

Fassarella BPA, Fassarella MB, Faillace GBD, Neves KC, Ribeiro WA, Oliveira SL, Silva AS, Farias BS, Silva ACS, Silva FJD, Felfício FC & Oliveira KGM (2020). Protagonization of the family doctor in the implementation of home visit as a care strategy: a preventive look. *Research, Society and Development*. 9(7):1-16, e776974608.

**Protagonização do médico de família na implementação da visita domiciliar como
estratégia de cuidado: um olhar preventivo**

**Protagonization of the family doctor in the implementation of home visit as a care
strategy: a preventive look**

**Protagonización del doctor familiar en la implementación de la visita al hogar como
estrategia de atención: una mirada preventiva**

Recebido: 16/05/2020 | Revisado: 24/05/2020 | Aceito: 26/05/2020 | Publicado: 12/06/2020

Bruna Porath Azevedo Fassarella

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1400-4147>

Acadêmica de Medicina da Universidade Iguazu, Brasil

E-mail: brunaporath@gmail.com

Michel Barros Fassarella

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1937-696X>

Médico graduado pela Universidade Iguazu, Brasil

E-mail: fassarella@gmail.com

Giovanna Borges Damião Faillace

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8266-5828>

Médica graduada pela Universidade Iguazu, Brasil

E-mail: giovannabdf@yahoo.com.br

Keila do Carmo Neves

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6164-1336>

Acadêmica de Medicina da Universidade Iguazu, Brasil

E-mail: keila_arcanjo@hotmail.com

Wanderson Alves Ribeiro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8655-3789>

Acadêmico de Medicina da Universidade Iguazu, Brasil

E-mail: nursing_war@hotmail.com

Shirlei Lacerda de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9888-315X>

Acadêmica de Medicina da Universidade Iguauçu, Brasil

E-mail: shirleilacerda1@hotmail.com

Aline Santos Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5334-5729>

Acadêmica de Medicina da Universidade Iguauçu, Brasil

E-mail: enfalinesantos@gmail.com

Bianca Sá Farias

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9886-7726>

Acadêmica de Medicina da Universidade Iguauçu, Brasil

E-mail: biancasafarias@hotmail.com

Ary Carlos Spacoski da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6427-7418>

Acadêmico de Medicina da Universidade Iguauçu, Brasil

E-mail: aryspak@hotmail.com

Fabiano Júlio Delesposte Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3805-7673>

Acadêmico de Medicina da Universidade Iguauçu, Brasil

E-mail: bianointensivista@yahoo.com.br

Felipe de Castro Felício

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4657-1661>

Acadêmico de Medicina da Universidade Iguauçu, Brasil

E-mail: fecastrofelicio@gmail.com

Karine Gomes de Moura de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4894-7899>

Acadêmica de Medicina da Universidade Iguauçu, Brasil

E-mail: odontoka2017@gmail.com

Resumo

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa e caráter descritivo que tem como objeto de estudo o protagonismo do médico de família na visita domiciliar, que objetivou descrever as práticas desenvolvidas por médicos de família no contexto da visita domiciliar da Estratégia Saúde da Família. Como metodologia, utilizou-se a Biblioteca Virtual de Saúde, nas bases de informações LILACS, BDEFN, MEDLINE e SCIELO, com recorte temporal de 2009 a 2018. Na medida em que o médico de família tem a oportunidade de

acompanhar este usuário e sua família, a visita domiciliar (VD) pode tornar-se um espaço que propicia a interação e o diálogo, ultrapassando a questão técnica, exclusivamente. Conclui-se a importância do médico de família como educador e orientador na promoção da saúde, uma vez que é o profissional que possui conhecimentos técnicos e habilidades para realizar uma análise detalhada das condições do cliente idoso e do seu cuidador.

Palavras-chave: Atenção primária de saúde; Estratégia saúde da família; Médicos de família; Visita domiciliar.

Abstract

This is a bibliographic research with a qualitative approach and descriptive character whose object of study is the role of the family doctor in the home visit, which aimed to describe the practices developed by family doctors in the context of the home visit of the Family Health Strategy. As a methodology, the Virtual Health Library was used, in the LILACS, BDNF, MEDLINE and SCIELO information bases, with a time frame from 2009 to 2018. As the family doctor has the opportunity to accompany this user and his family, the home visit (HV) can become a space that provides interaction and dialogue, overcoming the technical issue, exclusively. It concludes the importance of the family doctor as an educator and advisor in health promotion, since it is the professional who has technical knowledge and skills to perform a detailed analysis of the conditions of the elderly client and their caregiver.

Keywords: Primary health care; Family health strategy; Family doctors; Home visit.

Resumen

Esta es una investigación bibliográfica con un enfoque cualitativo y un carácter descriptivo cuyo objeto de estudio es el papel del médico de familia en la visita domiciliar, cuyo objetivo fue describir las prácticas desarrolladas por los médicos de familia en el contexto de la visita domiciliar de la Estrategia de Salud Familiar. Como metodología, se utilizó la Biblioteca Virtual de Salud, en las bases de información de LILACS, BDNF, MEDLINE y SCIELO, con un marco de tiempo de 2009 a 2018. Como el médico de familia tiene la oportunidad de acompañar a este usuario y su familia, la visita al hogar (HV) puede convertirse en un espacio que proporcione interacción y diálogo, superando el problema técnico, exclusivamente. Concluye la importancia del médico de familia como educador y asesor en la promoción de la salud, ya que es el profesional que tiene conocimientos técnicos y habilidades para realizar un análisis detallado de las condiciones del cliente mayor y su cuidador.

Palabras clave: Primeros auxilios; Estrategia de salud familiar; Médicos de familia; Visita a casa.

1. Introdução

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil evidenciou uma relevante conquista pela garantia do direito à saúde. Isso implica, não somente em assegurar o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, mas também em formular políticas públicas que afetem positivamente os determinantes sociais de saúde (Silva *et al.*, 2016).

Santos (2012) corrobora que, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1990 com o objetivo de identificar e divulgar fatores condicionantes e determinantes da saúde, além de formular políticas designadas a promover ações e serviços de saúde e assistir às pessoas por meio da promoção da proteção e recuperação da saúde. Em 19 de setembro de 1990, a lei 8.080 foi sancionada, confirmando e legitimando a implantação do SUS.

Ribeiro & Poles (2019) refere que Atenção Primária à Saúde (APS), é o primeiro acesso ao sistema de saúde de seus usuários e objetiva oferecer cuidado integral, coordenando e integrando o atendimento prestado por outros serviços de saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal representante da Atenção Primária no Brasil.

Nesse sentido vale conceituar que, a atenção básica à saúde (ABS) é definida como um agrupamento de intervenções de saúde tanto no âmbito individual quanto coletivo, que envolve a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (Alencar *et al.* 2016).

A ESF é um recurso de implementações e serviços em saúde no qual uma equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal, auxiliar de saúde bucal e agente comunitário de saúde, faz cumprir as normas e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), visando à promoção, prevenção e recuperação através de mudanças na forma de atendimento das equipes, qualificando e garantindo as ações de forma integral (Santos, 2012).

Silva *et. al* (2016) complementa que APS, com ênfase na ESF, exerce um papel de protagonismo no enfrentamento da realidade brasileira, extremamente heterogênea e com históricas e persistentes desigualdades regionais. A APS atua na organização do fluxo de pacientes dentro do SUS, pode contribuir para a economia de recursos da saúde através da diminuição de internações hospitalares por condições sensíveis à APS, além de atuar na promoção da saúde em seu mais amplo sentido, incentivando a autonomia da população, através da educação em saúde.

Segundo Cunha & Sá (2013) a APS vem se fortalecendo como estratégia de organização do sistema de saúde e forma de resposta às necessidades de saúde da população. Neste sentido, as implementações de saúde da família, anteriormente destinadas à cobertura de municípios menores, com foco em áreas de maior risco social, passam a adquirir centralidade na agenda do governo federal, a partir de meados da década de noventa, com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF).

Cabe mencionar que, a atenção primária, a ESF possibilitou que o médico de família, ao encontrar o paciente no contexto da comunidade onde vive, e também local de trabalho da equipe de saúde, fortalecesse o vínculo, gerando uma relação de maior confiança. Esse fato propicia o desenvolvimento de uma relação não apenas baseada no caráter técnico da prática, mas também inclui relações mais comunicativas (Borges & Oliveira, 2011).

Como estratégia nacional para a atenção primária, denominada, a partir de 2006, Estratégia de Saúde da Família (ESF), suas diretrizes passam a se contrapor ao modelo de vigente, baseado na lógica curativa, propondo uma atenção centrada na família e no território, baseando-se em ações de prevenção das doenças, promoção e assistência à saúde. Visando à produção de novos modos de cuidado, a ESF propõe a visita domiciliar (VD) como instrumento central no processo de trabalho das equipes (Cunha & Sá, 2013).

No que se refere ao contexto histórico, vale informar que a VD é prática de execução extremamente antiga, criada por volta de 1950 nos Estados Unidos, tinha o intuito de descongestionar os hospitais. No Brasil, o cuidado no âmbito residencial passou a ser organizado e institucionalizado nos anos 90. Na atenção primária de saúde, o atendimento domiciliar é efetivado por meio de Visita Domiciliar (VD). Que também pode ser considerada uma importante ferramenta de trabalho da Equipe de Saúde da Família, pois permite um olhar direcionado da situação real e local de cada usuário e suas famílias (Alencar *et al.* 2016).

Considera-se a visita domiciliar como sendo uma estratégia de cuidado forte, tendo em vista que, ela é um espaço concedido pelo usuário em seu domicílio, diversamente do serviço de saúde, que é um espaço bem mais protegido para o profissional e para o usuário. Para o usuário e seus familiares em geral, a visita representa um cuidado especial, simbolizando um compromisso da equipe. Ela fortalece o vínculo entre o profissional, equipe e o usuário (Borges & Oliveira, 2011).

Enfatiza-se que, a visita domiciliar na ESF é uma ferramenta utilizada pelos membros da equipe de saúde com o objetivo de contribuir para a recuperação e conhecimento da situação de vida do cidadão, dessa forma tem a criação de vínculos entre os dirigentes e as clientelas. Além disso, a visita domiciliar possibilita a promoção da autonomia do usuário

assistido por meio da assistência prestada de maneira acolhedora e humanizada, onde está sempre se atentando com a infraestrutura: moradia, asseio, saneamento dentre outros, que existe nas comunidades visando a realização do trabalho em conjunto e integralidade das atividades (Polaro, Gonçalves & Alvarez, 2013).

A despeito de suas potencialidades, a atividade de VD enfrenta muitos desafios. O contexto de incertezas e surpresas em que se realiza, envolvendo relações complexas entre o público e o espaço privado do domicílio. Além das dificuldades inerentes à própria prática da VD: a mudança de famílias, endereços errados e recusas, entre outras situações adversas (Cunha & Sá, 2013).

Apesar de todo esforço das estratégias de educação em saúde, para construção das práticas assistenciais permanecerem como implementação de cuidado, estruturadas por um processo de trabalho que opera com base em relações do médico com a equipe multiprofissional. Persiste um processo de trabalho fragmentado, onde cada profissional atua frente as suas atribuições, com saberes que se isolam uns dos outros para a construção do processo saúde-doença (Teófilo, Santos & Baduy, 2017).

Cunha & Sá (2013) apontam que os problemas com que os médicos de família se deparam nas VD envolvem não apenas o enfrentamento da doença em si, mas, também, situações relacionadas ao contexto social e cultural em que vive a família, para os quais a medicina tecnológica, em geral, tem pouco para ofertar, sendo necessário reconhecer os limites dos profissionais e admitir que as alternativas e encaminhamentos para os problemas passam, necessariamente, pela participação do usuário e sua família, bem como, por ações Inter setoriais e de articulações com a sociedade civil.

A interação entre o profissional médico e o usuário e sua família, na VD, propicia que um maior entendimento mútuo leve a ações de saúde que busquem aliar êxito técnico e sucesso prático. No entanto, esta interação varia, pois os profissionais médicos têm posicionamentos diversificados entre si (Borges & Oliveira, 2011).

A motivação pela qual entusiasmou o desenvolvimento desta pesquisa surgiu à medida que no processo ensino-aprendizagem, do curso de Pós-Graduação em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família, pôde-se conhecer de forma teórica, a grande relevância da realização das visitas domiciliares e ainda, a presença do médico de família como integrante da equipe multiprofissional, frente a sua participação ativa no contexto do cuidado na ESF. A inquietação por essa temática emergiu também durante a realização de pesquisas em artigos que abordassem a temática no âmbito da atenção primária de saúde, na qual foram referidas as

possíveis contribuições do médico de família e ainda, o visita domiciliar como eixo estratégico para o cuidado preventivo.

Corroborara-se ainda que, a temática ganha pertinência devido à necessidade de difundir informações para o fortalecimento da promoção e prevenção a saúde, tendo em vista que o médico de família consegue identificar diagnósticos precoces e, por sua vez, contribuir no processo promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

Diante da problemática apresentada pode-se destacar como objeto de estudo o protagonismo do médico de família na visita domiciliar. Para tal, traçou-se a seguinte questão norteadora: Qual a protagonização do médico de família na implementação da visita domiciliar como estratégia de cuidado? Diante disso, a pesquisa tem como objetivo descrever as práticas desenvolvidas por médicos de família no contexto da visita domiciliar da Estratégia Saúde da Família.

2. Metodologia

Entende - se por metodologia todas as ciências caracterizam-se pela utilização de métodos científicos; em contrapartida, nem todos os ramos de estudo que empregam estes métodos são ciências. Dessas afirmações podemos concluir que a utilização de métodos científicos não é da alçada exclusiva da ciência, mas não há ciência sem o emprego de métodos científicos (Lakatos & Marconi, 2010).

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa e caráter descritivo como preconiza Pereira et al. (2018). Cabe ressaltar que a pesquisa bibliográfica que é desenvolvida com auxílio de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Contudo em grande parte dos estudos seja exigido algum tipo de trabalho deste gênero, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas (Gil, 2008).

Em relação ao método qualitativo, Minayo (2008), discorre que é o processo aplicado ao estudo da biografia, das representações e classificações que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, edificam seus componentes e a si mesmos, sentem e pensam.

De acordo com Gil (2008), as pesquisas descritivas possuem como objetivo a descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência.

Os dados foram coletados em base de dados virtuais. Para tal utilizou-se a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na seguinte base de informação: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciência da Saúde

(MEDLINE), *Scientific Eletronic Library Online (SCIELO)*, dentre outros, no período de Setembro à Outubro de 2019.

Optou-se pelos seguintes descritores: Atenção Primária de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Médicos de Família; Visita Domiciliar que se encontram nos Descritores em Ciência da Saúde (DECS).

Estabeleceu-se então para a realização da pesquisa os critérios de inclusão: textos na íntegra e em português com abordagem da temática estabelecida e que obedecessem ao recorte temporal de 2008 a 2018 e como critérios de exclusão, os textos incompletos e em língua estrangeira, textos que não abordassem a temática estabelecida e com recorte temporal inferior a 2008.

Cabe mencionar que os textos em língua estrangeira foram excluídos, devido o interesse em embasar o estudo com dados do panorama brasileiro e os textos incompletos, para oferecer melhor compreensão através da leitura de textos na íntegra. Após a associação de todos os descritores foram encontrados 1.123 artigos, excluídos 1.661 e selecionados apenas 14 (Tabela 1).

Tabela 1: Artigos selecionados de acordo com os descritores na base de dados (BVS) - 2019.

Atenção Primária de Saúde and Estratégia Saúde da Família and Médicos de Família							
Textos Completos	Língua Portuguesa	Base de Dados				Excluídos	Selecionados
		LILACS	MEDLINE	BDENF	Outros		
598	596	362	24	61	149	593	05

Estratégia Saúde da Família and Médicos de Família and Visita Domiciliar							
Textos Completos	Língua Portuguesa	Base de Dados				Excluídos	Selecionados
		LILACS	MEDLINE	BDENF	Outros		
142	87	38	01	14	34	141	01

Médicos de Família and Visita Domiciliar							
Textos Completos	Língua Portuguesa	Base de Dados				Excluídos	Selecionados
		LILACS	MEDLINE	BDENF	Outros		
46	42	27	09	02	6	43	03

Atenção Primária de Saúde and Visita Domiciliar							
Textos Completos	Língua Portuguesa	Base de Dados				Excluídos	Selecionados
		LILACS	MEDLINE	BDENF	Outros		
337	238	98	49	02	149	332	05

Fonte: Autores.

Com vista a ampliar o conhecimento, a recorrência e o estado da temática, foi realizada uma pesquisa bibliográfica no endereço eletrônico scholar.google.com.br, para

embasamento e contextualização do tema em questão, onde foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão e selecionados 02 artigos.

Subsequente a esta seleção, foi realizado uma leitura reflexiva dos dezesseis artigos, no qual se descreveram os resultados encontrados nesta leitura e ainda, uma discussão suscita relacionada aos achados.

3. Resultados e Discussão

Subsequente a seleção dos artigos, foi realizado uma leitura reflexiva dos dezesseis artigos, emergiu duas categorias: A implementação da Visita Domiciliar no contexto de cuidado e a Protagonização do Médico de Família na Visita Domiciliar.

Categoria 1 - A implementação da Visita Domiciliar no contexto de cuidado

A visita domiciliar é uma estratégia de promoção à saúde, de reforçar laços entre a unidade e o idoso, de fazer com que o tratamento seja contínuo e de respeitar os princípios do SUS evitando internações de longa permanência (Silva, 2018).

Ressalta-se que, a VD é uma estratégia que requer reflexão sobre as concepções de saúde e de vida que amparam uma organização das práticas de saúde realizadas no domicílio. No momento da VD o profissional, precisa considerar a integralidade do cuidado e articulação com os serviços de saúde, para que possa proporcionar ao usuário e à sua família um cuidado de qualidade (Barbosa & Tronchin, 2015).

Vale informar que é pertinente o cuidado individual para cada usuário, sendo assim reconhece a singularidade, valores, e não deixando de identificar suas características pessoais, condições clínicas, participação do autocuidado, impacta positivamente no resultado da assistência (Martins, 2017).

Cabe ressaltar que, a visita domiciliar permite uma assistência à saúde de qualidade e custo razoáveis uma vez que diminui hospitalizações, promove cuidados paliativos, permite antecipação de diagnósticos, personalização do atendimento e maior orientação ao paciente que passa a ter o profissional da UBS como referência para problemas de saúde (Sossai & Pinto, 2010).

A VD constitui-se em um importante instrumento de atenção à saúde oportunizando a partir do conhecimento da realidade local do indivíduo e da sua família, o fortalecimento dos

vínculos entre usuário e profissional e a adesão ao tratamento, além de atuar na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos (Cunha, 2013).

Desta forma, a VD é percebida como um importante espaço de reconhecimento e de reforço da identidade, sendo também reconhecida como um espaço de exercício de autonomia e de concretização de atividades junto à comunidade (Brito et al., 2013).

A atenção domiciliar é uma forma de assistência a indivíduos que necessitam de cuidados interrompidos, mas, acima de tudo com mecanismo de análise local e planejamento de ações sistematizadas a partir da veracidade da população. Vários estudos apontam o importante papel da VD no estabelecimento de vínculos com a população, bem como seu caráter estratégico para integralidade e humanização das ações, pois permite uma maior proximidade e, conseqüentemente, maior responsabilização dos profissionais com as necessidades de saúde da população, de sua vida social e familiar (Romanholi & Cyrino, 2012).

Para Brasil (2012), a visita domiciliar aparece como estratégia de interação no cuidado à saúde, sendo de fundamental importância quando adotada pela equipe de saúde no conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Os diversos profissionais que compõem a equipe de saúde da família devem realizar a VD como regulamentado e preconizado pela PNAB, realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários.

Machado, Araújo & Dantas (2012) refere que a identificação da população adscrita, que necessitam da atenção domiciliar é caracterizado como um processo de “busca” de usuários que precisam deste tipo de serviço. É importante destacar que o levantamento destes usuários, quando inexistente, pode ser feito através do mapeamento e territorialização da área de abrangência da unidade, uma vez que ao vincular o cuidado domiciliar prestado no território com as ações do Programa de Saúde da Família, faz se necessário conhecer o perfil epidemiológico, as condições socioculturais da população, dentre outra série de fatores que devem ser considerados.

Informa-se ainda que, território é marcado por diversas peculiaridades que interferem no processo saúde doença e promoção de saúde, e que devem ser levadas em contas no momento do planejamento das ações da VD. O território tem identidade intrínseca à constituição da vida social e ao conhecer o território e planejar as ações baseado nesta identidade própria, a VD tem a possibilidade de demonstrar sua potencialidade sobre as condições de saúde da população (Junges & Barbiani, 2013).

Lima & Lopes (2016) referem que a VD pode ser classificada como uma tecnologia leve, existem definições distintas de tecnologias em saúde, de acordo o autor, a tecnologia leve é caracterizada como um conjunto de ações que não necessitam de máquinas ou equipamentos para sua efetivação, no entanto, a tecnologia leve no cotidiano do trabalho em saúde está além apenas do processo de acolhimento, atenção integral ou vínculo.

Vale mencionar que, a visita domiciliar tem potencialidades que favorecem muito a otimização do trabalho na ESF e o vínculo criado coma comunidade beneficiada. Para Romanholi & Cyrino (2012), a possibilidade de planejá-la previamente permite uma reorganização do processo de trabalho na UBS e a diminuição de atendimentos na unidade. O olhar multiprofissional permite uma construção coletiva que transforma as ações dos profissionais Permite ainda entender a família em seu espaço social, compreender aspectos psicoafetivos que podem favorecer a saúde ou promover o adoecimento, abordar problemas sociais e emocionais, promovendo um cuidado humanizado, com potencial para captar as necessidades de saúde dos indivíduos e criação de vínculo com a utilização de uma comunicação terapêutica nas relações entre profissionais e familiares.

Categoria 2 - Protagonização do Médico de Família na Visita Domiciliar

Ao utilizar a VD como estratégia de cuidado, o médico de família tem a possibilidade de planejar a atividade, avaliar as condições de saúde da família e propor condutas, desenvolvendo suas ações de modo ampliado, incluindo ao recorte individual biológico o contexto social, em uma perspectiva longitudinal da atenção (Acioli et al., 2014).

A VD permite ao médico de família conhecer o contexto social e as necessidades de indivíduos e famílias, proporcionando maior aproximação com o processo saúde-doença (Kebian & Acioli, 2014).

Os médicos tendem a adotar ações estratégicas, com o objetivo de atingirem um determinado objetivo terapêutico, não levando em consideração a opinião do paciente e família, agindo de forma paternalista, com o argumento de que é para o “bem” do outro, trazendo, como consequência, dificuldades em relação ao acompanhamento clínico (Borges & Oliveira, 2011).

Corroborando ao contexto, na medida em que o profissional médico tem a oportunidade de acompanhar este usuário e sua família, a visita domiciliar (VD) pode tornar-se um espaço que propicia a interação e o diálogo, ultrapassando a questão técnica, exclusivamente. Quando ocorre o vínculo entre o médico, o usuário e sua família, pode

estabelecer-se o cuidado como uma relação, compartilhando responsabilidades (Borges & Oliveira, 2011).

Segundo De Paula *et al.* (2014) para a realização da visita domiciliar é relevante que a equipe multidisciplinar tenha preparo profissional, comprometimento e disponibilidade de tempo para desempenhar suas atividades, para que dessa maneira possa contribuir para redução das demandas nas instituições hospitalares de saúde.

De acordo com Borges & Oliveira (2011), para que esse processo ocorra, é preciso que o médico esteja presente e atuante na comunidade, sendo sua formação de tal modo que permita contemplar os problemas de saúde mais prevalentes, relacionando-se com o paciente e sua família e tendo a abertura para aceitar opiniões e condutas, algumas vezes, diversas das que são prescritas pelos protocolos na ESF, a longitudinalidade está integrada à ideia de responsabilidade e vínculo, responsabilidade esta que é compartilhada entre profissionais e usuários, à medida que se reconhecem e podem estabelecer vínculos de confiança entre si.

Complementa-se ainda que, no domicílio e na comunidade, o médico de família entra em contato com um mundo diverso daquele do consultório e pode ter a oportunidade de ampliar seu entendimento da vida cotidiana das pessoas que atende, ao mesmo tempo em que precisa intervir sobre estas pessoas e seus problemas de saúde (Borges & Oliveira, 2011).

Corroborando ao contexto, Cunha & Sá (2013) referem que a ESF prevê a atenção domiciliar à saúde como forma de assistência àqueles que precisam de cuidados contínuos, mas, sobretudo, como instrumento de diagnóstico local e programação das ações a partir da realidade. Vários estudos apontam o importante papel da VD no estabelecimento de vínculos com a população, bem como seu caráter estratégico para integralidade e humanização das ações, pois permite uma maior proximidade e, conseqüentemente, maior responsabilização dos profissionais com as necessidades da saúde da população, de sua vida social e familiar.

No contexto do domicílio, quando o médico visita o paciente e sua família, emergem questões relativas ao cuidado em si, incluindo: os problemas da vida cotidiana, o conhecimento do usuário, da família e do profissional, a experiência adquirida e compartilhada no espaço da visita, entre outras. Isso permite, a nosso ver, um campo fértil para se refletir e investigar a interação médico-usuário e as perspectivas e desdobramentos que levem à construção de outras formas de interação mais comunicacionais (Borges & Oliveira, 2011).

Nesse sentido, os profissionais médicos afirmam que, na VD, têm a oportunidade de construir outro tipo de atenção e cuidado com o usuário e família. Por estarem no âmbito da Atenção Primária, eles podem e devem ampliar a perspectiva curativa ao implementarem

medidas de cunho preventivo, refletindo e incorporando os conhecimentos adquiridos no contato, em domicílio, com os usuários e famílias que acompanham (Teófilo; Santos; Baduy, 2017).

A inserção do médico de família do contexto de vida do paciente e da família, como afirma Teófilo, Santos & Baduy (2017), possibilita uma articulação entre as ações que são estratégicas e que buscam o êxito técnico, com negociações advindas de uma interação mais voltada à comunicação e que se relacionariam ao sucesso prático ().

4. Considerações Finais

Conclui-se que o estudo permita uma amplitude de conhecimento mais ampliado sobre a visita domiciliar. É de grande relevância compreender que a visita domiciliar, na ótica do médico de família, perpassa uma visita social, o profissional necessita ter objetivos explícitos ao ser inserido no âmbito residencial do paciente, exigindo preparo profissional e predisposição pessoal para construção de vínculo e ainda, escuta terapêutica que, se insere como uma das atribuições do médico de família. Observou-se ainda, que a visita domiciliar é uma prática que agrada a maioria dos usuários e apresenta potencialidades que se sobrepõem às suas limitações sendo estas em sua maioria de ordem técnica e que podem ser amenizadas com medidas simples.

Por sua vez, a realização de discussão dos casos com a equipe multidisciplinar, após as visitas permite a criação de planos de cuidados individualizados para cada usuário e ainda, família, levando em consideração de toda a equipe, divisão de tarefas e metas a serem atingidas no processo saúde-doença, com determinação de tempo de execução entre a equipe, permitindo a otimização de visitas domiciliares no processo de trabalho das equipes, visando melhores resultados para a comunidade.

Por fim, conclui-se ainda que poucos estudos científicos exploram a presença do médico no âmbito estratégia saúde da família. Frente a isso, sugere-se a construção de novos estudos, na ótica do médico de família e as suas atribuições na visita domiciliar e a ainda, o vislumbrar do usuário da atenção primária da saúde sobre esse profissional no contexto de cuidado.

Referências

Barbosa S. F & Tronchin D. M. R. (2015). Manual de monitoramento da qualidade dos registros de enfermagem na assistência domiciliar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(2): 253-60.

Brito M. J. M et al. (2013) Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. *Esc. Anna Nery*, 17(4): 603-10.

Borges R & D'Oliveira A. F. P. L (2011). The medical home visit as a space for interaction and communication in Florianópolis - Santa Catarina. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, 15(37): 461-72.

Acioli S et al. (2014) Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. *Rev Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 22(5): 637-42.

Brasil. Ministério da Saúde. (2012). Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde.

Cunha M. S & Sá M. C (2013). Home visits within the Family Health Strategy (Estratégia de Saúde da Família - ESF): the challenges of moving into the territory. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, 17(44): 61-73.

Gil A. C. (2008). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5.ed. São Paulo: Atlas.

Junges J. R & Barbiani R (2013). Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. *Revista Bioética*. 21(2): 207-17.

Kebian L. V. A, & Acioli S (2014). A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Rev Eletr Enferm.*, 16(1): 161-9.

Lakatos E. M, & Marconi N. A (2010). *Fundamentos de Metodologia Científica*. 7.ed. São Paulo. Ed. Atlas.

Machado M. C, Araújo A. C. F, Dantas J. P *et al* (2012). Territorialização como ferramenta para a prática de residentes em saúde da família: um relato de experiência. *Rev. Enferm. UFPE online*. 6(11): 2851-7.

Martins J. J, Schier J, Erdmann A. L *et al* (2017). Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 10(3).

Minayo M. C. S (2014). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. In: *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Cortez.

Paula M, Peres A. M, Bernardino E *et al*. (2014) Características do processo de trabalho do enfermeiro da estratégia de saúde da família. *Rev.Min. Enferm*; 18(2): 454-62.

Pereira A. S *et al*. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. [e-book]. Santa Maria. Ed. UAB/NTE/UFMS. Disponível em:
https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1.

Polero S. H. I, Gonçalves L. H. T, & Alvarez A. M. (2014). Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da Estratégia de Saúde da Família. *Text. Context. Enf.*; 22(4): 935-42.

Romanholi R. M. Z, & Cyrino E. G (2012). Home visits in doctors' training: from conception to the challenge of practice. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, 16(42):693-705.

Santos A. S (2012). *Saúde Coletiva: linhas de cuidado e consulta em enfermagem*. RJ. Ed. Elsevier.

Silva F. A. M (2018). Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária a saúde.

Sossai L. C. F, & Pinto I. C (2010). A Visita Domiciliária do Enfermeiro: Fragilidades x Potencialidades. *Cienc. Cuid. Saúde*. 9(3): 569-76.

Teófilo T. J. S, Santos N. L. P & Baduy R. S (2017). Betting on change in medical education: trajectories of a medical school. *Interface (Botucatu)*. 21(60): 177-88.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Bruna Porath Azevedo Fassarella – 8,3%
Michel Barros Fassarella – 8,3%
Giovanna Borges Damiano Faillace – 8,3%
Keila do Carmo Neves – 8,3%
Wanderson Alves Ribeiro – 8,3%
Shirlei Lacerda de Oliveira – 8,3%
Aline Santos Silva – 8,3%
Bianca Sá Farias – 8,3%
Ary Carlos Spacoski da Silva – 8,3%
Fabiano Júlio Delesposte Silva – 8,3%
Felipe de Castro Felício – 8,3%
Karine Gomes de Moura de Oliveira – 8,3%