**ROTEIRO DE VISITA DOMICILIAR**

* Composição da família (número de moradores e grau de parentesco)
* Idade dos moradores
* Estado civil; (casados no papel ou união estável, amasiados)
* Profissão/ ocupação/ situação do emprego dos moradores, quantos trabalham
* A renda da família é suficiente para atender as necessidades dos moradores?
* Escolaridade dos moradores, distância da escola, transporte, motivo do abandono do estudo (se houver)
* Possui cadastro em bolsas do governo (bolsa família, FIES, Programa Minha Casa Minha Vida) ou pensão?
* Tempo de moradia no local/ de onde vieram, por que se mudaram?
* Casa própria, alugada, invadida ou cedida?
* Estrutura da casa (de madeira, tijolos ou materiais reciclados)
* Número e tipo de cômodos da casa
* Estado de organização e existência de móveis na casa
* Estado da casa em relação à proteção contra intempéries e vetores
* Acesso a internet
* Utilização de equipamentos de Proteção IndividuaI (EPI) no trabalho
* Casos de doenças crônicas (quais: asma, hipertensão, câncer, diabetes, catarata, glaucoma, etc)
* Casos de doenças genéticas na família
* Usuários de medicamentos contínuos: quais medicamentos, quem os utiliza, como são adquiridos (se comprados,da Farmácia do SUS ou da Farmácia Popular do Brasil etc)
* Casos de deficiência (mental, física, visual, auditiva)
* Acesso a serviços de saúde: qual o local procurado quando há necessidade, avaliação do atendimento recebido, distância da residência, facilidade ou dificuldade de acesso aos atendimentos o se têm plano de saúde
* Situação vacinal dos moradores (vacinas dos adultos e crianças em dia?)
* As mulheres e da casa estão com o exame preventivo do colo do útero em dia?;
* As mulheres e da casa já realizaram exame preventivo das mamas - mamografia (as que estão acima de 50 anos)?
* Homens da casa, acima de 50 anos já realizaram exame de próstata?
* Uso de métodos anticoncepcionais (tipo e forma de obtenção)
* Número de fumantes/ etilistas/ outros vícios;
* Idade dos pais quando tiveram filhos;
* Nas gestações foi realizado Pré-natal?
* As gestações foram planejadas?
* Acesso a dentista? Onde?
* Quantas pessoas da família já realizaram exames visuais? Têm acesso a esse tipo de atendimento?
* Algum membro da família usa óculos? Se sim, quem prescreveu?
* Possíveis dificuldades apontadas para atendimento em saúde visual.
* Qual é a origem da água para consumo (poço, rede de abastecimento público, fonte, etc)?
* Destino do lixo (coleta pública, separação, lixão, incineração)
* Destino do esgoto ( fossa, valeta, coleta pública, etc)
* Situação de risco para a moradia
* A residência possui horta?
* A residência tem energia elétrica?
* Sanitário (banheiro dentro ou fora, chuveiro dentro ou fora da casa)
* Condições de limpeza da casa (**observar**)
* Condições de higiene pessoal dos moradores **(observar)**
* Hábitos alimentares da família (onde fazem as refeições, alimentos preferidos, etc)?
* Os membros da família realizam atividades físicas?
* Fontes de poluição nos arredores da casa
* Existência de animais domésticos/ situação dos animais (higiene, vacinação);
* Presença de vetores na casa (moscas, baratas, ratos)
* Mitos e tabus praticados pelos moradores (entrevistar os idosos sobre tratamentos alternativos praticados antigamente e como faziam para cuidar da saúde e tratar doenças)
* Tempo de aleitamento materno/ motivo do desmame
* Participam de alguma entidade (igreja, associação de moradores, centro comunitário, grupos organizados)?
* Algum membro da família pratica exercícios físicos? Qual?
* Meio de transporte utilizado para trabalho e/ou estudo;
* Acesso as informações (jornal, internet, panfletos, tv, radio);
* Atividades de lazer;
* Meios de comunicação utilizados e disponíveis para a família (TV, celular, internet);
* Conflitos com os vizinhos?
* Visita de agente de saúde?
* Destacar a situação dos idosos na família
* Outras considerações que acharem importantes que sejam relatadas.

 ESSE TRABALHO DEVE SER ENTREGUE COM A APRESENTAÇÃO DOS ITENS ACIMA E DAS RESPOSTAS. DEVEM SER IDENTIFICADOS COM A LETRA “D” OS DETERMINANTES DE DOENÇA E COM “S” OS DETERMINANTES DE SAÚDE. Deve ser enviada uma foto (apenas uma!), para comprovação da visita para meu whatsApp (988643327), com o nome dos componentes da equipe.