

# A visita domiciliar na formação de médicos:

da concepção ao desafio do fazer\*

Renata Maria Zanardo Romanholi<sup>1</sup>  
Eliana Goldfarb Cyrino<sup>2</sup>

ROMANHOLI, R.M.Z.; CYRINO, E.G. Home visits in doctors' training: from conception to the challenge of practice. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.16, n.42, p.693-705, jul./set. 2012.

Starting in 2003, a University-Community Service Interaction (IUSC) program has been developed within the undergraduate medical course of a public university in the state of São Paulo, Brazil. It was built from the need for primary healthcare experiences, aiming towards comprehensive care. Home visits (HV) stood out as presenting the possibility for students to reflect on the social determinants of the health-disease process; develop communication skills; practice educational dialogue; practice linkages with the community; expand clinical reasoning; and contribute towards understanding and solving family problems. This study aimed to investigate this proposal for HV within medical training. The development, importance, range, challenges and conflicts of HV within IUSC and its incorporation as a practice pertinent to medical education were contextualized. It was concluded that HV can strengthen and expand ties and commitments, and favor communication, thereby contributing towards changes in medical education in Brazil.

*Keywords:* Family health. Home visit. Medical education. Community-institution relations.

Desde 2003, desenvolve-se a Interação Universidade Serviço Comunidade (IUSC) na graduação médica de uma universidade pública do interior de São Paulo, Brasil, a partir da necessidade de vivências na Atenção Primária, visando à integralidade do cuidado. A visita domiciliar (VD) destacou-se como possibilidade para o estudante refletir sobre determinantes sociais do processo saúde-doença; desenvolver habilidades comunicacionais, prática educativa dialógica e vínculo com a comunidade; ampliar o raciocínio clínico e contribuir para a compreensão e resolução dos problemas familiares. O objetivo deste estudo foi investigar essa proposta da VD na formação médica, utilizando pesquisa documental. Contextualizou-se o desenvolvimento da VD na IUSC, sua importância, abrangência e desafios para sua legitimação e incorporação como prática pertinente à formação médica. Concluiu-se que a VD pode fortalecer e ampliar vínculos, compromissos, e favorecer a comunicação, contribuindo para a mudança da educação médica no Brasil.

*Palavras-chave:* Saúde da família. Visita domiciliária. Educação médica. Relações comunidade-instituição.

\* Elaborado com base em Romanholi (2010); pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp.

<sup>1</sup> Núcleo de Apoio Pedagógico, Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), Unesp. Distrito de Rubião Jr., s/n. 18.618-000. Botucatu, SP, Brasil. renatarom@ig.com.br

<sup>2</sup> Departamento de Saúde Pública, FMB, Unesp.

## Introdução

A partir da segunda metade do século XX, diversos países buscam adequar seu sistema público de saúde às necessidades das populações. Observa-se, entretanto, não ter ocorrido esforço similar no que diz respeito à interação das Escolas Médicas com os sistemas públicos de saúde. É possível reconhecer que o ensino de graduação das profissões da saúde se mantém, ainda hoje, como um sistema educacional com pouca interação com os sistemas ou serviços de saúde de seus países (Abath, 1984).

No Brasil, segundo a legislação em vigor, compete à gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) o ordenamento da formação de recursos humanos da área da saúde, bem como o incremento, na sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico (Brasil, 1988).

De acordo com a Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2003a, p.55): "A qualidade da atenção à saúde exige a formação de pessoal específico, com domínio de tecnologias que qualifiquem a atenção individual e coletiva". Assim "novos enfoques teóricos e de produção tecnológica no campo da saúde passaram a exigir novos perfis profissionais", por isso, é "imprescindível e obrigatório o comprometimento das instituições de ensino em todos os níveis, desde o Ensino Fundamental, com o Sistema Único de Saúde e com o modelo assistencial definido nas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90" (p.55).

Dessa forma, compreende-se que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) devem contemplar "a implementação de política de capacitação de docentes orientada para o SUS; e a garantia de recursos necessários ao desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da extensão" (Brasil, 2003a, p.55).

Para Silva e Tavares (2004, p.272), "A discussão sobre a formação profissional passa a ser fundamental e estratégica quando falamos do SUS, que, sob a responsabilidade das três esferas de governo, a federal, a estadual e a municipal, operam o sistema de saúde, realizando ações e serviços em prol da saúde da população".

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), a formação dos profissionais de saúde não deve apenas buscar ser referência no diagnóstico, cuidado e tratamento, mas, também, nas condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado.

A valorização do ensino médico em novos cenários e, especificamente, na atenção primária aponta, entre diversas estratégias, a Visita Domiciliar (VD) como uma ferramenta de ensino-aprendizagem que pode contribuir como parte de um processo maior, tendo em vista a mudança do ensino das profissões da saúde.

Sob esta perspectiva, diversas Instituições de Ensino Superior (IES) (Lopes, Saupe, Massaroli, 2008; Cyrino, 2005) vêm buscando, por meio da VD, trabalhar habilidades e atitudes essenciais para o futuro profissional de saúde, que possam contribuir para o desenvolvimento do SUS e a adequação às DCN. A ênfase à visita domiciliar na formação médica baseia-se no fato de que, a partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a atenção domiciliar deixa de ser uma assistência pontual para se tornar parte da atenção à saúde de pessoas e famílias, de forma "contínua, integral e multidisciplinar", com ações pedagógicas, "sanitárias, assistenciais e sociais" (Brasil, 2003b, p.9). Assim, há espaço para se valorizar um percurso entre ruas, casas e seus interiores e se perceber *imagens não ditas* (Mano, 2009).

Se a intenção é trabalhar uma formação médica voltada para a integralidade do cuidado, a VD pode proporcionar ao estudante "compreender o pequeno mundo de cada indivíduo e de cada família, as histórias vividas e as diversas versões" (Mano, 2009, p.466).

A VD é uma tecnologia que permite criar espaços de intersubjetividade, onde acontecem falas, escutas e interpretações. Estes são momentos de cumplicidade nos quais pode haver a responsabilização em torno dos problemas que serão enfrentados (Lopes, Saupe, Massaroli, 2008). Esta tecnologia permite, entre outras possibilidades, trabalhar com: comunicação, observação, diálogo, relato oral e escrito.

Para Takahashi e Oliveira (2001), a VD propicia proximidade dos profissionais e serviços com as pessoas e seus modos de vida, permitindo, dessa forma, uma aproximação com os determinantes do processo saúde-doença no âmbito familiar - e é considerada fonte de informações necessárias à organização do serviço que se faz na ESF.

O presente estudo objetiva discutir uma proposta de realização de VD na formação de médicos na perspectiva da integralidade e da humanização do cuidado, como estratégia pedagógica, sanitária e assistencial. Assim, admite-se que a VD possibilita ao estudante desenvolver habilidades de comunicação, observação, construção de vínculo com o outro, aproximação com a realidade e o cotidiano das famílias, e compreensão sobre as condições de saúde da população brasileira, inserida em proposta de ampliação da formação de profissionais de saúde na atenção primária à saúde.

### O estudo de caso

Neste estudo de caso, que enfatiza o conhecimento do particular, a unidade selecionada para análise foi a estratégia de VD desenvolvida em uma disciplina ministrada nos três primeiros anos do curso de graduação de medicina, em uma Universidade Pública do interior de São Paulo, em processo de reformulação curricular. O objeto da pesquisa foi compreender a VD como uma unidade em seu contexto e as suas inter-relações como um todo orgânico, e a dinâmica como um processo, uma unidade em ação (André, 1995).

Para Rockwell e Ezpeleta, (1989) no estudo de caso, é importante interpretar o fenômeno estudado a partir de suas relações com o contexto social mais amplo, e não apenas em razão das relações internas. Do ponto de vista do método, isso sugere complementar informação de outras ordens sociais, buscando interpretações e explicações com base em elementos externos à situação particular.

O processo de investigação desenvolveu-se no período de 2009 a 2010, com base em pesquisa documental, com a leitura, interpretação e análise dos projetos PROMED (Brasil, 2002; Unesp, 2002), PRÓ-SAÚDE (Unesp, 2007; Brasil, 2005), teses, capítulo de livro e resumos de anais (Romanholi, 2010; Uliana, 2010; Yakuwa, 2009) publicados pelo grupo de professores e/ou alunos sobre a disciplina IUSC no período de 2005 a 2009; planos de ensino e programas da disciplina IUSC da IES estudada, dos 1º e 2º anos de graduação de 2008 e 2009; atas de reuniões, registros pessoais de sujeitos envolvidos na proposta e relatórios individuais e coletivos produzidos por estudantes e professores dos 1º e 2º anos de graduação de 2007, 2008 e 2009 (Unesp, 2009; 2007; 2006).

As autoras do presente trabalho participaram de todas as etapas de construção e desenvolvimento da Disciplina de Interação Universidade Serviços Comunidade (IUSC) e se interessaram pelo tema por se tratar o mesmo de tópico polêmico na instituição de ensino estudada, no sentido de ser questionada como instrumento adequado ou não à formação de médicos. Para as autoras, a VD como ferramenta pedagógica, sanitária e assistencial precisa ser estudada, analisada e criticada para que o grupo de formuladores e executores da IUSC não caia no impulso de ditar normas, criticar e propor soluções unilaterais sem perceber – no contato direto com os estudantes, professores, profissionais da atenção primária e a comunidade – diferentes perspectivas e interpretações da sua razão de ser.

### Contextualização: o início da Interação Universidade Serviços Comunidade (IUSC)

A Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), desde o final dos anos 1960, tem sua história pontuada por inúmeras iniciativas que podem ser caracterizadas como pioneiras no campo do ensino na comunidade. Tais experiências se intensificaram na última década, com o estímulo de iniciativas governamentais.

A disciplina IUSC tem sido construída coletivamente a partir do reconhecimento da necessidade de vivências de alunos e professores, em práticas voltadas à integralidade das ações em saúde. Centra seu foco na família inserida no universo das relações históricas, culturais, socioeconômicas e políticas da sociedade, procurando romper com a concepção biomédica do processo saúde-doença e inovar o processo de ensino-aprendizagem (Cyrino et al., 2006).

Seus eixos temáticos estão pautados na Integralidade e na Humanização do cuidado, a partir da percepção de que o acolhimento às necessidades de saúde das pessoas e da comunidade acontece num sistema de saúde pautado na compreensão da complexidade do cuidado à saúde (Cyrino et al., 2005).

Como estratégia metodológica, trabalha-se com a problematização de Paulo Freire. Por meio de conhecimentos e problemas obtidos na observação da realidade e da convivência com o cotidiano da

população, alunos, professores e profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) percebem, refletem e procuram agir sobre as contradições presentes. Compreende-se e inclui-se o caráter político do trabalho pedagógico na problematização, marcado por uma postura crítica em relação à realidade (Cyrino et al., 2006).

A IUSC desenvolve-se, desde 2003, primeiro como programa interdisciplinar (entre 2003 e 2006) e, a partir de 2007, como disciplina, com atividades na comunidade, em territórios definidos pela abrangência de Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde da Família (USF), com as equipes dos serviços de saúde, buscando romper com a dicotomia preventivo/curativo (Unesp, 2006; 2002).

Na disciplina IUSC I, no 1º ano de graduação médica, a ênfase é dada ao reconhecimento do território e das condições de vida e saúde da população da área de abrangência da unidade de saúde onde alunos vão atuar durante os três primeiros anos da formação médica. Para isso, são realizadas entrevistas com lideranças comunitárias e de equipamentos sociais e VD às famílias, com foco na gestação, amamentação/alimentação e desenvolvimento de bebês, visando proteção e promoção à saúde.

Na disciplina IUSC II, no 2º ano, o foco é o planejamento, execução e avaliação de atividades de educação em saúde, buscando promover a saúde a partir dos problemas levantados pela comunidade, mantendo-se a VD, agora ampliando o foco para o conhecimento das condições de vida e saúde das famílias acompanhadas. As atividades são realizadas nas unidades de saúde, escola, creche, no centro comunitário, nos projetos sociais, buscando-se um contato aprofundado e permanente com o cotidiano do processo saúde-doença da população.

Na disciplina IUSC III, no 3º ano, os alunos realizam atendimento clínico semanal supervisionado por médicos (docentes ou profissionais da rede), preferencialmente na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidade de Saúde da Família (USF) onde atuaram anteriormente, buscando ampliar a prática da Semiologia e Raciocínio Clínico centrados no paciente e suas demandas, discutindo-se o cuidado médico de forma integrada, interdisciplinar e inserido em uma realidade histórica e social. A anamnese foi construída por docentes e profissionais da rede, a partir da proposta da clínica ampliada, e enfatiza a necessidade de uma abordagem ampla, que introduz questões da família, saúde mental, trabalho e outras. A disciplina IUSC tem desenvolvido a formação permanente dos professores, para ampliar as possibilidades de trabalho problematizador e relações mais horizontais.

## Discussão

### A Visita Domiciliar no IUSC: da concepção ao desafio do fazer

A concepção que fundamenta a proposta pedagógica do IUSC baseia-se em princípios dialeticamente articulados: indivisibilidade método-conteúdo, coerência entre método e objeto, e construção e apropriação do conhecimento pelos sujeitos envolvidos no processo (Cyrino, 2005; Saviani, 1996). Dentro desta concepção, ressalta-se a estratégia de VD.

Cyrino (2005) aponta que a atividade de VD permite ao estudante, com base em sua experiência de vida, sua identidade cultural e na interação com o outro, tomar consciência da situação particular vivenciada e poder relacioná-la com o todo, percebendo-se como sujeito do processo de transformação da realidade, comprometido com a saúde e a qualidade de vida de pessoas e comunidades. "Nada mais legítimo do que ser profissionais que saiam de seus nichos e percorram as ruas e entrem nas casas como se elas fossem a moldura de um cenário que é o cerne da APS: a saúde da família" (Mano, 2009, p.466).

A atividade de VD sempre foi destacada como um "nó crítico"<sup>3</sup> na IUSC, por ser realizada em um contexto de incertezas e surpresas, que envolve relações complexas entre o público e o espaço privado do domicílio. Entre o grupo de professores formuladores da IUSC, havia discórdias e embates sobre a

<sup>3</sup> “nó crítico” aqui foi considerado na perspectiva utilizada pelo planejamento estratégico (Rieg, Araujo, 2002), como uma situação sobre a qual a equipe de planejamento tem condições de explicar e atuar com eficácia. Um “nó crítico” tem influência direta sobre a explicação de um problema em estudo. Considera-se que, ao ser um “nó crítico”, é necessário expressá-lo no planejamento, como questão estratégica para solução ou encaminhamento do problema.

importância da VD como cenário estratégico na formação médica. Para se entender este fato, faz-se necessário situar historicamente esta estratégia desde a implantação na IUSC.

Em 2003, no início da IUSC, a VD tinha um caráter de inquérito populacional, no qual os alunos, a partir da seleção do cadastro de nascidos vivos do município, tinham como objetivo “acompanhar” os recém-nascidos até o 6º ano do curso médico, e, por meio de questionários estruturados pré-elaborados, realizavam-se entrevistas com as famílias que moravam nas áreas de abrangência de unidades de saúde ou de territórios que seriam sede de futuras USF (Unesp, 2002).

Nesse início, o número de VD, para cada aluno, foi um ponto de discussão entre professores da IUSC, mas em meio a inúmeras dificuldades, entre preparo de campo, estudo teórico, aulas dialogadas e dificuldades inerentes à própria prática da VD - como mudança de famílias, endereços errados e recusas, situações adversas -, conseguiu-se realizar, no máximo, cinco visitas por aluno, por casa (Romanholi, 2010).

O modelo de entrevista usado inicialmente foi muito criticado pelos alunos, que relatavam se sentir coletores de dados (Cyrino et al., 2005), e não conseguiam entender os objetivos e tampouco como esta atividade auxiliaria na formação do profissional médico.

Com certa crise de identidade, resistências e dúvidas sobre os seus objetivos, ocorreram inúmeras discussões, pois o que se observava, no início, era uma clara divergência sobre os objetivos da VD entre os membros da coordenação e um grupo de professores que via a VD como uma estratégia de vínculo com a comunidade.

Em 2004, segundo atas de reuniões de coordenação e de professores, com a entrada e saída de alguns membros da coordenação, redefiniu-se o objetivo da VD como oportunidade de trabalhar: vínculo e troca, conhecimento do outro, possibilidades de qualificar a relação da família com as UBS e USF, no desenvolvimento de narrativas orais e escritas, capazes de explorar compreensões e sentimentos antes não percebidos (Romanholi, 2010). Segundo Cyrino et al. (2006, p.76), as visitas deveriam fornecer subsídios para que os estudantes “incorporem as dimensões sociais e psíquicas do ser humano” na prática clínica voltada ao cuidado do indivíduo e à comunidade.

Assim, a estratégia VD tem uma mudança radical, deixando de ter, como foco, o inquérito populacional. A partir dos anos seguintes: as famílias a serem visitadas passam a ser indicadas pelas Unidades de Saúde, a partir do olhar e necessidade das mesmas; o contato com as famílias é realizado previamente pelo professor e pela equipe das unidades para acordar o que será feito; a atividade se dá na forma de conversa com alguns temas que são indicados pelas famílias; inicialmente, o foco está na criança, com temas discutidos em cada grupo a partir da construção de um trabalho interativo e coletivo; as VD passam a se realizar em duplas de estudantes.

No primeiro ano, permanece o roteiro de entrevista preestabelecido e, no segundo ano, se investiu numa construção de roteiro de acordo com o trabalho realizado em cada grupo.

Esta mudança de perspectiva trouxe, para a equipe de professores e de coordenação, momentos de enorme tensão, pois, para alguns grupos de professores e alunos, a VD representava uma atividade de constrangimento. Ao retornarem à mesma casa, muitas vezes, os estudantes e professores eram surpreendidos com questões pouco trabalhadas no ensino médico. Os professores se sentiam inseguros

na orientação das mesmas, que, por vezes, se tornavam esvaziadas de conteúdo e de sentido (Romanholi, 2010).

Este foi um período de tensões e discussões tanto no grupo de professores como com alunos. O que se observava, por meio das avaliações dos alunos e dos relatos dos professores-tutores nas reuniões, era que, nos grupos onde os professores eram resistentes e não acreditavam na VD como estratégia de ensino, o aprendizado realizado pelos alunos ficava prejudicado e muito diverso dos demais grupos. Nos grupos que trabalhavam a VD como estratégia pedagógica, sanitária e assistencial, para a formação de vínculos, os alunos sentiam-se mais seguros e menos resistentes à realização das VD.

De 2004 a 2006, conforme consta em atas de reuniões e memórias de eventos de formação de professores, a coordenação precisou defender a VD, pois um grupo de professores contrários à mesma chegava a "boicotar" a estratégia colocando atividades diferentes nos dias propostos para sua realização. Deve-se destacar que os profissionais da rede municipal eram os maiores parceiros da coordenação no sentido de reafirmarem a importância da VD para se ampliar a formação médica, sobretudo no que dizia respeito à qualificação de vínculo e ao conhecimento das famílias na sua moradia. Destaca-se que, no mesmo período, de 2003 a 2005, o Município estava implantando a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

No início de 2007, em meio a um descompasso entre: o que queríamos e o que podíamos fazer na VD e quais eram as expectativas e o que acontecia no real, algumas importantes mudanças foram realizadas, como preparar o aluno antes da realização da primeira VD no primeiro ano, no sentido de que o mesmo expressasse seus receios. Foi reelaborada a atividade, frente à dúvida de a VD ser ou não invasiva à família, e cada VD realizada foi problematizada com narrativas orais seguidas de narrativas escritas por cada aluno. Buscou-se ampliar o olhar e escuta do estudante para além da queixa do sujeito e a valorização do protagonismo do estudante na realização da VD, dando maior sentido para ele e para a família. Também foi construída maior parceria com agentes comunitários de saúde no trabalho e acompanhamento das famílias visitadas, e foram utilizadas diferentes técnicas para se trabalhar a habilidade de comunicação com o paciente e a família.

A partir de 2006, marcam-se as bases teóricas para a realização da VD, com a apropriação de autores como: Cunha (1997); Amaro (2003); Grossman e Cardoso (2006); Leite, Sá e Bessa (2007); Leite, Caprara e Coelho Filho (2007); Cohn, Nakamura e Gutierrez (2009).

Frente às angústias despertadas nos alunos com as VD, a coordenação do IUSC faz, em 2006, um convite aos professores das disciplinas de Psicologia e Psiquiatria para colaborar na preparação dos alunos do 1º ano para a realização das VD, com o objetivo de se discutirem expectativas, preocupações e sentimentos em relação à atividade. Na vivência sociodramática proposta, os estudantes foram convidados a falarem sobre seus sentimentos, e destacaram, sobretudo, a impotência e a frustração que experimentaram ao se imaginarem diante dessas famílias. Impotência por não saberem "ainda" o que fazer com o bebê febril ou com uma diarreia: "Ah, se estivéssemos no sexto ano...". Impotência porque não têm como resolver problemas estruturais do País, como a pobreza extrema que acreditam que irão encontrar em todas as casas. Impotência porque não há como mudar a cultura, ou a "falta de cultura/ignorância" da mãe que deixa os filhos brincarem no córrego sujo, que leva o filho para benzer e lhe dá chá de romã. Impotência e ansiedade diante da situação crônica de abuso e violência em que vivem algumas famílias (Cerqueira et al., 2009, p.279).

Assim, em 2006, preparando-se a disciplina para 2007, estruturou-se um modelo de relatório sobre a VD, com base em narrativas, como instrumento educacional que provoca "mudanças na forma como as pessoas compreendem a si próprias e aos outros e, por este motivo, são, também importantes estratégias formadoras de consciência numa perspectiva emancipadora" (Cunha, 1997, p.46). Na sequência, foi possível trazer artigo de Grossman e Cardoso (2006) e Charon (2006), como subsídios para embasar o trabalho de valorização das narrativas dos estudantes e das pessoas visitadas na VD.

Vale salientar que o grupo de professores do IUSC do segundo ano de 2007 iniciou uma produção escrita sobre a reflexão do trabalho e do significado da VD para o IUSC (Romanholi, 2010). Nessa produção, para os professores, ficava claro que cada VD, por mais orientada que estivesse, poderia levar a uma série de imprevistos que, não controlados ou antevistos no seu planejamento, tornava necessária a permanente sensibilização e capacitação dos professores e dos estudantes para lidarem com o inusitado. Apoiados em autores como Martins (2003) e Martin-Baró (1989), expressou-se que caberia, aos

professores, mediar o processo de aprendizagem e articularem questões trazidas pelos alunos, considerando seu conhecimento prévio, a identificação das problemáticas observadas e os objetivos da IUSC.

### O desenvolvimento da VD atualmente na disciplina IUSC

Atualmente, as VD são realizadas como estratégias de ensino-aprendizagem nos três primeiros anos da graduação em medicina, na IUSC e no internato, na Saúde Coletiva.

A VD, no primeiro ano da disciplina IUSC, é realizada em duplas de alunos, a uma ou duas famílias, e destina-se a apoiar o reconhecimento do território da unidade de saúde à qual os alunos foram designados para os três primeiros anos do curso. Desta forma, aproxima o aluno à realidade das famílias por meio do acompanhamento de recém-nascidos indicados pela UBS/USF, onde são observados e discutidos temas como: a chegada do bebê na família, aleitamento materno, desenvolvimento nos primeiros anos de vida, o brincar, vacinação, entre outros. Os retornos a estas famílias são agendados regularmente, e, após estas VD, são construídos relatórios individuais, na forma de narrativas, que asseguram, aos professores, a possibilidade de compreensão da aprendizagem e a necessidade de se aprofundarem temas. Inicia-se a formação de habilidades comunicacionais para o estudante, como um campo ligado às humanidades na formação médica.

“Tivemos a primeira visita com o intuito de reconhecimento da família. Ela é composta pela mãe de 28 anos, que no momento da visita encontrava-se de licença maternidade da indústria de ração, onde trabalha; seu marido e quatro filhos, e finalmente a bebê que nasceu no Hospital Sorocabano. Eles residem em uma casa bem simples de tijolo um pouco pequena para comportar todos os membros da família, com um quintal grande gramado em uma rua não asfaltada com rede de esgoto e eletricidade. Eles mantêm um bom relacionamento com os vizinhos e utilizam o posto de saúde quando sentem necessidade, o que vem ocorrendo com maior frequência com a chegada da criança, é que a mesma tem uma cardiopatia congênita, sendo acompanhada no HC da Uesp. Ela toma remédio a cada 12 horas e a mãe se esforça em fazer com que ela ganhe peso, necessário para que quando complete um ano de idade seja operada”. (Aluno 1º ano)

A VD, nesta perspectiva, pode ser considerada como um momento singular do exercício da comunicação estudante-comunidade, com implicações no modo como estudantes, com o apoio de seus professores, desenvolvem o processo de comunicação com as famílias. Cabe ao professor mediar para que ocorra um diálogo rico no qual se permita aflorar a subjetividade dos participantes, passando a ser ambos sujeitos do cuidado (Sucupira, 2007).

Neste momento, pode-se perceber certo constrangimento na realização das primeiras visitas domiciliares, tanto por parte dos alunos como pelas próprias famílias. O trabalho realizado pela disciplina de psicologia médica tem apoiado este primeiro encontro. Alguns alunos apresentam enorme ansiedade por terem de assumir este chegar à casa de um estranho, e nem sempre o aluno está pronto para mobilizar sua capacidade de empatia, o que equivale, nesse contexto, a ter capacidade de entender e acolher a angústia por que passa cada uma das famílias visitadas (Leite, Caprara, Coelho Filho, 2007).

Também é deste momento e do ano seguinte à entrada do estudante em conflito com a realidade das famílias muito diversas da sua própria experiência familiar.

É possível constatar, nos relatos dos alunos do primeiro ano, como as famílias “lidam” com as questões da saúde - como, por exemplo, o aleitamento materno - e como o aluno se coloca frente ao que foi observado, trazendo suas concepções de mundo e os seus conceitos de saúde, que, muitas vezes, são contrários ao que foi observado.

No segundo ano da disciplina IUSC, as VD estão diretamente relacionadas à vivência dos alunos do 1º ano, com as famílias e com a Unidade de Saúde. Ocorre a continuidade do acompanhamento, já estabelecido com as respectivas famílias pelas duplas de alunos.

“Na primeira visita do ano encontramos a mãe em casa, a qual novamente mostrou-se muito receptiva. Tivemos uma conversa agradável e a oportunidade de adquirir subsídios para acompanhar o desenvolvimento da criança. A mãe também pôde esclarecer algumas dúvidas e levantou questões a serem trabalhadas no próximo encontro. A criança está com 1 ano e 3 meses de idade.... Nessa hora a mãe citou que sente prazer em ainda amamentar a filha. Mas, o pai, os amigos e familiares a pressionam para que ela pare, pois acreditam que se isso persistir será pior para a criança, que quando vir outra mãe amamentando um bebê, terá vontade e ficará com lombriga. Fomos questionados quanto à essa questão, e dissemos que a amamentação só traz benefícios à ela e ao bebê e que quanto maior for o tempo que ela conseguir amamentar, melhor será para ambas; e que a questão da lombriga trata-se de um mito, que ela não é contraída dessa forma que eles acreditam. Ela pediu que disséssemos isso ao seu marido e assim o fizemos para que ele mudasse de opinião e deixasse de questioná-la”. (Aluna 2º ano)

Amplia-se o foco da VD para toda a família, onde objetiva-se discutir questões sobre condições de vida e saúde, promoção e prevenção à saúde, além de continuar acompanhando a criança. Os alunos prosseguem na construção de narrativas.

No segundo ano, a VD é proposta como uma atividade dialógica, com a intenção de uma horizontalização na relação estudante-família. Este é considerado um momento de trocas, no qual todos aprendem com o processo da VD. Como há uma continuidade na realização das VD com as mesmas famílias do ano anterior, pode-se observar que é nesta vivência que se amplia o vínculo estudante - família - comunidade.

“... Contou-nos bastante sobre a relação com o marido e nos informou que este agora trabalha no período da manhã chegando ao final do dia em casa, podendo assim passar mais tempo com as crianças e com os animais de criação (obs.: oito das 30 cabras que possuem estão prenhas, sendo os partos realizados por ele e a esposa nas baias do quintal). Embora o marido passe mais tempo em casa, queixou-se do fato deste não ajudá-la muito nas tarefas domésticas. Contou-nos que está pensando em como irá prevenir-se de uma futura gravidez, após encerrar a amamentação do menino e parar de tomar a injeção contraceptiva, revelando a preferência pelo DIU, porém preocupada com falhas neste método e o fato do marido não querer usar o preservativo”. (Aluna 2º ano)

Um dos focos desta ação refere-se ao trabalho de responsabilização, de acolhimento às demandas da família e de sensibilização em relação às necessidades trazidas pelas mesmas. Também há o foco no respeito à cultura e crenças e na percepção de que a família tem mais conhecimento do que o estudante sobre diversos temas.

Trabalha-se, assim, para que, em toda VD, a família seja encorajada a falar sobre temas de seu interesse e, a partir deste, o aluno desenvolva o diálogo. O aluno aprende a ouvir, mais do que a falar, a narrar, mais do que a interpretar. A partir das narrativas trazidas da VD de cada aluno, de cada pequeno grupo, o professor realiza a mediação, procurando fazer com que os estudantes interpretem e reinterpretem a fala trazida das famílias.

A VD tem uma perspectiva pedagógica e assistencial. Ao mesmo tempo em que o aluno está aprendendo a se comunicar com um outro diferente dele, traz, para essa família, temas e questões que a mesma vai lhe apresentando sobre seu modo de lidar com os problemas de saúde. É desse diálogo na casa que surge uma abertura para tratar do sofrimento e da relação com os serviços.

O objetivo da VD no terceiro ano da disciplina IUSC é voltado ao trabalho de complementação ao atendimento da clínica ampliada, no qual os alunos acompanham e auxiliam médicos na assistência aos pacientes. Nesse momento, a visita tem o sentido de assistência médica domiciliar, na qual o estudante acompanha médicos e/ou enfermeiros para a realização de algum procedimento, ou, mesmo, para o cuidado com pacientes impossibilitados de comparecerem à Unidade de Saúde. Este é um momento onde os alunos relacionam o que foi aprendido, nos anos iniciais, com o presente. Assim, ocorre uma

VD para um paciente idoso impossibilitado de comparecer à unidade de saúde, como, também, para um paciente que está em acompanhamento supervisionado.

“No dia de hoje fomos numa visita domiciliar na casa da dona Maria. Foi uma experiência muito valiosa, já que pudemos observar o quanto os nossos julgamentos pós-consultas podem ser falhos. A paciente estava muito receptiva e alegre, como nunca havíamos visto antes. Também havia uma filha sua na casa, a Catarina, a qual nos ajudou a entender melhor a dinâmica familiar. Pareceu-nos que a paciente não está sabendo lidar bem com as perdas de capacidade funcional e autonomia, decorrentes da idade e da sua condição de saúde, e que, por isso, alega que os filhos não cuidam bem dela. A impressão que ficou é que na verdade eles não “cuidam” da maneira que ela quer. A filha relatou que ela sai sozinha para resolver problemas bancários e ir a consultas médicas e que se nega à receber ajuda dos filhos... No geral, fiquei com uma boa impressão da dinâmica familiar, sendo que muito dos problemas alegados pela paciente talvez possam ser resolvidos se a questão da perda da autonomia for melhor trabalhada. Trouxemos os seus aparelhos auditivos ao posto para reajuste, embora tenhamos ficado com a impressão de que há outros motivos envolvidos no não uso deles (questões estéticas?)”. (Aluno 3º ano)

Tem sido uma prioridade, no trabalho de formação dos professores, discutir e propor que os mesmos acompanhem seu grupo de estudantes nas VD. Mobilizar o professor, no sentido de que ele também participe da VD, pode permitir uma melhor compreensão real do processo vivenciado pelo estudante e, mesmo, apoiar o estudante no enfrentamento das dificuldades de comunicação, como aponta Pinto (1987, p.94): “O caminho que o professor escolheu para aprender foi ensinar. No ato do ensino ele se defronta com as verdadeiras dificuldades, obstáculos reais, concretos, que precisa superar. Nessa situação, ele aprende.”

No sexto ano, quando o aluno realiza estágio curricular do internato de Saúde Coletiva, por seis semanas nas USF, muitas vezes, retoma o significado da VD na sua formação, agora realizando-a como interno da equipe de saúde local.

“Hoje, 2009, acadêmico do 6º ano a pouco para me formar, com uma visão bem menos idealista do 1º ano, tive o privilégio (pois assim o considero) de retornar à USF no meu estágio da Saúde Pública, desta vez pertencendo à grade curricular do internato. [...] As visitas domiciliares, desta vez como ‘médico’ da equipe, fizeram-me lembrar dos velhos tempos em que, com cabeça ainda raspada ia visitar aquelas 3 famílias. [...] Como observei uma dissociação entre a prática clínica de um hospital terciário e a complexidade de execução prática!!! Como o treinamento feito pela inserção ‘precoce’ na comunidade conseguiu me agregar uma sensibilidade mais acentuada na abordagem do paciente, embora me sinta longe do meu ideal!”<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Depoimento de um interno, 2009, em GONDO, F. (Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu). Aula do 11º Congresso Paulista de Saúde Pública, São José dos Campos (SP), 2009.

Já no segundo ano, aperfeiçoa-se o trabalho das narrativas a partir das VD e, nesta fase, o que se observa é que as questões são mais “ricas”. Isso se dá por meio da própria estratégia do 2º ano, pois aqui os temas discutidos e abordados são os indicados a partir de demandas e interesses da família. Os alunos entendem que há necessidade de relatar fatos que não são “corriqueiros”, mas que fazem

parte da história de vida daquela pessoa. Estes fatos, muitas vezes, auxiliam os alunos a compreenderem a realidade de cada família e o que seria a integralidade do cuidado, eixo norteador da disciplina.

É no diário de campo que é relatada toda narrativa ao final do atendimento clínico do terceiro ano. Neste, os alunos colocam não só a história do paciente, mas também como se sentiram ao realizarem aquele atendimento. E é a partir destas narrativas que os professores problematizam com seus alunos as questões da clínica ampliada.

Na Disciplina IUSC, a narrativa a partir da VD tem sido trabalhada de duas formas distintas e que não são excludentes: a narrativa oral, que tem o objetivo de narrar o que foi ouvido, e a narrativa escrita, que vai dar sentido e ajudar a interpretar o que cada pessoa traz consigo na sua experiência de vida. Charon (2006) apresenta a narrativa como uma singularidade e a distingue por sua capacidade de captar a singularidade, o não replicável ou incomensurável.

### **Considerações finais: por que investir na VD na formação médica?**

É preciso “desconstruir a imagem estereotipada de que visita é coisa de leigos, cristalizada num empirismo desprovido de fundamentos. O ponto precípua desta técnica é constituí-la e desenvolvê-la sobre bases éticas, humanas, mas também profissionais” (Lopes, Saupe, Massaroli, 2008, p.246).

Há divergências sobre o papel da VD, que pode ser entendida como ferramenta de assistência com a qual é possível acompanhar o paciente no cuidado com sua saúde; mas esta pode ser, também, uma tecnologia de promoção e prevenção à saúde, que considera a realidade e o contexto em que o paciente está inserido; ou uma estratégia que propicia o aprendizado na formação dos profissionais da saúde, as chamadas VD pedagógicas.

Neste sentido, podem-se observar diferentes concepções e proposições no trabalho de VD. Muito embora alguns autores superdimensionem a importância da VD, outros a separam enquanto ser a mesma pedagógica, assistencial ou didática. Na disciplina IUSC, assume-se que nem toda ida ao domicílio do usuário deve ser considerada uma VD. Também se assume que, para a realização da VD, o aluno, o professor ou o profissional de saúde devem ser preparados com uma capacitação específica no sentido de não ser uma prática invasiva, ou, mesmo, que se respeite o espaço privado do domicílio.

Para ser uma VD, a atividade deve compreender um conjunto de ações que combinam o trabalho pedagógico com o assistencial, e a mesma faz parte do cuidado que não se limita ao ato da VD, mas sim a todo um processo que ocorre antes, durante e após a visita ao domicílio.

A partir da narrativa do outro, os alunos vão construindo o significado: do processo de saúde-doença, da autonomia do indivíduo, e como pensar em estratégias de saúde que considerem a realidade do outro e que, assim, possam construir ações para as mudanças de comportamentos e para a melhoria da qualidade de vida.

Sistematizar, a partir do relato, da reflexão, da percepção e discussão sobre a VD, e socializar essa experiência de trabalho pode significar algo muito “produtor de conhecimento e de apropriação desse saber/fazer, desse modo de refletir sobre o cotidiano de trabalho” (Lauer, 2010, p.25), no desenvolvimento da pesquisa que, ao mesmo tempo em que foi sendo sistematizada, proporcionou levantar inúmeras questões para a implementação da própria prática pedagógica no IUSC.

Colocar em prática os princípios de uma VD dialógica e que expõe a necessária habilidade comunicacional, conflitos e contradições entre o visitador estudante e a família visitada é lançar-se em um “universo dinâmico, composto por uma complexa diversidade de saberes e modos de existir, é transitar entre os poderes instituídos, produzindo questionamentos onde caberiam apenas certezas” (Lauer, 2010, p.34). É poder, a cada novo problema identificado, recriar cotidianamente novos modos de fazer saúde.

O que se busca na formação do profissional da área da saúde, atualmente, é um processo formativo contextualizado, que considere a relação teoria e prática, instrumentalizando futuros médicos para enfrentarem os problemas do processo saúde-doença da população.

Criar e potencializar espaços de discussão pode possibilitar que conflitos existentes em relação a valores e atitudes, na graduação, sejam expostos, e, assim, possam ser ressignificados e reconstruídos.

### Agradecimento

As autoras agradecem as contribuições dos professores Romeu Gomes e Reinaldo Souza Santos na leitura cuidadosa e crítica do manuscrito; e aos alunos, professores, profissionais e famílias que participaram ativamente nas VD e possibilitaram a realização deste estudo.

### Colaboradores

As autoras trabalharam juntas em todas as etapas da produção do manuscrito.

### Referências

- ABATH G.M. Medicina geral comunitária no Brasil. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v.8, n.3, p.166-76, 1984.
- AMARO, S. **Visita domiciliar**: guia para uma abordagem complexa. Porto Alegre: AGE, 2003.
- ANDRÉ, M.E. **Etnografia da prática escolar**. Campinas: Papirus, 1995.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: IMESP, 1988.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3.ed. Brasília: MS, 2003a.
- \_\_\_\_\_. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde - PRÓ-SAÚDE**. Brasília: Editora do Ministério de Saúde, 2005.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas da Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. **Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v.14, n.1, p.41-65, 2004.
- CERQUEIRA, A.T.A.R. et al. Um estranho à minha porta: preparando estudantes de medicina para visitas domiciliares. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v.33, n.2, p.276-81, 2009.
- CHARON, R. **Narrative medicine: honouring the stories of illness**. Oxford: Oxford University Press, 2006.
- COHN, A.H.; NAKAMURA, E.; GUTIERRES, K.A. De como o PSF entrecruza as dimensões pública e privada da vida social. In: COHN, A. (Org.). **Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias**. São Paulo: Azougue, 2009. p.141-67.
- CUNHA, M.I. Conta-me agora! As narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino. **Rev. Fac. Educ.**, v. 23, n.1, p.185-95, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 3 ago. 2010.
- CYRINO, E.G. Humanizar é preciso: a dimensão essencial do cuidado. In: CYRINO, E.G. et al. (Org.). **A universidade na comunidade: educação médica em transformação**. Botucatu: Eliana Godfarb Cyrino, 2005. p.33-8.
- CYRINO, E.G. et al. O programa: história, princípios e estratégias. In: \_\_\_\_\_. (Orgs.). **A universidade na comunidade: educação médica em transformação**. Botucatu: Eliana Godfarb Cyrino, 2005. p.21-32.

CYRINO, E.G. et al. Em busca da recomposição da arte do cuidado e do fazer/aprender: a interação universidade, serviço e comunidade na Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Ensino-Trabalho-Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS**. Rio de Janeiro: IMS/UFRJ, Cepesq, Abrasco, 2006. p.71-84.

GROSSMAN, E.; CARDOSO, M.C.A. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v.30, n.1, p.6-14, 2006.

LAUER, P.C. **Educação permanente enquanto estratégia de fortalecimento de ações de saúde mental na atenção básica**. 2010. Monografia (Curso de Especialização em Gestão Pública de Saúde) - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 2010.

LEITE, A.J.M.; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J.M. (Orgs.). **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. São Paulo: Sarvier, 2007.

LEITE; A.J.M.; SÁ, H.L.C.; BESSA, O.L. Habilidades de comunicação na consulta com crianças. In: LEITE, A.J.M.; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J.M. (Orgs.). **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. São Paulo: Sarvier, 2007. p.91-137.

LOPES, W.O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o Cuidado, o ensino e a pesquisa. **Cienc. Cuid. Saude**, v.7, n.2, p.241-7, 2008.

MANO, M.A. Casa de família uma reflexão poética sobre a visita domiciliar e a produção de conhecimento. **Rev. APS**, v.12, n.4, p.459-67, 2009.

MARTINS, S.T.F. Processo grupal e a questão do poder em Martin-Baró. **Psicol. Soc.**, v.15, n.1, p.201-17, 2003.

MARTÍN-BARÓ, I. **Sistema, grupo y poder**. San Salvador: UCA Ed., 1989.

PINTO, A.V. **Sete lições sobre educação de adultos**. 5.ed. São Paulo: Autores Associados: Cortez, 1987. (Educação Contemporânea).

RIEG, D. L.; ARAUJO FILHO, T. O uso das metodologias "Planejamento Estratégico Situacional" e "Mapeamento Cognitivo" em uma situação concreta: o caso da pró-reitoria de extensão da UFSCar. **Gest. Prod.**, v.9, n.2, p.163-79, 2002.

ROCKWELL, E.; EZPELETA, J. **Pesquisa participante**. São Paulo: Cortez, 1989.

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

SAVIANI, D. Os saberes na formação do educador. In: BICUDO, M.A.V.; SILVA JUNIOR, C.A. (Orgs.). **Formação do educador: dever do Estado, tarefa da universidade**. São Paulo: Editora Unesp, 1996. p.145-55.

SILVA, J.P.; TAVARES, C. Integralidade: dispositivo para formação crítica de profissionais de saúde. **Trab., Educ. Saude**, v.2, n.2, p.271-85, 2004.

SUCUPIRA, A.C.S.L. Estrutura da consulta. In: LEITE, A.J.M.; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J.M. (Orgs.). **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. São Paulo: Sarvier, 2007. p.11-46.

TAKAHASHI, R.F.; OLIVEIRA, M.A.C. A visita domiciliar no contexto da saúde da família. In: BRASIL. Ministério da Saúde (Org.). **Manual de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p.43-46.

ULIANA, M.R.P. **O ensino de graduação na comunidade: vivências e percepções de alunos da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp**. 2010. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu. 2010.

UNESP. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Medicina de Botucatu. Conselho de Curso. Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED). **Anexo III – Gestão do Projeto**. Botucatu: FMB/Unesp, 2002.

\_\_\_\_\_. Conselho de Curso e Núcleo de Apoio Pedagógico. Programa Nacional de Reorientação da formação profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE). **Projeto**. Botucatu: FMB/Unesp, 2007.

\_\_\_\_\_. **Programa de Interação Universidade, Serviços e Comunidade para os anos de 2003, 2004, 2005 e 2006**. Botucatu: FMB/Unesp, 2006.

\_\_\_\_\_. **Planos de Ensino Programa de Interação Universidade, Serviços e Comunidade para os anos de 2007, 2008 e 2009**. Botucatu: FMB/Unesp, 2009.

YAKUWA, M.S. Visita domiciliar como instrumento de formação profissional dos estudantes de enfermagem e de medicina na Faculdade de Medicina, Unesp de Botucatu, SP. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 47., 2009, Curitiba. **Resumos...** Curitiba, 2009. p.299-300.

ROMANHOLI, R.M.Z.; CYRINO, E.G. La visita domiciliar en la formación de médicos: de la concepción al desafío de la práctica. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.42, p.693-705, jul./set. 2012.

Desde 2003 se desarrolla la Interacción entre Universidad y Servicio a Comunidad (IUSC), en graduación médica de una universidad pública del interior de São Paulo, Brasil, construida debido a la necesidad de vivencias en Atención Primaria, buscando el cuidado integral. La visita domiciliar (VD) posibilitó al estudiante reflexionar sobre determinantes sociales del proceso salud-enfermedad; desarrollar habilidades de comunicación, práctica educativa dialógica y vínculo con la comunidad; ampliar el raciocinio clínico y contribuir para solucionar problemas de las familias. Este estudio propone investigar la propuesta de VD en la formación médica, con utilización de la pesquisa documental. Se contextualizó el desarrollo de la VD en la IUSC, su importancia, desafíos y conflictos para ser incorporada como práctica pertinente. Se concluye que VD puede fortalecer y ampliar vínculos, compromisos y desarrollar la comunicación, contribuyendo para el cambio de la educación médica en Brasil.

*Palabras clave:* Salud de la familia. Visita domiciliar. Educación médica. Relaciones comunidad-institución.

Recebido em 10/02/11. Aprovado em 13/03/12.