



Visitas domiciliares como ferramenta para ampliação do cuidado e prática da equidade e integralidade no cenário da atenção primária à saúde

Home visits as a tool for expanding care and practice of equity and integrality in the primary health care scenario

Victoria Thamirys Costa Vilaça¹
Milena Nunes Alves de Sousa²

RESUMO: A realização de Visita Domiciliar (VD) no contexto da Atenção Primária à Saúde consiste no cuidado prestado ao usuário adscrito em determinado território que se encontre permanente ou temporariamente impossibilitado ou incapacitado de dirigir-se à Unidade Básica de Saúde (UBS) para receber a assistência almejada. Tal ferramenta representa grande potencialidade na prestação do cuidado, a partir do momento em que torna possível uma análise biopsicossocial do usuário por parte da equipe, a qual adentra e acessa esferas particulares do usuário, bem como de seus familiares. A VD consiste, portanto, em potente meio para a prática da equidade, um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a oferecer assistência aos indivíduos de acordo com suas necessidades, condições e limitações, reconhecendo que estes fatores se manifestam de formas distintas entre os usuários. Paralelo a isso, tem-se ainda a efetivação de outro importante princípio do SUS: Integralidade. Tal ponto, intimamente relacionado com o citado anteriormente, considera os indivíduos de modo amplo, buscando abranger ações que atendam as mais diversas necessidades destes, em todas as esferas que os compõem.

Palavras-Chave: Visita domiciliar; Atenção Primária à Saúde; Equidade; Integralidade.

ABSTRACT: Home Visits (HV) in the context of Primary Health Care involve providing care to users within a specific territory who are permanently or temporarily unable or incapacitated to visit the Basic Health Unit (BHU) to receive the desired assistance. This tool holds great potential in care provision as it allows for a biopsychosocial analysis of the user by the healthcare team. It delves into and accesses the personal spheres of the user and their family. HV serves as a potent means for practicing equity, one of the doctrinal principles of the Unified Health System (SUS), offering assistance to individuals according to their needs, conditions, and limitations, recognizing that these factors manifest differently among users. In parallel, it also embodies another crucial SUS principle: Completeness. Closely related to the previously mentioned, Completeness considers individuals comprehensively, seeking to encompass actions that address their diverse needs across all aspects.

Keywords: Home visit; Primary Health Care; Equity; Completeness.

DOI: 10.18378/rbfh.v13i1.10347

INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020) define-se Atenção Domiciliar (AD) como modalidade de atenção à saúde prestada em domicílio e caracterizada por um compilado de ações de prevenção e promoção à saúde, bem como tratamento de doenças, reabilitação e palição, de modo a garantir a continuidade do cuidado.

¹Médica. Residente de Medicina de Família e Comunidade pelo Centro Universitário de Patos;

²Doutora em Promoção de Saúde. Docente na Residência de Medicina de Família e Comunidade pelo Centro Universitário de Patos;

A Atenção Domiciliar, a qual abrange os termos “consulta domiciliar” e “visita domiciliar (VD oferta, portanto, de maneira mais humanizada e individualizada, a continuação da assistência àqueles pacientes que, por algum motivo, encontrem-se incapacitados ou limitados a dar seguimento à sua demanda diretamente na sua Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência (BARRA *et al.*, 2020).

É algo rotineiro da realidade dos membros da equipe multidisciplinar que da UBS lidar com situações complexas e multifatoriais, sejam pacientes com múltiplas comorbidades e doenças crônicas ou acometidos por enfermidades agudas, além de usuários com polifarmácias, tudo isso somado aos importantíssimos fatores econômicos e socioculturais aos quais estão submetidos, não só os pacientes em foco, mas seus cuidadores e familiares (BRASIL, 2013).

No que tange aos fatores econômicos e socioculturais, se estes já são abordados, mesmo que indiretamente, nas consultas dentro da UBS, passam a adquirir papel muito mais expressivo a partir do momento em que a equipe da Unidade se desloca até o domicílio do usuário em foco e, a partir deste momento, pode avaliar de forma mais objetiva o contexto no qual ele encontra-se inserido, criando-se um cenário de escuta, cuidado e acolhimento, além de contextualizar o contexto saúde-doença daquele determinado núcleo familiar (SANTANA; BURLANDY; MATTOS, 2019).

Diante do exposto, segundo afirmam Souza *et al.* (2012), pode-se pensar em integralidade como uma das importantes bases da APS, a partir do momento em que se busca a realização de práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde por meio da análise do indivíduo de forma ampla, considerando a avaliando os contextos nos quais ele encontra-se inserido. Por sua vez, pode-se pensar em equidade a partir do uso de estratégias e ferramentas que possam superar ou amenizar cenários que venham a dificultar ou aniquilar o acesso de determinados perfis de usuários, medindo possíveis divergências ou desigualdades no processo de saúde-doença desses grupos, ou seja, a partir da adoção de ações que visem diminuir ou aniquilar tais diferenças no contexto da saúde. Neste cenário está, portanto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) mais próxima deste papel, considerando que é uma das principais portas de entrada dos usuários na saúde pública (CARVALHO; SILVA; RABELO, 2020).

METODOLOGIA

O atual estudo consiste em um relato de experiência sobre a importância da realização de visitas domiciliares no contexto da Atenção Primária à Saúde, bem como seu impacto perante o seguimento clínico dos usuários de determinado território, evidenciando, ainda, a concretização

dos conceitos de equidade e integralidade no que tange o SUS. Tal pesquisa teve como campo de análise uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no município de Itaporanga, estado da Paraíba, durante o ano de 2023, a partir da atuação da equipe da Unidade, com foco nas demandas de médica, enfermeira, técnico de enfermagem e agentes de saúde.

O modelo conceitual utilizado como base para a presente discussão foi o Arco de Maguerez. Tal ferramenta contribui para formação de profissionais de saúde a partir do momento em que estimula o trabalho de habilidades como observação e análise do contexto, além de promover discussão e reflexão a partir da referida problemática (SILVA *et al.*, 2020).

O modelo conceitual de Maguerez divide a metodologia ativa em cinco etapas: observação do problema, definição de pontos-chaves, teorização, formulação de hipóteses de solução e, por fim, aplicação à realidade (BERBEL; GAMBOA, 2012).

No contexto da Atenção Primária à Saúde, ressalta-se que diferentes perfis de usuários, inseridos em distintos contextos socioculturais e econômicos, apresentam, por vezes, diferentes processos de adoecimento, culminando, portanto, em necessidades peculiares perante os serviços de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1ª Etapa: Observação da realidade

A observação da realidade foi desenvolvida inicialmente a partir de reuniões entre os membros da equipe que realizam visitas domiciliares semanalmente (médica, enfermeira, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde) acerca de quais pacientes seriam elegíveis para a realização de VD, podendo-se assim identificar as situações-problema e posteriormente, selecionar uma situação a ser problematizada.

Na Unidade Básica de Saúde, localizada no município de Itaporanga, estado da Paraíba, estão cadastrados 1705 usuários. Destes, existem idosos acamados ou restritos ao leito ou domicílio; portadores de deficiências físicas que limitam ou impedem a locomoção; portadores de deficiências mentais que apresentam limitações ou resistência para mudança de ambientes; pacientes submetidos a cirurgias ou outros procedimentos advindos de internação hospitalar, necessitando de suporte da atenção básica; portadores de doenças infectocontagiosas; puérperas e recém-nascidos; usuários vivendo em contexto de vulnerabilidade social;

2ª Etapa: Pontos – Chave

Seguido a isto, na segunda etapa do arco, pode-se reunir e analisar com mais profundidade a realidade observada, ao mesmo tempo que se procurou identificar os pontos-chaves do problema em questão, o que auxiliará a busca pela elaboração de possibilidades de solução. Diante disso, reuniu-se os seguintes pontos-chave: identificação de usuários com perfil para a inclusão nas visitas domiciliares e visitas domiciliares como ferramenta de fortalecimento do cuidado integral e equitativo na APS.

Foi concluído a necessidade de reuniões periódicas entre membros da equipe de modo a manter os dados clínicos dos pacientes atualizados, bem como esclarecer dúvidas sobre quais se enquadram nos critérios para VD.

3ª Etapa: Teorização

Ressalta-se que esta etapa do Arco de Maguerz foi possível através da teorização realizada a partir de leituras de artigos científicos encontrados em bancos de dados digitais que serviram de fundamentos para a construção do estudo.

Para iniciar a presente discussão, faz-se necessário elucidar primeiramente sobre os princípios do SUS listados anteriormente. Conforme Carvalho (2013), a integralidade abrange a importância e a necessidade de se avaliar e acolher o indivíduo a partir de uma visão multifatorial, levando a uma abordagem ampla, com enfoque em proteção à saúde e sua promoção, bem como prevenção de agravos, considerando o enfoque biopsicossocial do usuário.

Por sua vez, entende-se equidade como um conjunto de ações e estratégias que visam superar ou, ao menos, amenizar a desigualdade entre grupos inseridos em contexto semelhante, porém com condições e ferramentas distintas. Ou seja, apresenta enfoque em melhor distribuição de recursos, fornecimento de assistência e aplicação de medidas, de modo a propiciar oportunidades justas a todos os grupos visados (GRANJA; ZOBOLI; FRACOLLI, 2013).

A visita domiciliar é importante ferramenta de prestação da assistência domiciliar, a qual é tida como a efetivação de qualquer atendimento prestado por membros da equipe de saúde (no presente estudo, da equipe da Atenção Primária à Saúde) na residência do usuário. Tal instrumento é composto por um conjunto de ações previamente determinadas de modo a possibilitar o cuidado a pacientes com algum grau de comprometimento em seu estado de saúde (BRASIL, 2013).

Deste modo, destaca-se a realização de VD's como pontos-chaves para a aproximação entre usuários e profissionais, além do fortalecimento do vínculo entre eles, a partir do momento em que ocorre uma maior inserção da equipe no contexto de vida do paciente, possibilitando uma análise mais aprofundada e criteriosa acerca do cenário em que o usuário e seus familiares estão inseridos, bem como uma observação dos fatores socioeconômicos (ocupação, renda, grau de escolaridade), ambientais (tipo de moradia, acesso a saneamento, condições de higiene, condições geográficas) e culturais que envolvem o processo de adoecimento, não só do usuário em foco na visita, mas também de seus contactantes mais próximos (ROCHA *et al.*, 2017)

Diante do exposto, é visível que a realização de VD viabiliza a interpolação entre a Unidade Básica de Saúde (UBS) e o domicílio, de modo a promover o acesso ao serviço de saúde, destacando-se, portanto, a amplificação do princípio da equidade e do acesso à atenção em saúde. Por sua vez, coloca-se em evidência a consolidação da integralidade quando são postas em prática ações de tratamento, prevenção e promoção da saúde, identificando previamente problemas e riscos dos usuários segundo critérios epidemiológicos, realizando busca ativa, notificando agravos e doenças, além de realizar, quando necessário, coordenação do cuidado (MANDÚ *et al.*, 2008).

No que tange a elegibilidade de pacientes para a realização de VD's, bem como nível de prioridade, utiliza-se a Escala de Risco de Coelho-Savassi, conforme apresentado nos quadros abaixo, objetivando reconhecer fatores de risco sociais e individuais dos usuários e suas famílias, de modo a analisar determinado potencial de adoecimento de tais indivíduos. Para tanto, é feita análise criteriosa de registros de prontuários, bem como deve ser estabelecida uma comunicação efetiva com os Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2020).

Quadro 1: Informações sentinelas e escore de risco

Sentinelas de Risco	Escore de risco
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 6 meses de idade	1
Indivíduo maior 7 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

Fonte: Coelho; Savassi (2004).

A partir da soma dos critérios acima listados, classifica-se:

Quadro 2: Escore de vulnerabilidade

Escore total	Vulnerabilidade Familiar
0-4	V0 – Vulnerabilidade habitual
5 e 6	V1– Vulnerabilidade menor
7 e 8	V2 – Vulnerabilidade média
Maior que 9	V3 – Vulnerabilidade máxima

Fonte: Adaptado de Coelho, Savassi e Lage (2012).

Além da classificação acima citada, pode-se utilizar o instrumento estabelecido por Pinheiro *et al.* (2019) visando uma análise mais aprofundada, que considera outros fatores de igual importância no processo terapêutico fazendo-se, posteriormente, o somatório da pontuação obtida (quadro 3).

Quadro 3: Instrumento escala para classificação de risco e vulnerabilidade clínica para pacientes em visita domiciliar na APS

Indicador	Situação	Escore de risco e vulnerabilidade	Pontuação obtida
Idade	75 a 84 anos	1	
	> 85 anos	2	
Multimorbidade	Nº de comorbidades (≥ 5)	2	
	Descompensação clínica	5	
Polifarmácia	Nº de medicamentos (≥ 5)	2	
Dependência funcional	AVDs instrumentais	1	
	AVDs Básicas e Instrumentais	2	
Mobilidade	Dificuldade de marcha	1	
	Risco de queda	2	
	Acamado	3	
Suporte familiar	Disfunção familiar	1	
	Sobrecarga do cuidador	1	
Fragilidade	Síndrome demencial, depressão Parkinson, neoplasia, sarcopenia, desnutrição, disfagia, incontinência Paralisia cerebral	2 (cada)	
Cuidados paliativos	PPS (*) 80 a 100	2	
	PPS 50 a 70	5	
	PPS 30 a 50	8	
	PPS < 20	10	
Total			

Fonte: Pinheiro *et al.* (2019).

Quadro 4: Classificação de risco e vulnerabilidade clínica

Classificação quanto ao risco e à vulnerabilidade clínica	Escore
Baixo	Menor ou igual a 5
Médio	6-10
Alto	11-15
Muito alto	15 ou >

Fonte: Pinheiro *et al.* (2019).

4ª Etapa: Hipótese de Solução

Seguindo a ordem de etapas do Arco de Magueréz, na etapa de levantamento de hipóteses e solução, foi debatido entre a equipe da Unidade, inicialmente, acerca dos critérios para elegibilidade dos pacientes que de fato necessitam da realização de visitas domiciliares, bem como apresentado protocolos e materiais que possibilitem a sistematização do cuidado, como os citados acima. Esta ação está em constante andamento, considerando que determinados pacientes necessitam de forma pontual e temporária da prestação de assistência a nível domiciliar, portanto, enfatiza-se a grande importância de reuniões de equipe de forma periódica, em média uma vez ao mês, podendo variar conforme necessidade. Ressaltou-se, ainda, o papel fundamental dos Agentes Comunitários de Saúde, os quais realizam visitas periódicas aos pacientes cadastrados e que também vêm a ser importante elo entre os usuários e membros da equipe da Unidade.

Dentre as ações visando pôr em prática o que foi dialogado previamente, estabeleceu-se que, ao surgir a demanda de realização de VD, por parte de familiares, cuidadores ou do próprio usuário, deve-se inicialmente descobrir o real motivo da solicitação, visando verificar se o quadro apresenta alguma gravidade e fazer uma breve estratificação de risco. Esta etapa pode ser realizada pelo ACS, indo até o domicílio para coletar informações básicas e necessárias. Além disso, deve-se verificar também se o usuário apresenta condições de comparecer até a Unidade. Outro ponto de suma importância, é apurar se o usuário solicitante já é conhecido da equipe, bem como deve-se analisar seu prontuário e registros, pois tendo conhecimento prévio acerca de sua lista de problemas também é possível analisar se de fato ele se enquadra em algum dos critérios estabelecidos para VD ou até mesmo se deve ser referenciado para outro serviço.

5ª Etapa: Aplicações na realidade

Nesta etapa do Arco, foram efetivadas as ações desenvolvidas conforme o problema visualizado e os pontos-chaves levantados. Deste modo, após sucessivos diálogos e reuniões junto à equipe atuante na Unidade Básica de Saúde, foi possível mapear os usuários de cada microárea que preenchem de forma permanente os critérios para a realização de VD's,

ressaltando que essa lista segue em constante atualização, posto que há usuários que necessitam da assistência em domicílio de forma pontual e temporária.

Desta forma, foi feito um levantamento de dados, juntamente com os ACS's, acerca dos pacientes acamados, restritos ao domicílio, portadores de limitações físicas ou mentais que dificultem ou incapacitem o deslocamento até a UBS e puérperas e recém-nascidos. Além disso, foi reanalisado o mapa do território, incluindo zonas urbana e rural, de modo a analisar a distância de cada microárea até a UBS e definir o meio de transporte adequado para realizar o deslocamento da equipe.

Somado a tais ações, foi realizado também reconhecimento do território a partir do deslocamento da equipe (médica, enfermeira, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde) pelas ruas de cada microárea e mapa do território (figura 1), de modo a reconhecer os limites da área, bem como analisar os fatores geográficos e ambientais, como presença ou não de calçamento ou asfalto; saneamento básico adequado; limpeza urbana; calçadas de fácil acesso para idosos e pessoas com deficiência física; sinalização de trânsito; os quais apresentam, dentre outros fatores, importante ponto de impacto não apenas no acesso da população à Unidade Básica de Saúde, mas repercutem, também, na forma como se desenrolam as atividades cotidianas dos moradores da localidade.

Figuras 1: Registros de algumas ruas do território e do mapa territorial.



Fonte: Acervo pessoal, 2023.

Foi feita, também, a reorganização do cronograma de atendimentos (figura 2), reservando um turno na semana exclusivamente para a realização de VD's incluindo médica, enfermeira, técnico de enfermagem e ACS, além de serem colocadas em prática as VD's, conforme critérios mencionados anteriormente. Na figura 3 tem-se os registros de visitas na zona urbana a paciente

Visitas domiciliares como ferramenta para ampliação do cuidado e prática da equidade e integralidade no cenário da atenção primária à saúde

em uso de sonda vesical de demora em pós-operatório e idoso centenário em seguimento clínico de doenças crônicas.

Figura 2: Cronograma de Atendimentos da Unidade

Segunda	Terça	Quarta	Quinta
Manhã (12 fichas)	Manhã (12 fichas)	Pré-Natal (Gestantes Agendadas)	Manhã (12 fichas)
Tarde (12 fichas)	Tarde (12 fichas)	Tarde (12 fichas)	Visita Domiciliar

Fonte: Acervo pessoal, 2023.

Figura 3: Registros de visitas na zona urbana.



Fonte: Acervo pessoal, 2023.

Por fim, durante as visitas na zona rural nota-se a hospitalidade e o acolhimento dos familiares com a equipe. Também, a organização das medicações de uso contínuo de um casal de idosos.

Figura 4: Visitas na zona rural.



Fonte: Acervo pessoal, 2023.

CONCLUSÃO

Após explorar as cinco etapas da problematização do Arco de Maguerez, foi possível constatar que essa metodologia configura potente ferramenta na sistematização do trabalho realizado diariamente no contexto da Atenção Primária à Saúde, a partir do momento em que se observam as atividades realizadas sob uma ótica mais ampla e palpável, promovendo melhor organização das etapas do trabalho, bem como possibilitando analisar os pontos positivos do trabalho desenvolvido e os que precisam ser mais bem organizados.

No decorrer de um ano de atividades, muitos usuários puderam ser beneficiados com a promoção de saúde em diversos contextos de adoecimento, bem como ações preventivas e educativas dentro de seu domicílio, ao lado de familiares, cuidadores e demais pessoas partes de seu convívio. Foi possível ainda reforçar vínculos da equipe com a população do território, bem como adentrar nos mais diversos cenários, que por vezes passam despercebidos sob a ótica de quem está inserido no consultório.

Porém, também foi possível constatar limitações as quais muitos dos usuários estão submetidos, sejam elas consideradas muitas vezes triviais, como falta de transporte para locomoção ou estradas com acesso difícil, bem como condições sanitárias deficientes, aglomerações em um mesmo domicílio sem as condições adequadas, saneamento precário, dificuldade de acesso a suprimentos básicos, dentre tantas outras.

Contudo, a realização de visitas domiciliares no contexto da Atenção Primária à Saúde representa o mais nítido retrato do alcance e da abrangência do nosso Sistema Único de Saúde (SUS), que chega a lugares inimagináveis por grande parte da população e é capaz de criar e

reforçar vínculos que ultrapassam barreiras geográficas, econômicas e intelectuais, levando além de saúde, conforto e esperança para quem possa necessitar.

REFERÊNCIAS

BARRA, Daniela Couto Carvalho *et al.* Validation of nursing diagnosis for nursing consultation on home visit to adults. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Santa Catarina, v. 74, n. 2, p. 1-9, 11 nov. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0115>.

BERBEL, Neusi Aparecida Narvas; GAMBOA, Sílvio Ancizar Sánches. A metodologia da problematização com o Arco de Magueréz: uma perspectiva teórica e epistemológica. **Filosofia e Educação**, Campinas, v. 2, n. 3, p. 264-287, mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf. Acesso em: 16 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domicilia e de Urgência. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf. Acesso em: 16 dez. 2023.

CARVALHO, Alessandra Montezano de Paula; SILVA, Girlene Alves da; RABELLO, Elaine Teixeira. A equidade no trabalho cotidiano do SUS: representações sociais de profissionais da atenção primária à saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, p. 590-598, dez. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x202028040151>.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142013000200002>.

COELHO, Flávio Lúcio G; SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 2, p. 19-26, 17 nov. 2004. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc1\(2\)104](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc1(2)104).

GRANJA, Gabriela Ferreira; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o sus. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3759-3764, dez. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232013001200032>.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira; GAÍVA, 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**, Mato Grosso, v. 17, n. 1, p. 131-140, mar. 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072008000100015>.

PINHEIRO, Juliana Viana *et al.* Ferramenta para avaliação e gestão da visita domiciliar na atenção primária à saúde: um relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1818-1818, 2019.

ROCHA, Kátia Bones; CONZ, Jaqueline; BARCINSK, Mariana; PAIVA, Daniel; PIZZINATO, Adolfo. A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Porto Alegre, v. 1, n. 18, p. 170-185, 2017.

SANTANA, Vagner Caminhas; BURLANDY, Luciene; MATTOS, Ruben Araujo de. A casa como espaço do cuidado: as práticas em saúde de agentes comunitários de saúde em montes claros (mg). **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 159-169, mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912012>.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro; LAGE, Joana Lourenço; COELHO, Flávio Lúcio Gonçalves. Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750**, v. 3, n. 2, p. 179-185, 2012.

SILVA, Luiz Alberto Ruiz da *et al.* O arco de Magueres como metodologia ativa na formação continuada em saúde. **Interfaces Científicas - Educação**, v. 8, n. 3, p. 41-54, 2 abr. 2020. Universidade Tiradentes. <http://dx.doi.org/10.17564/2316-3828.2020v8n3p41-54>.

SOUZA, Marcio Costa de; ARAUJO, Thamyres Menezes de; REIS JÚNIOR, Wanderley Matos; SOUZA, Jairose Nascimento; VILELA, Alba Benemérta Alves; FRANCO, Túlio Batista. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 36, p. 452-460, jan. 2012.