

**INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR  
UNIÃO EDUCACIONAL DO VALE DO AÇO**

**Fabíola Moreira Alvarenga  
Gustavo Pinto de Oliveira Gomes  
Mayara Pimenta Lima  
Sílvia Heringer-Walther**

**PERCEPÇÃO DA VISITA DOMICILIAR PELOS  
ESTUDANTES DE MEDICINA**

**IPATINGA**

**2016**

**Fabíola Moreira Alvarenga**  
**Gustavo Pinto de Oliveira Campos**  
**Mayara Pimenta Lima**  
**Sílvia Heringer-Walther**

**PERCEPÇÃO DA VISITA DOMICILIAR PELOS  
ESTUDANTES DE MEDICINA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto Metropolitano de Ensino Superior – IMES/Univaço, como requisito parcial à graduação no curso de Medicina.

Prof<sup>a</sup>. Orientadora: Sílvia Heringer-Walther

**IPATINGA**  
**2016**

## PERCEPÇÃO DA VISITA DOMICILIAR PELOS ESTUDANTES DE MEDICINA

Fabíola Moreira Alvarenga<sup>1</sup>, Gustavo Pinto de Oliveira Gomes<sup>1</sup>, Mayara Pimenta Lima<sup>1</sup> & Sílvia Heringer-Walther<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Acadêmicos do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior – IMES/Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.

<sup>2</sup> Docente do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior – IMES/Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Orientadora do TCC.

### RESUMO

**Introdução:** A visita domiciliar constitui-se instrumento importante para aprendizado e prática da medicina preventiva, especialmente na Estratégia Saúde da Família. Entretanto, o processo de adentrar o domicílio dos usuários é complexo, requer tempo, habilidades de comunicação verbal e não verbal dentre outros. **Objetivo:** Caracterizar a experiência, percepção e contribuição da visita domiciliar no aprendizado dos alunos da disciplina de Medicina de Família e Comunidade III IMES/Univaço, Ipatinga, Minas Gerais. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa e qualitativa, através da aplicação de um questionário semiestruturado. Foram convidados todos os acadêmicos de medicina matriculados na 3<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup>, 6<sup>a</sup> e 7<sup>a</sup> fases do IMES/Univaço que realizaram o estágio de visita domiciliar na terceira fase do curso, entre o segundo semestre de 2013 e o primeiro semestre de 2016. **Resultados:** A amostra foi composta por 286 alunos, destes, 229 responderam o questionário, sendo a maioria do sexo feminino (65,2%). A média de idade foi de 22 anos. Quanto à procedência, 20,7% eram de Ipatinga, 67,4% de outras cidades e 12,0% de outros estados. Somente 37 estudantes (16,5%) não foram bem recebidos no primeiro contato com a família e este número caiu para 10 (4,4%) nas visitas subsequentes. Quanto aos benefícios da prática domiciliar na vida acadêmica, 94,6% considerou a experiência positiva. Destes, 54,5% relatou melhora na prática de enfrentamento ao aspecto social, 25,1% obtiveram maior segurança e habilidades clínicas. **Conclusão:** Os dados reforçam a importância da visita domiciliar no curso de medicina. Somente no espaço domiciliar os alunos têm possibilidade privilegiada de inserção no cotidiano do paciente e sua família. A experiência também proporciona contato com violência e situações sociais difíceis, mas isto é importante durante a graduação com o fim de promover o diálogo sobre a situação atual, produção de saberes culturais específicos de nossa região e proporcionar uma visão mais ampla das reais condições do trabalho médico no Brasil.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Visita domiciliar. Estudantes de Medicina.

## Introdução

O modelo da formação médica atual e da prática médica hegemônica ainda é hospitalocêntrica, individualista e desatenta aos fenômenos sociais, com impacto na formação profissional, na organização dos serviços de saúde e na produção de conhecimentos. Mantém o foco no indivíduo e no seu corpo doente, com ênfase nas ações curativas, na medicalização e no aparato hospitalar (COSTA et al., 2012; FERTONANI et al., 2015).

A partir da Conferência de Alma Ata, realizada em 1978 e liderada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), iniciou-se um processo de questionamento sobre o modelo flexneriano de medicina, consagrando a Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia a ser seguida. Assim, os sistemas nacionais de saúde, principalmente nos países europeus, foram repensados e reorganizados, com o objetivo de fortalecer a APS e investir na formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade. Um movimento de críticas ao modelo biomédico também surgiu no Brasil, principalmente a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde e da promulgação da Constituição de 1988, conquistas políticas que culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 (FERTONANI et al., 2015; MARIN et al., 2014; MENICUCCI, 2009; RODRIGUES; ANDERSON, 2011).

A reorientação do modelo assistencial no Brasil avançou através da criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), eixo estruturante do processo de reorganização do sistema de saúde. A Saúde da Família é considerada estratégia principal para a expansão da APS, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral ao usuário, atender as demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território e consolidar-se como porta de entrada principal e preferencial. A organização da rede posiciona o usuário como centro dos cuidados e das intervenções (BRASIL, 2012b; FERTONANI et al., 2015; GUSSO; LOPES, 2012; RODRIGUES; ANDERSON, 2011; SAVASSI et al., 2013).

Apesar da expansão da ESF e de ferramentas para atender as necessidades da população, o curso médico no Brasil ainda prioriza a formação especializada em centros terciários e a experiência discente é pequena na APS. Na maioria das faculdades, sua inserção ocorre somente após o quarto ano, o que vai de encontro ao bom funcionamento da APS. De modo geral, a prática médica ainda

não conseguiu romper com o método de abordagem de problemas de saúde baseado no modelo biomédico tradicional (LOPES; RIBEIRO, 2015).

Diante dessa realidade, as universidades vêm buscando se adequar às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do curso de Medicina, que apresentam como base norteadora os princípios e diretrizes do SUS. É preconizado que a graduação em medicina tenha as ciências humanas e sociais como eixo transversal na formação de médicos com perfil generalista, de modo que o aluno seja inserido nas redes de serviço de saúde desde as séries iniciais e ao longo da graduação, considerando-se o conceito ampliado de saúde. Desta forma, o estudante poderá experimentar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, especialmente nas unidades de saúde do SUS (ANJOS, 2010; BRASIL, 2014; MARIN et al., 2014; SAVASSI et al., 2013).

Neste contexto, as visitas domiciliares (VDs) podem ser inseridas como recursos importantes no processo de ensino durante a graduação ainda nos primeiros anos. É uma modalidade de atendimento essencial na compreensão e no cuidado do usuário. Os estudantes podem ser inseridos na APS onde interagem com a comunidade por meio da prática domiciliar, o que permite acesso a uma visão geral do paciente, englobando aspectos sociais, psicológicos e econômicos. O contato precoce na rede pública permite melhorar os serviços prestados e satisfazer as necessidades das famílias (BRASIL, 2012a; MARIN et al., 2011).

A inserção do aluno neste cenário possibilita o contato com múltiplos e complexos determinantes do processo saúde-doença, além de permitir a aproximação com profissionais de saúde e com a realidade da prática médica nos serviços públicos. Objetiva-se, com este estudo, avaliar a experiência, percepção e contribuição da visita domiciliar no aprendizado dos alunos da disciplina de Medicina de Família e Comunidade III (MFC III) que ocorre na terceira fase do curso de Medicina do IMES/Univãço, Ipatinga, Minas Gerais.

## **Métodos**

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa e qualitativa, através da aplicação de um questionário semiestruturado. Os dados quantitativos foram tratados no programa Epi-Info, versão 7.0. As respostas às questões discursivas foram analisadas utilizando-se a técnica de análise de conteúdo e tabuladas quanto a sua frequência no discurso. O trabalho foi aprovado pelo *Comitê*

*de Ética em Pesquisa com Seres Humanos CEP/Unileste, MG, número CAAE 43423015.2.0000.5095.*

O instrumento de coleta de dados foi um questionário composto de 15 questões de múltipla escolha, sendo 04 questões com espaço para justificativas e 06 questões com respostas tipo Likert. Além disso, 01 questão aberta. Utilizou-se um questionário de autopreenchimento, individual e não identificado, elaborado pelos próprios autores e aplicado no último dia da disciplina, após a experiência do estágio.

Toda a população alvo foi pesquisada, isto é, todos os acadêmicos de medicina matriculados na 3ª, 4ª, 5ª, 6ª e 7ª fases do IMES/Univaço que realizaram o estágio de visita domiciliar na terceira fase do curso, na disciplina de MFC III, entre o segundo semestre de 2013 e o primeiro semestre de 2016. Para o cálculo da amostra considerou-se o tamanho da população alvo, totalizando 286 estudantes. Para nível de confiança de 95% e margem de erro de 3%, estimou-se através do programa OpenEpi versão 3.01, a avaliação mínima de 226 alunos. No final do estudo, foram avaliados 229 questionários.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão o aluno estar matriculado na disciplina eletiva e também a concordância em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram considerados critérios de exclusão os estudantes que não quiseram participar da pesquisa, bem como aqueles que cursavam o período investigado, porém, não estavam matriculados na disciplina na qual são realizadas as VDs. Alunos que transferiram ou abandonaram o curso, assim como os alunos ausentes no dia da aplicação do questionário ou aqueles que se recusaram a assinar o TCLE foram considerados como perda.

## **Resultados**

Os acadêmicos matriculados na 3ª, 4ª, 5ª, 6ª e 7ª fases foram avaliados quanto a experiência de estágio vivenciada na terceira fase do curso de medicina, na disciplina de MFC III. Para a realização das VDs, os alunos eram divididos em subgrupos de quatro ou cinco para cada casa a ser visitada. A primeira visita era acompanhada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável pela família. Visitas seguintes eram agendadas de acordo com a necessidade do paciente e

disponibilidade do aluno. Os estudantes permaneceram responsáveis somente por uma família durante todo o semestre.

A amostra foi composta por 286 alunos, destes, 229 responderam o questionário, sendo a maioria do sexo feminino (65,2%). A média de idade foi de 22 anos (mínimo: 18, máximo: 57 anos). Quanto à procedência, 20,7% eram de Ipatinga, 67,40% procedentes de outras cidades do estado de Minas Gerais e 12% de outros estados. Do total de alunos que responderam ao questionário, a maioria não possuía curso superior (86%).

A receptividade da equipe da ESF e o entrosamento do estudante com a família, de modo geral, foram referidos como bons, com raras exceções. Observamos que 16,5% não foram bem recebidos no primeiro contato com a família e este número caiu para 4,4% nas visitas subsequentes. Com relação às experiências positivas vivenciadas pelo aluno no contato com a comunidade, destaca-se carinho e atenção por parte da família visitada, prazer em ajudar, respeito e confiança (Figura 1). Das experiências negativas, a maioria ressaltou a experiência de miséria e carência material (figura 2).

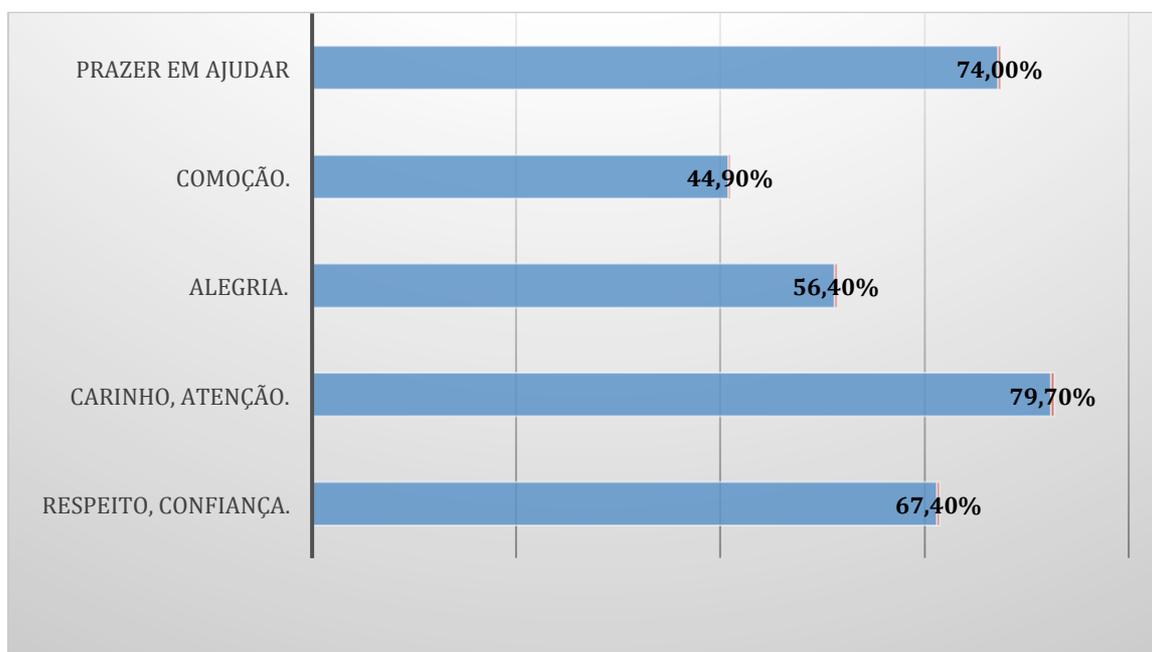


FIGURA 1- Número de alunos e porcentagem que marcaram experiências positivas descritas no questionário.

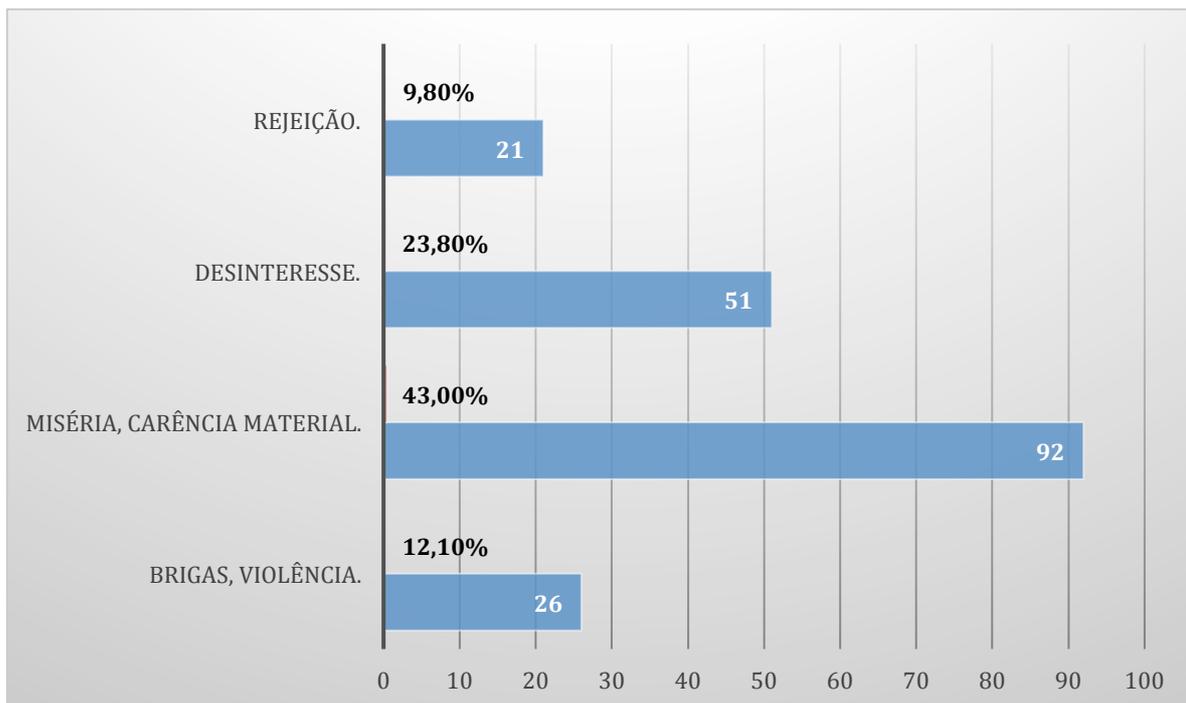


FIGURA 2- Número de alunos e porcentagem que marcaram experiências negativas descritas no questionário.

Quanto aos benefícios às famílias visitadas, 88,60% responderam que o aluno pode contribuir positivamente no cuidado geral às famílias. Na prática realizada pelos alunos, 65,20% afirmaram que a visita domiciliar trouxe benefícios reais para a família visitada, enquanto para 12,30% não houve benefício e 22,50% não tiveram como avaliar. Quando questionados se a visita domiciliar trouxe benefícios para a vida acadêmica, a maioria afirmou que a experiência foi positiva, com destaque para a prática de enfrentamento de problemas sociais (Figura 3). O tempo dedicado à visita foi considerado suficiente para a maioria dos alunos e insuficiente para 32,2% (Figura 4).

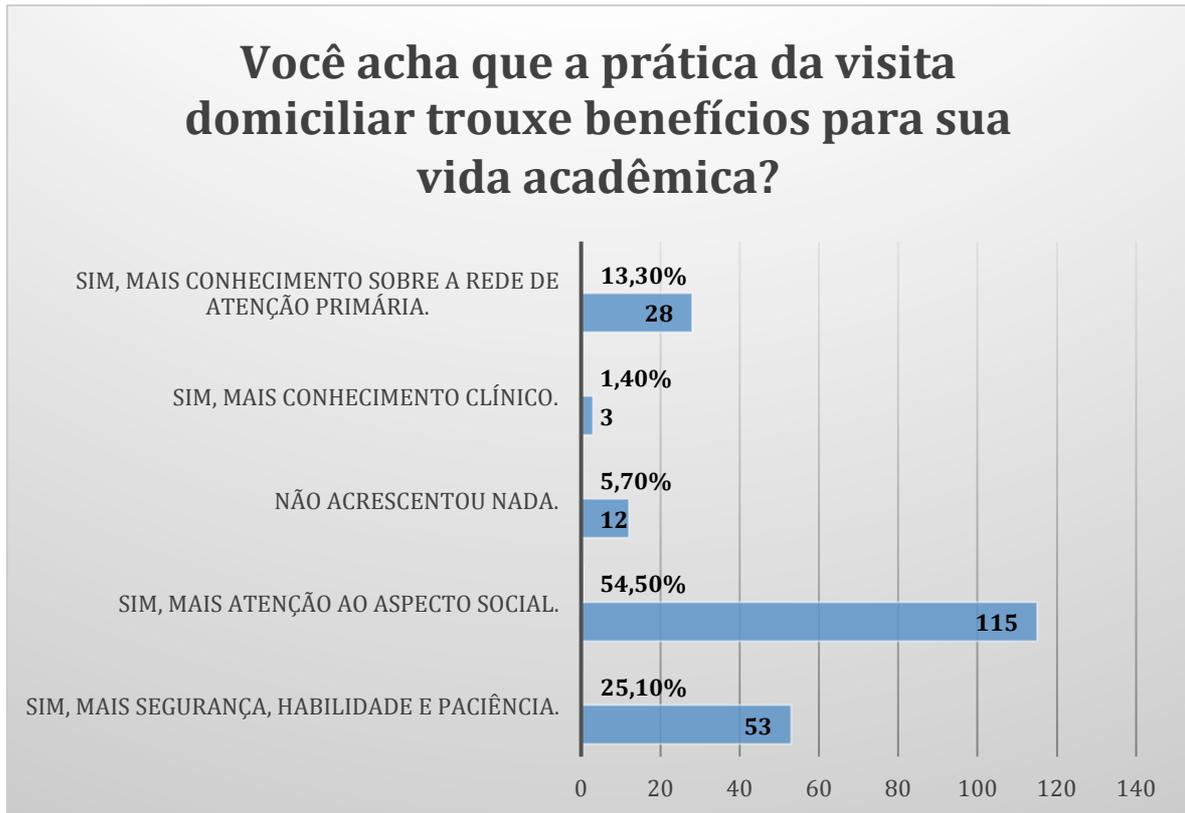


FIGURA 3- Número de alunos e porcentagem quanto aos benefícios para a vida acadêmica.

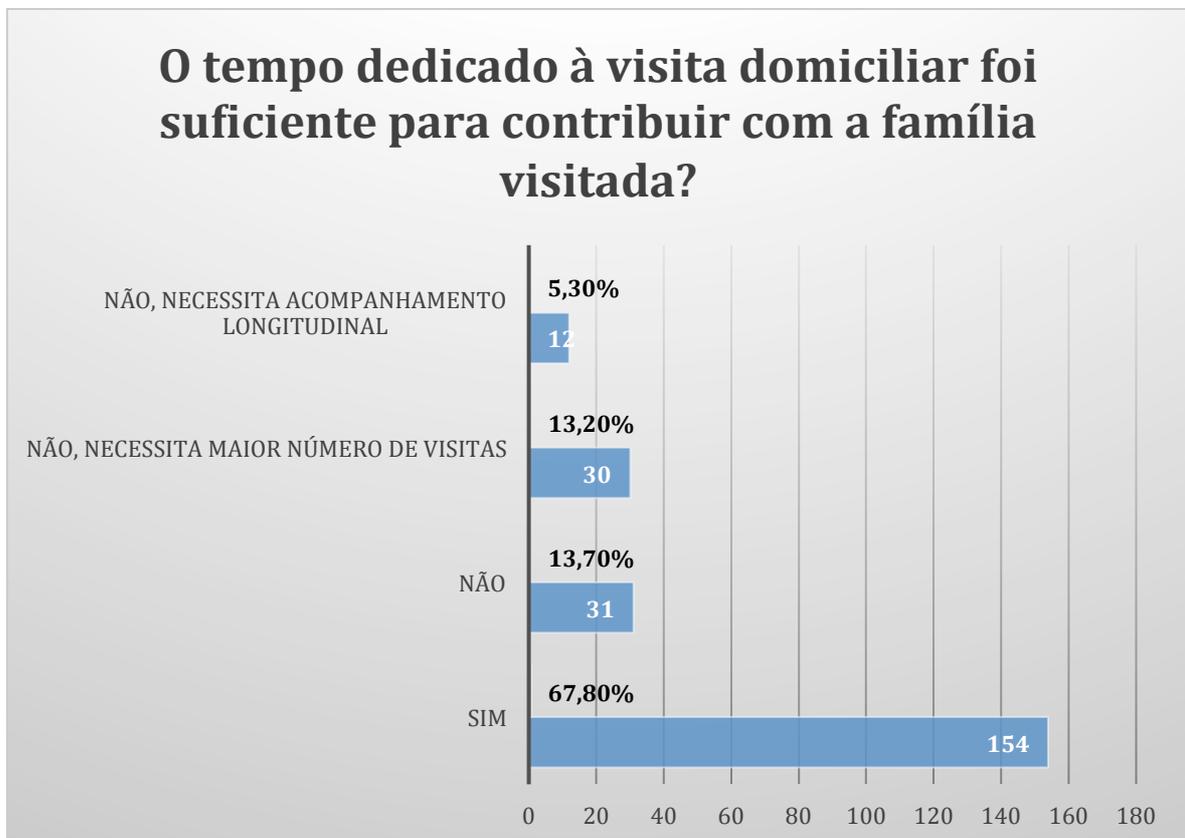


FIGURA 4- Número de alunos e porcentagem sobre o tempo dedicado à visita domiciliar.

A experiência na APS reforçou o conhecimento sobre os princípios da atenção primária. Grande parte dos alunos destacaram o trabalho em equipe (Figura 5). Por outro lado, pouco mais de 50% dos alunos afirmaram que houve resolubilidade dos casos.

Para 88% dos alunos, as VDs contribuíram para a compreensão da ESF e a maioria respondeu que o atendimento no domicílio facilitou a relação médico-paciente. De acordo com os resultados, predomina o modelo de atenção biopsicossocial na unidade de saúde visitada, embora 25% tenha afirmado que o modelo de atenção à saúde ainda é centrado no médico.

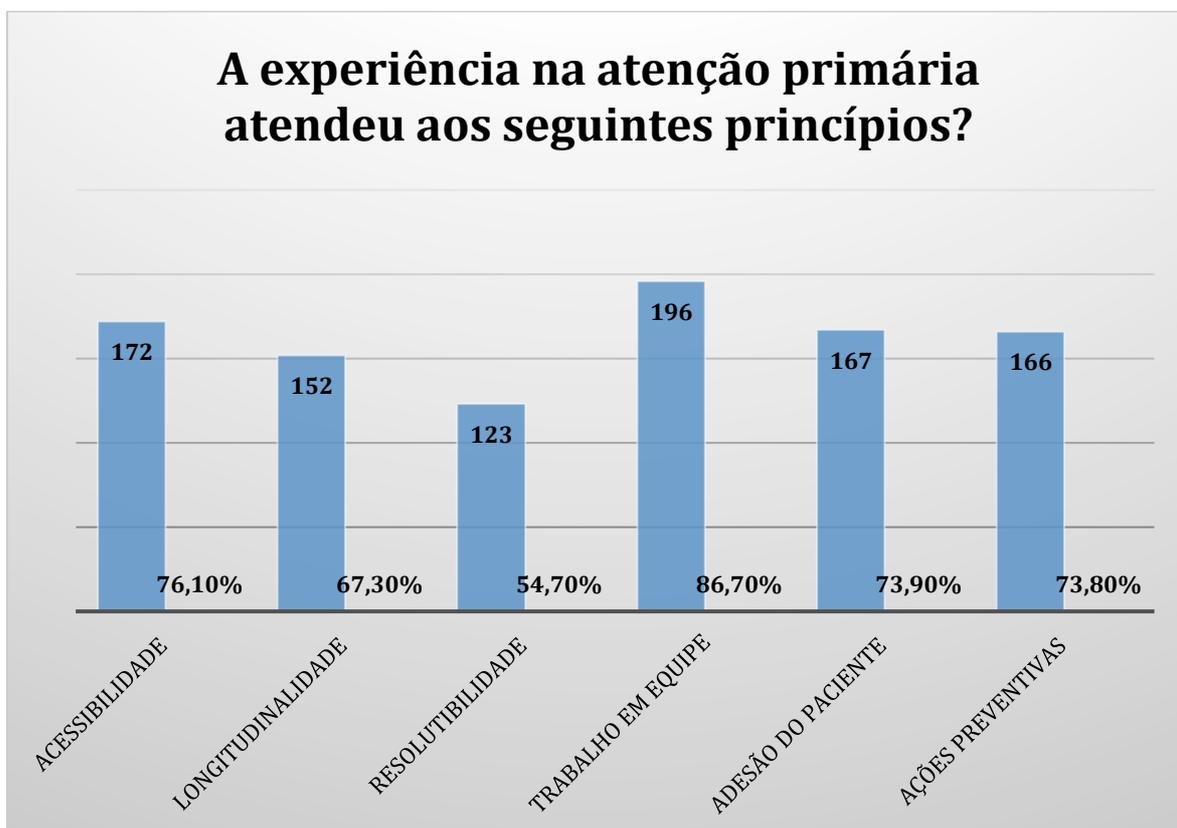


FIGURA 5 - Número de alunos e porcentagem sobre os princípios da atenção primária na unidade de saúde visitada.

## Discussão

Os dados obtidos neste trabalho são inéditos no Brasil. A experiência foi bem avaliada em vários aspectos, e a vivência resultou em ganhos para todos: pacientes, ACS, enfermeiros, alunos e professores.

Atualmente o hospital é o cenário mais valorizado pelo estudante de medicina brasileiro (DA CUNHA, 2013; FORTNEY, 2013; MENDES, 2007). Neste modelo de aprendizado, o aluno acompanha, na maioria das vezes, pacientes com patologias já instaladas, avaliadas por tecnologias recentes, com um nível de gravidade alto, e realiza uma atuação pontual no doente, que depois será acompanhado por outros médicos e alunos, resultando numa visão fragmentada do paciente. Nesse processo, a visão que o aluno adquire é a de que sua atuação no processo saúde-doença consiste apenas em tratar patologias ou suas complicações. Porém, sabe-se que, na vida profissional, seu campo de trabalho não está restrito ao setor terciário; pelo contrário, a maioria dos recém formados iniciam suas carreiras na APS (MENDES, 2007; STARFIELD, 2005).

A partir dos dados obtidos nesta pesquisa, a experiência das VDs, confirmou ser fundamental para o aprendizado da medicina generalista, humanista e ética exigida através das novas DCNs para o curso de medicina no Brasil (LIMA, 2015; BRASIL, 2014). As atividades possibilitaram que os alunos vivenciassem os princípios essenciais na atenção básica, principalmente acessibilidade, longitudinalidade, trabalho em equipe e atuação na prevenção. Os princípios menos vivenciados pelos alunos foram longitudinalidade e resolutibilidade, que, por serem alcançados em longo prazo, precisariam de continuação da disciplina por mais de 2 semestres (CAMPOS, 2008).

A maioria dos alunos relatou maior segurança para aplicar seus conhecimentos, melhora da habilidade de comunicação verbal e não verbal, mais paciência para escutar e reforço do conhecimento sobre a APS. Nesta perspectiva, as VDs constituem um recurso fundamental e de baixo custo para inserção do aluno de medicina no contexto atual da saúde no Brasil. Nenhum vídeo do *you tube* ou aula substituirá o contato com a violência, realidade social, experiência da escuta ativa e singular de cada pessoa, família, grupos e comunidades (NORO, 2015; PERES 2015).

É notório que no espaço domiciliar, os alunos tem uma possibilidade privilegiada de inserção no cotidiano do paciente e sua família; identificando demandas e potencialidades da família, em um clima de parceria. É o ambiente ideal para o desenvolvimento do diálogo e produção de saberes culturais específicos de cada região. Além disso promove o crescimento pessoal do aluno, tornando-o responsável pelo “seu” paciente, forçando-o a estudar não para a prova e sim para sua formação (ALBUQUERQUE, 2009; DUARTE, 2016; RIBEIRO, 2016; WIMO 2013).

Infelizmente 5,7% dos estudantes responderam que a experiência não trouxe nenhum benefício para vida acadêmica. Esperamos que este trabalho forneça subsídios para o esclarecimento dos motivos de insatisfação deste grupo e aperfeiçoamento do estágio de MFC III em nossa faculdade.

## **Conclusão**

As VDs merecem reflexão, pois são um dos instrumentos mais indicados para começar a trabalhar o indivíduo, a família e a comunidade no processo de prestação da assistência à saúde, dentro do seu contexto social. As VDs no cotidiano dos profissionais não deve se constituir numa tarefa meramente técnica e social, sem um olhar voltado aos valores, às crenças e aos costumes dos usuários assistidos. O processo de adentrar o domicílio dos usuários requer tempo, experiência docente, estudo e preparo específico.

## PERCEPTION OF HOME HEALTH CARE BY MEDICAL STUDENTS

### ABSTRACT

**Introduction:** The home visit is an important tool for learning and practice of preventive medicine, especially in the Family Health Strategy. However, enter into the life of a family is something complex, requires time, verbal and nonverbal communication skills. **Objective:** Characterize the experience, perception and contribution of home visits in student learning in the discipline of "Family Medicine and Community III", taught in medical school IMES/Univãço, Ipatinga city, State of Minas Gerais, Brazil. **Methods:** This is a cross-sectional study with a quantitative and qualitative approach, by applying a semi-structured questionnaire. The entire target population was studied: medical students enrolled in the 3rd, 4th, 5th, 6th and 7th periods of IMES / Univãço who experienced the home visit stage in the third period of the course, between the second half of 2013 and the first half of 2016. **Results:** The sample consisted of 286 students, of whom 229 responded to the questionnaire, the most were women (65.2%). The average age was 22 years. The most part of the students were from Minas Gerais State, 20.7% were from Ipatinga and 67.4% from other cities; 12.0% from other states of Brazil. Only 37 students (16.5%) were not well received at first contact with the family and this number dropped to 10 (4.4%) on subsequent visits. About benefits of home visit in academic life, 94.6% considered positive experience. Of these, 54.5% reported improvement in deal with the social aspect, 25.1% obtained greater safety and clinical skills. **Conclusion:** the search results show the importance of home visits in the course of medicine. Through home visits the students have the opportunity to enter the patients life and the daily life of the family. Experience also provides the contact with violence and difficult social situations, but this is important during graduation in order to promote a real view about current situation, the production of specific cultural knowledge of our region and provide a broader view of the actual working conditions doctor in Brazil.

Keywords: Primary Health Care. Home Care. Medical students.

## Referências

- ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 5, p. 1103-12, 2009.
- ALMEIDA, F. C. M. et al. Avaliação da inserção do estudante na unidade básica de saúde: visão do usuário. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.36, n.1, p. 33-39, 2012.
- ANJOS, R. M. P. et al. “Vivendo o SUS”: uma experiência prática no cenário da atenção básica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.34, n.1, p.172 – 183, 2010.
- ASSO, R. N. et al. Avaliação das visitas domiciliares: uma visão de quem as realiza e de quem as recebe. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.37, n.3, p. 326-332, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Atenção Domiciliar. *Manual de monitoramento e Avaliação da Atenção domiciliar – Melhor em casa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Resolução Nº 3, de 20 de junho de 2014. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências*.
- BRUMLEY, R. et al. Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 55, n. 7, p. 993-1000, 2007.
- COSTA, J. R. B. et al. Formação médica na estratégia de saúde da família: percepções discentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.36, n.3, p.387-400, 2012.
- DA CUNHA, M. S.; DE CASTILHO SÁ, M. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 17, n. 44, 2013.
- DOS SANTOS, E. M.; KIRSCHBAUMII, D. I. R. A trajetória histórica da visita domiciliar no Brasil: *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.10,n.1,p.220-227, 2008.
- DUARTE, J. D. S. et al. Visita domiciliar como ferramenta útil para o cuidado em saúde mental. 2016.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde coletiva*, v.20, n.6, 2015.

FOLLAND, S. et al. *The economics of health and health care*. New Jersey: Pearson Prentice Hall, 2007.

FORTNEY, L. et al. Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: a pilot study. *The Annals of Family Medicine*, v. 11, n. 5, p. 412-420, 2013.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 113-123.

KANTORSKI, L. P. et al. Atenção em saúde mental: a visita domiciliar como estratégia para a inserção da família no processo terapêutico. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 7, 2013.

KASSLER, W. J.; WARTMAN, S. A.; SILLIMAN, Rebecca A. Why medical students choose primary care careers. *Academic Medicine*, v. 66, n. 1, p. 41-3, 1991.

LIMA, C. et al. A visita domiciliar como tecnologia do cuidado familiar: análise reflexiva. *Revista Interdisciplinar*, v. 8, n. 2, p. 209-214, 2015.

LOPES, J. M. C.; RIBEIRO, J. A. R. A pessoa como centro do cuidado na prática do médico de família. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v.10, n.34, p. 1-13, 2015.

MARIN, M. J. S et al. Contribuições da inserção do estudante de medicina na estratégia de saúde da família em séries iniciais do curso: percepção dos egressos. *Livro de Atas do 3º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa*, v.2, p.193-197, 2014.

MARIN, M. J. S. et al. O sentido da visita domiciliária realizada por estudantes de medicina e enfermagem: um estudo qualitativo com usuários de unidades de saúde da família. *Ciências e Saúde Coletiva*, v.16, n.11, p. 4357-4365, 2011.

MASSOTE, A. W.; BELISÁRIO, S. A.; GONTIJO, E. D. Atenção Primária como Cenário de Prática na percepção de Estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.35, n.4, p.445-453, 2011.

MENDES, A. O.; FA, Oliveira. Visitas domiciliares pela equipe de Saúde da Família: reflexões para um olhar ampliado do profissional. *Rev. Bras. Med. Fam. e Com*, v. 2, n. 8, 2007.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. *Caderno de Saúde Pública*, v.25, n.7, p. 1620-1625, 2009.

MOSES, H. et al. The anatomy of health care in the United States. *Jama*, v. 310, n. 18, p. 1947-1964, 2013.

NORO, L. R. A.; TORQUATO, S. M. Visita domiciliar: estratégia de aproximação à realidade social? *Trab. educ. saúde*, v. 13, n. 1, p. 145-158, 2015.

PERES, M. F. T. et al. Exposição à violência, qualidade de vida, depressão, e burnout entre estudantes de medicina em uma universidade estadual paulista. *Revista de Medicina*, v. 93, n. 3, p. 115-124, 2015.

RIBEIRO, K. A. A. et al. Visita Domiciliária: percepções no espaço da prática. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, v. 6, n. 1, p. 01-04, 2016.

RODRIGUES, R. D.; ANDERSON, M. I. P. Saúde da família: uma estratégia necessária. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v.6, n.18, p.21-24, 2011.

SAVASSI, L. C. M.; LAGE, J. L.; COELHO, Flávio Lúcio Gonçalves. Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi. *JMPHC Journal of Management & Primary Health Care*, v. 3, n. 2, p. 179-185, 2013.

SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the adult primary care assessment tool. *Journal of Family Practice*, v. 50, n. 2, p. 161-161, 2001.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank quarterly*, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

WIMO, A. et al. The worldwide economic impact of dementia 2010. *Alzheimer's & Dementia*, v. 9, n. 1, p. 1-11. e3, 2013.