. 2, pp.151-157

SGARBI José Augusto; VILLAR Heloísa Cerqueira Cesar. **Diabetes Mellitus: tratamento medicamentoso**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2004.

TAKAHASHI Renata Ferreira; OLIVEIRA Maria Amélia de Campos. A visita domiciliária no contexto da Saúde da Família. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. P. 43-6.