

**FACULDADE NOVA ESPERANÇA-FAMENE**  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

JULIANA DE OLIVEIRA CASTELO BRANCO SANTIAGO

**A VISITA DOMICILIAR NO ÂMBITO DA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA  
E COMUNIDADE: um relato de experiência**

JOÃO PESSOA - PB  
2022

JULIANA DE OLIVEIRA CASTELO BRANCO SANTIAGO

**A VISITA DOMICILIAR NO ÂMBITO DA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA  
E COMUNIDADE: um relato de experiência**

Trabalho de Conclusão de Residência  
apresentado à Faculdade Nova Esperança  
para a obtenção do título de Especialista  
em Medicina de Família e Comunidade.

Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup> Carmen Verônica  
Barbosa Almeida

JOÃO PESSOA - PB  
2022

Autorizo a reprodução e divulgação parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Santiago, Juliana de Oliveira Castelo Branco

A visita domiciliar no âmbito da residência de medicina de família e comunidade: um relato de experiência. João Pessoa, 2023.

X p.24 : il. Y

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado à FAMENE.

Orientadora:

Atenção primária à saúde 01. 2. Visita Domiciliar 02. 3. Estratégia saúde da família 03.

**FOLHA DE APROVAÇÃO**

**Autor(a):**Juliana de Oliveira Castelo Branco Santiago

**Título:** A VISITA DOMICILIAR NO ÂMBITO DA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: um relato de experiência

**Natureza:** Trabalho de Conclusão de Residência (TCR)

**Instituição:** FAMENE

## **BANCA EXAMINADORA**

### **Orientador**

---

Prof. Dr<sup>a</sup> Carmen Verônica Barbosa Almeida

### **Co-orientadora**

---

Prof. Dr<sup>a</sup> Iara Medeiros de Araújo

### **Membro da banca**

---

Prof. Msc. Valéria Cristina Silva de Oliveira

**Aprovado em:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Este exemplar corresponde à versão final do TCR aprovado.

FACULDADE NOVA ESPERANÇA - FACENE/FAMENE

**DEDICATÓRIA**

Dedico o presente trabalho a minha família, em nome de Abílio, meu esposo, que muito me apoiou a cursar a residência médica e criou os meios para que eu pudesse realizar meu sonho e me dedicar inteiramente ao projeto durante esses dois anos, e aos meus dois filhos, Abílio e Marília, meus presentes de Deus, que me inspiram diariamente, me fortalecem, e me impulsionam a buscar crescer profissionalmente.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, que é minha fonte interior de tranquilidade e paz e minha força diária a vencer as pequenas e, principalmente, grandes batalhas. Agradeço ao meu honroso marido, Abílio, e meus preciosos filhos Abílio Neto e Marília, que me apoiaram e estão sempre ao meu lado, trazendo ânimo e me fazendo ser melhor a cada dia. Agradeço a minha mãe que me ajudou todos os dias, no cuidado com minha casa, e com meus filhos. Agradeço também aos meus estimados preceptores da residência que contribuíram com seus conhecimentos e ensinamentos ao longo de dois anos para minha sonhada e esperada formação em Medicina de Família e Comunidade, e por fim a cada paciente que por mim foi cuidado, sempre com um olhar de empatia, busquei aliviar o sofrimento todas as vezes, e curar quando foi possível.

## **RESUMO**

A atuação de médicos e médicas de família e comunidade contempla um universo que alia a clínica à vida diária e sua permanência em um território promove a criação e fortalecimento de vínculos objetivando a melhoria do estado de saúde da população, dentre as ações empenhadas, as visitas domiciliares configuram recursos valiosos para o acompanhamento do estado de saúde da população adstrita. O presente relato de experiência objetiva narrar as vivências de uma residente em Medicina da Família e Comunidade na prática da visita domiciliar enquanto tece-se um paralelo aos saberes da literatura atual. Passa-se na cidade de Bayeux, Paraíba, no âmbito da Unidade de Saúde da Família - Rio do Meio II entre os anos de 2020 e 2022. Com a declaração das medidas de controle e enfrentamento da pandemia do coronavírus, as visitas domiciliares foram interrompidas e só foram retomadas com o avanço da campanha de vacinação em meados de junho de 2021. Ao todo, três vivências marcaram o período convivido na USF: a visita 1) sobre comunicação e enfrentamento negativo; a visita 2) sobre a vulnerabilidade em decorrência da insegurança e criminalidade no território ao que os profissionais de saúde estavam sujeitos e; visita 3) sobre o atendimento multidisciplinar. Conclui-se que, enquanto residente no contexto das visitas domiciliares, as experiências contribuíram no processo de formação da autora pois foram meios para a prática nas adversidades do dia a dia da Medicina de Família e Comunidade tratando de comunicação interpessoal, insegurança e criminalidade do território e atuação multidisciplinar.

**Descritores:** Visita domiciliar, Medicina de família e comunidade, Atenção primária à saúde, Residência médica.

The performance of family and community physicians contemplates a universe that combines the clinic with daily life and their permanence in a territory promotes the creation and strengthening of bonds aimed at improving the health status of the population, among engaged actions, visits Home resources are valuable for monitoring the health status of the enrolled population. This experience report aims to narrate the experiences of a resident in Family and Community Medicine in the practice of home visits while weaving a parallel to the knowledge of current literature. The report takes place in the city of Bayeux, Paraíba, within the scope of the Family Health Unit - Rio do Meio II between the years 2020 and 2022. With the declaration of control measures and coping with the coronavirus pandemic, home visits were interrupted and were only resumed with the advancement of the vaccination campaign in mid-June 2021. Three remarkable experiences are reported: visit 1) on communication and negative coping; the visit 2) on vulnerability and security in the territory and; visit 3) about multidisciplinary care. It is concluded that the experiences and experiences while a resident in the context of home visits, therapy in the training process, as they were means for the practice in the day-to-day adversities of Family and Community Medicine, dealing with interpersonal communication, social vulnerability and safety and performance multidisciplinary.

**Keywords:** Home visit, Family and community medicine, Primary health care, Medical residency.

INTRODUÇÃO	10
ABORDAGEM METODOLÓGICA	13
RESULTADOS E DISCUSSÃO	14
CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS	21

## INTRODUÇÃO

Há 33 anos, no Brasil, prega-se que a saúde é um direito fundamental do ser humano e que é dever do Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, e esse o faz mediante formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visam à redução de riscos de doenças e agravos à saúde, e com o estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Dentre as atribuições firmadas pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, no que tange ao Sistema Único de Saúde (SUS), é ordenada a formação de recursos humanos na área de saúde e, para atender à prerrogativa, o Ministério da Saúde (MS) empenha estratégias de diálogo com o Ministério da Educação (MEC), buscando viabilizar e implementar medidas para reordenar a formação, a qualificação e o desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde e, assim, abrir espaço para uma mudança estrutural na forma de cuidar e promover a saúde, objetivando a qualidade da assistência e a especialização dos profissionais; desta feita, surge a Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC) (BRASIL, 1988; SANTOS et al., 2020).

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) no Brasil ainda é exercida predominantemente na Atenção Primária à Saúde (APS), apesar de ser uma especialidade com pouco mais de quatro décadas de história. A implantação da política pública em saúde, que resultou no Programa Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde em 1994, modificou a forma de se pensar a saúde - agora com uma atenção voltada às populações e regiões com maior risco e vulnerabilidade no Brasil. A criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como porta de entrada do SUS e oferta de cuidados integrais e longitudinais em saúde a toda a população revolucionou o cuidado (NETO; ANTUNES; OLIVEIRA, 2019).

Os médicos e médicas de família são formadores de lideranças, criadores de opinião e interlocutores para os usuários do SUS; seus saberes estão pautados em quatro pilares, a saber: a atenção primária, a educação médica, o humanismo e a formação de lideranças. Nas palavras e visão de JANAUDIS (2010), os pilares da MFC são, ao mesmo tempo, apoio e norte para as ações tomadas, e essas garantem a identidade de valores e estratégias de atuação dos médicos e médicas.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) determina que a ESF será a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica. Trata-se de um processo gradual e em constante evolução e expansão - aprimoramento, capacitação e qualificação dos profissionais, mudança de conceitos, condutas e estilo de gestão, reorganização dos serviços e melhoria das infraestruturas das Unidades de Saúde. Esta política prevê um modelo de cuidado mais resolutivo, capaz de atender às necessidades de saúde de uma população e estabelecer um vínculo contínuo entre profissional de saúde e indivíduo/família (BRASIL, 2017).

A ESF tem sido fundamental para a redução das barreiras de acesso que dificultam a chegada dos usuários ao equipamento de saúde; em decorrências das variações regionais nos resultados de saúde, os indicadores de mortalidade infantil e nutrição continuam configurando um problema em saúde pública; e com as diferenças provocando a existência de extremos (sul do Brasil se saindo melhor do que o Norte), o dimensionamento da estratégia demanda uma contínua adaptação às necessidades locais (GONÇALVES, 2018).

Atuar como médico na APS implica em conhecer o que é comum na comunidade, familiarizar-se com as doenças prevalentes enquanto conhece as dimensões e necessidades das pessoas; a educação adequada à metodologia centrada no paciente retoma ao debate para a formação acadêmica com o olhar sistêmico e menos focado em especializações hospitalares; o humanismo tem na Medicina de Família uma dupla função: promover de atitudes reflexivas do médico e prover de conhecimentos com recursos de caráter humanístico; a formação de lideranças implica, por fim, no reconhecimento das responsabilidades perante a missão profissional para a qual está destinado (JANAUDIS, 2010).

A expansão do modelo de APS no Brasil não foi acompanhada de suficiente incremento para a formação de médicos e tão pouco na quantidade de especialistas em medicina de família, uma vez que ainda prevalece o perfil de formação médica voltado às especialidades hospitalares; dentre os desafios e dificuldades identificados para o avanço da especialidade no Brasil, o principal é a formação insuficiente, em números, frente a necessidade e demanda brasileira. (COELHO; ANTUNES; OLIVEIRA, 2019, TRINDADE; BATISTA, 2016).

Conforme painel *online* do Conselho Federal de Medicina de acesso livre e gratuito, no início do ano de 2023, o Brasil conta com pouco mais de 617 mil médicos

inscritos com registro ativo, desses, menos de 8 mil são especialistas em Medicina de Família e Comunidade.

Em Castro & Nóbrega-Therrien (2009), um estudo de caso sob a ótica dos próprios médicos residentes em MFC, são apresentadas as percepções sobre o programa de residência, o conteúdo teórico, os conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridos e críticas construtivas; seus resultados apontam que é inegável a contribuição que o programa de residência em MFC proporciona à formação de médicos e médicas sendo esse tão necessário aos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) (CASTRO; NÓBREGA-THERRIEN, 2009).

A prática das médicas e médicos de família e comunidade deve ser orientada por fundamentos que objetivam abordar e promover o manejo adequado de condições de saúde; desta feita, são habilidades necessárias aos profissionais da área as habilidades de comunicação, o raciocínio clínico adequado para atuação na APS e a medicina baseada em evidências (SANTOS; BÖING, 2019).

Dentre as práticas empenhadas pelos MFC na promoção e no manejo de condições e necessidades dos usuários do SUS, a visita domiciliar configura uma tecnologia de interação no cuidado à saúde e foi concebida como importante meio de aproximação entre os usuários e a ESF favorecendo o acesso às ações e aos serviços de saúde e sendo apontada como instrumento de humanização pois propicia a construção de novas relações entre usuários e profissionais, além da formação de vínculo - pois há a possibilidade de identificação das necessidades da família para então serem traçadas estratégias e intervenções adequadas à realidade objetivando ações de educação em saúde, orientação e estímulo ao autocuidado, mas ainda pode ser percebida, por parte dos usuários, como algo esporádico, distante e até desinteressado (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009, SOARES; NUNES; COSTA, 2011, CRUZ; BOURGET, 2010).

Desta feita, a visita domiciliar apresenta-se como uma atividade, um recurso, para subsidiar a intervenção individual no processo saúde-doença ou para o planejamento de ações voltadas à promoção da saúde comunitária; trata-se de um instrumento essencial ao cuidado à saúde no âmbito da APS e deve ser utilizado pelos membros das equipes de saúde para conhecer o viver e as condições de saúde das famílias sob seus cuidados (ANDRADE *et al.*, 2014).

Com o olhar atento aos saberes observados e aprendidos, o presente relato

objetiva narrar as experiências vivenciadas na residência de Medicina da Família e Comunidade na prática da visita domiciliar.

### **ABORDAGEM METODOLÓGICA**

Trata-se de um relato de experiência desenvolvido no decorrer do programa de residência em medicina da família e comunidade tendo a autora como agente que vive e observa o processo de trabalho da visita domiciliar como parte da execução da Estratégia de Saúde da Família na Unidade de Saúde da Família do município de Bayeux, Paraíba, entre os anos de 2020-2022.

O município de Bayeux, na Paraíba, localizado na região metropolitana de João Pessoa, contém pouco menos de 100 mil habitantes em uma área de, aproximadamente, 32 km<sup>2</sup>; é uma cidade pequena formada pela junção de 14 bairros com predominância urbana. No que tange aos equipamentos de saúde da atenção básica, dados do Ministério da Saúde apontam a existência de 29 unidades de saúde, a USF objeto deste relato é a USF - Rio do Meio II.

O campo de prática da residência está localizado em região periférica da cidade, a USF Rio do Meio II é responsável por uma população relativamente jovem e com baixa incidência de doenças crônicas não transmissíveis. De forma global, temos usuários com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica que buscam atendimento na unidade. Ao todo, a Unidade conta com 12 profissionais de saúde e apoio administrativo que respondem à população supracitada, a saber: 01 cirurgiã dentista; 01 enfermeira; 01 médica, (40h); 01 técnica de enfermagem; 01 auxiliar em saúde bucal; 05 agentes comunitárias de saúde; 01 recepcionista e 01 serviços gerais.

Na USF - Rio do Meio II, a programação de visitas acontece às quintas sempre no período vespertino; são realizadas 5 visitas semanais para pacientes acamados, cadeirantes e/ou cirurgiados. Nelas são realizadas avaliações clínicas, ajustes nas medicações e dosagens; pedidos de exames e encaminhamentos para a complexidade ou demais profissionais de saúde, como fisioterapeuta, nutricionista e fonoaudiólogo.

O programa de residência em Medicina da Família e Comunidade precisou ser adaptado ao momento de pandemia do coronavírus que enfrentamos nos anos de 2020-2022; no primeiro ano, fiquei restrita em casa por motivos de gestação e pude participar da telemedicina de pacientes sintomáticos respiratórios; com a chegada da vacina e o avanço da pandemia, retornamos ao campo com horário reduzido e

cumprindo a agenda teórica do programa. As atividades presenciais e de grupo foram suspensas como medida de manter o distanciamento social, mas atividades de tutoria de alunos do curso de medicina no internato foram realizadas pelos residentes afastados.

No decorrer do programa, tive a oportunidade de realizar as visitas sempre acompanhada da agente comunitária de saúde integrante da equipe; ao todo, são agendadas 5 visitas por semana, e por elas ocorrerem às quintas feiras, temos a oportunidade de planejar e alinhar os atendimentos, com suas necessidades e objetivos. Para o relato, escolhi de três visitas domiciliares que marcaram meu processo de aprendizado na Residência: a primeira visita foi em decorrência da solicitação da Secretaria de Saúde, as demais pertencem ao processo de trabalho da ESF e foram realizadas conforme agenda da Unidade e da Equipe.

O instrumento de trabalho utilizado no decorrer do programa foi o diário de campo.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Atualmente, a gestão da Secretaria de Saúde tem enfrentado dificuldades para promover a assistência domiciliar à saúde nos moldes da desospitalização e das visitas domiciliares; às gerências locais e profissionais da APS adotaram um projeto de atendimento presencial em locais de difícil acesso a fim promover a assistência em saúde de pacientes com dificuldades de mobilidade e/ou com necessidades especiais.

No entanto, apesar dos esforços, a logística de movimentação das equipes enfrenta dificuldades, não há veículos suficientes para o deslocamento das equipes até as áreas afastadas, o quantitativo dos profissionais de saúde não é o suficiente para suprir a demanda diária das Unidades de Saúde da Família e dos atendimentos externos, sem mencionar a condição de vulnerabilidade e violência urbana em que a equipe fica exposta.

O tempo estipulado e acordado com a rotina da USF Rio do Meio II é de trinta minutos por se tratar de apenas uma tarde de visita, logística e distância da Unidade; sabe-se que o dimensionamento das visitas é determinado pelas diferentes especialidades e o tempo gasto nessas configura um evento complexo e de difícil padronização (VILLAS BÔAS; SHIMIZU, 2014). Apesar de que, frente a necessidade ou demanda, pode-se alterar o período estipulado para que as necessidades dos pacientes sejam atendidas; o período de deslocamento não faz parte da contagem do tempo.

Uma visita domiciliar é um mecanismo, um meio de se promover a saúde, é uma forma de promover a extensão do equipamento de saúde até a casa dos usuários; o olhar deve ser atento às informações que são de fácil percepção e aquelas que podem estar nubladas; a medicina de família é convidada a conhecer a intimidade dos pacientes em seu lugar de conforto e proteção, tomo a liberdade de dizer que entramos como convidados à vida privada dos pacientes em um momento de vulnerabilidade e necessidade e a dinâmica deste trabalho tende ao sucesso com empenho de todos os atores envolvidos (CRUZ; BOURGET, 2010).

Da mesma forma que se atua nos atendimentos ambulatoriais, os sinais vitais são verificados, aferidos e anotados; exame físico, palpação, percussão e auscultas também fazem parte da conduta. Exames laboratoriais, prescrições e queixas; mas não, não é esse o sentimento da realização de visitas domiciliares. Tomo a liberdade de dizer que apesar de conhecer as recomendações de conduta para realização de visitas, a dinâmica é tão pessoal e única que de "padrão" identifico apenas o "bom-dia, como tem passado?". De fato, todos os dados clínicos são observados e anotados, mas no momento da visita as dimensões do ser são expostas; por vezes vi na prática que o maior problema não era a hipertensão arterial, mas sim a vulnerabilidade social, lacunas na rede de apoio e demais fragilidades.

### **Visita 1.**

Na presente oportunidade de visita domiciliar, fui acompanhada por internos estudantes de medicina e pela agente comunitária de saúde. Chegamos à residência logo na primeira hora da tarde, chamamos, nos identificamos e pedimos licença. Segui a conduta de atendimento como já tinha feito muitas vezes antes com outros pacientes, mas notei que minhas tentativas de construir um vínculo estavam falhando, a paciente parecia estar totalmente insatisfeita com nossa presença. Entendi que houve desconforto por parte da paciente, ela não mantinha um diálogo direto comigo e apresentou maior interação com a agente comunitária de saúde - parece que já se conheciam e tinha um vínculo - e pouco falou com os estudantes. Seus sinais vitais estavam dentro dos padrões de normalidade, sem queixas, sem dúvidas, sem necessidade da nossa presença ali. Notamos que ela não abria espaço para o diálogo quanto ao histórico de neoplasias da família e pouco fazia questão em tratar do assunto. Por algumas vezes, recusou-se a ser examinada em um exame físico, não queria contato.

Arrisquei, mais uma vez, pedir a permissão para realizar o exame físico. Com a autorização pude verificar o uso de bandagens cobrindo os seios, com a retirada vi que uma mama estava completamente edemaciada, havia uma lesão supurada e completamente tomada por miíases. Eu não pude acreditar no estado em que a paciente estava; as histórias de vida podem interferir no processo de vínculo profissional-paciente; talvez tenha uma relação entre traumas e medos passados e a recusa em buscar ajuda médica e realizar exames; acredito que ela tinha consciência do que estava acontecendo, mas a negação impulsionou um estado de enfrentamento negativo da condição de saúde e doença.

A equipe foi mobilizada para acolher e responder à demanda fazendo o contato com os equipamentos de saúde e da rede de atenção à saúde da região; a Coordenadora da Atenção Básica responsável pela USF fez contato com a atenção secundária e, por regulação, a paciente foi encaminhada para a mastologista em caráter de urgência. Esta experiência corrobora com Rosa (2018) quando descreve a prática da visita domiciliar na APS. Pude observar pontes entre suas percepções e vivências com as minhas relatadas aqui, em especial quando diz sobre a necessidade de olhar amplamente a situação, observar o contexto, a família, as relações e vulnerabilidades; trata também da importância do vínculo entre a equipe de saúde e as famílias, o processo de estabelecer confiança enquanto se pratica um cuidado integral e respeitoso (Rosa, 2018).

A equipe nunca havia enfrentado uma situação como a relatada, os alunos do internato tampouco; em minha trajetória como médica foi a primeira vez que vivenciei um enfrentamento negativo com consequências tão graves e preocupantes; acredito que suas próprias barreiras erguidas pelo medo não permitiram chance alguma de buscar por ajuda. A necessidade de ser acolhido e ter vínculo para com os profissionais/equipe de saúde ou familiares está diretamente ligado ao conceito de saúde; a dificuldade de estabelecer o vínculo foi fator impeditivo para a promoção da saúde da paciente em questão por meses; Para além das necessidades técnicas relacionadas à doença, identifica-se a importância do vínculo na prática do cuidado como conexão humana básica. (FERREIRA et al, 2022) .

Infelizmente, encerra-se sem desfecho; meu vínculo para com a unidade foi encerrado em decorrência da programação da Residência e não voltei a ouvir notícias

da paciente.

A idealização de que as visitas domiciliares ocorrerão de forma pacífica, fluida e com aceitabilidade por parte do paciente e sua família deve ser desconstruída a fim de levar a realidade das dificuldades enfrentadas pelos profissionais aos debates que promovam tecnologias, saberes e propostas de solução; como dito no relato de Pct.1, ela tinha medo de profissionais de saúde, médicos em especial, e se recusava ser submetida à realização de exames mesmo estando em estado crítico em relação à sua saúde e evolução de um câncer de mama. A necessidade das visitas domiciliares extrapolarem a simples coleta de dado, sobre a criação de um vínculo pautado na humanização, na relação afetiva, na confiança e na perspectiva de um acompanhamento real em prol da promoção à saúde dos pacientes que esteja compatível à realidade de grande parte dos municípios brasileiros com precariedade de recursos físicos, humanos e à mercê de situações de vulnerabilidade e violência (NORO;TORQUATO, 2015).

## **Visita 2.**

A APS vive a realidade do Brasil, uma realidade plural, dos extremos, da vulnerabilidade social de muitos e da bonança de uma minoria; neste país de dimensões continentais, realidade se chocam e expõem a prática real dos determinantes sociais de saúde; dito isso, dou início a um breve relato contextualizando a vulnerabilidade de segurança da área adstrita da USF em que servi. Uma área tão exposta a violência e às milícias que o acesso dos agentes comunitários de saúde não é autorizado.

Porém a equipe da ESF não poupou imaginação para que a atenção à saúde rompesse as barreiras erguidas pela insegurança e pelo crime; apesar da visita não ser autorizada, parentes e conhecidos dos usuários que demandam atendimento e acompanhamento do estado de saúde iam à USF e ofereciam uma saída: o atendimento remoto. Antes mesmo das regulações orientarem a prática, da existência de plataformas especiais, o contato telefônico era a única forma de realizar a “visita domiciliar” de acamados, restritos ao leito e demais condições. Ligações telefônicas, conversas em plataforma digital, envio de fotos e vídeos e até vídeo-chamadas são empenhadas pelos profissionais para alcançar a população.

Eu não tinha vivenciado condição de vulnerabilidade ou risco à minha

segurança até o dia em que fui “convidada” a atender uma situação de saúde na região proibida aos profissionais de saúde; são tantos pensamentos que passam na cabeça neste momento, o juramento, o compromisso firmado, minha vida privada e própria segurança; mas mantive firme e acolhi o mensageiro; compreendi a situação de saúde do paciente após uma vídeo chamada, tratava-se de uma ferida contaminada e que demandava de antibióticos para seu tratamento, fiz a prescrição, orientei o mensageiro e encerrei o diálogo sem sair da Unidade. Desta feita, cumpri meu papel conforme os protocolos, corriji a prescrição e recomendei a retirada na farmácia da própria unidade. Um evento como esse não voltou a acontecer.

A questão da vulnerabilidade pela insegurança da equipe no território da USF não é uma singularidade do presente relato, em Goulart et al., 2021 argumentam sobre a presença da ESF em territórios altamente vulneráveis e o contato das equipes áreas e populações que estão expostas à violência; apesar das dificuldades, a agenda das visitas domiciliares são prioridade à equipe local; são apontados como limitadores para a ocorrência da visita domiciliar as incursões policiais, confronto armado entre a polícia e traficantes, a presença de caveirões e o som de tiros e bombas. A violência urbana interfere no andamento das ações de saúde dentro e fora das paredes das USF; territórios marcados pela violência urbana têm, por vezes, o direito à saúde limitado (GOULART *et al.*, 2021).

### **Visita 3.**

Das vivências de visita domiciliar que tive a oportunidade de acompanhar, uma foi a concretização do conceito de atendimento multidisciplinar. Durante as duas primeiras semanas, acompanhei seu estado de saúde sem alterações, mostrava-se lúcida, pouco comunicativa, com dieta enteral. No início da terceira semana, a enfermeira relatou que a paciente estava febril, quieta e com alteração nos sinais vitais. Executei o protocolo de investigação de condição de saúde, solicitei apoio diagnóstico com os exames laboratoriais e não encontramos indício de infecção urinária, que era o diagnóstico mais provável ao considerar a condição restrita ao leito, idosa frágil e com uso de fraldas geriátricas de forma contínua. No entanto, seus sinais e sintomas indicavam a necessidade de intervenção e de identificação do agente causador da febre.

Em uma das visitas, a odontóloga da equipe me acompanhou e realizou sua

investigação; a inspeção da cavidade oral não foi fácil, ela se recusava a abrir a boca. Para minha surpresa e para a confirmação diagnóstica dela, havia um estado dentário precário, com abscesso, e de aspecto ulcerado. Logo foi iniciada a antibioticoterapia, drenado o abscesso, o quadro agudo cedeu e o estado de saúde foi estabilizado novamente em boas condições gerais.

A promoção de visitas domiciliares com a equipe multiprofissional favorece a ampliação do cuidado integral aos pacientes. Ela permite alcançar uma acessibilidade maior às necessidades de saúde de cada paciente e compreender sua dimensão biopsicossocial; é importante frisar que o trabalho executado em equipe promove o fortalecimento de vínculo entre os profissionais de saúde, incentiva trocas de conhecimentos e experiências que refletirão na qualidade do serviço prestado à comunidade. Uma equipe multiprofissional alinhada com planos e objetivos promove cuidados mais direcionados aumentando a adesão às orientações repassadas aos cuidadores, proporcionando assim, maior autonomia e corroborando para melhora da qualidade de vida da comunidade (SILVA et al., 2017).

No que tange às limitações e potencialidades apontadas na literatura médica sobre a visita domiciliar e que vão de acordo com as experiências da autora, são apontadas, respectivamente: pouco tempo disponível para a realização das visitas e a condução das demais atividades da USF e a valorização do trabalho em equipe e a promoção de vínculo entre a equipe e a comunidade. Mesmo com a ocorrência de limitações estruturais, processuais e de mobilidade, percebo que a relação médico-paciente se torna mais efetiva com a saída do profissional das quatro paredes da USF; médico de família e comunidade deve ir a comunidade (SILVA et al., 2021).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A promoção de saúde auxilia no desenvolvimento da capacidade de autocuidado, a prática da visita domiciliar é um importante ferramenta do cuidado na atenção primária. As vivências médicas no âmbito da APS fornecem embasamento e exemplo aos colegas da área frente aos desafios enfrentados em um país tão plural como o Brasil.

Minhas experiências dialogaram sobre a presença do profissional atento às necessidades de sua comunidade; o primeiro trata da comunicação interpessoal e limitação do acesso ao profissional médico, o segundo retrata da vulnerabilidade

quanto à segurança e a proximidade com áreas expostas à criminalidade que médicas e médicos estão sujeitos na prática profissional e, por fim, a terceira vivência trouxe a importância imensurável do trabalho em equipe multidisciplinar.

A vivência enquanto médica de família em período de formação configura uma oportunidade de expor os anseios e os saberes desenvolvidos na prática da mais humana das funções, o cuidado. A visão romântica da autora, aos poucos, tomou forma quando de encontro com as realidades, as vivências e condições de saúde diversas surgiram no decorrer do processo de aprendizado da RMFC.

Ao longo dos dois anos de formação em Medicina de Família e Comunidade, tive a oportunidade de vivenciar diversas visitas domiciliares; considerando a importância em contar o que vivemos, seja para fornecer à literatura relatos da prática dos MFC, seja para inspirar e motivar as próximas gerações de residentes, selecionei três casos em que os desfechos foram inesperados e repletos de ensinamentos.

## REFERÊNCIAS

1. ALBUQUERQUE ABB, BOSI MLM. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. **Cad. Saúde Pública** vol. 25 num.5, maio 2009.
2. ANDRADE AM. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, p. 165-175, 2014.
3. AZEREDO CM. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 743-753, 2007.
4. BRASIL. Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. Acesso em 05/01/2023. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)
5. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Acesso em 10/01/2023. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.htm](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.htm)  
!
6. \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA nº 397 de 16 de março de

2020. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5/GM/MS de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Acesso em 07/01/2023. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/portaria-no-397/#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%20397%2C%20de%2016%20de%20Mar%C3%A7o%20de,no%20%C3%A2mbito%20da%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20B%C3%A1sica>.
7. \_\_\_\_\_. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Acesso em 02/01/2023. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm)
  8. CAVALCANTE GRRV, CAVALCANTE RRV, TRINDADE TG, OLIVEIRA FP, PESSOA TRRF. Residência de Medicina de Família e Comunidade: percepções de egressos sobre sua formação e processo de trabalho. **Interface** (Botucatu). 2022; 26 (Supl. 1): e210610
  9. COELHO GC, ANTUNES VH, OLIVEIRA A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. 2019, v. 35, n. 1 [Acessado 16 Janeiro 2023]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00170917>>.
  10. CRUZ MM, BOURGET MMM. A visita domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. **Saúde e Sociedade**, 19(3), 605-613. 2010. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000300012>. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/a-visita-domiciliar-na-estrategia-de-saude-da-familia-conhecendo-as-percepcoes-das-familias/>
  11. DA SILVA PN, PERES JGC, FIGUEIREDO ANF, PURIFICAÇÃO LG, AGUIAR GM, LOPES RIG, PEREIRA AA, NDIAYE EA. Visitas domiciliares e diagramação familiar na Atenção Primária à Saúde: reflexões de estudantes participantes do PET-Saúde Interprofissionalidade. **Revista de APS**. Universidade Federal de Juiz de Fora. [online]. vol 24. 571- 581. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/34915/24116>
  12. FERREIRA JA, MARQUES RC, SILVA KL, DUARTE ED, SCHRECK RSC. COMPREENSÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DO HOMEM EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR: ESTRATÉGIA PARA A CONTRA-HEGEMONIA. **Ciênc. cuid. saúde**, v. 21. 2022 . Disponível em <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-38612022000100224&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612022000100224&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 27 jan. 2023.
  13. FURLANETTO DLC, LIMA AA, PEDROSA CM, PARANAGUÁ TTB, XAVIER MF, SILVA AKP. Primary Health Care users' satisfaction in the Federal District: the importance of timely access and home visits. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2020 [acesso em 2021 jun. 14]; 25(5): 1851-61. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020255.33332019>

14. GOULART EP, MOURA ETMS, RAFAEL RMR, EDMUNDO KMB, PENNA LHG. Visita domiciliar pela Estratégia Saúde da Família: limites e possibilidades no contexto da violência urbana no Rio de Janeiro. **Rev. bras. med. fam. comunidade.** vol 16. 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1282447>
15. GONÇALVES AMC. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 67, p. 101-109, 2018.
16. HOSTETTER M, KLEIN S. **Em Foco: Integrando Agentes Comunitários de Saúde em Equipes de Assistência**, Transformando Cuidados: Relatórios sobre Melhoria do Sistema de Saúde (The Commonwealth Fund, dez. 2015)
17. JANAUDIS MA. Princípios da Medicina de Família: quatro pilares que definem sua identidade. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 3, p. 300-310, 1 jul. 2010.
18. LOPES JMC, CURRA LCD. A importância do afeto na conduta do Médico de Família e Comunidade. **Rev Bras Med Fam Comunidade.** 2013;8(26):6-10
19. NORO, Luiz Roberto Augusto; TORQUATO, Sara Melo. Visita domiciliar: estratégia de aproximação à realidade social?. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, p. 145-158, 2015.
20. ROCHA KB, CONZ J, BARCINSKI M, PAIVA D, PIZZINATO A. A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. **Psicologia, Saúde & Doenças.** 2017 [acesso em 2021 jun. 15]; 18(1), 170-85. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180115.15>.
21. ROSA TC. Visita domiciliar: um cuidado pensado para o usuário e sua família. **Repositório do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC.** 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/01/1048496/tcc-tatiana-carvalho-da-rosa.pdf>
22. ROMANHOLI RMZ, CYRINO EG. A Visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 42, p. 693-705, 2012.
23. SANTOS MIP, SOUSA KM, FERREIRA MA, PAULO MA, RODRIGUES CL. Formação de Recursos Humanos na Área da Saúde e Implementação do SUS: Análise de um Município Polo Universitário e Referência Macrorregional. **Revista Brasileira de Educação Médica [online].** 2020, v. 44, n. 04 [Acessado 13 Janeiro 2023], e154. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.4-20190307>>
24. SANTOS KPB, BOING E. Atuação sistêmica do médico de família: uma visão segundo o modelo bioecológico do desenvolvimento humano. **Saúde em**

- Debate [online]**. 2019, v. 43, n. 121 [Acessado 16 Janeiro 2023], pp. 614-625. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912125>>.
25. **SILVA RM, PERES ACO, CARCERERI DL**. A visita domiciliar como prática pedagógica na formação em Odontologia. **Revista Da ABENO**. 2018 [acesso em 2022 jan. 25]17(4), 87–98. Disponível em: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v17i4.515.16>.
26. **SILVA CD, COSTA KM, ROCHA ACASC, DE ALMEIDA TS, LAVINAS IPM, REIGADA CLL**. Potencialidades e limitações da visita domiciliar realizada por estudantes de medicina na disciplina de Saúde da Família e Comunidade. **REVISTA APS**. 2021. vol. 22. pág 712-725. Disponível em: <https://periodicos.ufrj.br/index.php/aps/article/view/16512/22777>
27. **SILVA CMC**. Visita domiciliar na atenção à saúde m. **Ciência y Enfermería**, [s. L.], v. 3, n. 17, p.125-136, 2011. Disponível em: <<https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v17n3/art11.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2022.
28. **SOARES RTS, NUNES CF, COSTA GL**. A visita domiciliar como instrumento como para ações educativas em enfermagem: relato de experiência. In: Congresso Brasileiro de Conselhos de Enfermagem, 13., 2011. **Congresso**. Macapá. p. 1 - 7. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/13622661-A-visita-domiciliar-como-instrumento-para-acoes-educativas-em-enfermagem-relato-de-experiencia-resumo.html>>. Acesso em: 14 jun. 2022.
29. **TRINDADE TG, BATISTA SR**. Medicina de Família e Comunidade: agora mais do que nunca!. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2016, v. 21, n. 09 [Acessado 16 Janeiro 2023], pp. 2667-2669. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.18862016>>
30. **TULIO EC, STEFANELLI MC, CENTA ML**. Vivenciando a visitas domiciliares apesar de tudo. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v. 2, n. 2, p.71-79, dez. 2000. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/refased/article/view/4923/3749>>. Acesso em: 14 jun. 2022.
31. **QUEIROZ DT, VALL J, SOUZA AMA, VIEIRA NFC**. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **R. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, 2007. vol 15 (2). pág 276-83. Acesso em 02 de janeiro de 2023. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-475662>
32. **VILLAS BÔAS MLC, SHIMIZU HE**. Tempo gasto por equipe multiprofissional em assistência domiciliar: subsídio para dimensionar pessoal. **Acta Paul Enferm**. 2015; 28(1):32-40. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/vxrwMjL3ZfGgwFShqkDwWQv/?format=pdf&lang=pt>