

Experiência da Atenção Domiciliar Médica na Estratégia de Saúde da Família

Experience of Home-Based Medical Care in the Family Health Strategy

Experiencia de Atención Médica Domiciliaria en la Estrategia de Salud Familiar

Camilo de Alcântara César

Mestrado em Saúde da Família, Secretaria Municipal de saúde de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brasil;
E-mail: camilloacesar@yahoo.com.br; ORCID: 0000-0002-3075-8934

Leonardo Cançado Monteiro Savassi

Doutorado em Ciências da Saúde/Saúde Coletiva, subárea Educação em Saúde; Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, MG, Brasil;
E-mail: savassi@ufop.edu.br; ORCID: 0000-0001-6780-0377

Contribuição dos autores: CAC contribuiu para o delineamento do estudo, a coleta e análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito. LCMS atuou como supervisor da pesquisa, auxiliando em todas as etapas, inclusive na revisão final do manuscrito. Ambos se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Fontes de financiamento:
Próprio.

Recebido em: 23/05/2025

Aprovado em: 03/04/2026

Editor responsável: Julio César Schweickardt

Resumo: Objetivos: contextualizar o Relatório Técnico Conclusivo originado do Trabalho de Conclusão de Mestrado PROFSAÚDE, que descreve ações e competências médicas em Atenção Domiciliar na Estratégia de Saúde da Família, a partir do autorrelato dos próprios profissionais de um município de médio porte; investigando a capacidade e integralidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde. **Breve descrição da experiência:** utilizou-se os 17 atributos da seção de Atenção Domiciliar do Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, avaliando através de escala tipo *Likert* a presença de “ações” e “competências”. Observou-se que os médicos praticam e sentem-se bem competentes nos atributos “pré-requisito” e “essenciais”, pouco nos “desejáveis” e, minimamente nos “avançados”. **Conclusões:** as “ações” e “competências” em Atenção Domiciliar de médicos da Estratégia de Saúde da Família atingiram moderadamente o esperado para o nível da Atenção Primária à Saúde, porém não chegam a contemplar outras que são mais específicas de Serviços de Atenção Domiciliar. Aponta-se para uma melhor definição das competências médicas requeridas para a Atenção Domiciliar na Atenção Primária, que direcione a formação profissional; e expansão de Serviços de Atenção Domiciliar de modo complementar para oferta do cuidado integral no domicílio.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Serviços de Assistência Domiciliar; Estratégia Saúde da Família.

Abstract: Objectives: To contextualize the Final Technical Report originating from the PROFSAÚDE Master's Thesis, which describes medical actions and competencies in Home Care within the Family Health Strategy, based on self-reports from professionals in a medium-sized municipality; investigating the capacity and comprehensiveness of care in Primary Health Care. **Brief description of the experience:** The 17 attributes from the Home Care section of the Competency-Based Curriculum of the Brazilian Society of Family and Community Medicine were used, evaluating the presence of "actions" and "competencies" through a Likert-type scale. It was observed that physicians practice and feel quite competent in the "prerequisite" and "essential" attributes, less so in the "desirable" attributes, and minimally in the "advanced" attributes. **Conclusions:** the "actions" and "competencies" in Home Care of physicians in the Family Health Strategy moderately met

expectations for the Primary Health Care level, but did not encompass other competencies that are more specific to Home Care Services. A better definition of the medical competencies required for Home Care in Primary Care is needed to guide professional training; and Home Care Services should be expanded in a complementary way to offer comprehensive care at home.

Keywords: Primary Health Care; Home Care Services; National Health Strategies.

Resumen: Objetivos: Contextualizar el Informe Técnico Final derivado de la Tesis de Máster PROFSAÚDE, que describe las acciones y competencias médicas en Atención Domiciliaria dentro de la Estrategia de Salud Familiar, basándose en autoinformes de profesionales en un municipio de tamaño medio; investigando la capacidad y la integralidad de la atención en Atención Primaria de Salud. **Breve descripción de la experiencia:** Se utilizaron los 17 atributos de la sección de Atención Domiciliaria del Currículo Basado en Competencias de la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria, evaluando la presencia de "acciones" y "competencias" mediante una escala tipo Likert. Se observó que los médicos practican y se sienten bastante competentes en los atributos "prerrequisito" y "esenciales", menos en los atributos "deseables" y mínimamente en los atributos "avanzados".

Conclusiones: Las acciones y competencias de los médicos en atención domiciliaria, según la Estrategia de Salud Familiar, cumplieron moderadamente con las expectativas para el nivel de atención primaria, pero no abarcaron otras competencias más específicas de los servicios de atención domiciliaria. Se necesita una mejor definición de las competencias médicas requeridas para la atención domiciliaria en atención primaria, a fin de orientar la formación profesional; además, los servicios de atención domiciliaria deben ampliarse de forma complementaria para ofrecer una atención integral en el hogar.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Servicios de Atención de Salud a Domicilio, Estrategias de Salud Nacionales.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 avançou para estabelecer a Atenção Domiciliar (AD) como parte do processo de trabalho

das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), pautada nos princípios essenciais e derivados da APS. Adicionalmente, os municípios que dispõem do Programa Melhor em Casa (PMC), contam com Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) que atuam de modo complementar ou substitutivo às modalidades de internação hospitalar.^{1,2}

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecem três modalidades para a Atenção Domiciliar (AD1, AD2 e AD3). O nível 1 (AD1) é desempenhado pelas equipes da APS, sobretudo as Equipes de Saúde da Família (eSF), juntamente às Equipes Multiprofissionais (eMulti). Os níveis 2 e 3 (AD2/AD3) são realizados pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), de Apoio (EMAP) e de Apoio para Reabilitação (EMAP-R) do Programa Melhor em Casa (PMC) (Quadro 1).^{1,2}

Quadro 1. Modalidades de Atenção Domiciliar nas Redes de Atenção à Saúde

AD1	Condição crônica estável e restrição ao leito ou lar, requeira cuidados da equipe de saúde com frequência espaçada e programada, a ser definida conforme seu PTS (...) acompanhamento regular em domicílio	APS eMulti
AD2	Cuidados multiprofissionais, transitórios e intensificados, minimamente semanais , atendimentos regulares fora do horário de funcionamento da APS, apresentar certos critérios clínicos.	EMAD EMAP
AD3	Cuidados multiprofissionais, uso de equipamentos ou procedimentos de maior densidade tecnológicas ou demanda por procedimentos sistemáticos em domicílio	EMAD EMAP
	Equipe Multiprofissional de Apoio para Reabilitação cadastradas, preferencialmente na APS; municípios < 20.000 habitantes, sem a necessidade de constituição prévia de um SAD	EMAP-R

Fonte: Brasil (2024).²

Na Atenção Primária, a AD1 leva acesso e cuidado longitudinal aos indivíduos com agravos crônicos restritos ao domicílio. De modo complementar, o Programa Melhor em Casa contempla ações assistenciais transitórias em situações agudas ou de reabilitação, promovendo desospitalização, quando os recursos e frequência da AD2/AD3 suplantam a capacidade de cuidado da AD1.¹⁻⁴

Devido à grande abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no território brasileiro, a AD1 assume papel relevante nas Redes de Atenção à Saúde,³ o que motiva o presente estudo na investigação das “ações” e “competências” desempenhadas por médicos da ESF em um município de 75 mil habitantes, que não contava com Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar do PMC quando da realização da pesquisa.

As informações compuseram o Relatório Técnico Conclusivo (produto técnico) a ser compartilhado com a gestão municipal de saúde, como contribuição do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE); fortalecendo o conhecimento, gestão e cuidado na APS.

METODOLOGIA

Estudo transversal descritivo, com aplicação de questionários *online* a 21 dos 27 médicos da Estratégia de Saúde da Família que aderiram ao estudo, descrevendo a autopercepção com as “práticas” e “competências” no âmbito da Atenção Domiciliar (AD) na APS. O questionário utilizou 17 atributos da seção de AD do Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).⁵ Cada atributo classificado em “pré-requisito”, “essencial”, “desejável” e “avançado”, foi respondido em escala tipo *Likert* de cinco pontos, em duas seções (tabelas 1 e 2), que analisaram a presença da “ação” e da “competência”, respectivamente:

Seção 1 – Autopercepção das “ações” realizadas pelos médicos, respondidas com: 1) nunca, 2) às vezes, 3) ocasionalmente, 4) frequentemente e 5) sempre.

Seção 2 – Autopercepção das “competências” dos médicos, respondidas com: 1) não me sinto competente, 2) me sinto pouco competente, 3) ocasionalmente me sinto competente, 4) frequentemente me sinto competente e 5) sempre me sinto competente.

Respostas nas opções 4 e 5 da escala tipo *Likert* foram consideradas como positivas para a presença da “ação” e da “competência” médica na AD1. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa pelo Parecer nº 6.864.800 e CAAE 75190723.9.0000.5150.

BREVE DESCRIÇÃO DO RELATO DE EXPERIÊNCIA

Alinhado a proposta do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), de produção de conhecimentos que respondam às necessidades da APS no âmbito do SUS, apresentam-se resultados do estudo sobre “ações” e “competências” médicas no âmbito da Atenção Domiciliar.

O projeto se insere na linha de pesquisa vinculada à “Atenção à saúde, acesso e qualidade na atenção básica à saúde”.

O objetivo do estudo visa descrever a capacidade de cuidado ofertado por médicos da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em um cenário assistencial que não contava com de Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar, contexto semelhante ao encontrado na maior parte dos municípios brasileiros, no qual a APS fica responsável pela maior parte de cuidado na AD.¹⁻⁴ Os resultados descritos podem refletir ações e competências médicas básicas e intermediárias esperadas para AD1 e quais avançadas teriam de ser contempladas pelo Programa Melhor em Casa (AD2/AD3).⁶

O estudo pode ser replicado em outros municípios, gerando dados ampliados das “ações” e “competências” médicas na Atenção Domiciliar na APS (AD1), em distintos cenários. Conhecer a atuação de um grupo de especialistas em Medicina de Família e Comunidade (MFC), 76% dos participantes, permite olhar o impacto da formação profissional para a qualificação das ações na ESF e quais competências médicas podem ser esperadas para AD1.^{7,8}

O mestrado profissional também traz contribuições para a gestão municipal, através do relatório técnico conclusivo que se enquadra no espectro de vistoria/avaliação de serviços públicos, no conhecimento da atuação de médicos da ESF. Descreve fortalezas da AD1 a partir da presença de especialistas em MFC, que reconhecem a importância do cuidado domiciliar no atendimento longitudinal às principais condições em saúde de usuários restritos ao lar.

Os resultados também mostram à gestão os limites do cuidado prestado por médicos da ESF, em aspectos relacionados à realização de procedimentos e intervenções domiciliares, no entendimento de serem práticas e competências próprias de Serviços de Atenção Domiciliar. Apontando a necessidade de se incentivar o Programa Melhor em Casa em sua Rede de Atenção à Saúde, para que a integralidade do cuidado ao usuário domiciliado seja alcançada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram 21 dos 27 médicos (78%) da Estratégia de Saúde da Família de um município de médio porte. Dezesseis (76%) tinham especialidade em Medicina de Família e Comunidade (MFC), uma média superior a encontrada em demais municípios brasileiros.⁹ O Quadro 2 descreve o perfil destes profissionais.

Quadro 2. Perfil dos médicos participantes da pesquisa

Sexo	Média de idade	Anos de formação	Anos de eSF	Especialidade
14 feminino 7 masculino	35,8 anos (mín. 27, máx. 55)	8,1 anos (mín. 1,5; máx. 30)	8,1 anos (mín. 1,5; máx. 30)	MFC: 16 Outras: 1 Ausente: 5

Fonte: Dados da pesquisa.

Os 17 atributos da seção de Atenção Domiciliar do Currículo Baseado em Competências da SBMFC,⁵ classificados em “pré-requisito” (um), “essencial” (onze), “desejável” (quatro) e “avançado” (um), foram analisados em escala tipo *Likert*, de acordo com as “ações” e “competências” autorrelatadas.

Nas respostas autorrelatadas, as “ações” (Tabela 1) ocorreram amplamente nos atributos “pré-requisito” (95%) e nos “essenciais” (oito acima de 70% e dois abaixo de 50%); porém pouco nos atributos “desejáveis” (apenas um dos quatro acima de 50%) e minimamente no “avançado” (5%).

Tabela 1. Atributo do Currículo SBMFC está presente no dia a dia da AD1

Pré requisito	1) Nunca	2) Às vezes	3) Ocasionalmente	4) Frequentemente	5) Sempre	4 e 5) (%)
1) Aceita o domicílio como espaço terapêutico?	0	0	1	6	14	95
Essencial						
2) Faz a abordagem do cuidador considerando a importância de uma comunicação efetiva e de estimular o cuidado do cuidador?	0	0	0	9	12	100
3) Realizar entrevista clínica e exame físico em ambiente domiciliar avaliando estado orgânico, mental, funcional e social?	0	0	0	8	13	100

4) Avalia os fatores do processo saúde doença no espaço domiciliar?	0	0	0	9	12	100
5) Estabelece um plano de AD sob a lógica do trabalho em equipe?	0	1	6	8	6	67
6) Utiliza os recursos disponíveis nas Redes de Assistência à Saúde, assistência social e apoio comunitário?	0	1	3	12	5	81
7) Conhece e sabe prevenir trombose venosa profunda em acamados?	1	2	3	6	9	71
8) Demonstra conhecimento na detecção de risco ou sinais de violência familiar?		1	3	11	6	81
9) Maneja os problemas mais frequentes (aqueles que pertençam ao grupo de causas de consulta responsável por 90% do total da demanda atendida no cenário de prática) nos cuidados domiciliar?	0	0	1	10	10	95
10) Aplica critérios de elegibilidade para os níveis de complexidade em cuidados domiciliares (vigilância em saúde, consultas e internação domiciliar)?	1	2	5	8	5	62
11) Demonstra conhecimento nos procedimentos possíveis de serem realizados no domicílio?	1	2	9	8	1	43
12) Realiza medidas antropométricas indiretas em domicílio?	6	6	6	3	0	14
Desejável						
13) Maneja casos de violência domiciliar?	1	7	7	3	3	29
14) Apoia a situações de morte no domicílio?	2	4	4	7	4	52
15) Realiza procedimentos domiciliares	2	8	4	6	1	33

(sondagens, debridamento, anticoagulação, oxigênio terapia)?						
16) Indica alimentação enteral?	7	4	4	6	0	29
Avançado						
17) Realiza procedimentos domiciliares (analgesia percutânea, paracentese, ventilação assistida)?	8	9	3	0	1	5

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto às “competências” autorrelatadas (Tabela 2), foram muito referidas nos atributos “pré-requisito” (90%) e nos “essenciais” (cinco acima de 80%, quatro entre 50% e 80%, duas abaixo de 50%); razoavelmente referida nos “desejáveis” (um atingiu 60%, um 40% e dois 30%) e insatisfatoriamente referida no “avançado” (14%).

Tabela 2. Me sinto competente/capacitado em tal atributo na AD1, conforme Currículo da SBMFC?

Pré requisito	1) Nunca	2) Às vezes	3) Ocasionalmente	4) Frequentemente	5) Sempre	4 e 5) (%)
1) Aceita o domicílio como espaço terapêutico?	0	0	2	11	8	90
Essencial						
2) Faz a abordagem do cuidador considerando a importância de uma comunicação efetiva e de estimular o cuidado do cuidador?	0	1	1	8	11	90
3) Realizar entrevista clínica e exame físico em ambiente domiciliar avaliando estado orgânico, mental, funcional e social?	0	0	0	9	12	100
4) Avalia os fatores do processo saúde doença no espaço domiciliar?	0	0	0	9	12	100
5) Estabelece um plano de AD sob a lógica do trabalho em equipe?	0	1	4	11	5	76
6) Utiliza os recursos disponíveis nas	0	1	4	12	4	76

Redes de Assistência à Saúde, assistência social e apoio comunitário?						
7) Conhece e sabe prevenir trombose venosa profunda em acamados?	0	5	2	8	6	67
8) Demonstra conhecimento na detecção de risco ou sinais de violência familiar?	0	2	3	13	3	76
9) Maneja os problemas mais freqüentes (aqueles que pertençam ao grupo de causas de consulta responsável por 90% do total da demanda atendida no cenário de prática) nos cuidados domiciliar?	0	0	0	14	7	100
10) Aplica critérios de elegibilidade para os níveis de complexidade em cuidados domiciliares (vigilância em saúde, consultas e internação domiciliar)?	0	0	7	11	3	67
11) Demonstra conhecimento nos procedimentos possíveis de serem realizados no domicílio?	0	1	12	8	0	38
12) Realiza medidas antropométricas indiretas em domicílio?	5	4	7	3	2	24
Desejável						
13) Maneja casos de violência domiciliar?	0	3	10	6	2	38
14) Apoia a situações de morte no domicílio?	0	4	4	9	4	62
15) Realiza procedimentos domiciliares (sondagens, debridamento, anticoagulação, oxigênio terapia)?	2	5	8	6	0	29
16) Indica alimentação enteral?	7	2	6	6	0	29

Avançado						
17) Realiza procedimentos domiciliares (analgesia percutânea, paracentese, ventilação assistida)?	5	8	5	3	0	14

Fonte: Dados da pesquisa.

As “ações” autorrelatadas pelos médicos participantes, sobretudo através dos atributos “pré-requisito” e “essenciais”, vão de encontro ao perfil de atendimentos realizados no âmbito da Atenção Domiciliar na APS (AD1), que assiste usuários com condições crônicas, na maior parte das vezes estabilizadas.¹⁰ Nesse aspecto, a AD1 representa fonte de equidade do cuidado a indivíduos que pela condição de restrição ao domicílio, não conseguiriam acessar de forma autônoma serviços de saúde, dentre eles os de Atenção Primária.

A alta presença de “ações” de “pré-requisito” e “essenciais”, que também se relaciona às mesmas “competências” autorrelatadas, demonstra que os médicos tendem a praticar o que sentem domínio, adquirido a partir de treinamento e formação. Os conhecimentos e habilidades relacionados a tais atributos tendem a ser contemplados nos níveis de graduação e na formação para MFC.^{7,8}

A análise sobre a baixa presença de “ações” nos atributos “desejáveis” e “avançados”, pode-se relacionar a menor presença de usuários que demandam a realização de procedimentos e/ou intervenções invasivas, na realidade dos médicos participantes. Porém, por serem atributos que também se associaram à baixa percepção de “competências”, pode-se considerar que tais ações não são realizadas pelos médicos da ESF por não se sentirem preparados. O perfil de atendimento que requer tais atributos é próprio de serviços de urgências e/ou emergências, por isso seriam mais realizados por um médico que atua em Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (AD2/AD3).

A descrição geral das “ações” médicas na AD1, aponta que para a assistência integral ao usuário domiciliado, a APS responsabiliza-se por grande parcela do cuidado, sobretudo no acompanhamento das condições crônicas,

reduzindo agudizações que seriam decorrentes de descontinuidade assistencial e falta de acesso a serviços de saúde.¹⁰ Já para situações agudizadas ou de reabilitação, que requer acompanhamento pontual, sistemático e/ou de maior densidade assistencial, o cuidado pode ocorrer de modo complementar e/ou substitutivo através de Serviços de Atenção Domiciliar. No âmbito educacional e formativo, os resultados apontam a necessidade de se estabelecer maior especificidade aos atributos necessários à atuação na AD1. Mesmo com uma forte presença de especialistas em MFC no estudo, os atributos que obtiveram maiores parcelas de “ações” e “competências” foram os praticados no nível primário (“pré-requisito” e “essenciais”). Em contrapartida, os atributos “desejáveis” e “avançados” não obtiveram bons resultados, por serem encontrados em níveis de urgência/emergência (AD2/AD3).^{7,8}

Para a AD2/AD3, realizadas por Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar, tem-se referências sobre o rol de ações médicas a serem desempenhadas, o que facilita a construção de matrizes de competências guiando conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do profissional que atua em tal nível assistencial.⁷ Porém, para AD1, poucas são as referências de competências médicas a serem praticadas; o que é compreensível devido à grande abrangência de cuidados realizados pela APS, desde aspectos clínicos, familiares e até sociais.^{3,4,6}

Com tal abrangência, é necessário estabelecer ações médicas próprias para AD1, concomitante às competências para o desempenho qualificado do cuidado. Investigar a integralidade da AD1, perpassa a formação médica para AD, e contempla a reflexão da necessidade da expansão de programas assistenciais de saúde para AD2/AD3.^{6-8,11,12}

Diante a limitação do “Currículo Baseado em Competências da SBMFC” para avaliação específica das ações para AD1, novos instrumentos que capturem as competências médicas requeridas para a Atenção Domiciliar na APS são necessários. Nesse aspecto, a partir de 2025, com a publicação das Atividades Profissionais Confiáveis (EPAs) Nacionais em MFC, espera-se poder identificar de modo qualificado as competências específicas para AD1, com a vantagem de se ter um observador externo que avalie a aquisição de cada nível de competência.^{11,13}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo por base o Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, conclui-se que as “ações” e “competências” no âmbito da Atenção Domiciliar de um grupo de médicos da Estratégia de Saúde da Família, vão de encontro às requeridas para Atenção Primária à Saúde (AD1). Porém, não chegam a contemplar as específicas de Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar do Programa Melhor em Casa (AD2/AD3).

Sugere-se a utilização de instrumentos ou critérios mais específicos que auxiliem na avaliação das competências médicas voltadas à AD1, para guiar estratégias de formação profissional, com capacitação médica voltada às necessidades dos usuários domiciliados, amparadas no trabalho em equipe.

Paralelamente, considera-se importante que o fortalecimento da Atenção Domiciliar passa também pela expansão do Programa Melhor em Casa, através de Serviços de Atenção Domiciliar, de modo complementar ao trabalho realizado pela APS, na garantia da integralidade do cuidado, dentro das Redes de Atenção à Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 183, de 22 set. Brasília, 2017 [citado 13 maio 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 3.005, de 02 de janeiro de 2024. Altera as Portarias de Consolidação nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMec). Diário Oficial da União Ed. 4 Seção 1, de 05 jan. Brasília, 2024 [citado 13 mai. 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3005_05_01_2024.html
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] – Brasília, 2020 [acesso 13 maio 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf
4. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Camargo L, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. Rev Saude Publica. 2010;44(1):166-76. doi:10.1590/S0034-89102010000100018.
5. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade. 2015 [acesso 01 jun.

2025]. Disponível em:

[http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)

6. Dengo NP. Ensinar a cuidar no domicílio: Matriz de competências para a aprendizagem da Atenção Domiciliar na graduação médica [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; 2023.
7. Mui E, Pham TT, McMurren CE. Family medicine training in housecalls: Survey of residency program directors across Canada. *Can Fam Physician*. 2018 Nov;64(11):e498-506. [acesso 18 set. 2025]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6234929/>
8. Savassi LCM, Melo CGL, Gonçalves DA, Oliveira DOPS, Lopes HR, Fregonezi RLH, et al. Proposta de residência em Atenção Domiciliar como área de atuação. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018;13(40):1-13. doi:10.5712/rbmfc13(40)1599.
9. Scheffer M, et al. Demografia Médica no Brasil 2023. São Paulo, SP: FMUSP, AMB, 2023. 344 p. ISBN: 978-65-00-60986-8 [acesso 01 jun. 2025]. Disponível em: https://amb.org.br/wp-content/uploads/2023/02/DemografiaMedica2023_8fev-1.pdf
10. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61. doi:10.1016/S0140-6736(11)60135-9.
11. da Cunha ATR, Caramori U, Brito L de AR, Pacheco RA, Pisco CR, Freitas FL, et al. EPAs Nacionais em Medicina de Família e Comunidade: Marco Zero. Rio de Janeiro, RJ; 2025 [acesso 01 jun. 2025]. Disponível em <https://sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2025/06/EPAs-Nacionais-em-Medicina-de-Familia-e-Comunidade-Marco-Zero-SBMFC-2025.pdf>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar, volume 2. Brasília, 2013 [acesso 01 jun. 2025]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf
13. Savassi LCM. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2016 [acesso 29 jan. 2025];11(38):1-12. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1259>