

## APLICAÇÃO DA ESCALA DE RISCO FAMILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA

F. M. N. Moura<sup>1</sup>, A. D. P. Marinho<sup>2</sup>, L. L. Oliveira<sup>3</sup>, M. L. Santos<sup>4</sup>, O. L. A. Araújo Júnior<sup>5</sup> & M. J. M. Ferreira<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Graduando em Medicina pela Universidade Federal do Ceará. Bolsista do Projeto “Fortalecendo as ações de vigilância em saúde em unidades de atenção primária no Município de Fortaleza/CE”. E-mail: [maximiano.moura@gmail.com](mailto:maximiano.moura@gmail.com); <sup>2</sup>Graduando em Medicina pela Universidade Federal do Ceará. Bolsista do Projeto “Fortalecendo as ações de vigilância em saúde em unidades de atenção primária no Município de Fortaleza/CE”. E-mail: [adavimarinho@gmail.com](mailto:adavimarinho@gmail.com); <sup>3</sup>Graduando em Medicina pela Universidade Federal do Ceará. Bolsista do Projeto “Fortalecendo as ações de vigilância em saúde em unidades de atenção primária no Município de Fortaleza/CE”. E-mail: [lucaslourenco114@gmail.com](mailto:lucaslourenco114@gmail.com); <sup>4</sup>Graduando em Medicina pela Universidade Federal do Ceará. Bolsista do Projeto “Fortalecendo as ações de vigilância em saúde em unidades de atenção primária no Município de Fortaleza/CE”; <sup>5</sup>Graduando em Medicina pela Universidade Federal do Ceará. Bolsista do Projeto “Fortalecendo as ações de vigilância em saúde em unidades de atenção primária no Município de Fortaleza/CE”; <sup>6</sup>Professor do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da UFC. Coordenador do Projeto “Fortalecendo as ações de vigilância em saúde em unidades de atenção primária no Município de Fortaleza/CE”. E-mail: [marceloferreira@ufc.br](mailto:marceloferreira@ufc.br)

Artigo submetido em Janeiro/2016 e aceito em Junho/2016

### RESUMO

A Estratégia Saúde da Família constitui-se como elemento fundamental para a organização da Atenção Básica (AB), realizando ações como a visita domiciliar, visando a garantia de acesso aos serviços de saúde. O presente manuscrito objetiva analisar as potencialidades e desafios para a aplicação da Escala de Risco Familiar, de Coelho e Savassi (ERF-CS), como instrumento para o planejamento dos atendimentos domiciliares no âmbito da AB. O trabalho foi desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Guiomar Arruda. Para tanto, utilizou os

dados do SIAB de cinco agentes comunitários de saúde, que visitaram 48 domicílios durante o mês de agosto de 2015. Dentre as potencialidades da ERF-CS, destacou-se a necessidade de um olhar diferenciado para o território e seus sujeitos. Como desafios, o preenchimento atualizado da Ficha-A dificultou a efetivação da ERF-CS. A adoção de estratégias que contribuam para o planejamento do processo de trabalho em saúde torna-se fundamental para uma atenção básica efetiva.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Básica. Vulnerabilidade Social. Planejamento em Saúde.

### RISK SCALE APPLICATION OF FAMILY PRIMARY CARE

#### ABSTRACT

The Family Health Strategy is essential for the Organization of Primary Care, performing actions such as home visits, aimed to ensuring access to health services. The purpose of this manuscript is to analyze the strengths and challenges for the implementation of the Family Risk Scale Coelho and Savassi (ERF-CS) as a tool for planning home care within the primary care. The work was developed at Basic Health Unit Guiomar Arruda. It was employed the SIAB data from five

community health workers who visited 48 house during August 2015. Among the potential of ERF-CS, we highlighted the need for a different point of view to the territory and its subjects. As challenges, the updated fill of the A Form hindered the effectiveness of the ERF-CS. The adoption of strategies that contribute to the planning of the health work process is essential for effective primary care.

**KEY-WORDS:** Primary Care. Social vulnerability. Health Planning.

## INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange atividades de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, bem como a redução de danos e a manutenção da saúde. Funciona como porta de entrada e ordenadora do cuidado do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, incorpora princípios e diretrizes basilares para sua estruturação, como: Universalidade, Equidade e Integralidade (BRASIL, 2012a).

A AB adota ainda como um dos seus fundamentos, ter uma área adstrita, de modo a possibilitar o planejamento, a programação descentralizada dos serviços e o desenvolvimento de ações em sintonia com as necessidades de saúde das coletividades sob sua responsabilidade sanitária. Nesse sentido, o reconhecimento do território torna-se fundamental para compreensão da dinâmica dos processos de morbimortalidade dos sujeitos (FIGUEIREDO, 2012).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui-se como elemento fundamental para a organização e o fortalecimento da AB. No seu escopo, planeja e executa suas ações em diálogo com as principais necessidades de saúde presentes no seu território, procurando orientar o processo de trabalho da equipe com medidas de prevenção, promoção, e atenção à saúde. Exige, portanto, uma atuação multidisciplinar, a fim de responder as diferentes demandas de saúde, tanto individuais como coletivas (BRASIL, 2005).

Dentre as ações desenvolvidas na ESF destaca-se a Atenção Domiciliar (AD), efetivada principalmente através da Visita Domiciliar (VD), que visam prestar uma assistência integral e educativa no âmbito do domicílio. Viabiliza, portanto, o aumento no grau de autonomia dos pacientes e a continuidade do cuidado pelas equipes de saúde, sobretudo a pacientes impossibilitados de chegar até as Unidades de Saúde, seja por limitações físicas, barreiras geográficas ou sociais (BRASIL, 2012b).

Para tanto, as VD devem ser programadas em conjunto com as equipes de saúde, de modo a considerar os critérios de risco e vulnerabilidade das famílias e dos pacientes, possibilitando que àqueles com maior necessidade sejam visitados com uma maior frequência. A Política Nacional de Atenção Básica preconiza como referência a média de uma visita por família ao mês (BRASIL, 2012a).

Os critérios para a inclusão na atenção domiciliar seguem uma estratificação de riscos, na qual os usuários que são inclusos possuem problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária. Dentre as principais causas

para a realização da VD estão: situações ou problemas novos na família relacionados à saúde ou que constituem risco à saúde (morte súbita do provedor ou abandono de um dos genitores); problemas crônicos agravados; situações de urgência; problemas de imobilidade e/ou incapacidade que impedem o deslocamento até a unidade de saúde e problemas de acesso à unidade (condições da estrada ou ausência de meios de transporte) (UNHA; GAMA, 2012).

Para que a VD atenda plenamente suas funções, ela deve ser previamente planejada e realizada de forma sistematizada. Nesse sentido, faz-se necessário um levantamento e avaliação das condições clínicas e socioeconômicas em que vive o indivíduo e seus familiares, elaborando assim um plano terapêutico de cuidado específico para cada caso (KAWAMOTO; SANTOS; MATTOS, 1995).

Inserido neste contexto de sistematização das VDs está a Estratificação de Riscos, que é uma das ferramentas utilizadas para a garantia de que todos os pacientes tenham acesso com equidade aos serviços oferecidos na ESF, permitindo identificar as diferentes graduações de vulnerabilidade, as situações mais urgentes e, com isso, realizar as devidas priorizações. Essa ferramenta permite uma melhor eficiência na determinação do intervalo entre visitas, além de priorizar os pacientes cujo estado de saúde inspira uma maior atenção. Ademais, colabora para a organização do processo de trabalho da equipe de saúde da família em sua área de abrangência (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

Nesse sentido, foi desenvolvida uma ferramenta de estratificação de riscos denominada Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi (ERF-CS). A ERF-CS propõe pontuações para critérios sentinelas e de grande relevância presentes no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), atribuindo pontuações a cada um deles, a fim de se obter um escore final: 5 ou 6, indica Risco 1 ou menor risco; 7 ou 8, indica Risco 2 ou médio risco; e, maior ou igual a 9, indica Risco 3 ou máximo risco (COELHO; SAVASSI, 2004).

A ERF-CS é, portanto, uma forma objetiva de avaliar a situação clínica e socioeconômica em cada núcleo familiar, utilizando informações de fácil acesso pelos profissionais da AB. O objetivo do uso da escala é, a partir de critérios, priorizar as visitas domiciliares às residências com maior vulnerabilidade, ou seja, fazer com que um domicílio que possui acamados, moradores com baixa escolaridade e uma alta proporção de habitantes por cômodo receba uma quantidade maior de visitas. A priorização do atendimento permite uma melhor gestão dos recursos da unidade e proporciona um atendimento mais alinhado às demandas de cada domicílio (COELHO; SAVASSI, 2004).

O presente manuscrito tem como objetivo, analisar as potencialidades e desafios para a aplicação da Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi como ferramenta para o

planejamento das Visitas Domiciliares realizadas pelas Equipes de Saúde da Família no âmbito da Atenção Básica.

## **2 MATERIAL E MÉTODOS**

O presente artigo foi desenvolvido a partir da ação do projeto de extensão intitulado “Fortalecendo as ações de vigilância em saúde em unidades de atenção primária no Município de Fortaleza/CE.” Nesse sentido, incorpora elementos fundantes balizados sob o princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, compreendido como um processo interdisciplinar, educativo, cultural, científico e político que promove a interação transformadora entre a Universidade e outros setores da sociedade (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2014).

Quanto ao local de estudo, foi desenvolvido no âmbito da Secretaria Regional Executiva (SER) I, no Município de Fortaleza. Esta conta com uma população de aproximadamente 397.882 habitantes, distribuídos em 15 bairros que, em sua maioria, abrigam uma população de baixa renda. Além disso, sofrem com uma alta vulnerabilidade como: ausência de equipamentos sociais, problemas de habitação irregular, desemprego, alcoolismo e drogas. A SER I é atendida por um total de 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) (MENEZES; MEDEIROS, 2012).

Dentre as UBS, encontra-se o Centro de Saúde da Família Guiomar Arruda, unidade escolhida para a realização do presente estudo. De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, é responsável por atender uma população de aproximadamente 17.775 habitantes, sendo que 10,3% destes vivem em condições de extrema pobreza (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA, 2014).

Os principais indicadores adotados para a realização do manuscrito referem-se à população de acamados presentes na área de responsabilidade sanitária da Equipe Azul. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define acamado como toda a pessoa restrita a seu próprio domicílio, por qualquer inabilidade e incapacidade de locomover-se por si só a qualquer centro de atenção à saúde (LICHTENFELS; SANTOS; FERNANDES, 2004). Cada acamado foi relacionado a um domicílio da área adstrita. Posteriormente, foram realizadas visitas domiciliares para aplicação da ERF-CS.

Os domicílios foram identificados a partir dos dados do SIAB de cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Equipe Azul, após período de visitas para preenchimento do

questionário da escala. Ao todo, foram visitadas 48 famílias com acamados durante todo o mês de agosto de 2015.

De acordo com informações obtidas a partir das visitas domiciliares e complementadas com dados oriundos da Ficha A do SIAB, procedeu-se com a pontuação dos escores contidos na ERF-CS. Para tanto, foram considerados elementos como indicadores demográficos, socioeconômicos e nosológicos (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012).

A análise dos dados deu-se em conformidade com a atribuição dos escores para as respectivas questões presentes na ERF-CS. Ao final, considerou-se a somatória total da pontuação adquirida para posterior classificação dos indivíduos nos seguintes estratos: Risco 1 (risco menor); Risco 2 (risco médio); Risco 3 (risco máximo). O detalhamento das pontuações podem ser observados no Quadro 1, abaixo:

**Quadro 1 – Escala de Risco Familiar**

<b>Dados da ficha A SIAB (Sentinelas de Risco)</b>	<b>Escore de risco</b>
Acamado	3
Deficiência Física	3
Deficiência Mental	3
Baixas condições de saneamento	3
Desnutrição grave	3
Drogadição	2
Desemprego	2
Analfabetismo	1
Indivíduo menor de seis meses de idade	1
Indivíduo maior de 70 anos de idade	1
Hipertensão Arterial Sistêmica	1
Diabetes Mellitus	1
Relação morador/ cômodo maior que 1	3
Relação morador/ cômodo igual a 1	2
Relação morador/ cômodo menor que 1	0

<b>Escore total</b>	<b>Risco Familiar</b>
5 e 6	R1- risco menor
7 e 8	R2- risco médio
Acima de 9	R3- risco máximo

Fonte: COELHO; SAVASSI, (2004).

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 POTENCIALIDADES PARA A APLICAÇÃO DA ERF-CS NA ATENÇÃO BÁSICA

A avaliação dos 48 domicílios com presença de acamados mostrou que todos estão em risco, indicando que essa situação pode estar relacionada a diversos outros elementos de vulnerabilidade do domicílio. Dos domicílios em risco, 33% foram classificados como menor risco, 20% foram classificados como médio risco e 47% foram classificados como máximo risco, conforme se observa, abaixo, no Quadro 2.

**Quadro 2 – Classificação de família de acordo com a escala de risco**

<b>Classificação de famílias de acordo com a escala de risco por microárea – Equipe Azul, UBS Guiomar Arruda, Fortaleza-CE, 2015.</b>				
<b>Microáreas</b>	<b>Classificação de risco</b>			<b>TOTAL</b>
	<b>R1</b>	<b>R2</b>	<b>R3</b>	
Microárea 1	1	4	7	<b>12</b>
Microárea 2	2	1	2	<b>5</b>
Microárea 3	0	1	4	<b>5</b>
Microárea 4	4	1	2	<b>7</b>
Microárea 5	9	3	7	<b>19</b>
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>22</b>	<b>48</b>

Fonte: SIAB Equipe Azul Agosto/2015.

A variação de distribuição dos riscos dentro da área de uma mesma equipe, com maior número de acamados e de domicílios endossa a compreensão do território em sua dimensão ampliada, com seus aspectos demográficos, laborais, culturais e sociopolíticos. Nesse sentido, faz-se necessário o entendimento de que o território na saúde não pode estar limitado a um simples recorte político-jurídico e operacional do sistema de saúde. Este, por sua vez, traduz simultaneamente as materializações das práticas sociais em interação com a população e os serviços de saúde no seu nível local, onde se encontram situadas, em delimitações singulares, populações com hábitos e estilos de vida diferentes, os quais determinam e condicionam suas condições de existência e sua organização espacial – o território (GONDIM, 2011).

A ERF-CS, sendo parte do fazer diário da ESF, mostrou-se de fácil aplicação e compilação, dada a preparação prévia e capacitação célere para o manuseio da mesma e de seus critérios. O fato de a ficha A do SIAB ser o ponto de partida para o preenchimento da escala proporcionou melhor manuseio e entendimento das condições influenciadoras da estratificação

de risco, fortalecendo o trabalho dos ACSs como responsáveis por alimentar os indicadores de morbimortalidade no território adstrito.

A aplicação da ERF-CS fortaleceu ainda a interdisciplinaridade, a partir do olhar plural, da capacitação e de esclarecimento conjunto para a incorporação do instrumento, potencializando o trabalho em equipe, que representa um dos principais pilares para uma assistência integral e equânime na saúde. Assim,

[...] uma abordagem integral dos indivíduos/famílias pode ser facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família e favorecer uma ação interdisciplinar. Dessa maneira, é necessário que o trabalho em equipe seja norteado por um processo assistencial comum e que os profissionais desenvolvam uma ação de interação entre si e com a comunidade (VIEGAS; PENNA, 2013, p.135).

Além disso, a montagem da estratificação constituiu-se como ferramenta-trabalho para a organização, orientação e priorização da agenda de intervenções da Equipe Azul. Permitiu a reavaliação *in loco* dos diversos perfis populacionais, adotando o instrumento como aliado para aplicação e reorientação dos principais indicadores de saúde presentes no território, bem como a necessidade de um olhar diferenciado no conjunto dos domicílios, alvos da investigação. Ampliou-se, portanto, os princípios da Integralidade e Equidade, que podem ser percebidos como um conjunto de noções pertinentes a uma assistência ampliada, com articulação das ações dos profissionais, em uma visão abrangente do ser humano dotado de sentimentos, desejos, aflições e racionalidades (VIEGAS; PENNA, 2013).

### 3.2 DESAFIOS PARA A APLICAÇÃO DA ERF-CS NA ATENÇÃO BÁSICA

Dentre os principais desafios para a implantação da Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi, ressalta-se a falta de dados atualizados para o seu preenchimento. A ERF-CS utiliza informações existentes na ficha A do SIAB, que é alimentada logo nas primeiras visitas que o ACS faz às famílias de sua microárea. Contudo, o fato de não existir uma orientação clara sobre a periodicidade em que essa ficha deve ser atualizada contribui para uma dissonância entre as informações contidas na ficha e a realidade do território. Existe apenas a instrução de que todos os dados desta ficha devem ser atualizados sempre que houver modificações nos territórios (MINISTÉRIO..., 1998).

Outro desafio refere-se ao número elevado de famílias atendidas pelos ACS, o que dificulta a atualização permanente da Ficha A em cada domicílio, especialmente os utilizados como sentinelas pela ERF-CS. Situação semelhante foi evidenciada em pesquisa realizada em 3

municípios do estado de Minas Gerais, onde foi identificado que apenas 11,1% das Fichas A possuíam dados atualizados sobre a quantidade de crianças menores de 1 ano em cada domicílio (VIEGAS; PENNA, 2013).

A violência urbana é outra grande dificuldade na AB, notoriamente mais influente quando relacionada com a ida em campo dos profissionais de saúde para aplicação da ERF-CS. Tal problemática torna-se evidente pela dificuldade da ESF em adentrar em alguns territórios, sofrendo ameaças de violência. Isso repercute sobremaneira no planejamento do processo de trabalho em saúde, muitas vezes, significando a ausência dos serviços nesses territórios. Como corolário, o impacto dessa problemática recai principalmente sobre os usuários das UBS, visto que suas implicações repercutem na estruturação e planejamento das visitas domiciliares (TIBIRIÇÁ et al, 2009).

Problemas de ordem estrutural também dificultam a implementação da ERF-CS. Na esfera da AD, é de grande importância a disponibilidade do carro para a realização das visitas. Entretanto, este nem sempre está disponível nos horários acordados, atrasando, com isso, as visitas agendadas e, em certos casos, não sendo possível visitar todos os pacientes programados no dia. Esse problema se torna ainda mais complexo quando se tem a informação de que há pacientes que necessitam desse serviço e não são visitados há mais de um ano. Soma-se, ainda, a carência de materiais minimamente necessários (como equipamentos e medicamentos) para assistência domiciliar (FAVORETO; CAMARGO JÚNIOR, 2012).

Por fim, uma importante limitação da ERF-CS encontrada neste estudo refere-se à ausência de algumas informações mais específicas, como critérios sentinelas. Uma destas é a presença de cuidadores nos domicílios com acamados. Isso representa uma dificuldade no processo de cuidado em saúde, tendo em vista as limitações de que sofrem essa população. Portanto, a ausência desta informação na implementação da ERF-CS limita a utilização desse instrumento para o planejamento dos atendimentos domiciliares realizados pela equipe de saúde, sendo necessária a adaptação da escala para essa situação específica.

#### **4 CONCLUSÃO**

A compreensão do território e as dinâmicas do processo saúde-doença são necessárias para a organização do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, no âmbito da Atenção Básica. Para tanto, faz-se necessária a adoção de instrumentos e metodologias capazes de auxiliar as equipes no planejamento das suas atividades, em sintonia com as demandas oriundas dos territórios e seus sujeitos.



Nesse sentido, a incorporação de instrumentos como a Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi podem auxiliar as equipes quanto à tomada de decisões, sobretudo em populações em situação de risco e vulnerabilidade, como os pacientes acamados. Dessa forma, a implementação desse instrumento no cotidiano de trabalho da Equipe Azul demonstrou potencialidades e desafios que merecem ser revisitados a fim de aprimorar sua aplicabilidade e potencializar sua atuação, fortalecendo, assim, a Atenção Básica.

## REFERÊNCIAS

BRASIL Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, 2012b. v. 1 e 2.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da família: panorama, avaliação e desafios**. Brasília, DF: Secretaria de Gestão Participativa, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **SIAB: manual do sistema de informação da atenção básica**. Brasília, DF: Secretaria de Políticas de Saúde; Departamento de Atenção Básica, 1998.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação da escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/104/98>>. Acesso em: 15 maio 2016.

FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO JÚNIOR, K. R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 59-75, jun. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312002000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312002000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 maio 2016.

FIGUEIREDO, E. N. de. **A estratégia saúde da família na atenção básica do SUS**. 2012, 69 f. Monografia (Especialização) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2012.

GIACOMOZZI, C. M; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-653, out./dez. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 maio 2016.

GONDIM, G. M. M. **Territórios da Atenção Básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

KAWAMOTO, E. E.; SANTOS, M. C. M.; MATTOS, T. M. **Enfermagem comunitária**. São Paulo: E.P.U., 1995.

LICHTENFELS, P.; SANTOS, L. T.; FERNANDES, C. L. C. Percepção da doença: a visão do paciente acamado. **Momento & Perspectivas em Saúde**, v. 17, n. 1, p. 13-19, 2004.

MENEZES, A. S. B.; MEDEIROS, C. N. (org.) **Perfil Socioeconômico de Fortaleza**. Fortaleza: IPECE, 2012.

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. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufop.br/handle/123456789/3783>>. Acesso em: 15 maio 2016.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA. **Plano Municipal de Saúde de Fortaleza: 2014-2017**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2014. Disponível em: <[http://www.fortaleza.ce.gov.br/sites/default/files/u1815/plano\\_municipal\\_de\\_saude\\_2014\\_2017.pdf](http://www.fortaleza.ce.gov.br/sites/default/files/u1815/plano_municipal_de_saude_2014_2017.pdf)> Acesso em: 15 maio 2016.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 133-141, jan./mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000100019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 maio 2016

TIBIRIÇÁ, S. H. C. et al. O potencial do cadastro das famílias no sistema de informação da atenção básica em saúde, como base para determinação da amostra em pesquisas na área da saúde. **Rev APS**, v. 12, n. 2, p. 161-167, 2009.

UNHA, C. L. F.; GAMA, M. E. A. A Visita Domiciliar no Âmbito da Atenção Primária em Saúde. In: MALAGUTTI, W. (org.). **Assistência domiciliar: atualidades da assistência de enfermagem**. 1. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2012, v. 1, p. 37-48.]

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CEPE). **RESOLUÇÃO Nº 04/CEPE, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2014**. Baixa normas que disciplinam as atividades de extensão da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza: UFC, 27 fev. 2014. Disponível em: <[http://www.prex.ufc.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=400&Itemid=81](http://www.prex.ufc.br/index.php?option=com_content&task=view&id=400&Itemid=81)>. Acesso em 15 maio 2016.