



**Revista de APS**

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/index>



## **Potencialidades e limitações da visita domiciliar realizada por estudantes de medicina na disciplina de Saúde da Família e Comunidade**

### **Potentialities and limitations of the home visit performed by students of medicine in the course of Family and Community Health**

Caroline Daniele Silva<sup>1</sup>, Karina Mourão Costa<sup>2</sup>, Ana Carolina do Amaral Santos Carvalho Rocha<sup>3</sup>, Thainá Scramim de Almeida<sup>4</sup>, Ingrid Piassá Malheiros Lavinhas<sup>5</sup>, Carolina Lopes de Lima Reigada<sup>6</sup>

#### **RESUMO**

Foram analisadas experiências vivenciadas nas visitas domiciliares realizadas pelos estudantes de Medicina, com objetivo de identificar e discutir as potencialidades e as limitações dessas. A partir disso, são descritas e avaliadas crítica e qualitativamente tais experiências, a fim de demonstrar a sua contribuição na área de atuação. O estudo teve como base a análise temática dos portfólios realizados por estudantes que cursavam a disciplina Saúde da Família e Comunidade, entre agosto de 2015 e outubro de 2016, e que, no presente, são membros da Liga Acadêmica de Atenção Básica à Saúde (LAABS).

Diante de tais análises, destacam-se como potencialidades a importância do trabalho em equipe, aproximação entre profissional de saúde e a realidade do paciente, avaliação da situação de saúde e das condições de vida da população, além do desenvolvimento de vínculos com a população, o que facilita a continuidade do cuidado. Por outro lado, o pouco tempo disponível para a visita, o horário inadequado escolhido em algumas situações e a frustração

<sup>1</sup> Graduanda de Medicina pela UNIFAA - Centro Universitário de Valença. *E-mail*: carolinedaniele8@hotmail.com

<sup>2</sup> Graduanda de Medicina pela UNIFAA - Centro Universitário de Valença.

<sup>3</sup> Graduanda de Medicina pela UNIFAA - Centro Universitário de Valença.

<sup>4</sup> Graduanda de Medicina pela UNIFAA - Centro Universitário de Valença.

<sup>5</sup> Graduada em Medicina pela Universidade de Vassouras. Mestrado pelo Instituto de Medicina Social da UERJ. Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela SBMFC. Pós-graduada em Dermatologia pelo Instituto IMS.

<sup>6</sup> Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Residência em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Especialização em Administração em Saúde pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Mestrado em Atenção Primária à Saúde pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

quando o estudante não percebia adesão instantânea à mudança do estilo de vida pelo paciente foram algumas das limitações encontradas. Por fim, diante do exposto, embora a visita domiciliar apresente limitações, as potencialidades superam, visto que por auxiliar concretamente na melhoria da relação médico paciente, ela torna possível a realização de um trabalho contínuo e que propicia um melhor seguimento com a população.

**PALAVRAS-CHAVE:** Visita Domiciliar. Estratégia Saúde da Família. Medicina Comunitária. Estudantes de Medicina.

## ABSTRACT

Medical students' practices experienced in home visits were analyzed, aiming to identify and to discuss their potentialities and limitations. From this, these experiences are described and evaluated critically and qualitatively, in order to demonstrate their contribution in the area of performance. The study was based on the thematic analysis of the portfolios carried out by students who attended the Family and Community Health course, between August 2015 and October 2016, and who are currently members of the Academic League for Basic Health Care (ALBHC). Faced with such analyzes, the potentialities and the importance of teamwork are highlighted, as well as the approximation between health professional and patient reality; the evaluation of the health situation and the living conditions of the population and the development of ties with the population, which facilitates the continuity of care. On the other hand, some of the limitations were found like short time available for the visit; the inappropriate time chosen in some situations; the frustration when the student did not notice instant adherence to the lifestyle change by the patient. Finally, as described above, although the home visit presents limitations, the potentialities outweigh them, since they help concretely in the improvement of the patient-doctor relationship, which makes possible the accomplishment of a continuous work and allows a better follow-up with the population.

**KEYWORDS:** Home Visit. Family Health Strategy. Community Medicine. Students, Medical.

## INTRODUÇÃO

Diversos estudos sobre visita domiciliar (VD) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) confirmaram sua importância na promoção da saúde e na prevenção de doenças e de riscos<sup>(1,2,3,4)</sup>. Neles, as visitas domiciliares são vistas como oportunidades excelentes, configurando-se como uma oportunidade diferente de cuidado, que visa à promoção da saúde da comunidade com suporte técnico-científico. Ela se caracteriza por utilizar uma tecnologia leve, permitindo o cuidado à saúde de forma mais acolhedora, humana, estabelecendo laços de confiança entre os usuários, profissionais, a família e a comunidade, ampliando o acesso da população às ações da Saúde em um dos pontos de sua rede de convivência: a unidade residencial de determinada família<sup>(3)</sup>. Dentre os diversos objetivos da VD, pode-se citar como importante a possibilidade de

entrar no espaço da família e, desta forma, conseguir identificar suas potencialidades e necessidades<sup>(5)</sup>.

A visita domiciliar é um instrumento que permite ao profissional de saúde conhecer a realidade vivida pelos indivíduos, saber quem são, como vivem, de que adoecem e os principais aparelhos sociais e sanitários da localidade<sup>(2)</sup>. Além disso, a VD ajuda a identificar de maneira mais clara a situação familiar, entender as funções econômicas, sociais, ideológicas e de reprodução da força de trabalho da família na sociedade<sup>(3)</sup>.

Ao longo dos anos, tornou-se perceptível que a relação médico-paciente sofreu transformações. Devido à rapidez com a qual as novas tecnologias passaram a fazer parte dos hospitais e dos postos de saúde, a relação humanizada que imperava nas consultas e internações se tornou, de certa maneira, automatizada<sup>(6)</sup>.

Contrariando a lógica de automatização das relações, a visita domiciliar pode ser vista como uma forma de cuidado na Atenção Primária à Saúde que visa a maior equidade da assistência em saúde e propõe ampliação do conhecimento, estimulando o autocuidado e o uso de recursos sociais<sup>(7)</sup>. Além disso, percebe-se que o instrumento é vital para a educação em saúde, pois fornece bases para um planejamento mais individualizado a cada paciente ou grupo familiar<sup>(8)</sup>.

Existem quatro classificações de VD: visita chamada (atendimento realizado em casas onde pacientes apresentam limitações que impossibilitem o deslocamento), visita periódica (em famílias ou indivíduos que necessitem de acompanhamento periódico), internações domiciliares (tratamento geralmente relacionado a cuidados paliativos de doentes terminais) e a busca ativa (vigilância em saúde e acompanhamento de indivíduos em grupos de risco)<sup>(9)</sup>.

A visão do indivíduo no território onde vive permite uma visão ampliada do processo saúde e doença e das influências dos condicionantes sociais de saúde. Afinal, a Determinação Social de Saúde (DSS) é um produto da ação humana e só pode ser transformada pelas próprias ações humanas, ou seja, pela atitude conjunta da intersectorialidade. Cabe ao profissional da saúde levantar as atividades humanas existentes no território e relacionar com os próprios DSS<sup>(1)</sup>.

Nesse sentido, acredita-se que o estudante de medicina possa ser um elemento fundamental no processo de educação popular para saúde, tendo responsabilidade na busca de dados fidedignos que identifiquem condições econômicas, sociais, ideológicas e de reprodução da força de trabalho e que possam embasar o planejamento de ações para que se consiga intervir nas problemáticas de saúde<sup>(3)</sup>.

Durante os meses de agosto de 2015 a novembro de 2016, o currículo da disciplina de Saúde da Família e Comunidade da instituição de ensino, antes denominada Atenção Básica Integrada (ABI), foi reformulado. Uma das novas abordagens inclui a utilização de visitas domiciliares semanais como instrumento de

inserção precoce dos estudantes na comunidade, coleta de dados e aplicação prática do conteúdo teórico dado pela disciplina.

Nesse contexto, entendemos que se torna indispensável realizar uma análise mais profunda dos aspectos potencializadores e limitadores da visita domiciliar realizada por estudantes na prática da disciplina de Saúde da Família e Comunidade. Assim, os objetivos do presente estudo são: descrever e analisar as experiências vivenciadas nas visitas domiciliares pelos estudantes de medicina, visando identificar e discutir as potencialidades e limitações desse instrumento na prática da disciplina.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de um artigo que sumariza, organiza, descreve e avalia crítica e qualitativamente as experiências vivenciadas por estudantes de medicina, durante o 2º, 3º e 4º período, através de aulas práticas pertencentes à disciplina de Atenção Básica à Saúde. Relatar uma experiência é uma técnica científica confiável, contextualizada e com aporte teórico, extremamente importante para tomada de decisões na clínica médica<sup>(10)</sup>.

Na operacionalização deste relato, foram usadas duas etapas: revisão da literatura e análise temática com base nos estudos de Minayo e Sanches<sup>(11)</sup>. Segundo os autores, a investigação qualitativa constitui-se como importante na análise de informações relacionadas ao comportamento humano, como atitudes e opiniões, valores, hábitos e crenças. Essa forma de análise deve fazer parte da vida acadêmica por ser importante geradora de resultados das investigações científicas e reveladora de caráter crítico<sup>(12)</sup>.

A visita domiciliar, tal como sua relação com a promoção da saúde e prevenção de doenças, tem sido enfoque de investigação científica, principalmente no setor primário da saúde<sup>(1)</sup>. Este relato descreve e analisa as experiências que foram vivenciadas pelos estudantes de medicina, durante o período de agosto de 2015 a novembro de 2016, quando cursaram a disciplina de Saúde da Família 1, 2 e 3 (2º, 3º e 4º período, respectivamente), por meio de aulas práticas implementadas pela disciplina Atenção Básica à Saúde, em que os alunos foram divididos em pequenos grupos, cada grupo contando com um preceptor responsável por orientar e avaliar. Esses grupos ainda eram subdivididos em subgrupos menores, geralmente de três a quatro acadêmicos, para a realização das atividades dentro daquele território.

Os relatórios selecionados através deste crivo foram recuperados, na íntegra, e lidos para posterior fichamento e análise de dados fundamentais. Ao final dos critérios de inclusão e exclusão citados anteriormente (estudantes que acompanharam a reforma da disciplina), foram selecionados os relatórios dos estudantes dos integrantes da Liga que acompanharam a reforma curricular. Eles foram agrupados para posterior análise,

incluindo apresentação, interpretação dos dados coletados e categorizados em diferentes temáticas. Os resultados da avaliação das experiências serão expostos e discutidos na sequência.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da CAAE 66113217.8.0000.5246.

## RESULTADOS

A reformulação da disciplina de Saúde da Família e Comunidade estabelecia ainda diferentes objetivos, metas, habilidades e saberes determinados de acordo com o período do discente, destacando-se: fundamentos da Saúde da Família e Comunidade (os princípios da Atenção Primária, o funcionamento da ESF no Brasil, Sistemas de Informações, políticas intersetoriais e os tipos de Vigilância e sua função), ferramentas da prática do médico da Medicina de Família e Comunidade (cadastramento das famílias do território, diagnóstico de saúde da comunidade e cuidado domiciliar através de ferramentas como genograma, ecomapa, Escala de Coelho, Firo e Practice), ações programáticas (Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Trabalhador, Saúde do Idoso e Saúde da Mulher), prevenção e promoção da saúde (rastreamento de doenças, prevenção quaternária com foco na polifarmácia) e clínica/gestão da consulta (abordagem centrada na pessoa, abordagem familiar e comunitária).

Em primeiro momento, a disciplina preconizava que o discente estivesse apto a reconhecer os conceitos básicos e fundamentos da Medicina de Família e Comunidade, o que foi aos poucos desenvolvido através da leitura dos Cadernos de Atenção Básica, do manuseio dos Sistemas de Informação/Data SUS e da prática de visita à ESF. Na ESF, o aluno precisava realizar o reconhecimento do local, trabalhando conceitos como adscrição da clientela, território e territorialização – o que, de fato, era fundamental para caracterizar a população e seus problemas de saúde, além de permitir a avaliação do impacto dos serviços sobre a saúde dessa população e permitir o desenvolvimento de vínculo entre os serviços de saúde e a população.

Além disso, a disciplina propunha que o discente fosse capaz de reconhecer a importância das políticas intersetoriais e da Saúde da Criança e do Adolescente, como a de educação e saúde, e colocá-la em prática através da apresentação de palestras e de jogos lúdicos criados pelos próprios discentes, sob supervisão dos professores da instituição. Em algumas escolas da cidade, foram trabalhados temas como a sexualidade, através da discussão de temas como a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e do uso de condom durante as relações sexuais. Em outras escolas, foram abordados temas como H1N1 e arboviroses. Foram discutidas as principais diferenças entre dengue, zika e chikungunya, suas formas de transmissão, seus sintomas e quais são característicos de cada doença, falamos sobre a importância da não automedicação e a importância de

se procurar atendimento médico, e as formas de prevenção. Ainda, nas palestras sobre H1N1, além de abordar suas formas de transmissão, seus sintomas, formas de prevenção, falamos também sobre a vacinação e os grupos inclusos nela, e uma dinâmica sobre a lavagem correta das mãos, em que um representante de cada grupo deveria demonstrar como é a lavagem correta, e depois disso falamos os erros e acertos.

Cabe ressaltar que, para melhor eficácia do trabalho intersetorial, as escolas previamente discutiam as principais demandas e/ou deficiências do local para que os discentes da Faculdade de Medicina pudessem estabelecer ações mais focadas à situação. Em um dos casos, por exemplo, a direção escolar queixou a respeito de dificuldade quanto à qualidade de vida e saúde da comunidade local, surgindo a oportunidade de restaurar a horta da escola. Os discentes da Faculdade e alguns voluntários da própria escola realizaram a limpeza do local, adubagem e plantio de sementes e de mudas.

Além da Saúde da Criança e do Adolescente, a disciplina propôs também o desenvolvimento de ações programáticas centradas na Saúde do Idoso, Saúde da Mulher e na Saúde do Trabalhador. Os discentes realizaram duas visitas ao asilo de idosos da cidade para que pudessem realizar um resgate da história de vida de idosos: a busca da autoestima desses idosos através da valorização de suas histórias de vida, com enfoque especial para os bons momentos relatados por eles, pode ser caracterizada como uma ação de promoção à saúde, pois visa trazer momentos de bem-estar que impactam diretamente sobre a vida dos pacientes. Em relação à Saúde do Trabalhador, os discentes acompanharam o atendimento de trabalhadores em um ambulatório específico para discussão e tratamento de patologias ligadas às atividades laborativas. E, por fim, os discentes participaram de uma palestra voltada à discussão do tema violência contra a mulher, com a participação de diversos setores locais, como Assistência Social, departamento de Polícia Civil e da Saúde – médicos e enfermeiros.

Os discentes também participavam do acompanhamento de consultas e de procedimentos que aconteciam nas unidades de ESF, fortalecendo o trabalho de relação clínica na prática e de abordagem centrada na pessoa. Os atendimentos eram fruto tanto de demanda espontânea quanto de agendamentos realizados pelo Médico de Família e Comunidade e pelos alunos do Internato.

Seguindo a ementa da disciplina, os discentes deveriam ser capazes de realizar visitas domiciliares no território adjunto à ESF. Em primeiro momento, deveria ser realizado o cadastramento das famílias, buscando identificar os componentes da família, as morbidades referidas, as condições de moradia, saneamento básico e condições ambientais das áreas onde essas famílias estão inseridas. As atividades foram a identificação da família (registrar os nomes das pessoas que moram com o usuário que nos recebeu e a relação de parentesco) e o cadastro domiciliar. Cabe ressaltar que cada família tinha seu próprio prontuário, que ficava junto ao preceptor médico do grupo dos discentes que realizavam a visita à família.

Diante do contexto citado, os discentes avaliavam o macroambiente, fazendo o reconhecimento do território, dispositivos sociais, presença do poder público; situação de moradia da família com registro fotográfico, do ambiente externo do domicílio e do território; avaliação dos benefícios assistenciais já contemplados ou possíveis de contemplação das famílias; capacitação das famílias quanto à importância do Conselho de Saúde local. A disciplina trabalhava na ementa também a ferramenta de Diagnóstico Situacional de Saúde da Comunidade. Dessa forma, eram realizadas atividades variadas, como a estruturação do Genograma, do Ciclo de Vida e do Ecomapa, aplicação de questionários/escalas de acordo com a peculiaridade da família (Escala de Coelho, Firo e Practice), a investigação da polifarmácia nas “farmacinhas domiciliares” (avaliar a validade das medicações, automedicação e posologia), a busca ativa de focos do mosquito *Aedes aegypti*, pequenas discussões e esclarecimentos sobre as principais patologias que aquela família possuía, como forma de conscientização da mesma.

As visitas domiciliares eram organizadas com base no método SOAP – Plano educativo. Em sequência, o paciente citava os principais problemas e queixas, os discentes colhiam os sinais vitais e, em seguida, os discentes junto ao preceptor realizavam a avaliação diária da família. Assim, a realização de um plano de educação em saúde era desenvolvido com base na lista de problemas levantados/verificados.

Como forma de fortalecimento da equipe da Atenção Primária, os discentes realizaram duas palestras para capacitação do Agente Comunitário de Saúde. A primeira foi sobre a aplicação do genograma na prática e discussão do conceito de Família. A segunda desenvolveu-se como um estudo de caso sobre Cuidados Paliativos, com discussão da importância e particularidades do cuidado paliativo, através de um estudo de caso norteador, sobretudo na rede de atenção de cuidados, tendo como o foco principal a atenção primária e o papel do médico principalmente através do programa Melhor em Casa.

Os discentes relatavam todas as suas atividades semanais por meio de um portfólio, em que deveriam estar descritas todas as experiências vivenciadas, assim como as atividades realizadas com a comunidade, para que no final do período o preceptor de cada grupo tivesse como base esse documento para avaliar e analisar a progressão das atividades, o que serviu também como base para o levantamento de dados para esse estudo.

As atividades foram realizadas em diferentes unidades de atenção primária à saúde, visto que em cada período letivo havia mudança do local de atuação e acompanhamento dos alunos, de modo que pudessem perceber de perto a diferença e individualidade de cada área e PSF. Os sujeitos das visitas foram famílias que residiam em área adscrita das equipes de saúde da família de diversos bairros do município.

O que se observa de extraordinário nessa experiência vivida por tais alunos foi o fato de que os mesmos acompanharam um momento de transição de mudanças

pedagógicas da disciplina de Atenção Básica, visto que a mesma estava implementando e aperfeiçoando tais aulas práticas neste período em questão (de agosto 2015 a novembro 2016); assim, foi vivenciada tal reforma de forma íntegra, trazendo resultados e experiências consideradas únicas.

## DISCUSSÃO

O plano de ensino da disciplina de Saúde da Família e Comunidade do 2º período de medicina da instituição de ensino (de agosto a dezembro de 2015), na época ainda não reformulado, trabalhava nas aulas teóricas com temáticas diferentes das aulas práticas, como o processo saúde doença, os princípios norteadores do SUS, sistemas de saúde, atenção primária à saúde, epidemiologia, conceitualização da visita domiciliar e os tipos de vigilância. Os estudantes da turma eram divididos em grupos escolhidos pelos próprios estudantes e, por sorteio, cada um teria as práticas, uma vez por semana, em alguma unidade de Estratégia Saúde da Família, onde eram acompanhados por um preceptor (professor da instituição e/ou profissional de saúde da equipe local). Os estudantes usavam apenas jaleco branco para sua identificação.

Em diversas ocasiões, os estudantes e os professores acompanharam um Agente Comunitário de Saúde (ACS) durante as visitas domiciliares rotineiras. Na verdade, além de trabalhar os temas já discutidos em sala de aula, os alunos também realizavam procedimentos de prática médica já aprendidos, como a aferição da pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e, também, os aspectos qualitativos de inspeção geral, como o grau de hidratação. Por fim, realizavam um *feedback* ao paciente, reforçando pontos importantes, quando necessário, relacionados ao processo de saúde e doença e promoção da saúde, como orientações sobre alimentação saudável.

No primeiro semestre, os professores responsáveis pela disciplina sortearam os trios que trabalhariam durante todo o período juntos. Neste semestre os trios foram compostos por alunos do terceiro e quinto períodos, o que proporcionou troca de conhecimento. Posteriormente, essas diferentes equipes se reuniam com o preceptor para o fechamento das atividades.

A partir do segundo semestre de 2016, os trios foram compostos apenas por alunos do mesmo período que, durante todo o semestre, atuaram com a população adscrita de uma mesma ESF. O desafio inicial foi que o trio sáísse e escolhesse duas famílias que aceitassem ser acompanhadas pelos estudantes semanalmente durante o período. Cada equipe recebeu um prontuário próprio para cada família para realização do cadastro e do acompanhamento dos mesmos. Além disso, outra proposta incluía o uso de um uniforme (calça *jeans*, blusa branca e tênis) e de crachá de identificação com o nome e foto do estudante.

Para melhor avaliação do desempenho do estudante durante as práticas de Saúde da Família e Comunidade, era indispensável, para composição da nota de conhecimento, que o aluno desenvolvesse um portfólio reflexivo das atividades feitas em campo, anotação de críticas e elogios relacionados às práticas realizadas e associações das temáticas discutidas às bases de indexação de grande impacto.

A construção do portfólio está relacionada à perspectiva formativa, pois estimula a autoavaliação pelo estudante e a reflexão sobre seu processo de aprendizagem, identificando as fragilidades, os ganhos no percurso acadêmico e funcionando como estratégia no uso de metodologias ativas. Por meio desse instrumento, podem ser fortalecidas habilidades de expressão escrita, análise, criatividade e identificação de pontos fortes e frágeis presentes no processo de aprendizagem, um importante instrumento de reflexão<sup>(13)</sup>.

Depois de escolhidas as famílias, cada componente da equipe realizava a parte da visita domiciliar pertinente ao já estudado durante as aulas teóricas do período a que pertenciam e realizavam a anotação necessária no prontuário da família. Nesse sentido, destaca-se a importância do trabalho em equipe e da troca de experiências entre os estudantes para a busca da transformação e da qualidade do cuidado em saúde, além da busca de garantia da segurança do paciente<sup>(14)</sup>.

### **Fortalezas e limitações**

O que se percebe com a análise dos relatórios é que o acompanhamento longitudinal das famílias apresenta importantes benefícios, tais como o cuidado continuado e a formação de vínculo entre profissional de saúde e usuário, o que potencializa os objetivos de promoção da saúde e da prevenção de agravos estabelecidos na própria visita domiciliar. Por outro lado, muitos estudantes relatam que outras atividades intercaladas às visitas domiciliares, como capacitação de ACSs, atividades nas escolas do bairro (atreladas ao Programa Saúde na Escola) e no setor de vigilância em saúde, por exemplo, acabaram fragmentando tal acompanhamento, fazendo com que muitas famílias, durante o processo, descontinuassem o acompanhamento.

Além disso, algumas equipes relataram uma considerável mudança do estilo de vida e da visão sobre o sistema de saúde nas famílias após o acompanhamento. Porém, outros estudantes ficaram frustrados ao perceberem que, mesmo com muito trabalho e obstinação por uma transformação da realidade, não conseguiram perceber uma mudança instantânea.

### **Comparação com literatura já existente**

Durante as visitas domiciliares, os estudantes puderam avaliar a situação de saúde e as condições de vida da população local, que é um dos importantes benefícios

do Diagnóstico de Saúde da Comunidade no próprio território onde o paciente vive, destacados no estudo desenvolvido por Kebian e Acioli<sup>(4)</sup>. Ainda de acordo com esse estudo, o planejamento baseado na realidade local e a análise da situação de saúde do território, com base no cadastramento das famílias, permite a organização de ações de saúde de acordo com as necessidades da população.

Durante o acompanhamento das famílias, o que se percebeu é que a maioria da população não vê o nível primário de atenção como porta de entrada para o Sistema de Saúde, oferecendo resolutividade e assistência integral. No entanto, a visão de que a saúde é a simples ausência de doença somada a diversos fatores como política local e organização colabora para que a maior demanda nos níveis de saúde encontre-se nos setores de urgência e emergência, como visto no estudo desenvolvido por Souza e Andrade<sup>(15)</sup>.

De fato, percebe-se que as ações voltadas à promoção da saúde e não apenas aos métodos meramente curativos ofertados em serviços de pronto atendimento merecem relevante destaque na prática das visitas domiciliares. Um importante argumento para fundamentar essa análise é o fato de que, apesar da gravidade das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e de sua maior incidência, grande parte delas poderia realmente ser evitada. Como as DCNT mais comuns (doença cardiovascular, diabetes e câncer) apresentam vários fatores de risco, uma abordagem de prevenção e de promoção da saúde seria eficiente e poderia ser baseada na diminuição de problemas como hipertensão arterial, tabagismo, inatividade física, dieta inadequada e obesidade<sup>(16,17)</sup>.

É necessário que o paciente compreenda que a saúde envolve o bem-estar psicossocial<sup>(18)</sup>, visto que deve assumir a autonomia e corresponsabilidade em seu processo de cuidado. Essa lógica de cuidado se reflete também nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de medicina que propõem o desenvolvimento de uma relação compartilhada e horizontal, que considera o paciente como um sujeito ativo no processo do adoecimento e torna as responsabilidades comuns entre os usuários no cuidado e os profissionais de saúde<sup>(19)</sup>.

Durante o ano de 2016 foram apresentados diversos instrumentos importantes muito usados na Medicina de Família e Comunidade para potencializar as visitas domiciliares. Os estudantes, em uma de suas primeiras atividades de diagnóstico de saúde, aprenderam sobre a importância do ECOMAPA enquanto instrumento para compreensão do contexto no qual as pessoas estão imersas, o que auxilia no desenvolvimento de planos de ação que contribuam para a própria melhoria das condições de saúde da comunidade. Cabe destacar que diversas orientações realizadas e escritas nos portfólios foram embasadas nas relações estabelecidas nesse diagrama de imagens flexível, dinâmico, interativo e fomentador da autonomia e da aprendizagem coletiva<sup>(20)</sup>.

Tendo em vista a importância da avaliação da vulnerabilidade para uma melhor compreensão dos determinantes de processos de saúde e doença, os estudantes

aplicaram durante as visitas domiciliares a chamada Escala de Coelho<sup>(21)</sup>, ferramenta desenvolvida em Minas Gerais que permite um maior direcionamento às equipes de saúde da família, apontando quais famílias precisam de atenção especial por apresentarem maior vulnerabilidade, levando assim para a práxis das equipes de Saúde da Família um dos importantes princípios do Sistema Único de Saúde, a equidade.

Ainda na mesma perspectiva, cabe salientar que durante as aulas teóricas os estudantes foram orientados quanto aos principais benefícios assistenciais atualmente vigentes no Brasil, suas principais exigências e condições, os possíveis beneficiários e as vantagens para os grupos destinados. Tais benefícios são fundamentais na manutenção dos preceitos idealizados pelo SUS – Integralidade, Equidade e Universalidade – principalmente quando se trata de uma sociedade permeada por vulnerabilidades.

O Genograma tem a importante função de organizar os dados referentes à família durante a fase de avaliação e acompanhar os processos de relacionamentos no decorrer do tratamento. A sua aplicação em Saúde da Família é extensa, podendo ser utilizado, por exemplo, na caracterização e no cadastramento dos grupos familiares na ESF, com vistas ao trabalho de prevenção de agravos e promoção da saúde na comunidade<sup>(22)</sup>. O interessante é que muitas equipes puderam trabalhar principalmente quanto às DCNT com base no desenho dessa ferramenta.

Cabe destacar ainda o aprendizado sobre a metodologia de registro médico baseada em problemas (registro de saúde orientado por problemas – Re-SOAP), instrumento que foi extremamente importante no acompanhamento das famílias durante as visitas domiciliares. Se bem utilizado, o Re-SOAP, segundo Ramos<sup>(23)</sup>, é um método eficiente para a recuperação rápida das informações clínicas de uma pessoa, garantindo continuidade articulada de cuidados em equipe dentro da Atenção Primária da Saúde.

Em seus estudos, Sakata (2007) ressalta a importância da visita domiciliar para criação de vínculos entre o profissional e o usuário advinda a partir do contato e da convivência. Dessa forma, torna-se extremamente importante reconhecer a dinâmica familiar e saber estabelecer a melhor abordagem para continuação do cuidado. Logo, fica claro que a visita domiciliar tem sido entendida, para além de um instrumento de reflexão, como uma tecnologia de cuidado em saúde<sup>(14)</sup>.

## CONCLUSÃO

Dentre as potencialidades apresentadas, salientam-se: a possibilidade de acompanhamento da família no local onde vivem, facilitando o conhecimento mais fidedigno de sua realidade; a importante possibilidade de ampliação da aprendizagem; a oportunidade de aliar teoria e prática; incentivo ao trabalho em equipe e a aplicação de diferentes instrumentos de apoio à prática do Médico de Família e Comunidade.

Infelizmente, algumas dificuldades como perda de acompanhamento da família, fragmentação do cuidado e sentimento de impotência profissional são algumas das limitações obtidas através dessa experiência.

No mais, percebe-se que a disciplina de Saúde da Família e Comunidade, na instituição de ensino, após a reforma curricular, obteve resultados bastante positivos e muito favoráveis ao processo de construção de um egresso com perfil generalista e que possua conhecimentos próprios ao bom desenvolvimento profissional na área de Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. Por fim, ressalta-se a eficácia da Visita Domiciliar enquanto importante instrumento para coleta de dados e cuidado em saúde, incentivando o desenvolvimento de mais pesquisas relacionadas às próprias experiências observacionais na área da saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Ohara ECC, Saito RXS. Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade. Martinari. 2014; 3.
2. Gusso GDF, Lopes JMC. Livro Tratado de Medicina de Família e Comunidade - SBMFC - Princípios, Formação e Prática. 2 volumes. SBMFCartmed. 2018.
3. Andrade AM, Guimarães AMDA, Costa DM, Carvalho L, Gois CFL. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. Epidemiol. Serv. Saúde. 2014; 23(1):165-75.
4. Kebian LVA, Acioli S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. Rev. eletrônica enferm. 2014; 16(1):161-9.
5. Bezerra MIC, Lima MJMR, Lima YCP. A visita domiciliar como ferramenta de cuidado da fisioterapia na estratégia saúde da família. S A N A R E Sobral. 2015; 14(1):76-80.
6. Floss M, Porto BL, Dall'Agnol AF, Costa MMG, Susin LRO. A humanização através do programa Recrutadas da Alegria da FURG: um relato de experiência. Rev. bras. educ. med. 2013; 37(3):464-70.
7. Mussi CM, Ruschel K, Souza EN, Lopes ANM, Trojahn MM, Paraboni CC, Rabelo ER. Visita domiciliar melhora conhecimento, autocuidado e adesão na insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado HELEN-I. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2013; 21(Spec):1-9.
8. Maciazeki-Gomes RC, Souza CD, Baggio L, Wachs F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. Ciênc. Saúde Colet. 2016; 21(5):1637-46.
9. Oliveira FJA, Berger CB. Visitas domiciliares em atenção primária à saúde: equidade e qualificação dos serviços. Revista Técnico-científica do Grupo Hospitalar Conceição. 1996; 9(2):69-74.

10. Platão FS, Fiorin JL. Para entender o texto – curso prático de leitura e redação. 17ª edição. São Paulo: Editora Ática; 2007.
11. Minayo MC, Sanches. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Caderno de Saúde Pública. 1993; 9(3):239-62.
12. Denzin NK, Lincoln YS. Handbook of qualitative research. 2ª ed. Thousand Oaks: Sage Publications.
13. Forte FDS, Costa CHM, Pessoa TRRF, Gomes AMA, Freitas CHSM, Coimbra LC, Aquino DMC. Portfólio como estratégia de avaliação de estudantes de Odontologia. Trabalho de Educação em Saúde. 2015; 13(1.2):25-38.
14. Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. Cogitare Enferm. 2015; 20(3):636-40.
15. Souza TH, Andrade SR. Acolhimento com classificação de risco: um indicador da demanda emergencial de um serviço hospitalar. Cogitare Enferm. 2014; 19(4):701-8.
16. Silva LS, Cotta RMMC, Rosa COB. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. Revista Panam Salud Publica. 2013; 34(5):343.
17. Francisco PMSB, Segri JN, Barros MBA, Malta DC. Desigualdades sociodemográficas nos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito telefônico em Campinas, São Paulo. Epidemiol. Serv. Saúde. 2015; 24(1):7-18.
18. OMS – Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>.
19. Ministério da educação conselho nacional de educação câmara de educação superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014.
20. Xavier DB, Alkmim DFB, Dutra EB, Odeh MM, Souza LP. Portfólio Reflexivo Eletrônico: experiência inovadora de sanitários na residência multiprofissional em Atenção Básica do HUB/UNB. Rev Tempus Actas Saúde Col. 2016; 10(4):235-46.
21. Neto JP, Mendes KLC, Wada RS, Souza MLR. Relação entre classificações de risco utilizadas para organização da demanda em saúde bucal em município de pequeno porte de São Paulo, Brasil. Ciênc. Saúde Colet. 2017; 22(6):1905-12.
22. Leal APDR, Tonelli BQ, Santos P, Veloso DCMD, Golçalves DP, Leão CDA, Tonelli SQ. Ferramentas de abordagem familiar: um estudo de caso no contexto da estratégia saúde da família. Revista Unimontes Científica. 2018; 20(1):2236-5257.
23. Ramos VA. Consulta em 7 passos. Lisboa: VFBM Comunicações Ltda.; 2008. p. 126.

24. Oliveira FJA, Berger CB. Visitas domiciliares em atenção primária à saúde: equidade e qualificação dos serviços. Revista Técnico-científica do Grupo Hospitalar Conceição. 1996; 9(2):69-74.
25. Platão FS, Fiorin JL. Para entender o texto – curso prático de leitura e redação. 17ª edição. São Paulo: Editora Ática; 2007.
26. Minayo MC, Sanches. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Cad Saúde Pública. 1993; 9(3):239-62.
27. Ramos VA. Consulta em 7 passos. Lisboa: VFBM Comunicações Ltda; 2008. p. 126.

Submissão: outubro de 2017.

Aprovação: maio de 2019.