



EXPERIÊNCIA ACADÊMICA EM MEDICINA NA PRODUÇÃO DO CUIDADO ÀS FAMÍLIAS NO ÂMBITO DA ESF

Thainá Rodrigues Evangelista (1); Valéria Falcão da Silva Freitas Barros (1); Raphael Pedro Ribeiro Pontes (2); Victor Ribeiro Xavier Costa (3); Aralinda Nogueira Pinto de Sá(4)

(1) *Discente de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB), thainaevangelista3@gmail.com*

(1) *Discente de Medicina da FCM-PB, valeriefalcao82@gmail.com*

(2) *Discente de Medicina da FCM-PB, raphaelpontes0@gmail.com*

(3) *Discente de Medicina da FCM-PB, victor.rxc@hotmail.com*

(4) *Ms. docente da FCM-PB, aralinda_nps@gmail.com*

Resumo: O entendimento sobre a família, sua dinâmica e rede social, tem permitido clarificar o processo de saúde doença em algumas situações que os métodos convencionais de atenção à saúde se tornam pouco resolutivos e insipientes. A equipe da Estratégia de Saúde da Família tem a oportunidade de adentrar ao meio familiar e perceber na intimidade dos indivíduos os aspectos desencadeadores do adoecimento. Isso só é possível quando os profissionais constroem vínculos de confiança, atuam no viés da clínica ampliada e utilizam a visita domiciliar como instrumento terapêutico (VD). Nessa perspectiva, a formação acadêmica em medicina deve aproximar os alunos da operacionalização das ações do SUS e despertar uma visão crítico-reflexiva de como funciona a Atenção Básica como ordenadora do cuidado integral e coordenadora da rede de atenção. O presente estudo se apresenta na abordagem qualitativa do tipo relato de experiência que se desenvolveu no período letivo de 2016.2 durante entre os meses de setembro e novembro de realização das aulas práticas do Módulo de Atenção a Saúde II, no eixo integração, ensino, serviço e comunidade, do curso de medicina da Faculdade Ciências Médicas da Paraíba. As atividades acadêmicas aconteceram no Distrito Sanitário V, João Pessoa-PB no âmbito da ESF. Foram realizadas cinco visitas nos domicílios de famílias adscritas em quatro USF para desenvolver as habilidades de comunicação e aprender sobre o cuidado humanizado e integral na Atenção Básica utilizando das ferramentas leves como: a visita domiciliar, o vínculo de confiança, a construção do genograma, ecomapa familiar e plano de cuidado singular. Além das visitas, no final do período, os estudantes apresentaram às equipes de saúde os instrumentos de avaliação familiar referidos e suas propostas terapêuticas integradas à rede de atenção disponível no município. Essas vivências foram retratadas em diários de campo, no quais o aluno registrava seus relatos com apreciações reflexivas e críticas peculiares dialogando com os aprofundamentos teóricos relacionados aos conteúdos estudados em sala de aula como: comunicação em saúde, classificação da família segundo Tereza Ventura (2004) quanto ao tipo, funcionalidade e ciclo de vida; visita domiciliar: tipos, modalidade de atenção domiciliar, aplicação da escala de risco familiar de Coelho e Savassi (2002); instrumentos de abordagem as familiar; Política Nacional de Humanização; redes de atenção a saúde; e abordagem centrada na pessoa versus centrada na doença. Dessa maneira, tal experiência acadêmica permitiu aos alunos uma aproximação com as várias maneiras de produzir saúde no âmbito da ESF dando ênfase às tecnologias leves e leves-duras do cuidado integral e humanizado, observando o indivíduo inserido em seu contexto familiar e social. Percebeu-se que o médico da família e comunidade pode atuar efetivamente sobre as necessidades do usuário quando faz uso de ferramentas simples as quais proporcionam confiança com maior adesão ao plano terapêutico proposto, e ainda facilitam a abordagem familiar em um contexto, por vezes, disfuncional e de vulnerabilidade social. Pôde-se ter conhecimento prático sobre o vínculo dos profissionais da USF e os reflexos da abordagem do cuidado na efetividade da visita domiciliar e resolutividade dos problemas da família.

Palavras-chave: Equipe de Saúde da Família; Visita Domiciliar; Família.



1. INTRODUÇÃO

Baseada nos princípios de universalidade, acessibilidade, estabelecimento de vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção entre outros, a Atenção Básica no Brasil tem objetivo atender a complexidade de serviços e ações, a exemplo da promoção, proteção e manutenção da saúde. Isso é possível por meio de práticas de cuidado e gestão indissociadas, e do trabalho em equipe interdisciplinar atuando em territórios definidos e considerando a dinamicidade da comunidade (BRASIL, 2012).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) desenvolvida com a descentralização e capilaridade, próximo ao cotidiano das pessoas, oportuniza a aproximação aos condicionantes geradores de adoecimento que estão para além dos aspectos biológicos e genéticos. Além disso, apresenta-se no centro da rede de atenção com as funções de ser base, ser resolutiva, coordenar o cuidado integral e ordenar a rede de cuidados (BRASIL, 2012).

Dessa maneira os profissionais da equipe devem organizar o seu processo de trabalho para garantir a resolutividade do alto grau de complexidade de serviços e ações utilizando de tecnologias de baixa densidade. Dentre elas a VD é uma das bases do tripé de ferramentas, junto com o acolhimento e abordagem familiar, utilizadas pelo médico da família para obter maior resolutividade e eficácia na produção do cuidado (COELHO, 2004).

O acolhimento no viés da atitude profissional é determinante para a construção ou fortalecimento dos usuários dos serviços. Além da atitude acolhedora, a competência técnica e a sensibilidade aos aspectos relacionados ao processo de saúde e doença podem impactar positivamente na adesão a plano terapêutico. Nesse sentido a abordagem centrada na pessoa permite a observação do indivíduo integral e não fragmentado, o usuário é sujeito e não paciente do seu cuidado, a co-responsabilização é da equipe e não centrado na figura do médico.

A VD é um dos mais importantes instrumentos, pois permite o conhecimento do médico e da equipe como um todo sobre as condições de vida do indivíduo, as relações intrafamiliares, agravos presentes na comunidade ou no âmbito familiar e assim possibilita um direcionamento das ações sejam sanitárias, de promoção ou até mesmo de fortalecimento familiar (DRULLA, 2009). Entre outras características da visita domiciliar estão: conhecer o ambiente em que família vive e sua condição socioeconômica, identificar os fatores de risco de vida de cada membro da casa e incentivar as práticas de autocuidado (CUNHA; GAMA, 2012).



De acordo com Coelho; Savassi (2004) existem dois tipos de visita: visita fim e a visita meio. Para elencar as prioridades e risco familiar o profissional pode utilizar uma escala com escores e organizar a efetividade da VD levando em consideração os riscos: individual, familiar e coletivo relacionando tempo, espaço e acessibilidade para realização das visitas selecionadas.

Os profissionais devem realizar as VD aos usuários conforme o princípio da integralidade e da equidade, dando assim prioridades aos que possuem problemas de saúde controlados/compensados que têm dificuldade ou até mesmo impossibilidade de locomoção até a uma Unidade de Saúde e também para aqueles com menor necessidade de recursos de saúde, sendo esse cuidado compartilhado pela equipe de saúde (BRASIL, 2012).

Por se tratar de uma ferramenta abrangente, a VD pode ter como foco prestar assistência ao paciente em caso de acamados, controle de doenças transmissíveis e estímulo a adesão do tratamento, seja ele medicamentoso ou não, estimular a independência do indivíduo e a sua participação ativa no processo saúde doença bem como a análise do contexto do domicílio e suas características ambientais (LIMA, 2015).

A partir de a visita domiciliar e da criação do vínculo de confiança com a família, outros instrumentos de compreensão e análise familiar podem ser construídos, a exemplo do genograma e ecomapa (REBELO, 2002).

O Genograma consiste em uma construção de uma árvore familiar onde informações sobre saúde, doenças, ocupação, religião, relacionamentos, sejam positivos ou negativos, abortos, gravidez entre outros dados são simbolizados e preconizados como forma de obtenção de informação para os profissionais de saúde a respeito da família e seu funcionamento. É necessária a utilização de no mínimo três gerações (THUMÉ, 2003).

Desse modo a aplicação do Genograma consiste em uma forma concreta co processo de adoecer dando uma perspectiva mais clara sobre o desenvolvimento das suas doenças para a família, auxilia na terapêutica, dá uma noção de como a família em contexto lida com os ocorridos críticos bem como as mudanças no ciclo da vida (MELO, 2005).

Utilizando como base o núcleo familiar, o ecomapa pode ser construído para identificar as relações entre os familiares e a rede social que ele integra, bem como os recursos na rede de atenção a saúde que podem ser utilizados no plano de cuidados singular ao paciente índice ou a família. O ecomapa pode ser utilizado para se ter uma visão geral da família e as relações desta com o mundo, o Ecomapa objetiva representar o relacionamento dos membros da família com sistemas mais abrangentes bem como a energia que eles depositam em determinados setores de suas vidas (THUMÉ, 2003).



Nessa perspectiva, a formação acadêmica em medicina deve aproximar os alunos da operacionalização das ações do SUS e despertar uma visão crítico-reflexiva de como funciona a Atenção Básica como ordenadora do cuidado integral e coordenadora da rede de atenção. Assim, o presente estudo tem como objetivo relatar a experiência acadêmica de cinco alunos do segundo período do curso de medicina vivenciada através do Módulo de Atenção a Saúde II no âmbito da ESF.

2. METODOLOGIA

O presente estudo se apresenta na abordagem qualitativa do tipo relato de experiência que se desenvolveu no período letivo de 2016.2 durante entre os meses de setembro e novembro de realização das aulas práticas do Módulo de Atenção a Saúde II, no eixo integração, ensino, serviço e comunidade, do curso de medicina da Faculdade Ciências Médicas da Paraíba.

Foi realizado no âmbito da Estratégia de Saúde da Família pertencente ao Distrito sanitário V no município de João Pessoa-PB. O estudo foi feito pelos alunos do segundo período durante as cinco visitas domiciliares nas áreas adscritas de 4 USF.

O Módulo de Atenção a Saúde II direciona as aulas práticas com o intuito que o aluno possa: desenvolver as habilidades de comunicação e aprender sobre o cuidado humanizado e integral na Atenção Básica utilizando das ferramentas leves como: a visita domiciliar, o vínculo de confiança, a construção do genograma, ecomapa familiar e plano de cuidado singular.

Nos cenários de práticas, os alunos foram divididos em grupos e desses grupos foram divididos em duplas as quais ficaram cada uma, responsáveis por uma família. Cada dia de visita era orientado por objetivos baseados nos ensinamentos construídos em sala de aula, para os alunos desenvolvessem a prática com o conhecimento necessário para conduzir uma conversa com finalidade terapêutica.

Essas vivências foram retratadas em diários de campo, no quais o aluno registrava seus relatos com apreciações reflexivas e críticas peculiares dialogando com o arcabouço teórico estudados em sala de aula como: comunicação em saúde, classificação da família segundo Tereza Ventura (2004) quanto ao tipo, funcionalidade e ciclo de vida; visita domiciliar: tipos, modalidade de atenção domiciliar, aplicação da escala de risco familiar de Coelho e Savassi (2002); instrumentos de abordagem as familiar; Política Nacional de Humanização; redes de atenção a saúde; e abordagem centrada na pessoa versus centrada na doença.



A elaboração do diário de campo foi definida por objetivos específicos para cada visita domiciliar, sendo cada duas aulas práticas a preparação de um diário contendo relato da experiência, aprofundamento teórico em periódicos confiáveis, e a reflexão crítica do aluno fazendo a interface da teoria e da prática.

A primeira prática proporcionou o primeiro contato dos alunos com as USFs, a equipe multidisciplinar e as famílias elencadas para o acompanhamento nas práticas seguintes. A equipe de saúde selecionaram as famílias, a serem acompanhadas pelos discentes, a partir dos critérios de risco familiar e necessidade de elaboração de instrumentos de avaliação domiciliar que pudessem clarificar as possíveis situações desencadeadoras de adoecimento. Para embasamento de conhecimento, em sala foi desenvolvido um estudo sobre a visita domiciliar (VD) como instrumento de acompanhamento do médico na saúde coletiva. A partir de uma situação emblemática os alunos buscaram na literatura pertinentes aspectos e relevância da VD como tecnologia leve de cuidado para o manejo terapêutico com as famílias que se enquadram na modalidade de atenção domiciliar da ESF, os riscos e critérios para VD avaliados por uma escala produzida com dados da ficha A do antigo sistema de informação da atenção básica; e como desenvolver a VD utilizando a entrevista, o relato de história de vida e a observação.

A segunda aula, prática e teórica, tiveram objetivo de entender os tipos de comunicação em saúde que permeiam a produção do cuidado do profissional, tais como a comunicação verbal e não verbal, enfatizando a importância delas no que diz respeito à relação médico-família.

Já a terceira aula teve como embasamento o estudo sobre a família e a sua classificação quanto ao tipo, funcionalidade e ciclos de vida segundo Teresa Ventura (2002). Esse conteúdo traz o entendimento sobre as peculiaridades da dinâmica familiar e seus reflexos no indivíduo e seus familiares, aspectos que podem facilitar o planejamento das propostas terapêuticas dos profissionais de saúde.

A quarta prática baseou-se na coleta de informações para construção do genograma e do ecomapa sobre a família, de acordo com Rebelo (2007). Para tal foi aprofundado o conhecimento sobre os tipos de instrumento de avaliação e compreensão familiar com ênfase no genograma e ecomapa como tecnologias leves-duras utilizadas pelos profissionais de saúde no cuidado integral do indivíduo. O genograma foi realizado com base nas informações de três gerações a partir do paciente índice e o ecomapa apresentou a relação do paciente índice com sua família, rede de cuidados do município e meio social a exemplo de observação do vínculo com os equipamentos sociais, hábitos, trabalho e práticas realizadas por eles.



Além das visitas, no final do período, os estudantes apresentaram às equipes de saúde os instrumentos de avaliação familiar referidos e suas propostas terapêuticas integradas à rede de atenção disponível no município.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Equipe de Saúde da Família (ESF) é constituída de uma enfermeira, um médico, dois ACS, uma odontóloga, uma auxiliar de saúde bucal e uma técnica de enfermagem. Além disso, a equipe tem o apoio do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). Tais profissionais podem fazer uso de diversas tecnologias do cuidado, as quais se caracterizam por ser resultado de um conjunto de ações empíricas e científicas que apresentam uma finalidade, por exemplo, o cuidado em saúde (ROCHA et al., 2008).

As atividades dos profissionais de saúde são classificadas como atividade assistencial que necessita de relações interpessoais, logo é importante a exploração de abordagens de qualidade interacional. Assim, a proposta de abordagem centrada na pessoa sugere o desenvolvimento de atitudes empáticas, humanizadas e permissiva, as quais co-responsabilizam o cuidado em saúde com o usuário, tornando o indivíduo ativo no processo saúde doença (BACELLAR, 2012).

Diante do exposto, pode-se notar, ainda, a importância do processo de comunicação na relação profissional x paciente, dando destaque à escuta ativa, isto é, a importância dos primeiros minutos para demonstrar os marcadores de cordialidade (contato visual, cumprimento, sorriso, demonstrar atenção) e, com isso, estabelecer um canal de comunicação permanente. Esse canal, segundo Coelho e Savassi (2004), é um dos principais objetivos da visita domiciliar meio.

Segundo os mesmos autores, a visita domiciliar é um dos instrumentos que têm maior relevância para a prática do médico de família. Ela é caracterizada por desenvolvimento de ações de prevenção, tratamento, reabilitação, palição e promoção à saúde executadas em ambiente domiciliar. Há duas formas de visitas: a visita fim, a qual tem uma finalidade específica, e a visita meio, esta visa à busca ativa, promoção e prevenção, além de manter o canal de comunicação entre a equipe de saúde da família e o paciente, aumentando, assim, o vínculo entre ambos.

Através das visitas, tivemos a oportunidade do contato com as famílias identificando precocemente suas origens e os familiares que moram na residência, bem como as condições

socioeconômicas e sanitárias de suas ruas e casas. Além disso, foram investigadas, também, as morbidades dos residentes.

Nas visitas experienciadas, o grupo de alunos destaca duas famílias para exemplificar o uso dos instrumentos estudados e aprofundamentos teóricos consultados para fazer a reflexão crítica e a interface da teoria e prática.

Para avaliar os riscos utilizamos a escala de Coelho; Savassi (2004) que auxilia os profissionais a priorizarem suas visitas avaliando os riscos com o uso de escores atribuídos a variáveis da ficha A, ficha de cadastramento da família do antigo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), como mostra a figura 1.

Dados da Ficha A do SIAB e escore de pontuação de risco.		
Dados da Ficha A		Escore
Acamado		3
Deficiência Física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição (Grave)		3
Drogadição		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de seis meses		1
Maior de 70 anos		1
Hipertensão Arterial Sistêmica		1
Diabetes Mellitus		1
Relação	Se maior que 1	3
Morador/cômodo	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0

Escore 5 ou 6 = (R1)
Escore 7 ou 8 = (R2)
Maior que 9 = (R3)

Classificação das famílias segundo a pontuação.

Figura 1: Escala de avaliação de risco familiar

Fonte: Coelho; Savassi, 2004.

A primeira família era composta por uma senhora, a qual morava com sua neta, constituindo apenas dois moradores na residência. Ademais, a casa contava com mais de 2 cômodos, sendo superior a 1 a relação morador/cômodo da escala de Coelho e Savassi (2004).

Diante do exposto, a classificação da família 1 quanto ao nível de risco, segundo Coelho e Savassi (2004), escore <5, uma vez que o morador 1 se encontra desempregado (2 escores) e possui Hipertensão Arterial Sistêmica (1 escore). De acordo com Lima et al (2006), os fatores de risco para o Acidente Vascular Encefálico (AVE) em relação à hipertensão



arterial são sedentarismo, idade (> 65 anos), tabagismo, comorbidades e doenças associadas. No caso do morador 1, anteriormente ao AVE, identificavam-se sedentarismo e hipertensão arterial não controlada como importantes fatores de risco, além de estresse e histórico familiar, uma vez que sua mãe também teve AVE.

No que se refere à classificação da família conhecida, segundo Teresa Ventura (2002), é classificada como família do tipo “outros”, por morar na casa somente duas gerações não contínuas (avós-netos), não se enquadrando, portanto, nas demais classificações de família.

Segundo a mesma autora, o estágio de ciclo de vida encontra-se no estágio V, isto é, família com adolescentes, já que se enquadra pelo estágio do filho mais velho. O referido estágio de ciclo de vida se caracteriza como centrífugo, uma vez que a família tem que se adaptar ao convívio dos filhos nessa fase com pessoas exteriores a ela. Assim, a capacidade de mudança de algumas regras, associada à de oferecer autonomia aos filhos gradativamente são fortes indícios de funcionalidade. Em contrapartida, a toxicodependência, o insucesso escolar, a delinquência juvenil, a tendência para acidentes são característicos de um mau funcionamento familiar. Nesse processo, também, de relativa autonomia dos filhos é importante que os pais se dediquem a outras tarefas ou a seu aperfeiçoamento profissional, pois nessa fase os filhos passam a não mais depender totalmente dos pais e, com isso, esses passam a ter mais tempo para si próprios (VENTURA, 2002).

No que se refere a classificação quanto a funcionalidade trata-se de uma família com disfunção moderada, por não manter contato com a família extensa, embora ainda exista comunicação com alguns familiares. Existe, também, pouca afetividade expressa, além de pouca negociação (VENTURA, 2002).

A família 2, o morador 2 possui Psoríase, Diabetes e Hipertensão. A primeira se trata de uma doença inflamatória crônica, não contagiosa e de ciclo recidivante que afeta diversas áreas da pele, no caso específico afetou o couro cabeludo, além de forma generalizada pelo corpo (BRASIL, 2013). A segunda é uma doença crônica caracterizada pelo aumento de glicose no sangue. E a última, é também uma doença crônica que afeta os níveis pressóricos sanguíneos. Foi notado que os sintomas e o tratamento da Psoríase estão relacionados a somatização dos problemas do núcleo familiar, uma vez que se preocupa com todos os problemas da família, pode afetar a Psoríase, pois esta tem uma base emocional (KRUPINSKI; CHEAVEGATTI, 2010). Observaram-se, também, boas condições higiênicas da casa e pessoal da família, além de boa relação familiar. A fim de minimizar os sintomas da



Psoríase sugerimos a ingestão de líquido e reforçamos a exposição ao sol e caminhada, já que o morador 2 já realiza caminhada todo dia pela manhã.

Portanto, para essa família 2, segundo Coelho e Savassi (2004), apresenta no nível de risco, com escore 5, pois o morador 2 possui HAS e DM (cada um indica 1 escore), e a residência possui relação morador/cômodo maior que 1 (escore 3). Dessa maneira, essa família se enquadra em “Risco menor” (5 ou 6 escore).

A classificação da família, segundo Teresa Ventura (2002), é enquadrada como alargada ou extensa, porque residem na casa várias gerações (avós, filhos e netos). Quanto ao ciclo de vida encontra-se no estágio VI, isto é, família com filhos adultos jovens, a qual se inicia quando o primeiro filho sai de casa. Nesse estágio estabelecer uma boa relação adulto-adulto entre os filhos crescidos e os pais, além de abrir espaço para a participação familiar de genros e noras, por exemplo, são essenciais para manter uma boa funcionalidade.

Assim, quanto ao grau de funcionalidade é classificada como família com disfunção moderada, por apresentar aglutinação, uma vez que o morador 2 fala por todos da casa, indicando forte dependência dos demais familiares a esse referido morador. Ademais, apresenta corte emocional parcial com a família de origem, embora alguns ainda mantenham um relativo contato com a família de origem. Além de observado comunicação pouco clara e pouca negociação.

Acerca dos dados do genograma e do ecomapa, estes foram reunidos e agrupados para apresentação à ESF. Na apresentação, foi discutido com a equipe de profissionais os casos de ambas as famílias, a fim de selecionar dados importantes na estruturação de melhora da qualidade de vida das famílias, bem como identificar meios de melhora no processo saúde-doença.

GENOGRAMA FAMÍLIA 1

DATA: 25/11/2016

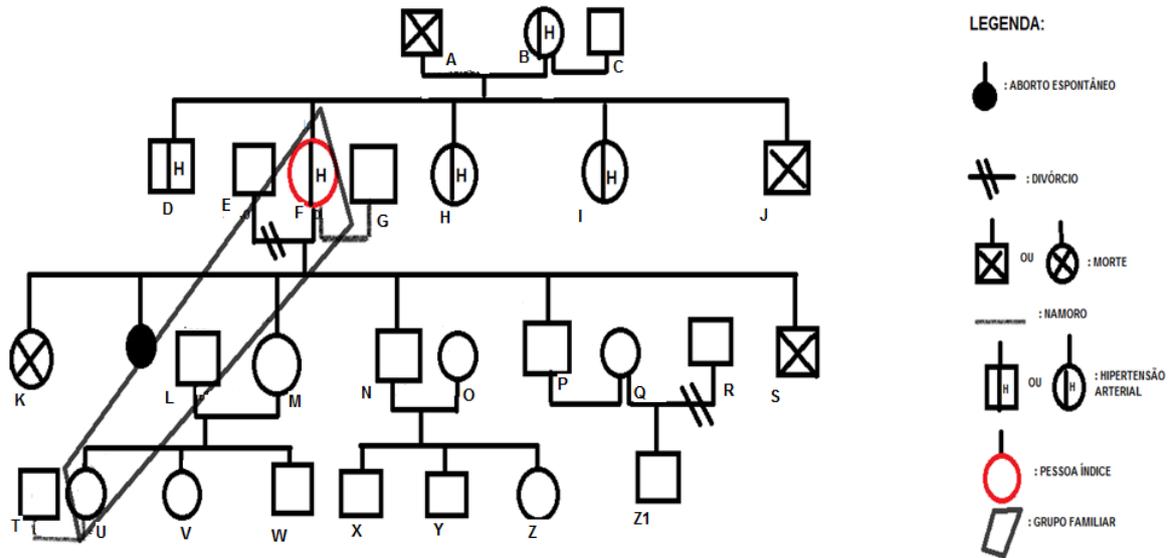


Figura 2: Genograma família 1
Fonte: Relato oral, 2016.

Ecomapa família 2

DATA: 25/11/2016

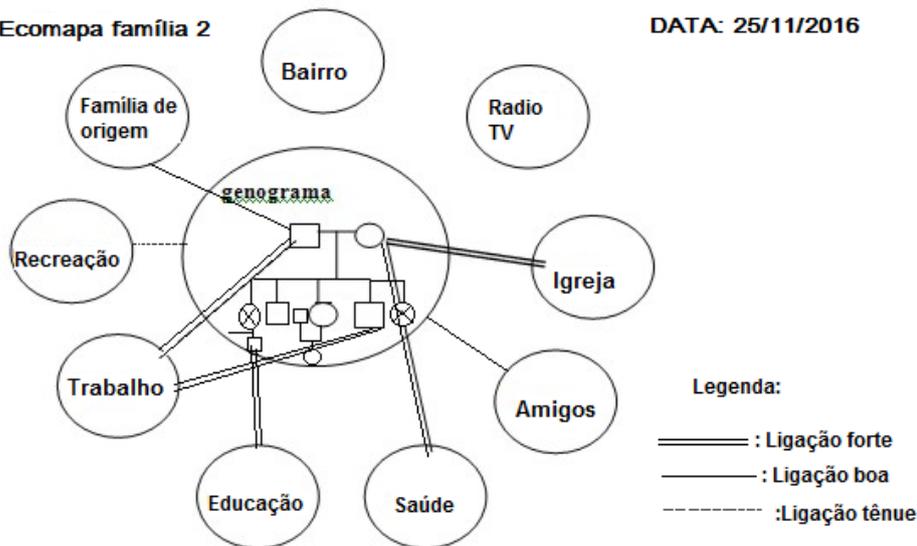


Figura 3: Ecomapa família 2
Fonte: Relato oral, 2016.

O genograma reúne informações biomédicas e psicossociais, averiguando o impacto no indivíduo no contexto da família e vice-versa, com o objetivo de localizar o problema de saúde, ou seja, tem valor diagnóstico. Além disso, por meio desse instrumento o profissional de saúde pode reconhecer padrões transgeracionais, podendo atuar em Educação em Saúde específica a fim de interromper essa transmissão (REBELO, 2007).

Destarte, o ecomapa também é um importante instrumento da Medicina da Família, uma vez que por meio dele se pode reconhecer a dinâmica relacional da família com o meio.



Segundo Agostinho (2007), o ecomapa identifica os padrões organizacionais da família, bem como a natureza das suas relações com o meio, mostrando-nos o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família.

4. CONCLUSÕES

A visita domiciliar é um dos tipos de cuidados que Atenção Básica pode fornecer, pois adentra no ambiente onde o usuário vive e assim pode-se observar a realidade geral de seu lar e se a natureza do local pode acarretar em um processo de doença. Além disso, na visita domiciliar há um aumento do vínculo do paciente com o profissional de saúde, sendo uma ótima oportunidade para poder promover práticas de prevenção às doenças e tratamento dos enfermos.

Tendo em vista que a Unidade de Saúde da Família disponibiliza meios que diminuam a distância entre o usuário e os serviços do SUS, pode-se observar que a atenção básica cumpre com seus princípios iniciais de assistência e não ocorre restrição de famílias independentemente da localização e da dificuldade de locomoção às áreas de difícil acesso.

A proposta do módulo de Atenção em Saúde II do curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba induz os alunos a conhecerem o vínculo dos profissionais da Unidade de Saúde com as famílias que os mesmos são responsáveis, proporcionando assim um pensamento mais amplo sobre a dinâmica usada para manter a integridade funcional das unidades que atendem as maiores demandas da saúde pública.

Dessa maneira, tal experiência acadêmica permitiu aos alunos uma aproximação com as várias maneiras de produzir saúde no âmbito da ESF dando ênfase às tecnologias leves e leves-duras do cuidado integral e humanizado, observando o indivíduo inserido em seu contexto familiar e social. Percebeu-se que o médico da família e comunidade pode atuar efetivamente sobre as necessidades do usuário quando faz uso de ferramentas simples as quais proporcionam confiança com maior adesão ao plano terapêutico proposto, e ainda facilitam a abordagem familiar em um contexto, por vezes, disfuncional e de vulnerabilidade social. Pôde-se ter conhecimento prático sobre o vínculo dos profissionais da USF e os reflexos da abordagem do cuidado na efetividade da visita domiciliar e resolutividade dos problemas da família.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGOSTINHO, M. Ecomapa. **Rev Port Clin Geral** v.23, p. 327-30, 2007.
- BACELLAR, A.; ROCHA, J. S. X.; FLOR, M. S. Abordagem centrada na pessoa e políticas públicas de saúde brasileiras do século XXI: *uma aproximação possível*. **Rev. NUFEN**, São Paulo: v.4, n.1, p.127-140, jun. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: Psoríase**. Nov. de 2013.
- COELHO, F. L. G; SAVASSI, L.C.M, Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Revista brasileira de medicina da família e comunidade**. Minas Gerais, v. 1, n.2, 2004.
- CUNHA, C. L. F.; GAMA, M. E. A. A. Visita Domiciliar no âmbito da Atenção Primária em Saúde. In: MALAGUTTI, W. et al (Org.). *Assistência Domiciliar – Atualidades da Assistência de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Rubio, 2012.
- DRULLA, A. G., et al. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. **Cogitare enferm**, Paraná, out/dez. 2009.
- KRUPINSKI, M.; CHEAVEGATTI, D. Psoríase: uma revisão de literatura. **Rev. CIÊNCIA & CONSCIÊNCIA - CEC**, v. 2, 2010.
- LIMA, C. H. R; et AL. A visita domiciliar como tecnologia do cuidado familiar: análise reflexiva. **rev interd.**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 205 -210, abril/maio/junho 2015.
- LIMA, V. et al. Fatores de risco associados a hipertensão arterial sistêmica em vítimas de acidente vascular cerebral. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, vol. 19, núm. 3, 2006, pp. 149-154.
- MELO, D. F; et al. Genograma e Ecomapa: as possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. **Rev. Bra crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v.15, n.1, Abril 2005.
- ROCHA, P. K. et al. Cuidado e tecnologia: *aproximações através do Modelo de Cuidado*. **Rev Bras Enferm**, Brasília: v. 61 n.1 p. 113-116, jan.-fev. 2008.
- REBELO, L. Genograma familiar: *O bisturi do médico de família*. **Rev Port Clin Geral**, v. 23; p. 309-17; 2007.
- VENTURA, T. **Família**. Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa. Departamento de Clínica Geral (2001-2002).
- THUMÉ, E, et al. Cuidado domiciliar no programa de saúde da família: a utilização de novos instrumentos para subsidiar a prática. **Rev. ciências, cuidado e saúde**, Maringá, v.2, n.1, p. 75-78, Jan/Jun. 2003.