

VISITA DOMICILIAR COMO EXTENSÃO DO CUIDADO EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Cauê Gabriel Angelotti Gonçalves¹
Guilherme Xavier Braga Addor ¹
Luis Gustavo Levy de Assis ¹
Maria Clara Dias Vicente¹
Maria Luiza Camarço Resende¹
Matheus Chaves Ferreira¹
Natyssuelen Yasmim Diniz Nunes de Siqueira¹
Sophia de Paula Bitencourt ¹
Angélica Fátima Bonatti²

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável por ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e coordenação do cuidado. Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) destaca-se como modelo prioritário de organização da APS, desenvolvendo ações voltadas ao acompanhamento contínuo dos indivíduos e das famílias, fundamentadas no conhecimento do território, na construção de vínculos e na identificação das necessidades de saúde da comunidade.¹

Entre as ações extramuros desenvolvidas pelas equipes da APS, a visita domiciliar destaca-se como importante instrumento de cuidado e atribuição essencial do médico na atenção à saúde. Durante a consulta realizada na unidade, aspectos relacionados às vulnerabilidades sociais e familiares muitas vezes permanecem ocultos ou são insuficientemente explorados. Nesse sentido, a visita domiciliar amplia a compreensão do processo saúde-doença ao possibilitar à observação da dinâmica familiar, o reconhecimento do contexto socioambiental em que vivem os usuários, a identificação de fatores de risco e o fortalecimento do vínculo entre profissionais e comunidade. Além disso, permite compreender a família como espaço privilegiado de produção do cuidado, favorecendo o acompanhamento longitudinal dos indivíduos ao longo dos diferentes ciclos da vida.²

Ao deslocar o cuidado para o ambiente domiciliar, o profissional de saúde rompe com o modelo tradicional centrado exclusivamente na doença e aproxima-se de uma

¹ Discentes da primeira etapa do Curso de Medicina do Centro Universitário - UNIVAG.

² Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Docente do Centro Universitário de Várzea Grande – UNIVAG.

abordagem mais abrangente, centrada na pessoa, na família e em seu contexto de vida. Apesar de sua relevância, observa-se que a organização e a gestão das visitas domiciliares ainda representam desafios frequentes nas Unidades de Saúde da Família. Em muitos serviços, o médico reserva um dia específico da semana para essa atividade, realizando visitas previamente agendadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), geralmente direcionadas a demandas relacionadas à agudização de doenças, atenção domiciliar terapêutica ou acompanhamento de pacientes acamados. Nesses casos, a visita domiciliar assume predominantemente um caráter assistencial e resolutivo, configurando-se como uma “visita domiciliar-fim”, voltada a objetivos específicos de intervenção.³

Embora necessária, essa forma de organização pode limitar a identificação precoce de situações de risco e vulnerabilidade familiar. Diante desse cenário, emerge a necessidade de incorporar à prática médica a chamada “visita domiciliar-meio”, caracterizada por ações de busca ativa, educação em saúde individualizada, escuta qualificada e fortalecimento de vínculos, com foco na promoção da saúde e na abordagem estratégica das famílias. Para viabilizar essa perspectiva, o uso de ferramentas de abordagem familiar, mostra-se fundamental para o planejamento das ações no território. Esses instrumentos permitem a sistematização da assistência e a priorização das famílias a partir de critérios clínicos, familiares e sociais.³

Durante as atividades desenvolvidas no Programa Extensionista Integrador (PEI), realizadas no território de uma Unidade de Saúde da Família (USF), foram identificadas lacunas relacionadas à assistência domiciliar, especialmente quanto aos processos de agendamento, priorização e sistematização das visitas realizadas pelos profissionais de saúde, com destaque para a atuação médica. Observou-se que a ausência de critérios estruturados para a seleção das famílias comprometia a efetividade das ações e dificultava a identificação de situações de maior risco e vulnerabilidade.

Diante dessa realidade, o presente estudo teve como objetivo relatar a experiência da implantação de estratégias de abordagem familiar voltadas à qualificação da assistência domiciliar, promovendo a sistematização das visitas, o mapeamento de famílias em situação de risco e vulnerabilidade e o fortalecimento do cuidado integral no território de uma USF situada no município de Várzea Grande/Mato Grosso.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e reflexivo que relata uma experiência acadêmica dos alunos do curso de medicina da etapa 1 realizada durante os meses de março a junho de 2026 em uma USF no município de Várzea Grande - MT. O relato de experiência corresponde a uma produção avaliativa da disciplina Programa Extensionista Integrador - PEI, cujo foco é realizar ações extensionistas voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças no território da APS. O delineamento do relato foi a metodologia da problematização, especificamente do Arco de Maguerez ancorados em cinco etapas: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade.⁴ Para auxiliar no planejamento das ações, bem como nas hipóteses de solução utilizamos a ferramenta 5W2H.⁵

A USF escolhida como campo da extensão atua como um cenário estratégico da APS, operando de segunda a sexta-feira, das 07h00 às 11h00 e das 13h00 às 17h00. Apresentam três equipes de Saúde da Família, compostas por médicos, enfermeiras, técnicas de enfermagem, além de administrativo e auxiliar de serviços diversos. A infraestrutura contém consultórios médicos e de enfermagem, além de sala de pré consulta, vacinação, medicação, farmácia, sala de reunião e recepção. A unidade de saúde atende 2.338 domicílios cadastrados e oferece assistência direta a uma população adscrita de 7.040 pessoas acompanhadas por 12 agentes comunitários de saúde.

A observação da realidade ocorreu em dois momentos. No primeiro, a enfermeira responsável técnica (RT) apresentou ao grupo à estrutura física, a organização, a demanda, o perfil de atendimentos, além disso, conhecemos os profissionais de saúde e conversamos com os médicos das três equipes para entendermos o trabalho realizado com a comunidade e os problemas que necessitavam de ações extensionistas no território. No segundo momento nos reunimos enquanto grupo de trabalho para elencarmos os problemas relatados pela equipe de saúde e discutirmos dentre eles quais teríamos viabilidade e governabilidade para contribuirmos.

Desse modo pontuamos que a inexistência do mapa de abrangência da unidade, com suas respectivas microáreas prejudicava o processo de trabalho, a identificação de indicadores e de áreas de risco. Identificamos também que muitas famílias não recebiam visitas domiciliares pelos profissionais de saúde, especialmente em uma microárea cuja atuação da ACS estava inexistente por problemas de saúde a aproximadamente um ano e

que não havia um planejamento para identificação, priorização, sistematização e frequência dessa prática.

Notamos que a elevada demanda burocrática e assistencial dentro da unidade limitava essa atuação profissional que é fundamental para a consolidação do princípio da longitudinalidade, do fortalecimento de vínculo e para a identificação de fatores de risco presentes no ambiente familiar.

Na segunda etapa, sobre os pontos-chave, identificamos fazendo esse diagnóstico situacional que há fragilidade no processo de territorialização e no monitoramento das condições de vida da população adscrita, por meio da visita domiciliar. Tal realidade dificulta o acompanhamento dos usuários prioritários, especialmente idosos, acamados, portadores de doenças crônicas e famílias socialmente vulneráveis. Esses elementos mostraram-se essenciais para compreender a importância da identificação e mapeamento dos indivíduos/famílias que necessitam de visitas domiciliares no território.

Na terceira etapa do Arco de Maguerez, o grupo focou na teorização sobre a atuação da equipe de saúde da família no território, nos tipos de território: território área, território microárea e território moradia, nos determinantes sociais de saúde, nas vulnerabilidades sociais e ambientais, na estratificação de vulnerabilidades, na identificação e mapeamento das famílias em situação de risco, na atenção domiciliar, na visita domiciliar, nas ferramentas de abordagem familiar e no planejamento em saúde. As buscas ocorreram em bases de dados científicas, em manuais do Ministério da Saúde, artigos científicos e relatos de experiência.

Na quarta etapa, a hipótese de solução foi estruturada utilizando o 5W2H com os seguintes passos: **What (o que?):** sistematizar a realização das visitas domiciliares com a implantação das ferramentas de abordagem familiar, identificação e mapeamento das famílias em situações de risco e vulnerabilidade. **Why (porque?):** fortalecer ações extramuros, conhecer a realidade socioambiental das famílias, estabelecer estratégias de promoção da saúde, prevenção de doenças e manejo clínico, organizar e planejar a assistência domiciliar. **Who (quem?):** equipe multiprofissional da unidade de saúde e estudantes da primeira etapa do curso de medicina. **Where (onde):** Estratégia de Saúde da Família, microáreas, domicílio. **When (quando?):** nas sextas-feiras, período matutino. **How (como?):** elaboração de mapa geográfico, elaboração de mapa inteligente

com a identificação do tipo de risco familiar identificado pela equipe, reuniões de planejamento, construção e revisão dos instrumentos de abordagem familiar, oficinas para elaboração de genograma e ecomapa, educação em saúde. **How much (quanto?)** Utilizando recursos presentes na unidade, xerox, compra de insumos como porta medicamentos e álcool em gel.

A etapa de aplicação à realidade representou a materialização prática das hipóteses de solução previamente teorizadas, consolidando a integração entre o ensino acadêmico, o serviço de saúde e a comunidade. A intervenção direta dos acadêmicos de Medicina atuou de forma prática sobre os nós críticos diagnosticados no território, transformando o cenário observado por meio de ações estruturadas que impactaram diretamente a gestão da clínica e a rotina da unidade. Foram desenvolvidas estratégias para abordar o dilema identificado, neste caso: a confecção de mapas, a elaboração de prontuários, a implementação de instrumentos e escalas, a identificação das famílias em situações de risco e vulnerabilidade e a educação em saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos resultados, a primeira ação do projeto, teve como foco o reconhecimento do território de atuação da equipe de saúde da família para a elaboração do mapa territorial e a compreensão sobre a realização das visitas domiciliares para a implantação de instrumentos de abordagem familiar. A ideia inicial foi conhecer a área da unidade de saúde, as microáreas e a moradia das famílias cadastradas. Durante essa atividade fomos acompanhados por uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) de uma das equipes. No caminho percorrido até a residência notamos como um potencial determinante social de saúde as condições socioambientais desfavoráveis, como acúmulo de lixo, presença de água parada e esgoto a céu aberto.

Sabe-se que esses fatores são considerados determinantes intermediários de saúde que afetam diretamente o bem-estar e o risco de adoecimento das pessoas e são moldados pelas desigualdades estruturais da sociedade ao envolver, por exemplo, recursos inerentes à qualidade da habitação e do bairro.⁶ Além disso, a visita domiciliar possibilitou compreender a magnitude das informações coletadas e a realidade cotidiana das famílias no que diz respeito aos aspectos culturais, sociais, econômicos e de saúde.

Figura 1: Reconhecimento do território, Unidade de Saúde da Família (USF), Várzea Grande/MT, março de 2026.

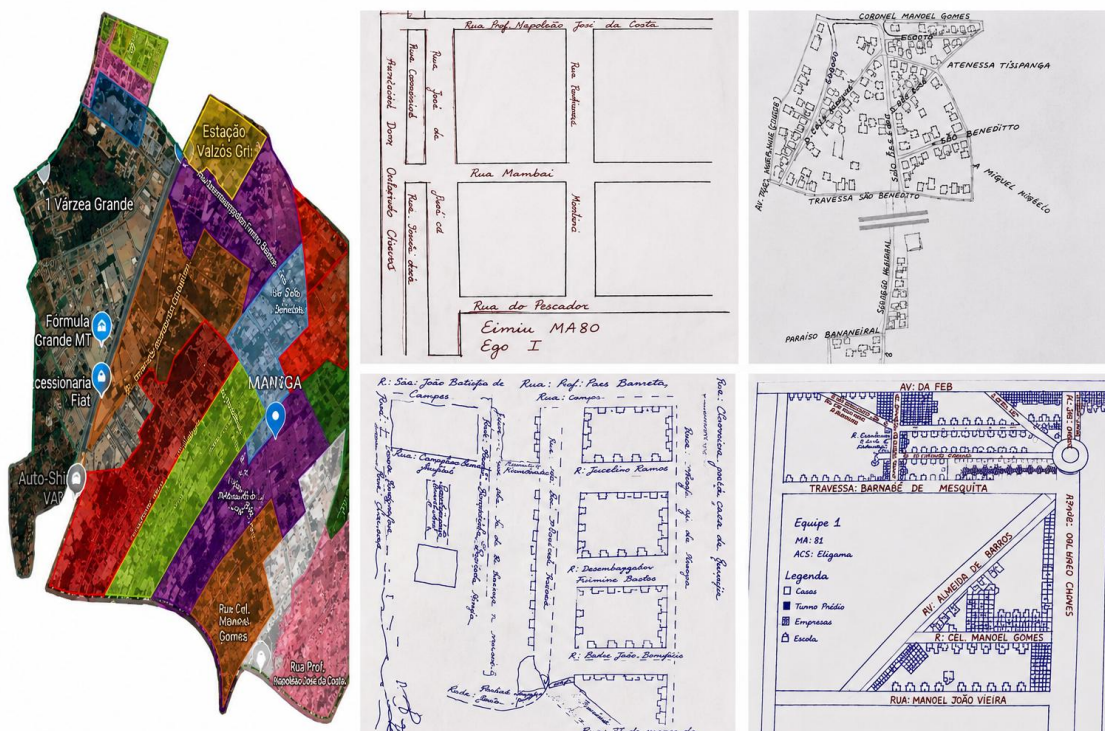


Fonte: Arquivo pessoal dos autores, 2026.

A segunda ação do projeto ocorreu em sala de aula, nesse dia estudamos sobre instrumentos de georreferenciamento em saúde e de abordagem familiar, a fim de conhecermos e pensarmos em estratégias para a elaboração do mapa territorial e na sistematização das visitas domiciliares. Também discutimos como essas ferramentas seriam essenciais para o mapeamento de riscos e das vulnerabilidades familiares. Dessa forma, utilizamos a ferramenta *Google Earth*, a qual permitiu a criação do mapa digital da USF e solicitamos às ACS que desenhasssem as suas respectivas microáreas para que fossem feitas as delimitações.

Essa atividade auxiliou na localização exata da USF, na divisão das microáreas e posteriormente na visualização do risco familiar. No cenário da Atenção Primária à Saúde (APS), o geoprocessamento se efetiva nos processos de cadastramento e territorialização, caracterizados por viabilizar o planejamento e a organização do processo de trabalho das equipes de saúde.⁷

Figura 2: Identificação da área e das microáreas, Unidade de Saúde da Família (USF), Várzea Grande/MT, abril de 2026.



Fonte: Arquivo pessoal dos autores, 2026.

Em relação aos instrumentos de abordagem familiar construímos um prontuário de visita domiciliar dividido em dois blocos: individual e domiciliar. O prontuário individual apresentava os seguintes campos de preenchimento: 1. Identificação (Nome, data de nascimento, sexo, cartão do SUS, número do prontuário, religião, idade, telefone, escolaridade e raça cor); 2. Histórico clínico (histórico familiar, doenças prévias/internações/ alergias, diagnósticos atuais, queixas atuais, medicamentos de uso contínuo); 3. Avaliação clínica e sinais vitais (pressão arterial, glicemia capilar em jejum e/ou pós prandial, altura, peso, índice de massa corporal, saturação de oxigênio, frequência cardíaca e frequência respiratória); 4. Avaliação funcional (classificar as atividades como alimentação, banho, higiene, vestir-se, locomover-se, transferir-se, banheiro, e escadas de acordo com o grau de dependência, sendo dependente, assistência ou independente); 5. Avaliação de riscos (classificar em sim ou não os riscos de queda, lesão por pressão, infecção, hipo/hiperglicemia, respiratório, broncoaspiração, sangramento, trombose ou erro de medicação); 6. Plano de cuidado (necessidade de acompanhamento, frequência de visitas, plano de cuidado/encaminhamento).

No que se refere ao prontuário domiciliar foi estruturado o roteiro abaixo: 1. Identificação do domicílio (endereço, tipo de imóvel, tempo de residência no local); 2. Composição familiar (número de moradores, presença de idosos, crianças, gestantes e/ou pessoas com deficiência); 3. Condições socioeconômicas (renda familiar, acesso a alimentos e benefício social); 4. Acesso à saúde (frequência de uso do serviço de saúde, dificuldade de acesso e moradores em uso de medicamento contínuo); 5. Histórico familiar e perfil de doenças (presença de doenças crônicas, infectocontagiosas, genéticas, óbitos, múltiplos casos da mesma doença).

Anexos aos prontuários foram acrescentados instrumentos selecionados com base na literatura sendo eles: escala de risco familiar Coelho-Savassi, escala de vulnerabilidade familiar (EVFAM-BR), roteiro para mapeamento de riscos na atenção domiciliar, genograma e ecomapa.^{8,9,10} A escolha desses instrumentos fundamentou-se na capacidade de identificação de fatores clínicos, sociais, familiares e ambientais que influenciam o processo saúde-doença. Além disso, eles possibilitam uma abordagem ampliada do cuidado, favorecendo a estratificação de risco, o reconhecimento das redes de apoio, a compreensão da dinâmica familiar e o planejamento de intervenções mais adequadas às necessidades identificadas no território.

Diante da elaboração dos documentos utilizados para sistematizar as visitas, identificamos a necessidade de realizarmos um teste piloto em duplas de alunos para validar a proposta antes de aplicarmos. Além disso, cada dupla de alunos se dispuseram a montar uma “bolsa para visita” nela colocamos os seguintes equipamentos: balança, fita métrica, glicosímetro, estetoscópio, esfigmomanômetro, oxímetro, prancheta e caneta. Também nos propomos em equipe a adquirir e executar a proposta de entregar um “kit saúde” contendo porta medicamentos, álcool em gel e hipoclorito ao final das visitas. A proposta do “kit saúde” foi pensada para acompanhar o término da visita que seria as orientações/educação em saúde, nesse momento fomentamos a ideia de abordar temas que fosse ao encontro das necessidades identificadas na família, priorizando a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

A terceira ação do projeto ocorreu em dois dias de campo da extensão e consistiu na execução das visitas domiciliares em duplas de alunos acompanhados pelos agentes comunitários de saúde e da professora. Nesses dias, tivemos autonomia para praticarmos habilidades aprendidas na faculdade em outras disciplinas como comunicação, técnicas,

além de associarmos de forma prática e efetiva a teoria aprendida durante as tutorias do Programa de Interação Comunitária, bem como nas conferências do Programa Extensionista Integrador. A proposta do projeto reforçou que estávamos executando exatamente o que havíamos aprendido ao longo do semestre enquanto objeto da extensão da etapa 1 do curso de medicina.

No conjunto das famílias visitadas, verificou-se elevada frequência de doenças crônicas não transmissíveis, especialmente hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, frequentemente associadas ao uso contínuo de medicamentos, necessidade de acompanhamento longitudinal e diferentes graus de dependência funcional. Em algumas situações, foram identificadas agudizações de condições crônicas importantes, evidenciadas por alterações glicêmicas e pressóricas durante as avaliações domiciliares, reforçando a necessidade de monitoramento contínuo e de fortalecimento das ações de educação em saúde voltadas ao autocuidado e à adesão terapêutica. Também observamos condições associadas ao envelhecimento, comprometimento cognitivo, limitações de mobilidade, sequelas e necessidade de cuidados permanentes por parte de familiares ou cuidadores.

A análise dos prontuários familiares revelou a coexistência de diferentes configurações familiares, abrangendo domicílios unipessoais, famílias multigeracionais e núcleos familiares ampliados com até oito moradores. Em diversos contextos identificamos limitações econômicas, dependência de benefícios sociais, dificuldades de acesso a consultas especializadas e sobrecarga de cuidadores familiares. Em algumas famílias, a convivência com situações relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, associada à presença de crianças e idosos no mesmo ambiente domiciliar, evidenciou condições de maior vulnerabilidade social e necessidade de articulação entre os serviços de saúde e outros setores de proteção social.

A utilização da Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi permitiu estratificar as famílias segundo diferentes níveis de risco, identificando desde contextos caracterizados por baixa vulnerabilidade e presença de fatores protetores até situações que demandavam acompanhamento prioritário pela equipe de saúde. Os principais fatores associados aos maiores escores de risco incluíram presença de idosos dependentes, coexistência de múltiplas doenças crônicas, limitações funcionais, condições socioeconômicas desfavoráveis, fragilidade da rede de apoio e necessidade permanente

de cuidados. De forma complementar, a Escala de Vulnerabilidade Familiar evidenciou que as dificuldades enfrentadas pelas famílias não estavam restritas ao adoecimento físico, envolvendo também limitações econômicas, barreiras de acesso aos serviços de saúde, dependência funcional e fragilidades relacionais que influenciavam diretamente a produção do cuidado.

O mapeamento de riscos na atenção domiciliar revelou condições ambientais e estruturais frequentemente invisíveis nos atendimentos realizados nas unidades de saúde. Foram identificadas situações relacionadas ao armazenamento inadequado de medicamentos, risco aumentado para quedas, acúmulo de resíduos, condições precárias de saneamento, dificuldade de acessibilidade e limitações estruturais capazes de comprometer a segurança dos moradores. Além disso, a observação direta do ambiente domiciliar permitiu reconhecer fatores que interferem no manejo das condições crônicas e na efetividade das orientações terapêuticas.

A construção dos genogramas possibilitou identificar padrões familiares de adoecimento, evidenciando recorrência de doenças cardiovasculares, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e outros agravos crônicos em diferentes gerações. Em diversas famílias, também foram identificadas experiências prévias de perdas relacionadas a complicações de doenças crônicas, eventos que influenciavam a percepção dos participantes sobre o adoecimento, o tratamento e a necessidade de acompanhamento em saúde. Paralelamente, os ecomapas permitiram compreender a configuração das redes de apoio disponíveis, destacando o papel central desempenhado pelos familiares, pelas unidades de saúde, pelas instituições religiosas e pelas relações comunitárias na sustentação do cuidado cotidiano.

Embora tenhamos identificado importantes situações de vulnerabilidade, as visitas domiciliares também evidenciaram a presença de fatores protetores relevantes. Entre eles destacaram-se a forte coesão familiar observada em alguns domicílios, a participação ativa de cuidadores no acompanhamento dos usuários, a adesão satisfatória ao tratamento medicamentoso em determinados casos, a presença de hábitos de vida saudáveis e a existência de vínculos consistentes com a equipe de saúde. Esses elementos demonstraram que a compreensão das necessidades familiares não deve estar centrada apenas na identificação de problemas, mas também no reconhecimento das potencialidades e recursos disponíveis para o enfrentamento das condições de saúde.

A experiência desenvolvida no projeto de extensão evidenciou a relevância dos instrumentos de abordagem familiar como ferramentas capazes de ampliar a compreensão das necessidades de saúde das famílias acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. A utilização de um roteiro estruturado de visita domiciliar possibilitou identificar aspectos clínicos, familiares, ambientais e sociais que frequentemente não são evidenciados nos atendimentos realizados exclusivamente na unidade de saúde, favorecendo uma visão mais abrangente do processo saúde-doença.

As visitas domiciliares permitiram compreender que as condições de saúde observadas estavam diretamente relacionadas às condições de vida, à dinâmica familiar, às redes de apoio e aos determinantes sociais presentes no território. Nesse contexto, a experiência reforçou a importância de uma abordagem centrada não apenas na doença, mas também nos fatores sociais, econômicos, culturais e ambientais que influenciam o cuidado e a qualidade de vida dos usuários.

Do ponto de vista formativo, a experiência extensionista nos permitiu compreender que o cuidado em saúde ultrapassa os limites da avaliação clínica. A vivência no território favoreceu o desenvolvimento de habilidades relacionadas à escuta qualificada, observação crítica do contexto domiciliar, comunicação em saúde, construção de vínculo e utilização de instrumentos de abordagem familiar como ferramentas de apoio à tomada de decisão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No âmbito da formação acadêmica, a inserção dos estudantes no território contribuiu para o desenvolvimento de competências essenciais à prática profissional, como comunicação, escuta qualificada, observação crítica e construção de intervenções centradas na pessoa, na família e na comunidade. A utilização do Arco de Maguerez favoreceu a articulação entre teoria e prática, estimulando a reflexão crítica sobre os problemas identificados e a elaboração de estratégias coerentes com a realidade observada.

Por fim, o projeto reafirmou a importância da extensão universitária como estratégia de aproximação entre ensino, serviço e comunidade, fortalecendo a formação de profissionais comprometidos com os princípios do Sistema Único de Saúde e com uma

prática humanizada, ética e socialmente responsável. A experiência demonstrou que a utilização sistematizada dos instrumentos de abordagem familiar contribui tanto para a qualificação do cuidado na Atenção Primária à Saúde quanto para a formação de médicos mais sensíveis às necessidades da população e às complexidades do contexto familiar e comunitário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.
2. Silva KS, Santos FPA, Souza RGS, Gomes MFP. Visita domiciliar na Atenção Primária à Saúde: potencialidades para o cuidado integral e fortalecimento do vínculo. *Cien Saude Colet*. 2022;27(10):3875-3885.
3. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação da Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2004;1(2):19-26.
4. Berbel NAN. A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez: uma reflexão teórico-metodológica. Londrina: Eduel; 2012.
5. Meira KC, Kurcgant P. Planejamento estratégico em saúde e utilização da ferramenta 5W2H para organização dos processos de trabalho na Atenção Primária. *Rev Gest Sist Saude*. 2021;10(3):455-469.
6. Buss PM, Hartz ZMA, Pinto LF, Rocha CMF. Saúde e seus determinantes sociais. *Physis*. 2020;30(1).
7. Barcellos C, Ramalho WM, Gracie R, Magalhães MAFM, Fontes MP. Georreferenciamento, território e vigilância em saúde: aplicações para a Atenção Primária à Saúde. *Cad Saude Publica*. 2021;37(12).
8. Agostinho MR. O genograma e o ecomapa no processo de trabalho do médico de família. *Rev APS*. 2007;10(1):67-74.
9. Nunes DP, Brito TRP, Duarte YAO, Lebrão ML. Escala de Vulnerabilidade Familiar Brasileira (EVFAM-BR): desenvolvimento e evidências de validade. *Cien Saude Colet*. 2021;26(3):899-908.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.