

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**MÚCIA TEIXEIRA BATISTA**

**VISITA DOMICILIAR À GESTANTE: UMA ANAMNESE FAMILIAR**

**FLORIANÓPOLIS**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**MÚCIA TEIXEIRA BATISTA**

**VISITA DOMICILIAR À GESTANTE: UMA ANAMNESE FAMILIAR**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Saúde Materna, Neonatal e do Lactente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Prof<sup>ª</sup>. Orientadora: MSc Marly B. Gervásio Marton da Silva

**FLORIANÓPOLIS**

2014

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado VISITA DOMICILIAR À GESTANTE: UMA ANAMNESE FAMILIAR, de autoria de MÚCIA TEIXEIRA BATISTA foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado APROVADO no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Saúde Materna, Neonatal e do Lactente.

---

Prof<sup>ª</sup>. MSc Marly B. Gervásio Marton da Silva  
Orientadora da Monografia

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Vânia Marli Schubert Bakes  
Coordenadora do Curso

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Flávia Regina Souza Ramos  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS

2014

## **AGRADECIMENTOS**

Meus agradecimentos a Mariely Carmelina Bernardi que nos acompanhou durante todo o período do Curso e nos incentivou com sua determinação e amizade e a todos os meus mestres que me incentivaram a percorrer o nobre caminho da saúde coletiva.

## **DEDICATÓRIA**

Ao meu amor, aos meus amigos.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>07</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>08</b>
<b>3. DIAGNÓSTICO DA REALIDADE.....</b>	<b>09</b>
<b>4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>11</b>
<b>5. PLANO DE AÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>18</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>19</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>20</b>

## **RESUMO**

Este trabalho de Conclusão de Curso teve como objetivo elaborar uma ficha de visita domiciliar à gestante e sua família para detectar agravos que possam ser transmitidos à gestante e ao recém-nascido, no intuito de prestar uma assistência planejada no período de acompanhamento do pré-natal onde todos os componentes da equipe sejam parceiros na minimização dos danos e na orientação da família sobre medidas preventivas conforme preconizado pela Estratégia Saúde da Família.

Palavras chave: Gestante; Visita domiciliar; Enfermagem.

## **1. INTRODUÇÃO**

A Unidade Mista de Felipe Camarão, situada no Bairro de Felipe Camarão, Município de Natal/RN, possui uma Maternidade para partos normais que realiza em média sessenta partos mensais de parturientes do bairro, de outros bairros da Capital e até de outros municípios do Estado. Possui, também, um ambulatório da Estratégia Saúde da Família com seis equipes que dão cobertura a aproximadamente vinte mil usuários.

Essas condições tornam a referida Unidade em um local diferenciado, já que não é comum dois serviços em uma mesma unidade nem uma cobertura de seis equipes num mesmo serviço, ocasionando uma superlotação constante, muito embora tenha sido premiado com os prêmios “Hospital Amigo da Criança” e “Galba de Araújo” por seu trabalho de parceria dos dois serviços e com as outras duas unidades de Estratégia Saúde da Família presentes no Bairro, totalizando quatorze equipes da estratégia e mais a equipe da maternidade.

No ambulatório tem um curso para gestante, que funciona todas as quintas-feiras à tarde e que faz o acolhimento das grávidas que procuram o serviço e encaminha as mesmas para o agendamento com a equipe de sua área de cobertura, sendo o pré-natal iniciado pela enfermeira da área que faz o cadastro da mulher no cadastro de gestantes do Ministério da Saúde, solicita os exames, encaminha para a nutricionista, consulta médica, imunização, coleta de citologia oncótica, odontologia e faz a consulta e a prescrição de enfermagem.

Em conversa com as enfermeiras do nosso serviço, ficou visível que não temos uma rotina de visitas domiciliares do enfermeiro às gestantes, sendo as visitas limitadas ao agente comunitário de saúde, ocorrendo somente no puerpério a rotina de visitas de enfermagem, ou esporadicamente, quando a gestante falta às consultas.

O conceito de família nos tempos atuais muitas vezes foge ao formato tradicional de casal e filhos, como era sua configuração na sociedade burguesa onde era formada por pai, mãe e filhos, cujo pai era o provedor e a mãe a responsável pelos cuidados domésticos e dos filhos, modelo esse conhecido como patriarcal, sendo o casamento ligado aos

negócios e tido como união eterna. Já na sociedade contemporânea, segundo OLIVEIRA, NHD (2009):

*“...encontramos a “nova família”, com arranjos diversificados, cuja composição pode variar em uniões consensuais de parceiros separados ou divorciados; uniões de pessoas do mesmo sexo; pessoas com filhos de outros casamentos; mães sozinhas com filhos; avós com netos e uma infinidade de formas a serem definidas colocando-nos diante de uma nova família, diferenciada do clássico modelo nuclear”.*

Apesar do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 2006, reafirmar a tendência do envelhecimento da população e constatar uma taxa de fecundidade em torno de dois nascimentos por mulher, avaliamos 30 prontuários das seis áreas adscritas da Unidade Mista de Felipe Camarão e observamos a presença de até quatorze pessoas residindo no domicílio da gestante e, que posteriormente, será também o lar do recém-nascido, muitas vezes em condições precárias, sem higiene e condições sanitárias e ambientais adequadas, podendo ocasionar uma série de riscos de saúde ao binômio mãe-filho.

Segundo o IBGE (2006), 27,3% das famílias brasileiras possuem rendimentos *per capita* de 0,5 a 1 salário mínimo, 23,3% de 1 a 2 salários mínimos e 16,4% de 0,25 a 0,5 salários mínimos *per capita*, o que muitas vezes faz com que as pessoas vão se acomodando em um mesmo espaço físico, ocasionando aglomerados insalubres.

Acreditamos que uma visita domiciliar minuciosa pode detectar uma série de problemas de saúde que podem ser prevenidos desde que descobertos em tempo hábil. Nossa intenção é produzir um instrumento que oriente a visita domiciliar – VD à gestante e a seus familiares e que possa favorecer a detecção precoce de agravos na família e que possa colocar em risco a saúde da mãe e de seu futuro bebê.

Sabemos, também, que as pessoas que convivem com a gestante tem influência nas atitudes da mesma, principalmente no que diz respeito ao aleitamento materno e aos cuidados com a criança e consideramos que a VD é momento para reforçar o incentivo ao aleitamento e a orientação sobre os cuidados com o bebê.

As condições individuais e coletivas de saúde da família devem ser averiguadas atentamente, já que existem doenças transmissíveis que podem ser detectadas com um exame simples, como é o caso dos sintomáticos respiratórios, dermatológicos, presença de cáries, ou exposição a doenças imunopreveníveis, o que pode ser facilmente observado numa visita.

Assim, após essas reflexões sobre a visita domiciliar à gestante, acreditamos que um instrumento de visita domiciliar impresso possa nortear o profissional na hora da visita e estamos propondo nesse trabalho uma discussão com as profissionais da Unidade para que possamos elaborar um protocolo que contenha os dados da família e que possa ser usado como base para a assistência familiar, de onde possamos nortear os encaminhamentos e o plano de ação de enfermagem.

## **2. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GERAL**

Elaborar um instrumento de Visita Domiciliar à Gestante e sua família, que instrumentalize o enfermeiro a planejar a assistência familiar daquele domicílio.

Para elaboração desse instrumento, pretende-se:

- . Levantar a situação dos membros da família, número de pessoas, grau de parentesco.
- . Observar condições ambientais do domicílio.
- . Averiguar presença de animais domésticos e quais cuidados lhes são dispensados.
- . Fazer levantamento da situação vacinal da família.
- . Fazer busca ativa de sintomáticos respiratórios, dermatológicos, portadores de cáries dentárias e quaisquer outras doenças da família que possam prejudicar o bom desenvolvimento do recém-nascido e a saúde da gestante.

### **3. DIAGNÓSTICO DA REALIDADE**

A configuração da família brasileira tem se modificado com o passar dos tempos, e hoje pode ser vista uma composição de parentes dos mais diversos graus e até podem existir pessoas agregadas e sem nenhum grau de parentesco.

Analisando 30 prontuários de gestantes das seis equipes da Estratégia Saúde da Família da Unidade Mista de Felipe Camarão, Distrito Oeste de Natal, Rio Grande do Norte, constatamos que existem famílias de até quatorze membros com as mais diversas configurações, convivendo sob o mesmo teto, fato esse que não é levado em consideração quando se presta assistência individual à gestante na consulta de pré-natal na Unidade.

Conversando com as demais enfermeiras que trabalham em nosso serviço entendemos que há necessidade de instrumentalizar a visita domiciliar do enfermeiro às gestantes e seus familiares e de que essa VD extrapole a assistência às puérperas e/ou faltosas ao serviço.

### **4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

A Visita Domiciliar passou a ser utilizada no Brasil a partir da década de 20, como instrumento de combate às epidemias de doenças infectocontagiosas.

Em 1921, por intermédio do médico Carlos Chagas, enfermeiras americanas vêm para o nosso país com o intuito de treinarem visitadoras brasileiras para o combate à tuberculose pulmonar e transmitir conhecimentos sobre as doenças infantis e medidas de higiene na prevenção de enfermidades, dando posteriormente origem à Escola de Enfermagem Ana Néri no Rio de Janeiro e ao Curso de Educadoras Sanitárias em São Paulo, ambas com a mesma função, já que os médicos da época desqualificavam a visita domiciliar por acharem pouco científico e aquém de seu padrão social. Importante frisar que a VD no período tinha cunho persuasivo e de controle e que sua função se limitava à ação curativa em sua origem (SANTOS E KIRSCHBAUM, 2008)

Em 1942 foi criado o SESP - Serviço Especial de Saúde Pública, com a finalidade de proteger a exploração de borracha na Amazônia, que seria utilizada na 2ª Guerra Mundial, expandindo-se posteriormente para outras regiões do Norte e Nordeste.

Entre 1950 e 1970 a VD deixa de ter a importância que teve na década anterior, em especial no período da Ditadura Militar, onde não era respeitado o direito do cidadão à saúde nem o Estado exercia o dever em prestar tal serviço, mas foi a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 80 que o direito à saúde passa a ser dever do Estado.

Na década de 90 o PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde traz de volta à cena a VD como instrumento de promoção da saúde comunitária, sendo seguido pelo Programa Saúde da Família que amplia a VD para os demais membros da equipe: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos (SANTOS e KIRSCHBAUM, 2008).

No bojo da Estratégia Saúde da Família a VD é tida como um instrumento tecnológico que prioriza o diagnóstico da realidade do indivíduo e as ações educativas. Pode ser considerada como “conjunto de ações com aspectos educativos sobre o autocuidado, manutenção e promoção de saúde, monitoramento dos agravos, situações específicas temporárias ou não, bem como acompanhamento das demais situações presentes no contexto familiar (SANTOS E KIRSCHBAUM, 2013).

A VD se destaca por promover a aproximação e integração entre profissionais, sujeitos e ambiente de cuidado, envolvendo a articulação entre a realidade sociocultural dos indivíduos e o processo de cuidar em saúde (SANTOS E KIRSCHBAUM, 2013).

Alguns autores consideram a VD um método, uma tecnologia e/ou um instrumento. Método como possibilidade nas abordagens qualitativas; tecnologia leve-dura porque requer competências (saberes, habilidades e atitudes) quanto à interação, observação e comunicação e como instrumento já que faz uso de planejamento e do registro orientado por um roteiro.

Se considerarmos a VD como tecnologia leve-dura, diremos que o aspecto duro se relaciona com um saber estruturado, normatizado e protocolado por quem a estuda e utiliza, e um aspecto leve, que envolve um saber adquirido e que está impresso no

pensamento sobre as situações de saúde e na atuação sobre elas (SANTOS E KIRSCHBAUM, 2013).

Os estudos sobre sua utilização na ESF afirmam que as equipes a consideram uma atividade potencial para se utilizar tecnologias leves e proporcionar novos modos de se cuidar na saúde mais humanos e acolhedores, que envolvem afetividade e laços de confiança entre profissionais e usuários, famílias e comunidade (SANTOS E KIRSCHBAUM, 2013).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi introduzida no Brasil em 1994 com base em experiências bem sucedidas em outros países, como tentativa de reorganizar a atenção básica, ampliar a cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS) e interiorizar os serviços por ele prestados.

Como a VD serve de diferencial para a estratégia, devendo ser feita pelo menos uma vez ao ano a cada família pelos médicos, odontólogos e enfermeiros e uma vez ao mês pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), a Estratégia passa a ser pautada pela sua utilização associada ao acolhimento e à abordagem familiar. Entretanto, como a ESF não se resume somente à medicina preventiva e o quantitativo de cobertura por equipe é superior aos parâmetros internacionais, surge a questão: quem visitar primeiro?

Na tentativa de resolver esse problema foi elaborada a Escala de Risco das Famílias, conhecida como “Escala de Coelho” (COELHO e SAVASSI), que utiliza os dados da “Ficha A”, que é o instrumento utilizado pelo Agente Comunitário de Saúde para cadastrar as famílias de sua área adscrita (BERNARDI, CARRARO E SEBOLD, 2011). A partir da pontuação adquirida pelas sentinelas temos a classificação de risco das famílias em três categorias, sendo Risco 1 correspondente ao escore 5 ou 6, Risco 2 ao 7 ou 8 e Risco 3 ao escore igual ou maior que 9.

## **5. METODOLOGIA - PLANO DE AÇÃO**

Neste Trabalho de Conclusão de Curso nossa proposta é apresentar e elaborar uma Tecnologia de Cuidado ou de Educação ou de Administração, ou seja, um recurso tecnológico em forma de ficha impressa de acompanhamento domiciliar da gestante e de

sua família, onde sejam levados em conta agravantes que possam por em risco a saúde e o bem estar da mesma e do recém-nascido.

Levando-se em consideração a Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, o relatório mensal do SIAB PMA2 e SSA2 e a Escala de Classificação de Risco Familiar (Escala de Coelho), fazendo uma adaptação desta para o caso específico de cuidados domiciliares prestados à família da gestante, considerando alguns outros dados do domicílio e da clientela residente nele, como por exemplo sintomáticos respiratórios/dermatológicos, presença de cáries dentárias, história de aleitamento materno na família, situação vacinal, gestante menor de vinte anos, entre outros, (apêndice 1).

Quando nos referimos a tecnologia nos vem à mente o aspecto trabalho-intervenção-produção-máquina, e quando associamos o termo ao cuidado em saúde a imagem que nos remete é de um centro especializado tal como o de terapia intensiva com sua multiplicidade de aparelhos sofisticados com suas funções complexas, “mas discutir tecnologia não é discutir equipamento e nem o moderno e o novo, mas discutir o proceder eficaz de determinados saberes, procurando dessa forma, construir procedimentos de intervenção nos processos da saúde e da doença, do normal e do patológico, da vida e da morte, que produzem o efeito desejado, devendo dispor de tudo que temos para defender a vida, como possuidores da melhor tecnologia em saúde que é o nosso saber (SANTOS e KIRSCHBAUM, 2013).

A proposta desse instrumento é levantar agravantes e estender a assistência do pré-natal para todas as pessoas da família, tendo como objetivo propiciar um lar adequado para a chegada de um novo membro, drenando para cada profissional da equipe a demanda levantada, como por exemplo: imunização deficiente para a enfermagem, presença de cáries para a odontologia, solicitação de exames e consulta para sintomáticos ao médico e/ou enfermeiro, questões sociais para o serviço social e assim por diante. Além dessa demanda assistencial, a visita domiciliar orientada pelo instrumento pode detectar a necessidade de orientações de educação em saúde referentes a vários fatores ambientais, higiene pessoal, aleitamento materno, prevenção de doenças, dentre outros, reforçando ainda mais o papel da Estratégia Saúde da Família.

Quando nos propomos a realizar alguma atividade dentro da ESF, temos um ponto de partida a antiga ficha A que hoje foi atualizada com o Cadastro Individual e Domiciliar

(Anexos 1, 2 e 3) de cadastramento da família, que nos traz tanto as informações da situação domiciliar como da saúde de cada indivíduo, condições que podem ser um norte para o planejamento das ações de cada família e indivíduo residentes naquele lar, mas que ainda tem algumas lacunas que podem ser preenchidas de acordo com o objetivo que se quer alcançar com a visita domiciliar.

Outro elemento que foi utilizado para a elaboração do nosso instrumento é a Escala de Risco Familiar (Anexo 4), conhecida como “Escala de Coelho”, cujo objetivo é classificar as famílias cadastradas da área de abrangência da ESF por risco, sendo que esse instrumento é generalizado para qualquer família e o que se pretende neste trabalho é um instrumento voltado para a família da gestante especificamente.

O instrumento que se pretende elaborar não se propõe a classificar o risco como pequeno, médio ou grande, como na Escala de Coelho, e sim considerar cada item observado como um indicador de necessidade de cuidado, podendo ser o orientador das ações da equipe e instrumento de discussão nas reuniões equipe.

## **5. Considerações Finais**

Toda mudança vem acompanhada de rupturas, em especial pela saída da acomodação em que vivemos e que dominamos, conhecemos e não tememos. A nossa intenção é antes de tudo uma reflexão sobre a nossa postura diante do trabalho que realizamos e tem o intuito de propor mudanças, de ampliar horizontes e de prestar uma assistência de melhor qualidade a nossas gestantes e a seus familiares, é necessário que tenhamos em mente que uma criança que vem ao mundo fará parte de uma família que a espera, não é só a mãe que espera um bebê, essa criança trará mudanças para todos que convivem naquele ambiente e a importância dela ao nascer será partilhada por todos.

A Estratégia Saúde da Família, como o próprio nome já diz, é uma forma de prestar assistência às famílias e nada mais oportuno para que isso aconteça do que a chegada de um novo membro que por muito tempo foi visto como uma questão materna, sem se perceber a importância do todo, do ambiente, das pessoas em volta. É na visita domiciliar que conhecemos o contexto familiar, o ambiente em que estão inseridos e os aspectos psicossocioculturais, criamos vínculo com aquela família, fundamental para a

descoberta dos problemas existentes propondo intervenções de acordo com os valores, crenças, costumes e possibilidades dos envolvidos, respeitando a cultura daquela família.

Gostaríamos que o instrumento proposto fosse o início de uma discussão para que se aprimorasse algo melhor e que o serviço passasse a usá-lo como forma de obter uma assistência mais ampla e que pudéssemos avaliar sua eficácia em um determinado tempo de utilização.

## REFERÊNCIAS CONSULTADAS

Backes, V. M. S.; Lino, M. M.; Prado, M. L.; Reibnitz, K. S.; Canaver, B. P. **Competências dos enfermeiros na atuação como educadores em saúde**. Rev Bras Enferm, Brasília 2008 nov-dez.

Bernardi, M. C.; Carraro, T. E.; Sebold, L. F. **Visita Domiciliária Puerperal como Estratégia de Cuidado de Enfermagem na Atenção Básica: Revisão Integrativa**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - Rev. Rene, Fortaleza, 2011.

Brasil. **Diretrizes Gerais e Operacionais da Rede Cegonha**. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1459 de 24 de junho de 2011, Brasília. Ministério da Saúde. 2011.

\_\_\_\_\_. **A Visita Domiciliar como Tecnologia do Cuidado em Saúde e em Enfermagem**. 17º SEMPE, 2013.

Brasil. **Estratégia Saúde da Família**. <http://www.saude.gov.br>. Acesso em 20 de março de 2014.

Brasil. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. SIAB. **Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde. 2003.

Coelho, F. L. G.; Savassi, L. C. M. **Aplicação da escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares**. Rev. Bras. de Saúde da Família e Comunidade. <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/2014>.

Figueira, A. B.; Wexkamp, J. M.; Zanchettin, S. D.; França, S. M.; Meinke, S. M. K. **Importância da Visita Domiciliária à Gestante e Família: construção do vínculo**. XIX CIC, XII ENPOS, 2010.

Franco, T. B. **As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde**. In Pinheiro e Mattos (Orgs), Gestão de Redes; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ- LAPIS, 2006.

Juraci, A. C.; Mendoza-Sassi, R.; Ulmi, E. F.; Dall'Agnol, M. M.; Neumann, N. A. **Diferentes estratégias de visita domiciliar e seus efeitos sobre a assistência pré-natal no extremo Sul do Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, nov. 2008.

Oliveira, N. H. D. **Recomeçar: família, filhos e desafios**. São Paulo. Editora UNESP. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

Santos E. M.; Kirschbaum, D. I. R. **A trajetória histórica da visita domiciliar no Brasil: uma revisão bibliográfica**. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2008. <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a20.htm>

## Anexo 1 – Cadastro individual frente

 		<h1>CADASTRO INDIVIDUAL</h1>		DIGITADO POR:	DATA: / /
				CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	Cód. CNES UNIDADE	Cód. CNES EQUIPE	MICROÁREA	DATA: / /	
Legenda: <input type="checkbox"/> Opção de Múltipla Escolha <input type="radio"/> Opção de Única Escolha    (Marcar X na opção desejada)					
<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO</b>			<b>RESPONSÁVEL FAMILIAR</b>		
Nº DO CARTÃO SUS: _____			É o responsável? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não    Nº DO CARTÃO SUS: _____    DATA DE NASCIMENTO: / /		
NOME COMPLETO: _____					
APELIDO / NOME SOCIAL: _____				DATA DE NASCIMENTO: / /	
SEXO: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino		RAÇA / COR: <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena		Nº NIS (PIS/PASEP): _____	
NOME COMPLETO DA MÃE: _____					
NACIONALIDADE: <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro		PAÍS DE NASCIMENTO: _____		TELEFONE CELULAR: ( ) _____	
MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO: _____				E-MAIL: _____	
<b>INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS</b>					
SITUAÇÃO CONJUGAL: <input type="radio"/> Solteiro (a) <input type="radio"/> Casado (a) / Convívio com Parceiro <input type="radio"/> Divorciado(a) / Separado (a) <input type="radio"/> Viúvo(a) <input type="radio"/> Outra			OCUPAÇÃO: _____		
FREQUENTA ESCOLA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não					
QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?					
<input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Classe Alfabetizada - CA <input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo <input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)		<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc) <input type="radio"/> Ensino Médio Especial <input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo) <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mobral, etc) <input type="radio"/> Nenhum		SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO: <input type="radio"/> Empregador <input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho <input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho <input type="radio"/> Autônomo com previdência social <input type="radio"/> Autônomo sem previdência social <input type="radio"/> Aposentado/Pensionista <input type="radio"/> Desempregado <input type="radio"/> Não trabalha <input type="radio"/> Outro	
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="radio"/> Adulto Responsável <input type="radio"/> Outra(s) Criança(s) <input type="radio"/> Adolescente <input type="radio"/> Sozinha <input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Outro					
FREQUENTA CURANDEIRO(A) / BENZEDEIRA(O)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			SE SIM, QUAL? _____		
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL / IDENTIDADE DE GÊNERO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SE SIM, QUAL? <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Lésbica <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Outro <input type="radio"/> Gay <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Transsexual			SE SIM, QUAL? <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física		
<b>SITUAÇÃO DE RUA</b>					
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> < 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos			SE SIM, QUAL? _____		
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____		

## Anexo 2 – Cadastro Individual verso

## QUESTIONÁRIO AUTO-REFERIDO DE CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE

Legenda:  Opção Múltipla de Escolha     Opção Única de Escolha    (Marcar X na opção desejada)

CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS	
ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso	
ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA / NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
ESTÁ DEPENDENTE OU ABUSA DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, QUAL? <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe
ESTÁ DEPENDENTE OU ABUSA DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ COM HANSENIASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEVE AVC / DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEVE INFARTO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, QUAL A CAUSA? _____
TEM DOENÇA CARDÍACA / DO CORAÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	FEZ OU FAZ TRATAMENTO COM PSQUIATRA OU TEVE INTERNAÇÃO POR PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
SE SIM, QUAL? <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe	ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
SE SIM, QUAIS? <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe	USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
SE SIM, QUAIS? _____	SE SIM, QUAIS? _____
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE _____	USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
1 - QUAL? _____	2 - QUAL? _____
3 - QUAL? _____	

EM SITUAÇÃO DE RUA	
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes	TEM ACESSO A HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outros	SE SIM, QUAIS? <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular	

**TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA**

Eu, \_\_\_\_\_ portador do RG nº \_\_\_\_\_, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará no não atendimento na unidade de saúde.

\_\_\_\_\_

Assinatura



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

FICHA DE VISITA DOMICILIAR À GESTANTE E FAMÍLIA			
Gestante menor de 20 anos		sim	não
Menores de 6 meses no domicílio	Aleitamento materno exclusivo		
	Aleitamento misto		
Relação morador/cômodo	Maior de 1 pessoa por cômodo		
	Igual a 1 pessoa por cômodo		
	Menor que 1 pessoa por cômodo		
Sintomáticos respiratórios			
Sintomáticos dermatológicos			
Problemas dentários			
Imunização no domicílio	Pessoas sem cartão de vacina e/ou com cartão e vacinas atrasadas		
	Pessoas com cartão e vacinas em dia		
Uso de drogas (lícitas e ilícitas)			
Desemprego			
Analfabetismo			
Animais domésticos			
Deficiente mental			
Baixas condições ambientais			

