



## **Projeto terapêutico singular e visita domiciliar na formação de profissionais da saúde: Relato de experiência**

### **A singular therapeutic project and home visits in the training of health professionals: An experience report**

DOI: 10.56238/isevjhv2n4-022

Recebimento dos originais: 02/08/2023

Aceitação para publicação: 22/08/2023

**Mateus José dos Santos**

ORCID: 0000-0002-2326-392

Graduando em Medicina, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Penápolis - FAFIPE /FUNEPE

E-mail: mateus.santos1567@alunos.funep.edu.br

**Camila Tami Stringhetta Garcia**

ORCID 0000-0003-3919-4263

Doutora em Ciências Fisiológicas, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Penápolis - FAFIPE /FUNEPE

E-mail: camila.garcia@funep.edu.br

**Keny Gonçalves Tirapeli**

ORCID 0000-0002-3623-8825

Ms. em Ciências Fisiológicas, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Penápolis - FAFIPE /FUNEPE

E-mail: keny.tirapeli@funep.edu.br

**Giseli da Silva Toquetto Gomes**

ORCID 0009-0004-5440-6329

Ms. em Ciências da Saúde, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Penápolis - FAFIPE /FUNEPE

E-mail: giseli.gomes@funep.edu.br

**Maria de Fátima Vieira de Souza Gonçalves**

ORCID 0009-0007-5551-1982

Ms. Em Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Penápolis - FAFIPE /FUNEPE

E-mail: maria.goncalves@funep.edu.br

**Daniela Maria Janjacomio Miessi**

ORCID 0000-0002-0513-664X

Doutora em Odontologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Penápolis - FAFIPE /FUNEPE

E-mail: daniela.miessi@funep.edu.br



**Sabrina Piccinelli Zanchetin Silva**

ORCID 0000-0002- 5763-6814

Doutora em Enfermagem, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Penápolis - FAFIPE  
/FUNPEPE

E-mail: [sabrina.zanchettin@funepe.edu.br](mailto:sabrina.zanchettin@funepe.edu.br)

**João Luís Cardoso de Moraes**

ORCID 0000-0002-8410-9403

Doutor em Ciência da Computação, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Penápolis -  
FAFIPE /FUNPEPE

E-mail: [joao.moraes@funepe.edu.br](mailto:joao.moraes@funepe.edu.br)

**Giovanna Scudeller de Almeida**

ORCID 0009-0003-7254-3063

Graduanda em Medicina, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Penápolis - FAFIPE  
/FUNPEPE

E-mail: [giovanna.almeida1447@alunos.funepe.edu.br](mailto:giovanna.almeida1447@alunos.funepe.edu.br)

**Ana Carolina Avelar Oliveira**

ORCID 0000-0003-0253-544X

Graduanda em Medicina, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Penápolis - FAFIPE  
/FUNPEPE

E-mail: [ana.oliveira11020@alunos.funepe.edu.br](mailto:ana.oliveira11020@alunos.funepe.edu.br)

**Francisco Gomes Gonçalves**

ORCID 0009-0002-5605-2099

Especialista em Radiologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Penápolis - FAFIPE  
/FUNPEPE

E-mail: [francisco.goncalves@funepe.edu.br](mailto:francisco.goncalves@funepe.edu.br)

**Sabrina Ramires Sakamoto**

ORCID: 0000-0003-0189-7043

Doutoranda em Enfermagem, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Penápolis - FAFIPE  
/FUNPEPE

E-mail: [ramiressabrina@funepe.edu.br](mailto:ramiressabrina@funepe.edu.br)

**RESUMO**

Este artigo faz um relato da experiência com visitas domiciliares de alunos de um curso de graduação em Medicina em uma instituição de ensino superior no interior do estado de São Paulo. Com as demandas crescentes de implantação de atenção integral à saúde e de humanização do atendimento, promovidas não só pela legislação vigente como pelas discussões em ciências da saúde, tem se tornado imprescindível oferecer cada vez mais cedo na formação de profissionais da saúde oportunidades de vivenciar realidades que contribuam para o desenvolvimento de habilidades necessárias para isso. Por essa razão, disciplinas como Práticas de Integração e Atenção à Saúde – FUNPEPE e Comunidade V, oferecida aos alunos do terceiro ano do curso de Medicina da Fundação Educacional de Penápolis (FUNPEPE), devem ser alvo de pesquisas e estudos. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é lançar luz sobre um modelo pedagógico que oportuniza aos alunos experimentarem práticas de Atenção Domiciliar (AD) e Projeto Terapêutico Singular (PTS).

**Palavras-chave:** Projeto terapêutico singular, Visita domiciliar, Relato de experiência, Genograma, Ecomapa.

## 1 INTRODUÇÃO

Desde a última década do século XX, o atendimento à saúde tem mudado de uma abordagem puramente biológica, centrada na doença, para uma abordagem mais integrada, focada na pessoa. No âmbito das políticas que vão nessa direção, está a Política Nacional de Humanização (PNH), de 2003. Nela, são estabelecidos três princípios básicos: o da transversalidade; o da indissociabilidade entre atenção e gestão; e o do protagonismo, corresponsabilidade de autonomia dos sujeitos coletivos (BRASIL, 2013).

[...] reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. [...] o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. O usuário e sua rede sociofamiliar devem também se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros. [...] Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde. (PNH, 2013, p. 6-7)

Partindo-se do que é estabelecido pelas próprias diretrizes da PNH, é preciso sair de uma concepção clínica focada apenas na doença e considerar o indivíduo como um todo e em sua interação com o seu entorno (família, amigos, comunidade, território e serviços de saúde), o que leva ao conceito de clínica ampliada. Com base nesse pressuposto, a clínica ampliada “busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional” (BRASIL, 2010, p. 14). Algumas estratégias vêm sendo desenvolvidas para garantir que tal abordagem seja garantida na Rede de Atenção à Saúde (RAS) – entre elas, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Atendimento Domiciliar (AD).

O PTS foi desenvolvido primeiro em centros de atendimento à saúde mental, passando a ser usado como ferramenta terapêutica na RAS, principalmente em casos clínicos mais complexos. Trata-se do arcabouço de propostas de tratamento terapêutico estabelecido a partir de discussões com uma equipe multidisciplinar, e que parte do levantamento das informações não só de saúde, mas também das condições socioeconômicas e familiares do atendido (BRASIL, 2010, p. 39). Seu caráter singular está relacionado ao fato de ter como objetivo atender as necessidades de cada sujeito, levando-se em conta as particularidades de cada caso, sem que se estabeleça *a priori* linhas

terapêuticas baseadas apenas no diagnóstico da patologia (VIANNA; RODRIGUES; QUADROS; SANTOS, 2022. p. 3).

A elaboração de um PTS implica quatro etapas, não necessariamente sequenciais, e que podem ser revistas ou repetidas ao longo do processo: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação (VIANNA et al., 2022. p. 4). Nas etapas de definição das hipóteses diagnósticas e das metas de curto, médio e longo prazo, o envolvimento do sujeito atendido e seus familiares é primordial, e umas das estratégias que vêm sendo usada para garantir esse protagonismo é a AD.

A AD foi incorporada à legislação relativa ao Sistema Único de Saúde (SUS) em 2002 por meio da Lei n. 10.424, e tem sua definição atualizada pela Portaria n. 825, de 25 de abril de 2016. Segundo a legislação, trata-se de um atendimento caracterizado “por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Ela constitui uma ferramenta para a garantia dos princípios e diretrizes da PNH por estar baseada nas ideias de acolhimento, equidade e integralidade do cuidado, além de levar em conta o território, a comunidade e a família em que o atendido está inserido (BRASIL, 2020, p. 8).

A prestação do cuidado no domicílio deve perceber a família em seu espaço social, abordando de modo integral e individualizado a pessoa em seu contexto socioeconômico e cultural. O profissional de saúde deve ter uma avaliação da dinâmica da vida familiar, com atitude de respeito e valorização das características peculiares a cada família e do convívio humano [...]. A abordagem integral faz parte do cuidado domiciliar por envolver diversos fatores no processo de saúde-doença da família. O profissional de saúde deve ter em conta, utilizando o conceito de cuidado que vimos anteriormente e de autonomia, que ele não serve apenas para curar doenças, mas para cuidar da saúde, considerando a pessoa doente em seu contexto vital. (DIAS; LOPES, 2015, p. 25-26)

Apesar de pesquisas na área de saúde, de toda a legislação e do estabelecimento de políticas no sentido de estabelecer um APS mais personalizado e que leve em conta a autonomia do usuário da RAS, bem como da ampliação da AD, ainda existem muitos desafios a serem enfrentados. Um dos principais diz respeito à própria formação da equipe que deverá prestar esse atendimento. A Resolução n. 569, de 8 de dezembro de 2017, forneceu importantes diretrizes nesse sentido, estabelecendo os pressupostos e princípios comuns que devem guiar os cursos de graduação em saúde. Entre eles, vale destacar quatro:

(i) formação em saúde comprometida com a superação das iniquidades que causam o adoecimento dos indivíduos e das coletividades, de modo que os futuros profissionais estejam preparados para implementar ações de promoção da saúde, educação e desenvolvimento comunitário, com responsabilidade social e compromisso com a dignidade humana, cidadania e

defesa da democracia, do direito universal à saúde e do SUS, tendo a determinação social do processo saúde-doença como orientadora (CNS, 2017, art. 3º, inciso Ia);

(ii) formação profissional voltada para o trabalho que contribua para o desenvolvimento social, considerando as dimensões biológica, étnico-racial, de gênero, geracional, de identidade de gênero, de orientação sexual, de inclusão da pessoa com deficiência, ética, socioeconômica, cultural, ambiental e demais aspectos que representam a diversidade da população brasileira (CNS, 2017, art. 3º, inciso Ic);

(iii) a abordagem do processo saúde-doença em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção, para possibilitar que a atuação dos futuros profissionais possa transformar e melhorar a realidade em que estão inseridos (CNS, 2017, art. 3º, inciso IIb); e

(iv) a inserção dos estudantes nos cenários de práticas do SUS e outros equipamentos sociais desde o início da formação, integrando a educação e o trabalho em saúde (CNS, 2017, art. 3º, inciso IIIa).

Autores têm ressaltado a importância de incluir nos cursos de formação – não apenas nos níveis de especialização ou residência, mas já na graduação – disciplinas e estágios que levem os alunos a ter contato com a dinâmica das UBS e com práticas de atendimento humanizado e domiciliar (SOUZA, 2023, p. 41). É dentro desse escopo que este relato se insere e se justifica. Nele é apresentada a experiência realizada com graduandos do curso de Medicina de uma instituição do inteiro do estado de São Paulo com visitas domiciliares objetivando a criação de um PTS para pacientes de UBSs do município.

O objetivo geral deste artigo é relatar uma experiência de orientação de alunos de Medicina em visitas domiciliares com o objetivo de desenvolver um projeto terapêutico singular. A partir desse relato, visa-se discutir a importância desse tipo de abordagem tanto para a formação de futuros profissionais da saúde como para a melhoria do atendimento primário à saúde.

## 2 METODOLOGIA

O presente texto parte do relato da experiência de alunos do terceiro ano do curso de Medicina da Fundação Educacional de Penápolis (FUNPEPE) matriculados na disciplina de extensão curricular Práticas de Integração e Atenção à Saúde – FUNPEPE e Comunidade V. O objetivo da disciplina é oportunizar aos estudantes conhecerem na prática o processo de desenvolvimento de um PTS a partir da realização de visitas domiciliares a usuários da RAS do município de Penápolis e microrregião /SP.

## 2.1 FUNCIONAMENTO DA DISCIPLINA

Os matriculados na disciplina recebem uma primeira aula teórica, em que recebem o cronograma do semestre, e na qual os princípios do PTS e da AD são apresentados e esclarecidos. Os alunos são divididos em grupos, cada um deles tutorado por um profissional.

Os casos clínicos a serem atendidos são escolhidos nas UBSs do município, sendo que a cada três semanas os alunos mudam de unidade. O calendário de visitas é semanal e, após três semanas, um PTS para aquele caso clínico é apresentado na sala de aula à professora responsável pela disciplina. Na quinta semana, os alunos começam um novo atendimento em outra UBS.

A primeira visita a UBS é aquela em que o prontuário do usuário a ser atendido é estudado. Com ele, os estudantes aprendem as informações necessárias para realizar o primeiro contato: os dados pessoais (nome, idade, sexo); situação familiar; estrato socioeconômico; exames já realizados e medicamentos receitados; e há quanto tempo frequenta a unidade, entre outras. Nesse primeiro dia também realizam a primeira visita à família do atendido, sempre acompanhados da tutora.

Durante a visita, há uma série de procedimentos que devem ser realizados para que sejam coletadas as informações necessárias. Como forma de prepará-los para essa tarefa, um roteiro instrucional é entregue a cada grupo.

## 2.2 ROTEIRO INSTRUCIONAL PARA A ELABORAÇÃO DE UM ESTUDO DE CASO FAMILIAR

O roteiro é composto pelos objetivos da atividade e pelo descritivo das etapas de elaboração do PTS, incluindo as tarefas a ser realizadas durante a visita e aquelas relacionadas ao Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) (WRIGHT; LEAHEY, 2002). Seus elementos são apresentados a seguir:

### 2.2.1 Objetivos

Reconhecer a família como contexto na prática em atenção básica; avaliar uma família com vistas à identificação de pontos fortes, problemas e a indicação da intervenção ; considerar que a família forma uma rede de relacionamentos e que as intervenções são interativas, concretizando-se em relacionamentos que visam acolhimento e mudanças; prender uma forma de documentar resumidamente a avaliação das famílias e a proposta de intervenção.

### **2.2.2 Etapas**

Eescolher uma família, segundo indicação da UBS; levantar os dados do prontuário familiar, incluindo todos os membros (intradomiciliar); estudar as enfermidades apresentadas pelos membros da família; construir genograma e ecomapa; realizar uma entrevista compreensiva; aplicar as escalas de avaliação de relações familiares (APGAR e Escala de Coelho-Savassi).

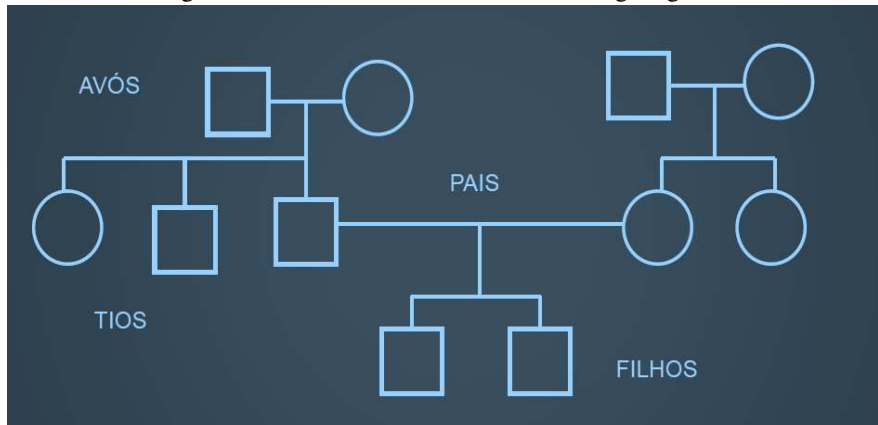
### **2.2.3 Entrevista compreensiva**

Busca conhecer a estrutura familiar; a história de saúde; os hábitos; a inserção da família no território; a interação com a UBS e equipe de saúde da família; a dinâmica dos relacionamentos familiares; o ciclo de vida familiar; e as crenças familiares acerca da saúde e da doença.

### **2.2.4 Construção do genograma**

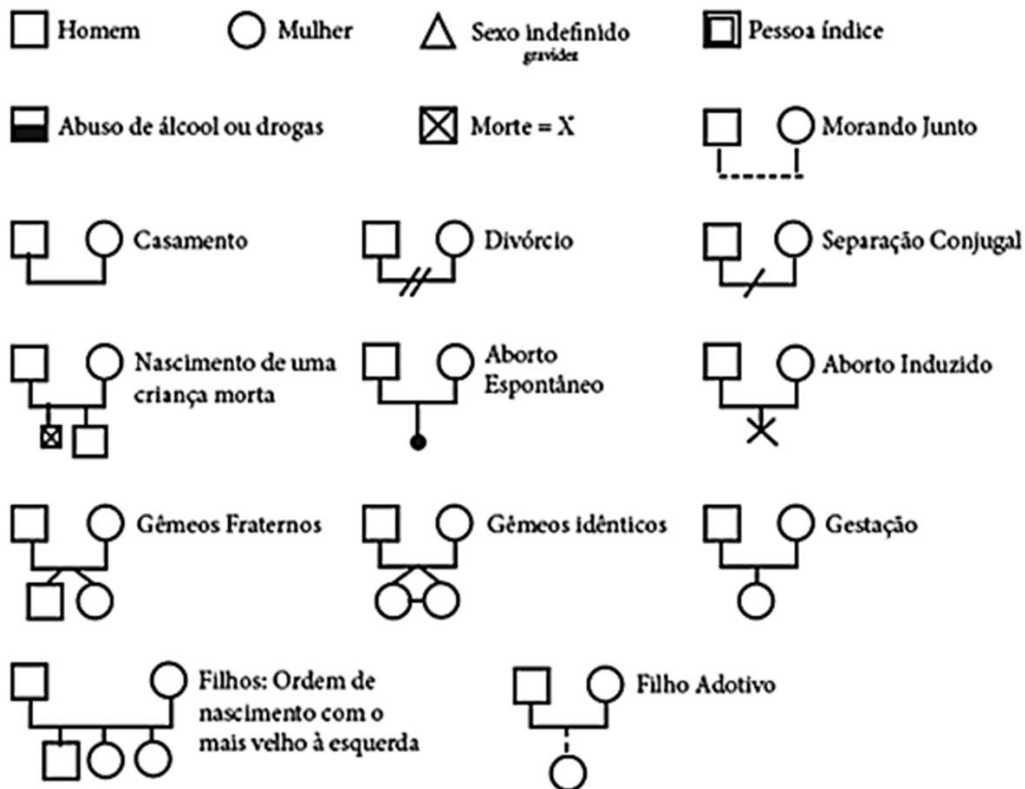
O objetivo é oferecer dados sobre o funcionamento familiar que possam ser utilizados tanto pelas famílias quanto pela equipe de atendimento. É preciso incluir ao menos três gerações, e os membros da família devem ser colocados em linhas horizontais, representando cada geração (pais – primeira linha; filhos – segunda linha) em ordem de nascimento, sendo o mais velho à esquerda e o mais novo à direita (ver Figura 1). A coleta de dados tem início com indagações da família nuclear, com informações de quem mora na casa – estes membros devem ser circulados para que sejam distinguidos dos outros familiares; pergunta-se sobre os relacionamentos anteriores dos conjugues –, se houve outros casamentos, se há filhos desse relacionamento ou de relacionamentos extraconjugais; sondar se houve separações ou divórcios e quando ocorreram – especialmente importante para famílias complexas, com múltiplas figuras parentais e irmãos. Deve-se seguir para questões que retratem a família extensa, de origem materna e paterna – pais dos genitores (avós), irmãos dos genitores (tios), nome e idade dos indivíduos. Essas informações devem ser anotadas no lado de dentro do quadrado que representa o homem a que se refere, ou do círculo, em caso de mulheres (ver Figura 2). Do lado de fora devem ser anotadas outras informações que podem ser significativas, como alguma doença ou problema de saúde etc. O ano da morte de um familiar deve ser anotado acima do quadrado ou círculo que o representa; e, em caso de aborto, deve-se utilizar o símbolo específico, indicando o sexo da criança, caso ele seja conhecido (MCGOLDRICK; GERSON; PETRY, 2012).

Figura 1 – Linhas de descendência em um genograma.



Fonte: Elaborada pela autora com base em McGoldrick, Gerson e Petry (2012).

Figura 2 – Símbolos usados em um genograma.



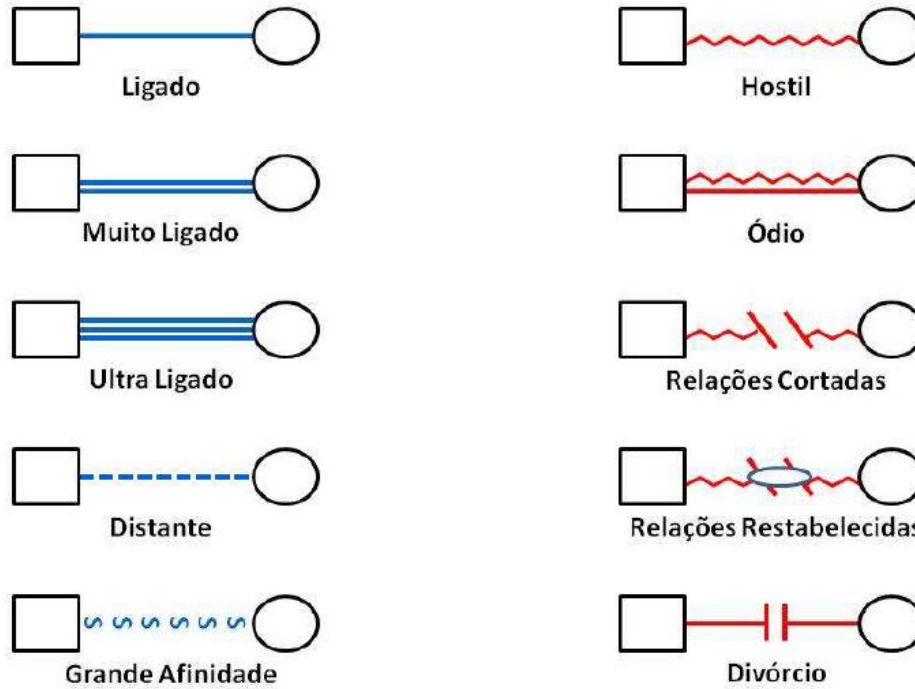
Fonte: Elaborada pela autora com base em McGoldrick, Gerson e Petry (2012).

### 2.2.5 Construção do ecomapa

Serve para complementar o genograma com informações sobre o funcionamento da família, os vínculos estabelecidos entre os familiares e com o território e a comunidade, incluindo os serviços de atenção à saúde. Dá uma visão geral da rede de apoio do sujeito atendido e os recursos mobilizados para resolução de conflitos. O grau de proximidade ou estranhamento é dado pela forma das linhas que conectam os indivíduos no mapa (ver Figura 3). Para indicar o fluxo de

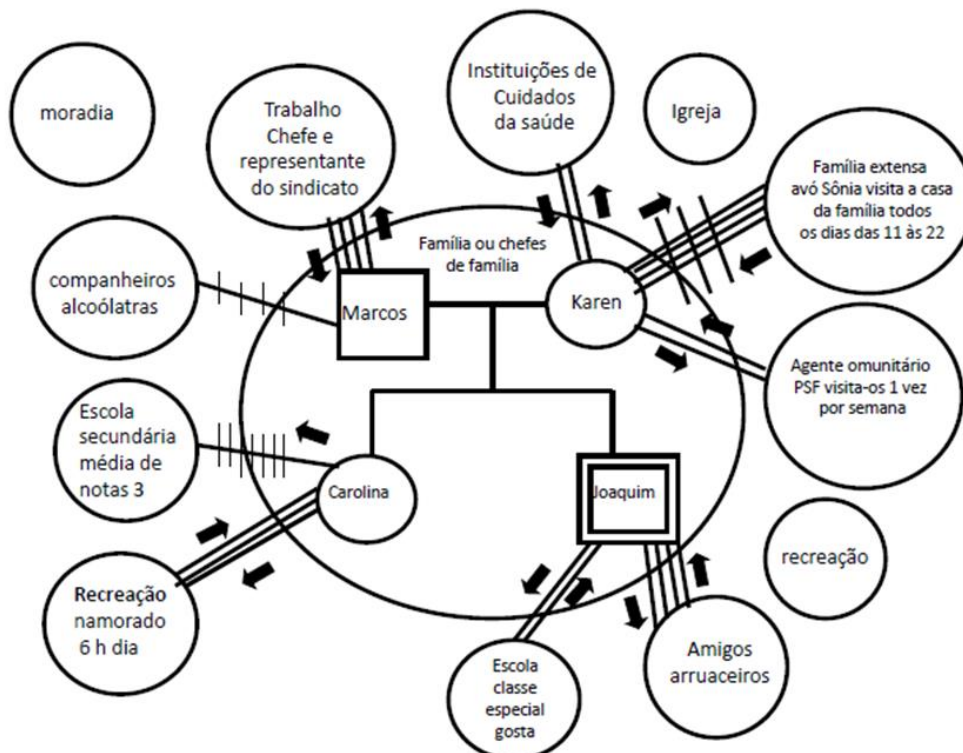
energia entre as partes, são usadas setas. Os elementos alheios ao contexto familiar devem ser colocados em círculos externos (ver exemplo de ecomapa na Figura 4) (AGOSTINHO, 2007).

Figura 3 – Símbolos de avaliação do relacionamento entre os familiares em um ecomapa.



Fonte: Elaborada pela autora com base em Agostinho (2007).

Figura 4 – Exemplo de ecomapa



Fonte: Elaborada pela autora com base em Agostinho (2007).

### 2.2.6 A escala APGAR familiar

Acrônimo de *Adaptation, Partnership, Growth, Affection, and Resolve* [Adaptação, Participação, Crescimento, Afeição e Resolução], o APGAR é um instrumento que avalia o grau de satisfação dos membros da família com suas relações; pode refletir a percepção que cada um tem do papel que apresentam na estrutura e detectar se existem disfuncionalidades (GOMES, 2019). É composta de cinco perguntas que sondam o grau de satisfação quanto a aspectos como comunicação, apoio, afeição e cumplicidade, que podem ser respondidos numa escala Likert de três níveis (2 – sempre; 1 – algumas vezes; 0 – nunca). A pontuação total varia de 0 a 10 e pode ser interpretada como: escore de 7 a 10, boa funcionalidade familiar; 5 a 6, moderada disfunção familiar; 0 a 4, elevada disfunção familiar (DUARTE; DOMINGUES, 2020).

### 2.2.7 A escala Coelho-Savassi

Trata-se de uma escala criada para avaliar as situações de vulnerabilidade a que a família possa estar exposta em seu cotidiano, elegendo-se algumas informações da Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) como marcadores, para os quais se dá escores (Tabela 1). A classificação de risco familiar se dará de acordo com o escore total, sendo escores 5 ou 6 (R1) classificados como indicadores de risco menor; escores 7 ou 8 (R2), risco médio; e escores de 9 ou mais (R3), risco máximo (COELHO; SAVASSI, 2004).

Tabela 1 – Dados da Ficha A do SIAB e escore de pontuação de risco

Dados da Ficha A		Escore
Acamado		3
Deficiência física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição (grave)		3
Drogadição		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de 6 meses		1
Maior de 70 anos		1
Hipertensão arterial sistêmica		1
Diabetes mellitus		1
Relação morador/cômodo	Se maior que 1	3
	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0

Fonte: Coelho e Savassi (2004)

Após cada visita, os grupos retornam à UBS para discutir o que foi realizado e recolhido. Depois de três visitas semanais em que os dados são coletados e a situação da família é acompanhada, os alunos fazem o PTS, levando em conta a estrutura familiar e o papel de cada

membro da família terá na intervenção sugerida. A proposta de cada grupo é apresentada em sala de aula para a professora responsável, quando é discutida e sofre intervenções e correções, se necessário. O projeto aprovado será aplicado pela equipe da UBS, e os alunos começam novo ciclo em outra unidade.

### 3 DISCUSSÃO

Desde a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013 [2003]) e da Resolução n. 569 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2017), muitos esforços vêm sendo feitos para transformar a maneira como as equipes médicas têm realizado os atendimentos, principalmente na APS na RAS do Sistema Único de Saúde (SUS). O Ministério da Saúde incorporou em seu arcabouço regulatório medidas que visam humanizar o atendimento, usando como princípios norteadores o acolhimento, a interdisciplinaridade e a autonomia dos sujeitos atendidos. Além disso, tem buscado estimular uma abordagem mais integrada do paciente, com foco no indivíduo e não mais na doença.

O PTS e a AD são ferramentas fundamentais nesse processo. Contudo, ainda existem desafios a ser encarados para que esses instrumentos sejam incorporados de maneira mais orgânica e cotidiana na prática médica. Por isso, é importante não só a formação continuada de profissionais da saúde nesse sentido, mas que eles tenham contato com essas práticas desde a graduação.

Pesquisas, relatos e estudos de caso têm sido realizados nessa área, alguns mais especificamente sobre o uso de visitas domiciliares e elaboração de PTS com pacientes de UBSs por parte de residentes e especializandos da área da saúde. No entanto, não existem muitos os relatos de experiências com alunos de graduação, embora as disciplinas que trabalham nesse sentido já existam em algumas universidades, como é o caso da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), da Universidade Federal de São Carlos e da Fundação Educacional de Penápolis (FUNPEPE) – esta última, objeto deste relato.

O Programa de Integração Universidade Serviço Comunitário (IUSC) foi um importante programa implantado na FMB em 2003, atendendo a necessidade de os alunos vivenciarem práticas voltadas à integralidade das ações em saúde. Renata Maria Zanardo Romanholi (2010) colocou em perspectiva essa experiência em sua pesquisa de mestrado nessa instituição. As atividades do IUSC, segundo relata a autora, procuram romper com o modelo biomédico de abordagem da doença e do paciente, privilegiando a visita domiciliar (VD) como instrumento pedagógico. O objetivo é promover a reflexão do estudante sobre os determinantes sociais no

adoecimento, bem como mostrar realidades diversas de seu cotidiano. A troca de saberes e o estreitamento dos vínculos com a população atendida também é uma das intenções do programa.

Segundo relatam os alunos acompanhados pela pesquisadora, as visitas propiciaram vários aprendizados: (i) desenvolveram as habilidades de escuta, comunicação e compromisso ético; (ii) contribuíram para uma escuta qualificada do outro e para compreensão da situação em sua singularidade; e (iii) promoveram a desinibição, entre outros aspectos. O contato com realidades diversas e com a dinâmica cotidiana no SUS são imprescindíveis na formação de profissionais da saúde e reforçam os conhecimentos teóricos sobre integralidade do cuidado aprendidos durante o curso (ROMANHOLI, 2010).

Para Romanholi (2010, p.101):

Neste processo de ensino-aprendizagem, há o rompimento da dicotomia que era existente entre o que se ensina nas faculdades e a realidade que os profissionais encontrariam no seu dia a dia; a VD [visita domiciliar] é uma oportunidade de o aluno vivenciar a organização do SUS na prática de sua realização e de se apropriar das diversas dimensões que a integralidade do cuidado pode assumir.

Em outro estudo, realizado no Centro de Saúde Escola da FMB, e que analisa a formação de profissionais da saúde em AD (SOUZA, 2023), residentes relataram a necessidade de estarem melhor preparados para as complexidades encontradas na realidade do atendimento em uma UBS, na qual são encontrados casos que demandam maior atenção, um esforço interdisciplinar maior e mais compreensão das singularidades dos sujeitos atendidos. Segundo reportaram à pesquisadora, eles acreditam que essas habilidades foram aprendidas com as visitas domiciliares e toda a prática nelas envolvida – tais como como aplicação de escalas e construção de genogramas e ecomapas. A experiência foi vista como ainda mais enriquecedora porque esse grupo de residentes não havia tido oportunidade semelhante durante os estágios da graduação.

Canuto et al. (2019) relatam experiências de visitas domiciliares com enfoque na escuta qualificada realizadas na Unidade de Saúde da Família (USF) de Vila Altina, no município de Marechal Deodoro/AL. Elas ocorreram durante o estágio obrigatório de alunos do quinto ano do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Os autores concluem a realização de visitas domiciliares possibilita a aproximação com as famílias, elemento central quando se busca um atendimento humanizado, bem como faz com que a equipe enxergue outros fatores, emocionais ou socioeconômicos, que possam estar dificultando a prevenção ou o tratamento de doenças. Para eles, as visitas oportunizaram aprendizados não apenas para os graduandos, mas também para os usuários. Do ponto de vista dos enfermos, ela foi uma

oportunidade de desenvolver a observação, necessária para o melhor atendimento, bem como de compreender a importância da criação de vínculos para o cuidado humanizado.

Outra experiência, relatada por pesquisadores da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, vai nessa mesma direção (BESSA et al., 2020). Alunos do quarto período da graduação em Enfermagem da universidade, matriculados na disciplina Enfermagem em Saúde Coletiva, realizaram uma visita domiciliar escolhida pela Agente Comunitária de Saúde (ACS) de uma UBS da cidade Pau dos Ferros/RN. Durante a visita, vários aspectos da situação do atendido foram levantados, não só ligados a seu estado de saúde, mas também quanto a sua situação socioeconômica e familiar. A partir dos dados coletados, o grupo de estudantes elaborou uma proposta de intervenção. Contudo, o que os autores mais destacam da experiência é como o uso da visita domiciliar ainda é pouco, sendo realizado mais pelo ACS do que por uma equipe multidisciplinar, como pedem as diretrizes de Atenção Primária à Saúde (APS) e de atendimento humanizado do Ministério da Saúde. Os alunos puderam ver que é preciso encontrar novas abordagens, sempre com o objetivo de prestar atendimento integrado, levando em conta o contexto social, econômico e familiar dos usuários da RAS, bem como a individualidade de cada caso.

Alunos dos segundo, terceiro e quarto períodos de um curso de Medicina, matriculados na disciplina Atenção Básica à Saúde, foram divididos em pequenos grupos, acompanhados por um tutor responsável por sua orientação e avaliação. Essas equipes realizaram visitas domiciliares a usuários da RAS local. A experiência é relatada em um artigo de 2019 (SILVA et al., 2019). Durante as visitas, os estudantes avaliaram o ambiente como um todo, reconhecendo o território em que a família atendida está inserida, a presença ou ausência do poder público, a situação da moradia e outros dados socioeconômicos. Também foram construídos genogramas e ecomapas, bem como aplicados questionários/escalas para avaliação do grau de vulnerabilidade. A cada período, os alunos mudavam a UBS para qual realizavam as AD, o que oportunizou que conhecessem diferentes situações e ambientes. Os autores destacam como potencialidades da experiência vivida pelos alunos a possibilidade de acompanhamento da família no local onde vive, o que facilita o conhecimento mais acurado de sua realidade. Segundo eles, esse fator representaria uma importante oportunidade de ampliação da aprendizagem, aliando teoria e prática, bem como um incentivo ao trabalho em equipe.

A visita domiciliar também foi usada como estratégia de aprendizagem em estágio supervisionado em estudo realizado pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (RIBEIRO et al., 2019). O objetivo foi estimular os estudantes de Fisioterapia a refletir, graças às visitas, sobre os problemas concretos vividos pelos atendidos, tornando-se capazes de melhorar a

comunicação e a intervenção dentro e fora do ambiente ambulatorial. Os alunos reportaram sentir que as tarefas relacionadas à AD apresentam alto grau de complexidade, exigindo deles a mobilização de conteúdos teóricos e práticos. A experiência, segundo relatam, os fez aprimorarem competências e habilidades importantes para a área e contribuiu de maneira relevante no processo de aprendizado profissional.

Este artigo se insere nessa linha de pesquisa de relatos de experiência com alunos de graduação, e teve como foco a disciplina de extensão curricular Práticas de Integração e Atenção à Saúde – FUNEPE e Comunidade IV, oferecida para os alunos do terceiro ano do curso de Medicina da FUNEPE. A disciplina tem como objetivo fazer os alunos terem contato com diferentes realidades socioeconômicas e com o dia a dia de uma UBS. A experiência tem-se mostrado muito enriquecedora, a exemplo das outras pesquisas. Os alunos podem vivenciar o cotidiano da RAS da região, bem como diferentes contextos socioeconômicos e familiares muitas vezes diferente dos seus, além de aplicaram na prática conhecimentos adquiridos nas disciplinas teóricas, não só em relação às patologias em si, mas também quanto à saúde integral e cuidado humanizado.

#### 4 CONCLUSÃO

A importância de vivências cotidianas na rede do SUS para graduandos em ciências da saúde tem se mostrado relevante e imprescindível se se quer atingir as metas dadas pela legislação vigente e pela concepção cada vez mais hegemônica de que o cuidado deve ser integrado e focado nos sujeitos, e não mais na doença. Portanto, o oferecimento de disciplinas e estágios como os relatados aqui se tornam prementes, bem como pesquisas que sondem sua eficácia, testem seus formatos e sugiram novas abordagens instrucionais e educativas.

Este trabalho é um relato de uma experiência educativa, mas não se propõe fazer uma análise crítica do formato adotado ou da eficácia junto aos alunos. Outras pesquisas nesse sentido devem ainda ser desenvolvidas para que se possa aprimorar continuamente instrumentos de ensino e aprendizagem na área de saúde que garantam a formação de profissionais mais preparados a atender os desafios da saúde no país, ainda mais quando se pensa na rede pública.

## REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, M. Ecomapa. Rev. Port. Clin. Geral, v.23, p. 327-330, 2007. Disponível em: <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10366/10102>. Acesso em: 7 mai. 2023.

BESSA, M. M; CARVALHO, M. F.; SOUZA, J. O. de; et al. Visita domiciliar como um instrumento de atenção à saúde. Research, Society and Development, v. 9, n.7, e811974884, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4884>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4884/4236>. Acesso em: 6 maio 2023.

BRASIL. Lei n. 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Seção 1, 16 abr. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). 1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acesso em: 7 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

CANUTO, N. S.; LINS, J. C. da S.; SILVA, M. D. A. Educação em saúde por intermédio das visitas domiciliares com enfoque na escuta qualificada realizadas na ESF Vila Altina: relato de experiência. GEPNEWS, Maceió, a.3, v.2, n.2, p.403-409, abr./jun. 2019. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/ojs2-somente-consulta/index.php/gepnews/article/view/7932/5767>. Acesso em: 8 mai. 2023.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v.1, n.2, p. 19-26, 2004. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc1\(2\)104](https://doi.org/10.5712/rbmfc1(2)104). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/104>. Acesso em: 7 mai.. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução n. 569 de 8 de dezembro de 2017. Diário Oficial da União, Seção 1, 26 fev. 2018, p. 85-90.

DIAS, L. C.; LOPES, J. M. C. Abordagem familiar na Atenção Domiciliar. Curso de Especialização em Atenção Domiciliar – Módulo 4. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA. Porto Alegre, 2015.

DUARTE, Y. A. O.; DOMINGUES, M. A. R. Rede de suporte social e envelhecimento: instrumento de avaliação. São Paulo: Blucher, 2020.



GOMES, C. M. S.; ATHAYDE, K. C. P.; BRAGA, A. P. A., et al. Escala APGAR familiar: evidências de validade da versão brasileira para utilização em familiares de pessoas com deficiência intelectual. In: CONGRESSO INTERNACIONAL, 5.; BRASILEIRO DA ABENEPI, 25., 2019, Santa Lúcia/ES. Anais [...]. Santa Lúcia, ES: Abenepe, 2019. p. 79.

MCGOLDRICK, M.; GERSON, R.; PETRY, S. Genogramas: avaliação e intervenção familiar. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União, Seção 1, 26 abr. 2016, p. 33. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html). Acesso em: 7 mai. 2023.

RIBEIRO, R. T. S. K.; MAMEDE, C. A. G. S; SOUZA, M. C. M., et al. A visita domiciliar como estratégia de aprendizagem no estágio supervisionado ambulatorial. Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia, v.6, n.12 (supl.), p. 90-91, 2019. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/2832>. Acesso em: 8 mai. 2023.

ROMANHOLI, R. M. Z. A visita domiciliar como estratégia de ensino aprendizagem na integralidade do cuidado. 2010. 174 f. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2010.

SILVA, C. D.; COSTA, K. M.; ROCHA, A. C. A. S. C., et al. Potencialidades e limitações da visita domiciliar realizada por estudantes de medicina na disciplina de Saúde da Família e Comunidade. Rev. APS, v.22, n.3, p. 712-725, jul./set. 2019. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.16512>. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16512/22777>. Acesso em: 6 mai. 2023.

SOUZA, A. C. de. O olhar do profissional em formação sobre a Atenção Domiciliar. 2023. 152 f. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu, 2023.

VIANNA, A. V. D. G.; RODRIGUES, C. D. S.; QUADROS, J. D., et al. Projeto Terapêutico Singular na Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, 2022.

WRIGHT, Lorraine M.; LEAHEY, Maureen. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002.