

VISITA DOMICILIAR: ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DE PACIENTES CRÔNICOS

Indiara Schaefer da Silva¹

Éder Luís Arboit²

Michele Ramão da Silveira³

Ivete Teresinha Ferreira Cavalheiro⁴

Kelly de Moura Oliveira Krause⁵

Luana Possamai Menezes⁶

RESUMO: o artigo tem como objetivo descrever a experiência de acadêmicos de enfermagem na realização de visitas domiciliares a pacientes com doenças crônicas. Estudo qualitativo e descritivo, desenvolvido por meio de um projeto de extensão, intitulado “Visita domiciliar para usuários com doenças crônicas na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família”. As atividades foram realizadas todas as sextas feiras, no período de setembro a dezembro de 2015. A coleta dos dados foi desenvolvida por meio um instrumento semiestruturado e um formulário clínico contendo informações sobre a anamnese de enfermagem, dados pessoais, familiares, sociais e específicos sobre a patologia e tratamento em curso. Os usuários foram indicados pelos Agentes Comunitários de Saúde, conforme o maior grau de necessidades dos mesmos. Desenvolve-se a consulta de enfermagem de forma sistematizada a 54 pacientes, tendo em vista a realização do cadastramento, anamnese e exame físico, além dos dados pessoais, familiares, sociais e específicos sobre a patologia e tratamento em curso. A experiência mostra que a visita domiciliar é uma importante estratégia para o acompanhamento no tratamento de doenças crônicas, visando educação em saúde, promoção da saúde e prevenção de agravos.

Palavras-chave: Enfermagem; Visita Domiciliar; Doença Crônica; Promoção da Saúde.

² Acadêmica do 8º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade de Cruz Alta-UNICRUZ. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem no Contexto da Assistência à Saúde - ENFAS, vinculado ao Curso de Enfermagem da Unicruz. E-mail: indiarasch@hotmail.com

² Enfermeiro, Mestre em Enfermagem. Docente no Curso de Enfermagem da Universidade de Cruz Alta - UNICRUZ. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem no Contexto da Assistência à Saúde - ENFAS, vinculado ao Curso de Enfermagem da Unicruz. E-mail: earboit@unicruz.edu.br

³ Acadêmica do 8º semestre do Curso de Enfermagem da universidade de Cruz Alta-UNICRUZ. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem no Contexto da Assistência à Saúde - ENFAS, vinculado ao Curso de Enfermagem da Unicruz. E-mail: michele-ramao@hotmail.com

⁴ Acadêmica do 8º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade de Cruz Alta-UNICRUZ. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem no Contexto da Assistência à Saúde - ENFAS, vinculado ao Curso de Enfermagem da Unicruz. E-mail: cavalheiroivete@gmail.com

⁵ Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva. Docente no Curso de Enfermagem da Universidade de Cruz Alta (Unicruz). Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem no Contexto da Assistência à Saúde - ENFAS, vinculado ao Curso de Enfermagem da Unicruz. E-mail: koliveira@unicruz.edu.br

⁶ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Saúde Coletiva. Docente no Curso de Enfermagem da Universidade de Cruz Alta – UNICRUZ. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem no Contexto da Assistência à Saúde - ENFAS, vinculado ao Curso de Enfermagem da Unicruz. E-mail: luamenezes@unicruz.edu.br

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Visita Domiciliar (VD) há muito vem sendo realizada como uma atividade de assistência à saúde e sua evolução histórica está muito ligada à evolução da saúde pública e da própria enfermagem. A VD trabalha não só com o indivíduo em sua forma singular, mas também a sua família, o seu contexto familiar e social, prestando uma assistência sistematizada, com objetivos definidos, que busca acompanhar os usuários, além de possibilitar a resolutividade de demandas existentes (CANHESTRO *et al.*, 2005).

A VD é uma prática desenvolvida pelas equipes de saúde das Estratégias de Saúde da Família - ESF da Atenção Básica de Saúde - ABS, a qual se destina ao acompanhamento longitudinal em nível domiciliar dos processos de saúde-doença dos indivíduos adscritos nas ESFs, como também, a atenção em saúde de demandas e necessidades da comunidade, a partir de: Indicação da Atenção Domiciliar pelos serviços que compõem a rede de atenção; Demanda espontânea e Busca ativa.

As equipes de saúde que prestam a VD acabam por priorizar alguns atendimentos, em virtude de não possuírem muitas vezes recursos materiais e humanos para a logística total da comunidade, sendo que a atuação das equipes perpassa o domicílio, incluindo ações nas dependências das ESFs, nas escolas, e em outras instituições e espaços. No entanto, o perfil de usuário para a elegibilidade à Atenção Domiciliar segundo Ministério da Saúde, é: ter problemas de saúde controlados/compensados; dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; necessitar de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde; frequência das visitas, a partir da avaliação clínica, de uma visita/mês; e possuir necessidades que estejam dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2012).

Nessa perspectiva a VD se fortalece como estratégia assistencial, de prevenção de agravos e promotora de saúde, em uma perspectiva longitudinal do cuidado, auxiliando na resolução de problemas do indivíduo / família.

Em suma, compreende-se que as orientações realizadas por profissionais de saúde dentro das residências, ressalta uma ideia de comprometimento maior, havendo uma confiança mútua entre o profissional e o usuário, e quando a equipe é multidisciplinar, essas visitas tornam-se ainda mais valiosas, devido aos

conhecimentos diversificados e integrados, em busca da resolutividade (BRUM, *et al.*, 2012).

Dessa forma, a VD se evidencia como uma importante ferramenta de cuidado aos usuários condicionados a doenças crônicas, principalmente aos casos de limitações importantes de deslocamento e ou dependência. Contudo, ao passo que a população envelhece, há o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, fato acompanhado pela transição demográfica e epidemiológica, vislumbrando o aumento do número de pessoas que possuem necessidades de cuidados continuados e intensivos, gerando por vezes uma sobrecarga aos serviços de saúde e sociedade (MIRANDA *et al.*, 2013).

Dentre as morbidades crônicas não transmissíveis, destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes *Melittus* (DM), Doenças Cardiovasculares, Neoplasias, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, dentre outras. Os índices de morbimortalidade por doenças crônicas no Brasil tendem a aumentar de modo significativo.

Neste contexto, o envelhecimento é um processo físico natural marcado por alterações fisiológicas que levam ao declínio das potencialidades do indivíduo. A diminuição nas acomodações que o organismo sofre para lidar com os fatores estressores leva à queda da defesa do organismo propiciando o surgimento de doenças ao longo dos anos. Neste sentido, o aumento das doenças crônicas degenerativas na população idosa acompanha o aumento da expectativa de vida (ANDRADE; LOBO, 2007).

Assim, no tratamento do portador de doença crônica devem ser cultivados hábitos e atitudes promotores de qualidade de vida, de modo a prevenir complicações. Neste sentido, considera-se que a VD possibilita aos participantes constantes trocas de experiências e conhecimentos pela convivência com problemas semelhantes em que os sujeitos podem usar as experiências negativas ou positivas dos companheiros no seu próprio processo de mudança (SOARES, *et al.*, 2009).

Frente a isso, Marques e Freitas (2009) pontuam que, o cuidado prestado ao usuário no domicílio deve ser assumido pela equipe de saúde, pela família e pelo próprio usuário, em formato de (co)responsabilização pela própria saúde. Assim, a sobrecarga relacionada à incumbência de cuidar do processo saúde-doença dos usuários, apresenta-se dividida entre os atores envolvidos.

O bem-estar do paciente dependerá da base familiar que o acolhe, pois esta se constitui como fonte de sustento e cuidado. Morar junto é assumir o compromisso de

cuidar do familiar doente, sendo muito importante para o tratamento, assim como, para a recuperação de sua saúde. O cuidado em casa não é tarefa fácil, e envolve uma rede de apoio que nem sempre existe, ou a família desconhece (MARQUES; FREITAS, 2009).

Contudo, há necessidade de compreender as necessidades da família para que seja possível construir estratégias educativas em prol da melhoria da qualidade de vida e saúde da mesma. Neste sentido, sugere-se que seja realizada por meio de uma relação horizontal entre o profissional e usuário (SOMAVILA *et al.*, 2015).

Neste contexto, a VD, constitui-se como um momento rico de troca de informações entre usuário e profissionais da saúde, no qual se estabelece o movimento das relações, ou seja, a escuta qualificada, o vínculo e o acolhimento. A prática da VD é um dos instrumentos essenciais para o entendimento dos condicionantes que afetam positiva ou negativamente a vida do cidadão (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

No ato da visita muitas dúvidas do usuário são sanadas, muitos atendimentos especiais são efetuados desta forma fortalecendo os pilares da humanização no atendimento, estabelecendo vínculos consistentes entre paciente/família e o serviço de saúde, o que é de fundamental importância para o padrão de atendimento e a garantia de boa qualidade de vida destes (SOSSAI; PINTO, 2010). Diante desta temática o presente estudo tem como objetivo descrever a experiência de acadêmicos de enfermagem na realização de visitas domiciliares a pacientes com doenças crônicas.

MÉTODO

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido em um projeto de extensão intitulado “Visita domiciliar para usuários com doenças crônicas na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família”. Projeto este oriundo do Curso de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde e Agrárias e desenvolvido pelo da Universidade de Cruz Alta - Unicruz, em parceria com a Estratégia Saúde da Família do bairro Jardim Primavera do município de cidade de Cruz Alta/RS.

Cabe ressaltar que, mesmo sendo uma atividade de extensão, o projeto seguiu todas as recomendações da Pesquisa envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012), sendo aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, sob o CAAE: 49967215.8.0000.5322.

Assim, a coleta de dados ocorreu todas as sextas-feiras no período de setembro a dezembro de 2015, por meio da visita domiciliar, momento em que procedeu-se a

consulta de enfermagem e o preenchimento de um formulário clínico, contendo informações sobre a anamnese de enfermagem, dados pessoais, familiares, sociais e específicos sobre a patologia e tratamento em curso.

Primeiramente houve da indicação dos participantes pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Procedeu-se o convite para participação da pesquisa, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando o entrevistado de posse de uma via deste documento e a outra via em posse do pesquisador. Foi garantindo o anonimato e sigilo das informações única e exclusivamente para fins científicos, e a possibilidade de desistência em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalização ou prejuízo.

Como critérios de inclusão, elencaram-se: pacientes com doenças crônicas de caráter cardiovascular e que residem na área de abrangência da ESF e possuir idade superior a 18 anos. Dentre os critérios de exclusão destacam-se: os pacientes com menos de 18 anos e aqueles com doenças crônicas transmissíveis. Os participantes foram 54 usuários portadores de doenças crônicas, identificados pelo código “E” (de entrevistado) seguido de ordem numérica conforme sequência de realização das VDs.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

No presente estudo foram realizadas 54 visitas domiciliares a pacientes portadores de doenças crônicas que residem em área de abrangência da ESF. Evidenciou-se que 33 pertencem ao sexo feminino. A idade variou entre 28 a 94 anos, com maior predomínio na faixa de 70-79 anos.

No que se refere à patologia de base, predominaram as doenças de caráter cardiovasculares, como DM, HAS, cardiopatias, dislipidemias e úlceras varicosa. Cabe destacar que em muitos casos houve a associação entre uma e outra(s). Além disso, muitos dos usuários também estão em tratamento clínico para seqüela de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

Muitos dos usuários apresentam outras patologias como artrite e artrose, Alzheimer, Parkinson, depressão, hipo e hipertireoidismo, além de problemas de caráter respiratório como o enfisema pulmonar, além das patologias de caráter oncológico como a câncer de mama e colo e útero, câncer de próstata e de intestino, entre outros. Ressalta-se também que há alguns casos de usuários com doença infectocontagiosa

como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), porém estes não fizeram parte da amostra.

Dentre as atividades realizadas no projeto de extensão destaca-se a VD, a qual foi desenvolvida de forma sistemática aos 54 usuários. Durante a VD foram desenvolvidas ações como: consulta de enfermagem, realização do cadastramento dos pacientes através de um formulário clínico, tendo em vista a anamnese de enfermagem e exame físico em todos os pacientes, dados pessoais, familiares, sociais e específicos sobre a patologia e tratamento em curso. Também foi possível realizar o levantamento da história pregressa, orientações relacionadas ao tratamento e autocuidado a nível domiciliar, esclarecimentos sobre medicamentos de uso contínuo, aferição de sinais vitais, hemoglicoteste, curativos, aplicação de medicamentos pelas vias oral, subcutânea, intravenosa e intramuscular.

A VD possibilitou conhecer o ambiente familiar dos usuários portadores de doenças crônicas, em que vive o paciente. Neste contexto, as maiorias dos usuários residem em casas de alvenaria com água tratada, luz elétrica e esgoto em fossa séptica, residências estas que muitas vezes não apresentam as condições adequadas para se obter uma boa qualidade de vida, haja vista que a área é de alta vulnerabilidade social.

Identificaram-se o(s) membro(s) ou outras pessoas que colaboram no tratamento do usuário, com destaque para a família, aqui compreendida pela esposa e filhos, os profissionais de saúde, entre eles o ACS e demais membros que compõem a ESF. Evidenciaram-se os fatores que propiciam ou não a adesão ao tratamento, com destaque para os aspectos relacionados com a religião, ao apoio da equipe de saúde, da família, amigos e vizinhos. Isso traz benefícios importantes para a busca de estratégias que visem à resolução do(s) problema(s), visando à adesão efetiva do tratamento, promoção da saúde e melhor qualidade de vida; promovendo espaço de escuta aos pacientes, com vista nos princípios da humanização do cuidado.

Dentre os aspectos que dificultam a adesão ao tratamento, constam o fato de residirem sozinhos, os aspectos financeiros, a restrição do açúcar e sal na dieta e a locomoção. Assim, as ações intersectoriais e multiprofissionais são importantes para que haja uma melhor adesão ao tratamento e em consequência melhorando a saúde e qualidade de vida dos usuários. Isso vai ao encontro com estudo realizado no ano de 2012 na região Sul do Brasil, evidenciou-se que a cada visita domiciliar realizada por estudantes de enfermagem, em que foram observadas as necessidades de cada membro

da residência, a evolução dos cuidados prestados anteriormente, assim como a melhora do paciente na sua integralidade (BRUM, 2012).

Evidenciou-se que as doenças crônicas podem atingir ambos os sexos em diferentes faixas etárias, porém com maior percentual no sexo feminino. As causas são variadas de acordo com a idade da paciente, a condição clínica e atividades/papel que desempenha no domicílio. Porém ocorre um cuidado familiar mais elaborado na maioria dos entrevistados, quando remete-se ao fato de viver com seu cônjuge e sua respectiva família, pois entende-se que possuem auxílio cotidiano e acompanhamento enquanto demandas de saúde, fatores estes que interferem para adesão do tratamento realizado.

Assim, a VD proporcionou uma melhora na qualidade de vida e saúde dos usuários. O que antes parecia difícil e penoso, agora, com a implementação da visita domiciliar é percebida como um instrumento para a garantia de direitos, além de facilitar o acesso a técnicas de diagnóstico e tratamento. Corrobora ainda, que deve-se proporcionar condições para que os profissionais que assistem os usuários do SUS aproximem-se mais de sua população assistida, com práticas humanísticas nunca esquecendo dos princípios como territorialidade, vínculo, continuidade, planejamento local, promoção à saúde (SILVA *et al.*, 2016)

A ESF pressupõe que a VD seja uma tecnologia de interação na assistência à saúde da sua população. No entanto, apesar de ser uma atividade programada, em muitas situações, é percebida pelos usuários como algo esporádico (ALBUQUERQUE, 2009).

Neste momento o profissional de saúde e o acadêmico de enfermagem necessita dos saberes, habilidades e atitudes, especialmente quanto à interação, à observação e à comunicação (LOPES, SAUPE, MASSAROLI, 2008) no contexto em que vive esse usuário, quais as reais necessidades que ele enfrenta no seu dia a dia, podendo então de forma coerente com sua cultura, entendimento escolar, profissão, condição social e econômica intervir de forma efetiva e educativa para que este usuário realize seu tratamento de forma eficaz sem aumento de agravos e a diminuição deste usuário em internações hospitalares.

Nessa perspectiva, as atividades de educação em saúde, realizadas por meio da VD, encontram significado importante para os usuários assistidos na ESF. A partir do momento em que as ações estejam voltadas para as suas necessidades e levando-se em conta os seus saberes, necessidades e interesses, isto é, da compreensão das condições

social e econômica na qual estão inseridos, para que assim possam ser construídas ações com os indivíduos e não somente para eles (JÚNIOR *et al.*, 2011).

Tais constatações sempre serão possíveis à medida que interage-se no campo assistencial, alçando possibilidades de atuação interdisciplinar, com ações promocionais de saúde, buscando conhecer a realidade do usuário de saúde. O entendimento de como vivem as pessoas que assistimos nos cuidados de saúde, tornam as ações mais resolutivas, eficazes, pois a medida que se aproximam a assistência da realidade em que vivem os usuários é estas metas serão possíveis de serem alcançadas a medida que ocorre o fortalecimento multiprofissional da atenção domiciliar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que a participação dos estudantes no projeto de extensão é de fundamental importância para a qualificação da assistência e também na formação do profissional enfermeiro. Assim, a visita domiciliar, auxilia para o reconhecimento do ambiente familiar e em consequência dos aspectos relacionados com as doenças crônicas, principalmente na população idosa.

Um dos fatores que auxiliam na adesão do tratamento de pacientes portados de doenças crônicas é a visita domiciliar, auxílio dos agentes comunitário de saúde. Os pacientes muitas vezes encontram dificuldade para chegar a ESF. Dentre os empecilhos para tal destacam-se a falta de locomoção, condição socioeconômica, dor, entre outros fatores, dificultando a adesão do seu tratamento.

Observou-se também que o apoio familiar e o acesso aos medicamentos, a participação nos grupos de educação em saúde são fatores muito importantes para a eficácia do tratamento. As VDs são essenciais para a recuperação do paciente assim conseguindo obter uma visualização da realidade do paciente podendo observar as dificuldades e realizar de forma coerente as orientações cabíveis e prestar atendimento eficaz.

A equipe de saúde deve estar atenta aos pacientes que não conseguem obter acessibilidade à unidade de saúde, assim encontrando uma maneira de prestar assistência adequada ao paciente. Percebe-se a importância do atendimento domiciliar e das intervenções prestadas à família, e que, se realizadas com dedicação, resultados positivos serão visíveis, tanto no âmbito familiar quanto para a própria realização profissional, garantindo a todos uma assistência de qualidade.

Para os acadêmicos, tal experiência proporcionou a oportunidade de conhecer aspectos relacionados ao saber/fazer do enfermeiro na assistência direta ao paciente portador de doença crônica no âmbito da atenção básica. Ainda sob essa prerrogativa, essa experiência permitiu integrar a teoria e metodologia trabalhadas em sala de aula com a prática do cotidiano realizadas na atenção básica, através do cuidado domiciliar, favorecendo a troca de saberes e experiências com outros profissionais, além de incentivar a buscar novos conhecimentos contribuindo como espaço de aprendizagem e formação profissional.

No momento das visitas foi observada a satisfação do usuário em receber a equipe em seu domicílio, tendo um grande acolhimento por parte da comunidade. Gerando um vínculo ainda maior entre a comunidade e a ESF proporcionando a comunidade a promoção em saúde, atendimento domiciliar, acolhimento e prevenção de agravos em saúde.

Nas visitas observou-se a importância deste atendimento domiciliar, e a grande necessidade da população carente em obter atendimento, esclarecimento de dúvidas quanto a sua própria patologia, e tratamento. Realizou-se 54 VD's que apontaram os principais diagnósticos médicos Hipertensão arterial sistêmica, cardiopatias crônicas, diabetes mellitus, Acidente vascular encefálico tardio, enfisema pulmonar.

Assim, a VD proporcionou uma melhora na qualidade de vida e saúde dos usuários. O que antes parecia difícil e penoso, agora, com a implementação da atenção domiciliar é percebida como um instrumento para a garantia de direitos, além de facilitar o acesso a técnicas de diagnóstico e tratamento.

Houve acolhimento por parte da comunidade no qual acrescentou de forma significativa para o crescimento acadêmico e profissional, não somente em âmbito de sala de aula, mas de vivência, de prática de rever técnicas e patologias, gerando uma troca de saberes entre a comunidade e as acadêmicas de enfermagem.

DOMICILIARY VISIT: STRATEGY FOR HEALTH PROMOTION OF CHRONIC PATIENTS

ABSTRACT: The article aims to describe the experience of nursing students conducting domiciliary visits to patients with chronic diseases. The activities were held every Friday, from September to December 2015. The data collection was developed through a semi-structured instrument and a clinical form containing information about nursing anamnesis, personal, family, social and specific data about the pathology and ongoing treatment. The users were indicated by the Community Health Agents, according to the

highest degree of their needs. The nursing consultation is developed in a systematic way to 54 patients, in order to carry out the registration, anamnesis and physical examination, in addition to personal, family, social and specific data about the pathology and ongoing treatment. The experience shows that domiciliary visit is an important strategy for monitoring the treatment of chronic diseases, aiming at health education, health promotion and disease prevention.

Keywords: Nursing; Domiciliary visit; Chronic disease; Health promotion.

Referências

ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2009, v. 25, n. 5, p. 1103-12.

ANDRADE, M.; LOBO, E. L. A importância da visita domiciliária para o idoso portador de doença crônica após a alta hospitalar. *Informe-se em promoção da saúde*, 2007, v.3, n.2, p.12-14.

BRASIL. C. N. S. Resolução 466/2012 - *Normas para pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de atenção domiciliar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRUM, L. B. *et al.*, *Visita domiciliar: um relato de experiência de acadêmicos de enfermagem*. Jornada de Enfermagem Unifra, 2012. Disponível em: <<http://www.unifra.br/eventos/jornadadeenfermagem/Trabalhos/3480.pdf>> Acesso em: 20 jun 2016

CANHESTRO, M. R. *et al.*, A visita domiciliar como estratégia assistencial no cuidado de doentes crônicos. *REME – Rev. Min. Enf.* 2005, v. 9, n. 3, p. 260-266.

JÚNIOR, J. E. M. *et al.*, Educação em saúde como estratégia para melhoria da qualidade de vida dos usuários hipertensos. *Rev. Rene*, 2011, v. 12, (n. esp), p. 1045-51.

LOPES, W. O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Cienc. Cuid. Saude*, 2008, v. 7, n. 2, p. 241-247.

MARQUES, G. Q; FREITAS, I. B. A. Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma Unidade Básica de Saúde, Porto Alegre, Brasil. *Rev. esc. enferm. USP [online]*. 2009, v. 43, n. 4, p. 825-832.

MIRANDA, J. J. *et al.*, Major cardiovascular risk factors in Latin America: a comparison with the United States. *The Latin American Consortium of Studies in Obesity (LASO)*. PLoS One. 2013, v. 8, n. 1, p. 540-56.

SILVA, L. A. A. *et al.*, Gestão da atenção à saúde de usuários com doenças crônicas e degenerativas. *Saúde (Santa Maria)*, 2016, v. 42, n. 1, p. 81-88.

SOARES, L. C. *et al.*, Educação em saúde na modalidade grupal: relato de experiência. *Cienc. cuid. saude.* 2009, v. 8, n. 1, p.118-23.

SOMAVILA, I. M. *et al.*, *A visita domiciliar como estratégia de educação em saúde: um relato de experiência.* In: XX seminário Interstitucional de Ensino pesquisa e extensão - Unicruz, 2015. Disponível em: <<http://www.unicruz.edu.br/seminario/anais/XX/Graduacao/Graduacao%20Trabalho%20Completo%20Ciencias%20Biologicas%20e%20da%20Saude/A%20VISITA%20DOMICILIAR%20COMO%20ESTRATEGIA%20DE%20EDUCACAO%20EM%20SAUDE%20UM%20RELATO%20DE%20EXPERIENCIA>> Acesso em: 23 abr 2016.

SOSSAI, L. C. F.; PINTO, I. C. A visita domiciliária do enfermeiro: Fragilidades x potencialidades. *Cienc. Cuid. Saude.* 2010, v. 9, n. 3, p. 569-576.