

## CLASSIFICAÇÃO DE FAMÍLIAS SEGUNDO SITUAÇÕES DE RISCO\*

Eni do Carmo de Souza<sup>1</sup>, Carla Priscila Santana<sup>2</sup>, Paloma de Souza Cavalcante<sup>2</sup>, Maira Sayuri Sakay Bortoletto<sup>3</sup>,  
Thais Aidar de Freitas Mathias<sup>4</sup>

**RESUMO:** Considerando a importância de se estabelecer o perfil da comunidade, este estudo descritivo objetivou classificar as famílias da área de uma Unidade de Saúde de Londrina-Paraná utilizando a Escala de Risco de Coelho. A análise de 889 fichas A do Sistema de Informação da Atenção Básica demonstrou que 11,2% famílias apresentaram algum risco, com predominância dos fatores biológicos, hipertensão e diabetes; e sociais como a relação de um ou mais morador por cômodo e desemprego, ocorrendo uma diferença significativa entre as microáreas investigadas. A Escala de Risco poderia ser potencializada ao incorporar outras situações, já pactuadas pela atenção primária, como idade inferior a um ano e superior a 60 anos, e gestação, entre outros. É importante que as equipes da Estratégia Saúde da Família utilizem método de classificação familiar, mas também incluam a avaliação e o monitoramento destas situações e verifiquem a qualidade das anotações e atualização da ficha A.

**DESCRIPTORIOS:** Saúde da família; Visita domiciliar; Fatores de risco.

### CLASSIFICATION OF FAMILIES ACCORDING TO SITUATIONS OF RISK

**ABSTRACT:** Bearing in mind the importance of establishing the profile of the community, this descriptive study aimed to classify the families in the area served by a Health Center in Londrina, in the state of Paraná, using the Coelho Risk Scale. The analysis of 889 A files from the Primary Care Information System showed that 11.2% of the families presented some risk, with biological factors, hypertension and diabetes predominating; and social factors, related to there being one or more residents per room, or unemployment, a significant difference occurring between the micro-areas investigated. The Risk Scale could be strengthened by incorporating other situations, already agreed upon by primary care, such as age below one or over 60, and pregnancy, among others. It is important for the Family Health Strategy teams to use a method of classifying families, but also to include the assessment and monitoring of these situations and to verify the quality of the notes and the updating of the A files.

**DESCRIPTORS:** Family health; Home visits; Risk factors.

### CLASIFICACIÓN DE FAMILIAS DE ACUERDO CON SITUACIONES DE RIESGO

**RESUMEN:** En virtud de la importancia de establecer el perfil de la comunidad, este estudio descriptivo tuvo el objetivo de clasificar las familias del área de una Unidad de Salud de Londrina, Paraná, utilizando la Escala de Riesgo de Coelho. El análisis de 889 fichas A del Sistema de Información de la Atención Básica muestra que 11,2% familias presentaron algún riesgo, con predominancia de los factores biológicos, hipertensión y diabetes; y sociales como la relación de un o más habitante por habitación y desempleo, ocurriendo una diferencia significativa entre las microáreas investigadas. La Escala de Riesgo podría ser potencializada agregando otras situaciones, ya acordadas por la atención primaria, como edad inferior a un año y superior a 60 años, y gestación, entre otros. Es importante que los equipos da Estrategia Salud de la Familia utilicen método de clasificación familiar, pero también incluyan la evaluación y el monitoramiento de estas situaciones, así como verifiquen la cualidad de los apuntes y de la actualización de la ficha A.

**DESCRIPTORIOS:** Salud de la familia; Visita domiciliar; Factores de riesgo.

---

\* Artigo resultado de trabalho desenvolvido na Disciplina Introdução à Epidemiologia do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá - UEM, em 2011.

<sup>1</sup>Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina-Paraná. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá - UEM.

<sup>2</sup>Enfermeira.

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina.

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UEM.

**Autor correspondente:**

Eni do Carmo de Souza  
Secretaria Municipal de Saúde de Londrina  
Av: Paul Harris, 88 - 86039-280 - Londrina-PR-Brasil  
E-mail: enicarmo@hotmail.com

**Recebido:** 27/05/2012

**Aprovado:** 17/01/2013

## INTRODUÇÃO

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata realizada em 1978, é um marco histórico para o fomento de discussão política sobre a atenção primária em saúde. Dentre os dez itens que compunham essa declaração destacam-se o reconhecimento de um conceito ampliado em saúde: a importância da promoção e proteção a saúde como condicionante ao desenvolvimento econômico e segurança social. E ainda, o entendimento de que cuidados primários em saúde são aqueles de ordem essencial, prática, bem fundamentada cientificamente, com custo acessível à sociedade e desenvolvidos junto à comunidade<sup>(1)</sup>.

No Brasil, como resposta a essas demandas, houve importante incremento no processo de luta política e social, com a participação de diversos atores militantes pela Reforma Sanitária, como profissionais de saúde, sociedade civil organizada, entre outros, que tinham por objetivo a reformulação da assistência à saúde da população brasileira<sup>(2-4)</sup>.

A grande conquista desses movimentos foi o reconhecimento da saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado, a partir da Constituição Federal de 1988, fato que resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), um novo modelo de atenção à saúde concebido como forma de garantir que o acesso universal à saúde fosse alcançado<sup>(2)</sup>. No contexto do SUS, a necessidade da implementação de uma nova forma de reorganizar e ofertar a assistência, nos diversos níveis de atenção à saúde, significou a busca por rompimento do modelo médico hegemônico e hospitalocêntrico, consolidado no país até então<sup>(5)</sup>.

Desta forma, em 1994, o governo brasileiro fez o lançamento da Estratégia Saúde da Família (ESF) com equipes definidas minimamente por um enfermeiro, um médico generalista, um auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde (ACS). Tais equipes têm como responsabilidade o cadastro e acompanhamento de uma população adstrita de até 4.000 pessoas, atendendo-as de forma integral nos diversos ciclos de vida, por meio de ações de prevenção, promoção e recuperação, visando intervir no processo saúde-doença em nível individual ou coletivo. Devendo ainda formular e levar à prática ações focadas a grupos de maior vulnerabilidade ou risco<sup>(6)</sup>.

A implantação da ESF trouxe avanços estruturais importantes para a reorganização da assistência em nível primário em saúde, pois além de implementar

o conceito de multidisciplinaridade com relação à saúde, ampliou o número de profissionais envolvidos e também colocou em foco a família<sup>(5)</sup>.

A despeito das inúmeras alterações sofridas em sua organização, a família ainda é reconhecida como instituição principal da formação humana em seus múltiplos aspectos, bem como provisão da satisfação das necessidades básicas apresentadas por seus membros. Além disso, as relações familiares são responsáveis por determinar a adaptação à doença, bem como a sua recuperação. Assim, o profissional da saúde deve compreender essa dinâmica e a realidade familiar do indivíduo para garantir a eficácia na resolução de problemas, estando ciente de que o envolvimento do núcleo familiar permeia diretamente a evolução clínica no indivíduo<sup>(7)</sup>.

Compreendendo a dinamicidade do trabalho da equipe de saúde na atenção básica e a diretriz da ESF de realização de visitas domiciliares para busca ativa e atividades de promoção e prevenção, é importante que a equipe de saúde tenha em mãos instrumentos que permitam a organização desse processo de trabalho. Um desses instrumentos, atualmente em uso em muitos municípios, é a Escala de Risco de Coelho (ERC)<sup>(8)</sup>.

A ERC foi criada, inicialmente, para organizar as famílias da área de abrangência de uma equipe da ESF, de forma a classificar aquelas de maior risco biológicos ou sociais, para que os profissionais, principalmente o médico, pudessem priorizá-las para suas visitas domiciliares. Esse instrumento classifica as famílias de acordo com critérios biológicos e sociais, de ordem transitória ou permanente, em que um ou mais membros possam ser afetados. Para isso, são colhidos os dados descritos na ficha de cadastro das famílias do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), preenchidas pelo ACS, denominadas de ficha A<sup>(8)</sup>. Em Londrina-Paraná, a Secretaria Municipal de Saúde, durante o primeiro trimestre de 2011, adotou a ERC como ferramenta para orientação de visitas domiciliares dos profissionais da ESF, uma vez que as famílias classificadas como de risco máximo deveriam ter prioridade desse atendimento<sup>(9)</sup>.

A classificação das famílias residentes nas áreas de abrangência das equipes de saúde concorda com a proposta do modelo de vigilância à saúde, que tem como princípio o fato de que diferentes grupos populacionais estão expostos em graus variados a condicionantes do processo saúde-doença, o que demanda assistência à saúde direcionada às suas especificidades<sup>(10)</sup>. Este fato torna-se mais claro ao

verificar-se que, nos últimos anos, o Brasil vem enfrentando mudanças no perfil de morbimortalidade da população, resultado do envelhecimento populacional; diminuição da fecundidade permeada pela violência urbana; da desigualdade social e da oferta de serviços de saúde, nem sempre equânimes<sup>(1)</sup>.

Considerando a importância de se conhecer a situação de saúde da comunidade, segundo uma classificação de risco, este estudo teve como objetivo classificar as famílias de uma área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde municipal. Espera-se contribuir para a organização do processo de trabalho da ESF, no sentido de conhecer a população em sua área de abrangência, o que direciona a atenção e o cuidado as famílias de acordo com o risco apresentado naquele momento.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, desenvolvido na área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Município de Londrina, a qual atende a cerca de 4200 moradores, e conta com uma equipe da ESF formada por um médico, uma enfermeira, quatro ACS e um auxiliar de enfermagem, além de outros profissionais de apoio. Embora nesta UBS o trabalho de classificação das famílias já tivesse sido iniciado, anteriormente a esta pesquisa, para efetivação do estudo, essa ação foi revista e complementada. Assim, foram selecionadas todas as fichas A de cadastro familiar, que são preenchidas e atualizadas pelo ACS durante as visitas domiciliares e digitadas no Sistema de Informação da Atenção Básica- SIAB. Após identificação das 889 fichas A das famílias residentes nas áreas de abrangência de quatro ACS, foi anexado a cada uma delas um quadro contendo as principais características familiares para a classificação do risco familiar. A coleta de dados ocorreu no mês de junho de 2011, a análise dos dados foi feita utilizando-se o programa Epi-Info versão 3.5.

Neste estudo, em conformidade com a diretriz ministerial para a ESF, foi utilizado o termo situações de risco como sinônimo de sentinela<sup>(6)</sup>. Algumas das informações contidas na ficha A são consideradas como sentinelas, ou situações de risco biológico ou social, e recebem uma pontuação variável de um a três. Dentre estas situações de risco, as que recebem a maior pontuação (superior a três), são as famílias com pessoas acamadas ou com deficiência física, domicílios com baixas condições de saneamento, com pessoas em es-

tado de desnutrição grave, ou que apresentam relação morador/cômodo maior que um. Situações de risco com valor igual a dois são drogadição, desemprego e a relação morador/cômodo igual a um. Já o analfabetismo, idade menor de seis meses ou maior de 70 anos, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus têm valor de um ponto cada. Após estabelecida a pontuação para cada situação de risco existente para cada família, esses valores foram somados. As famílias que receberam escore final 5 a 6 foram classificadas como de menor risco (risco 1), de 7 a 8 risco médio (risco 2) e, 9 ou mais, como de risco máximo (risco 3)<sup>(8)</sup>.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Santa Casa de Londrina, parecer 391/2011, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, bem como recebeu liberação da Coordenadoria de Educação Permanente e Continuada da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina para sua realização.

## RESULTADOS

Foram analisadas 889 fichas A, correspondentes às famílias acompanhadas pela ESF da área estudada e classificadas segundo a ERC (Tabela 1). Dessas, 88,8% tiveram escore menor ou igual a 4, o que, segundo este instrumento configura-as sem risco. As demais famílias que atingiram a pontuação mínima de 5 foram 100, representando 11,2% do total da área. Destas, a maioria pertenciam à microárea 1, (34%) e à microárea 2 (29%). As famílias de maior risco (escore  $\geq 9$ ) estão distribuídas nas quatro microáreas com uma diferença numérica pequena, especificada na tabela 4.

Das situações que pontuam como risco, houve a ocorrência de 1.112 em toda a área acompanhada (Tabelas 2 e 3). Destas, 359 foram representadas pela hipertensão arterial, seguida pela relação morador/ cômodo maior que um, apontada em 171 domicílios. Entretanto devido ao peso diferente entre esses eventos, a relação morador/ cômodo torna-se mais expressiva no escore geral.

Quanto a situação de risco em relação à microáreas (Tabela 4), os biológicos foram predominantes na microárea 3, na qual a hipertensão foi responsável por 20,2%, seguido da diabetes com 6,6%. Já dos fatores de risco social, a relação morador/cômodo maior ou igual a um, o desemprego, e o analfabetismo, foram os mais expressivos, todos com maior número de ocorrência na microárea 1. O pior quadro social desta microárea foi marcante pela relação morador/cômodo maior ou igual a um, já que ali, este fator apareceu em 105 do total de 225 domicílios.

Tabela 1- Classificação das famílias segundo critérios de classificação de risco familiar por microáreas. Londrina, 2011

MICROÁREAS	Sem risco		Escore 5-6 risco 1		Escore 7-8 risco 2		Escore ≥9 risco 3		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Microárea 1	191	84,9	20	8,9	12	5,3	2	0,9	225
Microárea 2	165	85,1	19	9,7	6	3,1	4	2,1	194
Microárea 3	226	91,1	15	6,1	3	1,2	4	1,6	248
Microárea 4	207	93,2	10	4,5	4	1,8	1	0,5	222
Total	789	88,8	64	7,2	25	2,8	11	1,2	889

Tabela 2 - Distribuição de situações de risco biológico segundo os critérios da escala de risco familiar. Londrina, 2011

SITUAÇÕES DE RISCO	PESO	N*	ESCORE
<b>Risco Biológico</b>			
Acamado	3	23	69
Deficiente Físico	3	19	57
Deficiência mental	3	10	30
Hipertensão Arterial	1	359	359
Diabetes mellitus < de 6 meses	1	127	127
> 70 anos	1	18	18
Total	-	67	67
Total	-	623	727

\*Admite mais de uma resposta por família.

Tabela 3 - Distribuição de situações de risco social segundo os critérios da escala de risco familiar. Londrina, 2011

SITUAÇÕES DE RISCO	PESO	N*	ESCORE
<b>Risco Social</b>			
Baixa condição de saneamento	3	2	6
Desemprego	2	72	144
Drogadição	2	36	72
Analfabetismo	1	73	73
Relação morador cômodo da residência >1	3	171	513
Relação morador cômodo da residência = 1	2	135	270
Total	-	489	1078

\*Admite mais de uma resposta por família.

Tabela 4 - Distribuição das situações de risco segundo microáreas. Londrina, 2011

Microáreas	1		2		3		4		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Situações de risco</b>										
<b>Risco Biológico</b>										
Acamado	6	1,0	6	1,0	5	0,7	6	1,0	23	3,7
Deficiência física	5	0,7	6	1,0	6	1,0	2	0,3	19	3,0
Deficiência mental	5	0,7	4	0,7	1	0,2	-	-	10	1,6
Desnutrição grave	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hipertensão arterial	72	11,6	73	11,7	126	20,2	88	14,1	359	57,6
Diabetes mellitus	31	5,0	26	4,2	41	6,6	29	4,6	127	20,4
< de 6 meses	9	1,4	9	1,4	-	-	-	-	18	2,9
> de 70 anos	19	3,1	18	2,9	19	3,1	11	1,7	67	10,8
Total risco biológico	147	23,6	142	22,8	198	31,8	136	21,8	623	100
<b>Risco Social</b>										
Condição de saneamento	1	0,2	-	-	1	0,2	-	-	2	0,4
Desemprego	31	6,3	23	4,7	15	3,1	3	0,6	72	14,7
Drogadição	15	3,1	7	1,4	11	2,3	3	0,6	36	7,4
Analfabetismo	31	6,3	30	6,2	8	1,6	4	0,8	73	14,9
Relação morador/cômodo ≥ 1	105	21,5	69	14,1	70	14,3	62	12,7	306	62,6
Total risco social	183	37,4	129	26,4	105	21,5	72	14,7	489	100

## DISCUSSÃO

Conforme demonstrado pelos dados, a vulnerabilidade das microáreas apresenta uma diferença importante, uma vez que enquanto a microárea 3 se destaca pelo número de ocorrências de ordem biológica, em especial a hipertensão e diabetes mellitus, as microáreas 1 e 2 destacam-se pelas situações de risco social, evidenciado pela relação morador/cômodo maior ou igual a uma pessoa, o desemprego, o analfabetismo e a drogadição. Desta forma, foi possível observar que o uso da ERC possibilita ampliar o olhar sobre as microáreas, apontando as especificidades de cada uma.

Quanto à qualidade dos registros na ficha A, foi verificado, que algumas fichas não eram atualizadas há algum tempo, fato que pode ter interferido na confiabilidade dos registros.

No cotidiano dos profissionais da ESF, a visita domiciliar é uma prática bastante utilizada para implementação das ações de saúde. Contudo, por causa da multiplicidade de tarefas que envolvem o processo de trabalho desses profissionais, esta ação é voltada, prioritariamente, a portadores de doenças crônicas (hipertensos, diabéticos, pessoas acamadas) ou gestantes. Entretanto, a visita domiciliar deve ir além de grupos prioritários, pois pode ser estratégia para a formação de vínculo dos profissionais com a família, além de possibilitar a integralidade da assistência<sup>(12)</sup>.

Visando realizar algumas modificações na ERC, que pudessem abranger aspectos ou grupos até então não contemplados neste instrumento, no ano de 2010, pesquisadores da Universidade Federal do Espírito Santo propuseram alterações para esta classificação, resultando em novo instrumento denominado de escala Critério UFES. Uma das principais mudanças diz respeito ao escore utilizado, uma vez que enquanto a ERC classifica as famílias a partir do escore 5, que significa menor risco, a escala Critério UFES, para classificar a família como risco mínimo, basta que tenha escore maior ou igual a um<sup>(13)</sup>. Explicação que parece consoante com a realidade, uma vez que risco menor, não significa ausência deste, devendo ser considerado como alvo de vigilância pelos profissionais de saúde<sup>(14)</sup>.

Em um país em desenvolvimento, como o Brasil, as questões sociais serão com frequência evidenciadas pela ESF. No Município de Londrina, assim como em outros, as áreas de risco geralmente situam-se na periferia da cidade e fundos de vale, onde abrigam população com maior vulnerabilidade social devido ao baixo nível econômico, condições de moradia e

saneamento ruins, além da convivência com violência e drogadição, como é o caso das microáreas 1 e 2.

Contudo, os critérios de risco social nem sempre podem ou são facilmente explicitados. Toma-se como exemplo o uso abusivo de drogas, especialmente ilícitas, onde pode ocorrer dificuldade de abordagem do assunto por parte do ACS, e com isso uma subnotificação dos casos. Fato esse que pode ser resultado da falta de capacitação para o acolhimento de usuários ou ainda, muitas vezes, receio em expor-se à situações de ameaça à integridade física, uma vez que inevitavelmente a drogadição está ligada a alguma forma de violência social<sup>(15-16)</sup>. Assim, a ocorrência de drogadição em 4% dos cadastros domiciliares avaliados pode não refletir a realidade local. Ainda em relação à drogas, a escala Critério UFES, propõe que o abuso de drogas lícitas, como álcool e tabaco, também sejam marcadores de risco, uma vez que se relacionam a uma série de outras doenças e eventos que interferem na qualidade de vida da família<sup>(14)</sup>.

Outro indicador social crucial foi a relação morador/cômodo, cuja importância está no fato de ser uma medida direta das condições sócio econômicas da família. Isto foi exemplificado em um estudo de 2009, onde os autores encontraram forte associação entre o retardo estatural em crianças menores de cinco anos e a relação morador/cômodo igual ou maior que um<sup>(17)</sup>.

A vigilância nutricional infantil, assim como o diagnóstico precoce de alterações é uma forma simples e prática, mas não menos importante, das condições de saúde das crianças<sup>(18)</sup>. A desnutrição infantil grave é aquela em que há um *déficit* importante de peso e/ou altura relacionada à idade, o que pode levar facilmente uma criança à morte<sup>(19)</sup>. Neste estudo não foi encontrada nenhuma família que acusava esta situação, fato que não garante boas condições nutricionais, uma vez que a desnutrição infantil moderada e leve pode ser expressa apenas em *déficit* de altura<sup>(18-19)</sup>. No Brasil, o percentual médio de desnutrição infantil sofreu importante queda nos últimos anos, ficando em 1,8% (relação peso/idade) e 6,7% (relação altura/idade), contudo outro problema nutricional tem se configurando como digno de preocupação: a obesidade. A média nacional de crianças menores de 5 anos obesas está em torno de 7,3%, conforme demonstrou uma pesquisa de inquérito domiciliar de 2006<sup>(18)</sup>. Entretanto, o critério da obesidade, ou risco de sobrepeso infantil não aparece na ERC, pois esses dados não constam na ficha A, o que pode sugerir a necessidade da equipe complementar a classificação de risco de famílias com outras fontes de informação.

Diante deste contexto, a integralidade da assistência, tal como objetiva a atenção primária em saúde, vai além da busca quantitativa ou da escolha de fatores que construam um “espírito de risco”, pois envolve a subjetividade em suas múltiplas dimensões. Além disso, um olhar diferencial com relação à população em maior risco de morbimortalidade não pode excluir os que não estão nessa situação, pois a ocorrência deste fato poderia trazer consequências indesejáveis<sup>(20)</sup>.

Assim, os resultados deste estudo devem ser vistos com cautela, já que podem ser influenciados pela qualidade de preenchimento das fichas A, bem como da atualização dos dados das famílias.

## CONCLUSÃO

O estudo demonstra que, de acordo com a escala de risco familiar, das quatro microáreas analisadas, uma merecia maior atenção das Equipes da ESF, em especial por critérios sociais, sendo necessário o levantamento de ofertas de insumos, serviços, programas e visitas domiciliares dirigidos àquela população.

A Classificação do Risco Familiar segundo a ERC, tal como proposta por seus autores é 'simples, fácil e clara' para execução, além disso a seleção de famílias que requerem o olhar diferenciado das suas condições de vida, pode auxiliar a organização de processo de trabalho da UBS. Contudo, o método de classificação pode ser ampliado considerando as diretrizes do Pacto pela Saúde. Ou seja, incluindo como as sentinelas ou situações de risco os mesmos grupos pactuados como: pessoa maior de 60 anos, mulheres de 25 a 69 anos com maior risco para câncer de colo de útero e mama, crianças menores de um ano e gestantes, usuários com doenças infecto-contagiosas, como dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza. E ainda, situações como sobrepeso ou obesidade infantil, além de famílias cadastradas em programas de transferência de renda de qualquer nível de governo, independentemente dos demais riscos sociais ou biológicos estarem ou não presentes, necessitam de uma atenção especial da equipe de saúde.

Entretanto é válido destacar que, embora seja importante um sistema classificatório para avaliação de famílias vulneráveis, independentemente de qual adotado, todas as famílias devem ser visitadas e acompanhadas, pois o significado de risco envolve a temporalidade e de acordo com a política nacional de atenção básica, ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação devem ser estendidas para

todos, de forma a manter saudáveis as famílias de baixo ou nenhum risco atual.

Outrossim, é importante que a equipe, em especial a enfermeira da ESF, utilize algum método de classificação familiar e também construa, em seu processo de trabalho, espaço de avaliação e monitoramento das situações encontradas. Isso inclui a verificação da qualidade das anotações e atualização da ficha A, visto que nenhuma escala ou instrumento dependente desses registros pode ser efetiva se estes não estiverem completos e atualizados.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Cuidados primários de saúde – relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – Alma Ata 1978 [Internet] Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância; 1979. [acesso em 17 fev 2012]. Disponível: [http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011_por.pdf)
2. Ministério da Saúde (BR). Relatório final da 10 Conferência Nacional de Saúde do SUS Construindo um modelo de atenção a saúde para a qualidade de vida [Internet] Brasília. 1996. [acesso em 15 dez 2011]. Disponível: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10conferencia.pdf>.
3. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde [Internet] IESUS. 1998 [acesso em 15 jun 2011] VII(2). Disponível: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus\\_vol7\\_2\\_sus.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol7_2_sus.pdf).
4. Peres EM. O Programa Saúde da Família no Enfrentamento das Desigualdades Sociais. Aquichan [Internet] AQUICHAN. 2007;7(1) [acesso em 10 fev 2012]. Disponível: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/741/74170106.pdf>
5. Faria HP, Coelho IB, Werneck MAF, Santos MA. Os modelos assistenciais em saúde. In Modelo assistencial e atenção básica à saúde [Internet] Belo Horizonte; 2010 [acesso em 15 jun 2011]. Disponível: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1792.pdf>
6. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. [acesso em 15 jun 2011]. Disponível: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)
7. Marcon SS, Elsen I. Estudo Trigeracional Sobre A experiência de famílias ao criarem Seus filhos [Internet] Cienc. cuid. saude. 2002;1(1) [acesso em 15 jul 2011].

- Disponível: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewArticle/5662>.
8. Coelho FLG, Savassi, LCM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares [Internet] RBMFC. 2004;1(2) [acesso em 2011 jun 11]. Disponível em: <http://rbmfc.org.br/index.php/rbmfc/article/view/104>.
  9. Londrina. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Ações em Saúde. Plano operacional Padrão de Visitas Domiciliares. 2011.
  10. Ministério da Saúde (BR). Saúde no Brasil: Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa/Ministério da Saúde [Internet] Brasília: Ministério da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. 2004 [acesso em 11 jun 2011]. Disponível: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/Saude.pdf>
  11. Caetano R, Dain S. O Programa de saúde da família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios [Internet] Physis. 2002;12(1) [acesso em 10 set 2011]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v12n1/a02.pdf>
  12. Santos EM, Morais SHG. A Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: Percepção de enfermeiros [Internet] Cogitare enferm. 2011;16(3) [acesso em 12 fev 2012]. Disponível: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/21761>.
  13. Nascimento FG, Prado TN, Galavote HS, Maciel PA, Lima CD, Maciel ELN. Aplicabilidade de uma escala de risco para a organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória (ES). [Internet] Ciênc. saúde colet. 2010;5(5) [acesso em 11 ao 2011]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a21.pdf>
  14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde na Atenção Básica. Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. Cadernos de Atenção Básica, n. 21 - Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília: Ministério da Saúde; 2008. p. 195, 2008.
  15. Schneider DR, Lima DS. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde [Internet] Psico. 2011;42(2) [acesso em 12 set 2011]. 168-178. Disponível: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/7153/6518>.
  16. Minayo MCD; Deslandes SF. A Complexidade das Relações Entre Drogas, Álcool e Violência [Internet] Cad. Saúde Pública. 1998;14(1) [acesso em 11 jul 2011]. Disponível: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1998000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
  17. Rissin A, Figueiroa JN, Benício MHD, Filho MB. Retardo estatural em menores de cinco anos: um estudo “baseline” [Internet] Ciênc. saúde colet. 2011;16(10) [acesso em 15 nov 2011]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n10/a12v16n10.pdf>
  18. Monteiro CA, Conde WL, Konno SC, Lima ALL, Silva ACF, Benicio MHD. Avaliação antropométrica do estado nutricional de mulheres em idade fértil e crianças menores de cinco anos. In: Ministério da Saúde (BR). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
  19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar. Série A. Normas e Manuais Técnicos, p. 144. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
  20. Castiel LD. Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco [Internet] Hist. cienc. saude-Manguinhos. 1996;3(2) [acesso em 12 set 2011]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v3n2/v3n2a03.pdf>