

PERCEPÇÃO DO CUIDADOR FAMILIAR SOBRE A ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Perception of the family caregiver on nursing assistance in the framework of domiciliary care in the family health strategy

Marina Dayrell de Oliveira Lima¹, Barbara Camilo de Paula¹, Bruna Cristina da Silva¹, Karla Rona da Silva², Rosana Costa do Amaral², Lilian Machado Torres²

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária se materializa pela Estratégia Saúde da Família e o Enfermeiro se destaca ao estabelecer o cuidado de forma criativa e autônoma, partindo-se da compreensão do contexto familiar e suas interações. O domicílio é o local onde a família se desenvolve por inteiro e o cuidador familiar é aquele que assume a responsabilidade de cuidar de algum membro de sua família em condição de dependência, garantindo as suas necessidades básicas e coordenando suas atividades diárias. **Objetivo:** Descrever a percepção do familiar cuidador acerca da assistência do enfermeiro no âmbito da atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família. **Método:** Estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, realizado num Centro de Saúde no município de Belo Horizonte-MG. Os dados foram coletados a partir de roteiro de entrevista e os conteúdos foram analisados no referencial de Bardin. **Resultados:** os cuidadores familiares, em sua grande maioria, evidenciam que a principal dificuldade encontrada na atuação do enfermeiro no âmbito da atenção domiciliar refere-se à baixa frequência de visitas realizadas ou até mesmo a sua ausência, o que não permite a identificação do seu real papel e a sua importância. **Conclusão:** Torna-se essencial que o enfermeiro compreenda e valorize suas funções perante a comunidade, acredite na iniciativa e se comprometa, para que assim possa se tornar um sujeito ativo e o ponto de referência na Estratégia Saúde da Família.

Palavras-chave: Relações profissional-família; Assistência domiciliar; Enfermagem familiar; Enfermagem.

¹Enfermeiros graduados pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. ²Enfermeira, Doutor em Biomedicina. Professor Adjunto na Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil. karlarona@bol.com.br. ³Enfermeira, Mestre em Gestão social, desenvolvimento local e educação em saúde. Professor Assistente na Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. rosana.amaral@cienciasmedicasmg.edu.br. ⁴Enfermeira, Doutor em Ciências. Professor Adjunto e Coordenador do Curso de Enfermagem na Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. lilian.torres@cienciasmedicasmg.edu.br - Autor correspondente: Lilian Machado Torres. Alameda Ezequiel Dias, 275, Centro, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. CEP 30130-110. Email: lilian.torres@cienciasmedicasmg.edu.br - Tel: (31)32487260 - Os autores declaram não existir conflitos de interesses. - Recebido em 01/11/2017 Aceito em 05/12/2017

ABSTRACT

Introduction: Primary Care materializes through the Family Health Strategy, where Nurses stand out through the possibility of operating in a creative and autonomous way, starting from the understanding of the family context and their interactions. The household is the place where the family develops in its entirety, the family caregiver being the one who assumes the responsibility of caring for a member of his family in a condition of dependency, guaranteeing his basic needs through the coordination of his daily activities. **Objective:** to describe the perception of the caregiver relative to the care of the nurse in the scope of home care in the Family Health Strategy. **Method:** This is a descriptive-exploratory study of a qualitative approach, carried out in a Health Center located in the city of Belo Horizonte. Data were collected through an unstructured questionnaire and analyzed using the Content Analysis method by Bardin. **Results:** family caregivers, for the most part, show that the main difficulty found in nurses' work in home care refers to the low frequency of visits or even their absence, which makes it difficult to identify their real role and its importance. **Conclusion:** it is essential that nurses understand and value their functions before the community, believe in the initiative and have commitment, so that it can become an active subject and the point of reference in the Family Health Strategy.

Key words: Professional-family relations; Home assistance; Family nursing; Nursing.

INTRODUÇÃO

O final da década de 80 no Brasil foi marcado por movimentos sociais pela redemocratização do país e pela melhoria das condições da saúde da população. Em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde buscou transformar o arcabouço jurídico-institucional do setor saúde e assegurá-la como direito de todo brasileiro. Dois anos depois a Constituição Brasileira reconheceu a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e estabeleceu a base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que se fundamenta nos princípios da universalidade e integralidade¹.

Considerado um dos primeiros documentos a vislumbrar a necessidade de uma rede de atenção em saúde, o Relatório Dawson, elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) do Reino Unido, em 1920, abordou níveis de atenção, porta de entrada, vínculo, referência e coordenação, além de considerar mecanismos de integração e de informação².

Impulsionada pelo processo de descentralização e apoiada por programas inovadores, surgiu no Brasil a atenção primária à saúde (APS), também denominada atenção básica, a partir de ações individuais e coletivas de promoção e proteção, prevenção de agravos e reabilitação da saúde³.

Em 1994 o MS brasileiro criou o Programa Saúde da

Família (PSF)⁴, caracterizado como uma intervenção vertical para integração e organização das atividades⁵, no sentido de se sobrepor ao modelo biomédico assistencial vigente⁶.

Utilizada como ferramenta para operacionalizar a Estratégia Saúde da Família (ESF), no referido programa, surge a Atenção Domiciliar, definida pela Portaria 963/2013, como nova modalidade de atenção à saúde, prestada em domicílio, para garantir a continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção⁷. A visita domiciliar constitui-se uma atividade educativa e assistencial que permite ao enfermeiro conhecer as condições da comunidade, além de promover maior interação entre os profissionais, indivíduos e seus familiares⁸. São componentes fundamentais que fortalecem tal relação: definir a estrutura familiar, compreender os conceitos de saúde da família e evidenciar os elementos que compõem o conceito de família saudável⁹.

O enfermeiro que presta cuidados domiciliares desenvolve competências para um cuidado integral, habilidades no campo técnico-procedimental e atitudes embasadas na visão holística^{8,10-11}. Cabe ressaltar que nesse ambiente familiar as relações também são estabelecidas entre e com os cuidadores, que podem ou não ser membros desse grupo. Os principais cuidadores são os que se responsabilizam por um dos membros

em condição de dependência para as atividades da vida diária¹².

Sendo assim, emerge o seguinte questionamento: qual a percepção do familiar cuidador acerca da assistência prestada pelo enfermeiro no âmbito da atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família?

A hipótese é que o profissional enfermeiro tenha seu papel reconhecido e que a assistência por ele prestada seja diferenciada e efetiva nesse cenário alternativo de apoio aos usuários e famílias.

Considerando que o cuidado domiciliar representa um desafio, por exigir do profissional uma visão multifocal para as diferentes realidades e transformações contínuas da sociedade, o estudo apresenta-se relevante. O fato das equipes que realizam a visita domiciliar conhecerem como são identificadas sua presença e ações no seio das famílias contribui para novos desenhos de processos de trabalho na ESF que valorizem o vínculo tão necessário para a efetividade do cuidado em saúde. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de se discutir o papel do enfermeiro como instrumento na promoção da saúde que envolve aspectos científicos do cuidar autêntico ao conhecer, reconhecer e considerar o ser humano.

O estudo tem como objetivo descrever a percepção do familiar cuidador acerca da assistência do enfermeiro no âmbito da atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa.

O cenário foi um Centro de Saúde de Belo Horizonte/MG que possui quatro equipes de saúde da família e uma de apoio, numa área com adscrição de 18.975 indivíduos distribuídos em 25 microáreas. Em todas as equipes há um enfermeiro que, além das atividades no próprio Centro de Saúde, realiza visitas aos domicílios.

Os participantes do estudo foram os 18 cuidadores de famílias atendidas nas visitas domiciliares. A partir da média histórica de três visitas realizadas pelos enfermeiros nos últimos seis meses, foram considerados critérios de inclusão as famílias que possuíam um cuidador familiar identificado pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e que tenham recebido a visita do enfermeiro nos últimos seis meses anteriores ao período de coleta de dados. Foram excluídos os cuidadores que não conseguiram prestar

as informações.

Utilizou-se um roteiro de entrevista para a coleta de dados, contendo questões abertas sobre o tema. Os participantes foram identificados pela letra “E” (entrevistado), seguido de números ordinais inteiros que variaram de 1 a 18.

Após os contatos iniciais com as famílias, os procedimentos e o objetivo do estudo foram esclarecidos e os participantes que concordaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a assinatura foram agendados os encontros para a coleta de dados. Cada encontro com essa finalidade durou em média 50 minutos, tempo em que se deu a explicação das questões e o preenchimento do instrumento de coleta pelos cuidadores familiares.

Em seguida, houve a transcrição das respostas obtidas para sua organização a fim de que se procedesse à análise de conteúdo dos depoimentos, no referencial de Bardin¹³.

O estudo seguiu orientações expressas na Resolução MS 466/2012¹⁴, que trata de pesquisas com seres humanos, e foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, sob o número 846.659 em 06/10/2014, e da Prefeitura de Belo Horizonte, sob o número 862.473 em 03/11/2014.

Aspectos éticos fundamentais de destaque neste estudo são a garantia de que não houve discriminação na seleção dos participantes na amostra, não ocorreu a exposição a riscos físicos aos indivíduos envolvidos e esteve garantida a privacidade dos usuários e de seus dados registrados. O TCLE levou em consideração o que está preconizado na Resolução 466/2012 e estava assegurada a preservação dos dados dos usuários, sua confidencialidade e o anonimato dos participantes.

RESULTADOS

Participaram do estudo 18 familiares cuidadores. Desse total 89% (n=16) eram do sexo feminino e 11% (n=2) do sexo masculino, com idades variando de 20 a 88 anos. Em relação à escolaridade 28% (n=5) possuíam ensino fundamental incompleto, 17% (n=3) ensino fundamental completo, 28% (n=5) não haviam completado o ensino médio, 11% (n=2) possuíam ensino superior incompleto e 17% (n=3) ensino superior completo.

No que se refere às atividades do cotidiano 28% (n=5)

estavam aposentados, 5% (n=1) eram estudantes, 17% (n=3) atuavam como donos de casa, 11% (n=2) atuavam como cuidadores de idosos, 11% (n=2) eram autônomos, 5% (n=1) como vendedores, 5% (n=1) eram professores, 5% (n=1) desempenhavam funções como técnicos em informática, 5% (n=1) como instrutores de manutenção e montagem de micro, e 5% (n=1) como artesãos.

Após leitura cuidadosa das respostas obtidas por meio das entrevistas procedeu-se à análise de conteúdo da variável de interesse. Foi possível identificar significados que puderam se agrupados em três categorias que se referem à assistência do enfermeiro no domicílio e a percepção dos cuidadores familiares: Sentindo a ausência do enfermeiro; Compreendendo o vínculo enfermeiro-indivíduo-família; e Entendendo o papel do enfermeiro.

Sentindo a ausência do enfermeiro:

Os participantes verbalizaram que a principal dificuldade encontrada na atuação do enfermeiro no âmbito da atenção domiciliar refere-se à baixa frequência de visitas realizadas ou até mesmo à ausência delas:

“Eu acho que ele (enfermeiro) deve ter preguiça de subir esses morros daqui, porque veio só uma vez...” (E14)

“...eu preciso de uma frequência maior, não que ele tenha que estar aqui todo dia, mas deveria vir mais.” (E8)

Os usuários reconhecem a importância do enfermeiro nas visitas domiciliares, e a falta de contato com o profissional é apontada como prejuízo na satisfação das necessidades:

“É importante a presença da enfermeira nas visitas domiciliares para discussão do cuidado do paciente com os familiares. Ultimamente, não estamos percebendo benefício nenhum na atuação da enfermeira, pois ela não participa das visitas, e a meu ver seria de extrema importância e de grande crescimento sua participação.” (E1)

“Deveria ter mais enfermeiros para visitar, com maior frequência, para nos auxiliar melhor.” (E17)

Evidencia-se a importância da visita domiciliar e da presença do enfermeiro no domicílio, reclamada pelos participantes para que se forme o vínculo entre os envolvidos.

Compreendendo o vínculo enfermeiro-indivíduo-família:

O vínculo é reconhecido como ferramenta importante:

“Temos uma boa convivência com as enfermeiras. Às vezes, tornam-se até nossas amigas.” (E2)

“Esse vínculo é muito importante, pois é feito com atenção e carinho pelo enfermeiro.” (E9)

Os cuidadores acreditam que o vínculo se constrói por intermédio da conversa, do interesse, pela atenção e carinho dispensados, pela empatia, o respeito e a relação de confiança que se estabelece:

“A relação é excelente. É importante demonstrar interesse e ser gentil. O vínculo ocorre pelo contato frequente. Ele vem mesmo sem a gente pedir.” (E5)

“Para a criação do vínculo é importante a convivência, a simpatia, confiança e o respeito.” (E11)

Entretanto, os depoentes afirmam que, para que existir o vínculo, é necessária a presença:

“Não tem vínculo paciente/enfermeiro, pois ele não tem sido presente.” (E3)

“Ainda não posso avaliar pelo fato de que ele (o enfermeiro) veio pouco aqui.” (E13)

“Não temos vínculo com a enfermeira. Para formar esse vínculo é importante que ela venha aqui, pois ela só veio uma vez.” (E15)

A ausência do profissional é percebida e sua influência no vínculo indivíduo/família/profissional é afetada, apesar da compreensão do papel do Enfermeiro.

Entendendo o papel do enfermeiro:

Os participantes ressaltam a importância do profissional, avaliam as formas de aproximação e expressam o desejo de maior proximidade:

“Uma pessoa muito prestativa e boa, que sabe fazer o serviço, e resolve tudo pra gente. Ele é muito interessado.” (E12)

“É tudo de bom. Ele é muito importante, tem que vir mais vezes.” (E12)

Alguns procedimentos técnicos são citados como parte da rotina do enfermeiro:

“Olha pressão, troca curativo, avalia temperatura. Ela sabe e acompanha tudo, ela está por dentro e o contato é geral.” (E5)

“Medição da pressão, dos batimentos cardíacos, procedimentos importantes para a família ficar ciente do quadro clínico do paciente.” (E11)

A relação de dependência é expressa em relação a cuidados e orientações, junto ao binômio indivíduo/família:

“Meu marido e filho dependem dos meus cuidados, por isso elas (as enfermeiras) são importantes. Mas

eu preciso de uma frequência maior.” (E8)

“O enfermeiro reflete sobre o estado do paciente e orienta os familiares sobre como agir para o melhor cuidado ao paciente.” (E9)

O papel do profissional enfermeiro é reconhecido pelos cuidadores, sua presença é desejada, assim como o estabelecimento de vínculo que agregue valor aos cuidados necessários.

DISCUSSÃO

A visita domiciliar permite conhecer o contexto social e fortalece o contato próximo com as famílias para identificação das necessidades de saúde¹⁵. Facilita a elaboração dos diagnósticos de enfermagem e a definição das intervenções e orientações para maior qualidade de vida¹⁶.

Entretanto, é desejável que os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, mantenham comunicação efetiva com os membros da família, inserindo-os na atenção e tomada de decisão, o que contribui para os resultados em longo prazo¹⁷.

Os depoimentos fizeram emergir dificuldades percebidas pelos cuidadores sobre a atuação do profissional no âmbito da atenção domiciliar relacionada à baixa frequência de visitas realizadas ou até mesmo à ausência delas. Estudo sobre a importância para a equidade da atenção também evidenciou críticas, por parte dos entrevistados, pelo fato de que suas famílias não recebiam as visitas com frequência, apesar do desejo, em função de que alguns grupos e/ou situações mereciam prioridade¹⁸.

Outros autores, que avaliaram percepção do usuário sobre a visita domiciliar, apontaram características de obrigatoriedade e determinação pelos serviços para que os profissionais efetivem esse acompanhamento¹⁹. Isso pode ser confirmado em outro estudo que ressaltou a dificuldade mais evidenciada para a realização da visita domiciliar ser sobrecarga de tarefas na Unidade Básica de Saúde (UBS) que consomem grande parte do tempo e, consequentemente, interferem na realização da visita¹⁵.

Constatou-se que o domicílio é considerado espaço especial de desenvolvimento das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças. Simultaneamente, é um cenário que evidencia as relações sociais que contribuem para o fortalecimento do potencial de saúde ou do adoecimento dos indivíduos. De fato, pesquisadores defendem que o trabalho realizado no

ambiente domiciliar permite ao enfermeiro conhecer a realidade e adentrar a subjetividade do indivíduo. A compreensão da visita domiciliar inclui as dimensões do cuidado individual e familiar e subsidia intervenções voltadas às suas necessidades reais²⁰.

Nesse contexto, são estabelecidos os vínculos na ESF, para os quais a visita passa a ser o instrumento das equipes no processo de inserção e conhecimento dos diversos cenários¹⁵. A ideia de vínculo requer uma relação interpessoal estreita, aprofundada no decorrer do tempo, à medida que ambos se conhecem gradativamente e melhor, mediante escuta, diálogo, respeito e confiança^{11,21-22}.

O conceito de vínculo, entretanto, é vasto e apresenta-se articulado aqueles relacionados à humanização, responsabilização e integralidade. O vínculo liga, aproxima e permite o envolvimento entre indivíduos. Torna-se importante fortalecê-lo, pois favorece relação de certeza e partilha de compromissos²³.

No presente estudo os cuidadores enfatizaram a presença do profissional como base para o estabelecimento de relações entre o serviço de saúde e família, por meio da visita domiciliar. Estudo que avaliou essa ação é ferramenta essencial para que a convivência e o contato constantes estejam favorecidos e mais sustentados pelo tempo emocional do que pelo tempo cronológico. Compreende-se que o tempo emocional é o espaço de cuidado que aproxima equipe e grupo familiar²⁰.

As ações que o enfermeiro desenvolve nos domicílios estão definidas pela Política Nacional de Atenção Básica e abarcam, desde a atenção à saúde dos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes em todas as fases do desenvolvimento humano, até a realização de consultas de enfermagem, procedimentos e atividades em grupos.

Na maioria dos depoimentos o profissional foi identificado como pessoa interessada, prestativa e investigadora, que realiza procedimentos técnico-assistenciais, quando está presente. No entanto, existem outras atividades não identificadas pelos cuidadores, como o planejamento e gerenciamento das atividades do ACS e o funcionamento da unidade básica. Alguns autores assinalaram que o enfermeiro assemelha-se a um piloto da ESF, promovendo o acesso dos indivíduos e das famílias aos serviços e o estabelecimento de vínculo com a equipe multidisciplinar. Os autores incluem ainda a habilidade em compreender o ser humano como um todo, a capacidade de acolher e identificar as necessidades e expectativas, além de compreender as diferenças sociais.^{4,24}

A enfermagem é capaz de se aproximar, identificar e criar uma relação efetiva com o usuário, independente das suas condições econômicas, culturais e sociais, ou seja, busca aperfeiçoar as intervenções de cuidado em saúde²³. A atuação do enfermeiro na ESF para os usuários é muito importante, sendo indispensável que esse profissional acredite na iniciativa e se comprometa com a comunidade, por estar investido de papel de referência da Estratégia.

O estudo possui limitações considerando-se ter sido realizado em um único centro de saúde com um grupo de 18 famílias. No entanto, mais que a generalização dos resultados, buscou-se o seu aprofundamento para que as reflexões possam dar novo direcionamento às ações do enfermeiro nas visitas domiciliares.

CONCLUSÃO

A visita domiciliar é um forte componente para a promoção em saúde e quando devidamente utilizada pelos profissionais, com destaque, pelo enfermeiro, pode representar mudanças significativas à assistência prestada ao usuário e família.

Evidenciou-se que os cuidadores familiares, em sua grande maioria, não reconhecem o real papel do enfermeiro, associado à baixa frequência e ausência das visitas. Quando reconhecido, o fazer assistencial está condicionado à realização de procedimentos técnicos, não se estabelecendo vínculo entre indivíduo, seu cuidador e o profissional.

O processo de interação com o usuário e família se constrói não só por uma relação de submissão aos cuidados do enfermeiro, mas por atitudes de sensibilidade, aceitação, confiança, respeito e empatia entre ambos. O profissional precisa compreender e valorizar suas funções perante a comunidade para se tornar um dos atores na ESF.

Novos estudos em torno das práticas de saúde do enfermeiro na visita domiciliar, que possam abranger mais perspectivas e percepções, contribuirão para o aprofundamento teórico e prático sobre o tema, qualificando a proposta da Estratégia.

REFERÊNCIAS

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Lancet. (Série Brasil) [Internet] 2011;11-31. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>.
2. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciênc saúde coletiva 2010;15(5):2307-16.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, 2006, 4, 9-11. Política Nacional de Atenção Básica.
4. Backes DS, Backes MS, Erdmann AL, Buscher A. O papel profissional do enfermeiro no sistema único de saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. Ciênc saúde coletiva 2012;17(1):223-30.
5. Nascimento APS, Santos LF, Carnut L. Atenção primária à saúde via estratégia de saúde da família no sistema único de Saúde: introdução aos problemas inerentes à operacionalização de suas ações. JORN CUID PRIM GER SAUD 2011;2(1):18-24.
6. Shimizu HE, Junior DAV. O processo de trabalho na estratégia saúde da família e suas repercussões no processo saúde-doença. Ciênc saúde coletiva 2012;17(9):2405-14.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2013.
8. Santos EM, Moraes SHG. A visita domiciliar na estratégia saúde da família: percepção dos enfermeiros. Cogitare Enferm 2011;16(3):492-7.
9. Kaakinen JR, Coelho DP, Steele R, Tabacco A, Hanson SMH. Family health care nursing: theory, practice and research. Library of Congress, Philadelphia: 5ed; 2015.
10. Valente SH, Teixeira MB. Estudo fenomenológico sobre a visita domiciliar do enfermeiro à família no processo de terminalidade. Rev esc enferm USP 2009;43(3):655-61.
11. Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. Esc Anna Nery 2011;15(4):802-10.
12. Silveira CL, Budó MLD, Silva FM, Durgante VL, Wunsch S, Simon BS et al. Cuidadora de familiar com doença crônica incapacitante: percepções, motivações e repercussões. Rev enferm UFSM 2012;2(1):67-78.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: 70ed; 1977.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 2012.
15. Kebian LVA, Acioli S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da estratégia de saúde da família. Rev Eletr Enf 2014;16(1):161-9.
16. Silva KB, Santos SR, Marques PRT. A importância da visita domiciliar realizada pelo enfermeiro da estratégia de saúde da família. Centro Universitário UNIRG; 2012.
17. Davidson J, Jones C, Bienvenu J. Family response to critical illness: Postintensive care syndrome - family. Crit Care Med 2012;40(2):618-24.
18. Mandu ENT, Gaiva MAM, Silva MA, Silva AMN. Visita domiciliar sob o olhar de usuários do programa saúde da família. Texto contexto enferm 2008;17(1):131-40.
19. Albuquerque ABB, Bosi MLM. Visita domiciliar no âmbito da estratégia saúde da família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad Saúde Pública 2009;25(5):1103-12.
20. Drulla AG, Alexandre AMC, Rubel FI, Mazza VA. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. Cogitare Enferm 2009;14(4):667-74.

21. Baratieri T, Mandu ENT, Marcon SS. Compreensão de enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado na estratégia de saúde da família. Cienc enferm 2012; 18(2):11-22.
22. Bezerra IMP, Noronha FAT, Antão JYFL, Martins AAA, Machado MFAS, Silveira GL et al. Visita domiciliar e atenção à saúde: uma análise na perspectiva dos usuários da estratégia de saúde da família. Convibra. 2014.
23. Ilha S, Dias MV, Backes DS, Backes MTS. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família. Ciênc Cuid Saúde 2014;13(3):556-62.
24. Rangel RF, Fugali MM, Backes DS, Gehlen MH, Souza MHT. Avanços e perspectivas da atuação de enfermeiro em estratégia saúde da família. Cogitare Enferm 2011;16(3): 498-504.