

INTRODUÇÃO

Na sociedade contemporânea, tem sido crescente a busca por estratégias que visem à redução de custos, refletindo o enfoque da política neoliberal de redução dos gastos estatais, até mesmo nas ações de saúde.¹ Nesse contexto, a assistência prestada por meio da visita domiciliar (VD) constitui um instrumento de atenção à saúde que possibilita, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família *in loco*, fortalecer os vínculos do paciente, da terapêutica e do profissional, assim como atuar na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos.

A VD tem sido apontada como importante veículo de operacionalização de parte de um programa ou de uma política de assistência à saúde presente na sociedade em dado momento histórico, possibilitando a concretização da longitudinalidade, integralidade, acessibilidade e a interação entre o profissional e o usuário/família.²

No Brasil, o enfoque da intervenção domiciliária foi introduzido no início do século XX, por meio de práticas sanitárias trazidas da Europa, em especial por Oswaldo Cruz, Emílio Ribas e Carlos Chagas. A VD constituiu estratégia no combate às doenças transmissíveis daquela época.¹

A VD vem ganhando visibilidade, e sua prática tem-se tornado indispensável no Brasil desde a década de 1990 com a progressiva efetivação de um novo modelo de atenção à saúde, com enfoque na promoção da saúde individual e coletiva, inicialmente por meio do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, por fim, com a institucionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF), na última década.³

De acordo com a Portaria GM nº 648, de 29/3/2006,⁴ que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece diretrizes e normas para a organização desse nível de atenção, é atribuição comum a todos os profissionais da equipe da saúde da família realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários, quando necessário.

Para a ESF, a VD é uma tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo de fundamental importância quando adotada pela equipe de saúde no conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Estabelece o rompimento do modelo hegemônico, centrado na doença, no qual predomina uma postura profissional tecnocrática e de pouca interação com o usuário, voltando-se à nova proposta de atendimento integral e humanizado do indivíduo inserido em seu contexto familiar.⁵

A VD configura-se como uma das modalidades da atenção domiciliar à saúde, abrangendo a atenção, o atendimento e a internação domiciliares. Cada uma dessas atividades tem finalidades, objetivos e práticas específicas. A visita fornece subsídios para a execução das demais modalidades (Figura 4.1).⁶

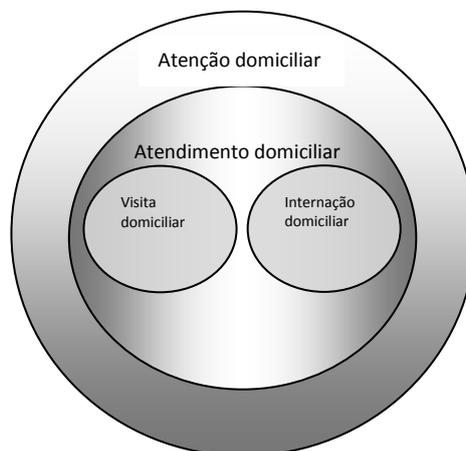


Figura 4.1. Representação esquemática da atenção à saúde domiciliar e suas respectivas modalidades

Fonte: adaptada de Takahashi, 2001.⁷

A VD só se configura como instrumento intervencionista das equipes de saúde da família quando previamente planejada e realizada de forma sistematizada, iniciando-se antes e continuamente após o ato da visita.⁷ Nem toda ida do profissional ao domicílio do usuário pode ser considerada VD, pois para se caracterizar como tal deve estar pautada em objetivos claros e ser previamente delineada pela equipe de profissionais.

¹ Publicado em Malagutti W (organizador). Assistência Domiciliar – Atualidades da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. 336 pp.

VISITA DOMICILIAR

Objetivos

Para a execução da VD, o primeiro passo é definir seu foco, que pode abranger um ou mais dos seguintes⁸ objetivos:

- Conhecer o domicílio e suas características ambientais, identificando socioeconômicas e culturais.
- Verificar a estrutura e a dinâmica familiares com elaboração do genograma ou famiograma ou ecomapa.
- Identificar fatores de risco individuais e familiares.
- Prestar assistência ao paciente no seu próprio domicílio, especialmente em caso de acamados.
- Auxiliar no controle e prevenção de doenças transmissíveis, agravos e doenças não transmissíveis, estimulando a adesão ao tratamento, medicamentoso ou não.
- Promover ações de promoção à saúde, incentivando a mudança de estilo de vida.
- Propiciar ao indivíduo e à família, a participação ativa no processo saúde-doença.
- Adequar o atendimento às necessidades e expectativas do indivíduo e de seus familiares.
- Intervir precocemente na evolução para complicações e internações hospitalares.
- Estimular a independência e a autonomia do indivíduo e de sua família, incentivando práticas para o autocuidado.
- Aperfeiçoar recursos disponíveis, no que tange a saúde pública, promoção social e participação comunitária.

Organização

Na organização da VD, alguns itens devem ser observados para se garantir o alcance do objetivo proposto com a priorização de indivíduos e/ou famílias de maior risco. A sistematização da visita dá-se por meio do planejamento, execução e avaliação conjunta de profissionais.⁷

Planejamento

As visitas devem ser programadas rotineiramente pela equipe de saúde da família, devendo a seleção do indivíduo e/ou das famílias ser pautada nos critérios definidores de prioridades, por conta de especificidades individuais ou familiares.⁹ Assim, deve-se considerar como critérios gerais:

- Situações ou problemas novos na família relacionados à saúde ou que constituem risco à saúde (morte súbita do provedor, abandono de um dos genitores, situação financeira crítica, etc...).
- Situação ou problema crônico agravado.
- Situação de urgência.
- Problemas de imobilidade e/ou incapacidade que impedem o deslocamento até a unidade de saúde.
- Problemas de acesso à unidade (condições da estrada, ausência de meios de transporte, etc...).

Entre os adultos são priorizadas visitas domiciliares quando da identificação:

- Do problema de saúde agudo que necessite de internação domiciliar.
- Das ausências no atendimento programado.
- Dos portadores de doenças transmissíveis de notificação obrigatória.
- Dos hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose e hanseníase que não estão aderindo ao tratamento.

Para o grupo de idosos, crianças e gestantes são consideradas prioritárias situações que são mostradas na Figura 4.2.

Para garantir a priorização das situações de maior risco deve-se aplicar uma *escala de risco familiar*, pautada nas informações presentes na ficha de cadastro da família (tabela 4.1) do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), implantado em 2008.¹⁰ Elegem-se informações da Ficha A como sentinelas para avaliação das situações a que as famílias possam estar expostas, pontuando-se o Risco Familiar e estabelecendo-se estratégias para priorizar a visita às famílias que tenham maiores escores.

Idoso	Criança	Gestante
<ul style="list-style-type: none">▪ Acamados com dificuldade de deambulação▪ Com doenças crônico-degenerativas▪ Sem adesão ao tratamento▪ Sem cuidador	<ul style="list-style-type: none">▪ Recém-nascidos com alto grau de distrofia▪ Com atraso no crescimento ou no desenvolvimento▪ Ausências no atendimento programado e/ou vacinações	<ul style="list-style-type: none">▪ De alto risco▪ Desnutridas▪ Ausências na consulta de pré-natal agendada

Figura 4.2. Riscos específicos de cada área de atuação

Fonte: Borba et al., 2007

Tabela 4.1. Dados da Ficha A do SIAB e escores de risco

Sentinelas do risco		Escores do risco
Acamado		3
Deficiência física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição (grave)		3
Drogadicção		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de 6 meses		1
Maior de 70 anos		1
Hipertensão arterial sistêmica		1
Diabetes melito		1
Relação morador/cômodo	Se maior que 1	3
	Se igual 1	2
	Se menor que 1	0
Classificação		
Risco menor	Até 6 pontos	
Risco médio	De 7 a 9 pontos	
Risco máximo	Maior que 9 pontos	

Fonte: adaptada de De Oliveira et al., 2004.¹⁰

Algumas situações podem representar riscos específicos à saúde da família ou de seus componentes, devendo ser observadas as especificidades em relação às áreas de atuação ou faixas etárias. A seguir, descrevem-se situações de risco específicas de cada área que merecem ser consideradas nas visitas domiciliares pela equipe, a fim de assegurar a atenção integral ao indivíduo e sua família (Tabela 4.2).

Tabela 4.2 Riscos específicos de cada área de atuação

Saúde Bucal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Queixas bucais (dor, sangramento, inchaço) ▪ Hábitos de higiene bucal ▪ Situações indesejáveis (chupeta, mamadeira)
Saúde Mental	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cárcere privado ▪ Egresso hospitalar ▪ Tentativa de suicídio ▪ Portador de deficiência mental ▪ Usuário de álcool e outras drogas ilícitas ▪ Situações de violência física, sexual ou psicológica ▪ Abandono ▪ Negligência

Tabela 4.2 Riscos específicos de cada área de atuação (cont.)

Saúde da Criança	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inadequação da alimentação para a idade ▪ Sinais de atraso no crescimento e no desenvolvimento ▪ Atraso vacinal ▪ Alterações de comportamento ▪ Ausência de brinquedos ▪ Falta de contato com a criança ▪ Cuidados inadequados de higiene ▪ Dificuldades de aprendizagem ▪ Situações de risco de acidentes domésticos ▪ Exploração de mão de obra infantil ▪ Procura frequente por serviços de saúde
Saúde do Adolescente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso e abuso de álcool, cigarro e drogas ilícitas ▪ Violência doméstica ▪ Abuso sexual ▪ Situação de risco nutricional <ul style="list-style-type: none"> • Obesidade ▪ Evasão escolar ▪ Problemas escolares graves, repetência ▪ Gravidez na adolescência ▪ Comportamento de risco para DST/AIDS, atraso vacinal
Saúde da Mulher	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sem controle ginecológico anual ▪ Sem orientação para planejamento familiar ▪ Gestante sem acompanhamento do pré-natal ▪ Gestante em uso de medicamento ▪ Puérpera sem acompanhamento ▪ Mulheres com sangramento irregular ▪ Menopausa
Saúde do Adulto	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Situação de risco nutricional <ul style="list-style-type: none"> • Obesidade • Desnutrição • Sobrepeso ▪ Sinais de tristeza ▪ Dor ▪ Sofrimento ▪ Sonolência ▪ Precariedade na higiene ▪ Atraso vacinal ▪ Lesões de pele ▪ Comportamento de risco para DST/AIDS ▪ Uso incorreto de medicamentos
Saúde do Idoso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Isolamento social ▪ Reside com mais de três gerações da família ▪ Analfabetismo ▪ Desnutrição ▪ Dificuldade para o autocuidado ▪ Atraso vacinal ▪ Sinais de depressão

A periodicidade de visitas domiciliares às famílias pela equipe de saúde também leva em conta a classificação de risco familiar (Tabela 4.3).

Tabela 4.3. Periodicidade de visitas de acordo com os riscos familiares

Risco máximo	Visitas semanais
Risco médio	Visitas quinzenais
Risco menor	Visitas mensais

Ao agente comunitário de saúde (ACS) cabe realizar no mínimo uma visita mensal a cada família na sua área de abrangência, com o objetivo bem definido de assegurar o acompanhamento dos indivíduos e suas famílias, independentemente de situação de risco, priorizando a execução das seguintes atividades em sua área:¹¹

- Busca ativa de gestantes.
- Busca ativa de crianças com menos de 1 ano de vida, em aleitamento materno.
- Busca ativa de crianças com menos de 5 anos de idade para acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento e da imunização.
- Busca ativa de crianças com menos de 5 anos de idade para orientação quanto à terapia de reidratação oral (TRO).
- Busca ativa de crianças com menos de 5 anos de idade com insuficiência respiratória (IRA)>
- Busca ativa de sintomáticos respiratórios ou pacientes em tratamento de tuberculose.
- Busca ativa de sintomáticos dermatológicos ou pacientes em tratamento de hanseníase.
- Busca ativa de mulheres para prevenção de câncer de colo de útero e de mama.
- Busca ativa de hipertensos.
- Orientações em relação a dengue.
- Outros (saneamento básico, Bolsa-Família, etc.).

No processo de planejamento, questões relativas à operacionalização devem ser consideradas previamente, conforme se sugere:¹

- Definição do itinerário, por meio do mapeamento da área e do transporte a ser utilizado.
- Definição do tempo para execução da visita em cada domicílio.
- Priorização do horário preferencial das famílias para a realização das visitas.
- Agendamento e confirmação do horário da visita ao domicílio.
- Início da rota de visitas pelos domicílios que demandam menos tempo.

A equipe deve ainda dispor de materiais devidamente acondicionados em maleta que garantam o desenvolvimento de suas atividades no domicílio, tais como:

- Ficha-guia da visita domiciliária
- Prontuário do(s) usuário(s).
- Receituário.
- Papel, lápis e caneta.
- Estetoscópio
- Esfigmomanômetro.
- Lanterna.
- Material educativo.
- Fita métrica.
- Abaixador de língua.
- Termômetro.
- Pequeno espelho para orientação de higiene dental.
- Glicosímetro com fitas.
- Luvas de procedimento e estéreis.
- Pacote de curativos.

Formalização da visita domiciliar

Como metodologia básica para a VD, é empregada a entrevista com os integrantes da família e a observação sistematizada do ambiente e sua dinâmica.⁷

No domicílio, inicia-se pela abordagem clínica ao caso prioritário. Após a avaliação individual é realizada a abordagem familiar e, posteriormente, são prescritos os cuidados, feitos os encaminhamentos e fornecidas as orientações pertinentes de acordo com a especificidade do caso e de sua família.

É pertinente o uso de um impresso próprio para o registro adequado das informações coletadas durante a VD que posteriormente serão utilizadas para subsidiar o acompanhamento evolutivo dos casos individuais e os aspectos a serem observados nas visitas posteriores. Devem ser colhidos dados referentes às condições socioeconômicas, de higiene, estrutura familiar, relações familiares e sociais, rede de cuidados, entre outras, registrando-se situações de risco, presença de agravos e doenças agudas, crônico-degenerativas e contagiosas. Sugere-se o uso de uma Ficha-Guia da Visita Domiciliária para nortear o registro de informações detalhadas que poderão ser sistematicamente utilizadas pelos membros da equipe da ESF no acompanhamento e na avaliação dos casos prioritários e de suas famílias (Tabela 4.4).

Durante a visita, todas as situações de risco identificadas devem ser abordadas e/ou registradas para encaminhamentos posteriores, não havendo necessidade de serem abordados todos os aspectos definidos no planejamento, podendo-se redimensionar a atuação de cada profissional durante a visita, ao serem consideradas as situações identificadas no ato dessa visita.

Nesse momento, valorizam-se as relações interpessoais para possibilitar aproximação e segurança na abordagem. Considera-se a visita uma oportunidade ímpar para o profissional atuar na promoção da saúde e prevenção de doenças, como parceiro da família, identificando *in loco* as especificidades de cada domicílio, indivíduo e família, podendo assim fortalecer os aspectos positivos e orientar a correção de problemas bem caracterizados durante a visita.

Avaliação da visita domiciliária

É indispensável a instituição de um processo avaliativo de todas as etapas da visita para assegurar o alcance dos objetivos propostos previamente e o cumprimento dos encaminhamentos e cuidados prescritos. Na avaliação da visita devem ser respondidas as seguintes perguntas:⁷

- Os objetivos propostos foram atingidos?
- Os pressupostos da visita foram contemplados?
- O preparo para a realização da atividade foi adequado?
- O tempo estimado foi cumprido?

A equipe deverá discutir todos os aspectos relativos à visita e suas observações e registros. Devem ser considerados o relacionamento estabelecido com a família e as necessidades identificadas ou relatadas pelo usuário ou por seus familiares, observações individuais de cada profissional presente no momento da visita e as intervenções realizadas para análise das informações colhidas, com vistas à elaboração de um plano de abordagem e acompanhamento específico para cada família, definindo-se as linhas de cuidados pertinentes a cada situação problemática.

À equipe nuclear da ESF cabe a responsabilidade por todos os encaminhamentos e acompanhamentos sistemáticos de cada situação identificada no domicílio. Na avaliação, a equipe pode definir a necessidade de intervenção da equipe matricial presente no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou de outros níveis de assistência. A atenção integral ao indivíduo e/ou sua família deve ser garantida por essa equipe responsável pela articulação da referência e da contrarreferência.¹² No contato com o indivíduo e sua família, a equipe deve identificar, ainda, a rede de cuidados disponível para se envolver direta ou indiretamente no apoio às situações de risco.

Pensar e executar a VD de forma sistematizada constitui um desafio, pois a VD é vista muitas vezes como uma tarefa técnica e não como uma ferramenta de trabalho da equipe da ESF. Valorizar a subjetividade dos usuários, criando vínculos de corresponsabilização entre os sujeitos, bem como ativar as redes sociais voltadas para a produção do cuidado em saúde são mecanismos de busca da integralidade da assistência e dos serviços de saúde.

Tabela 4.4. Ficha-guia para realização das visitas domiciliares

UBSF:	Equipe:
Data:	
Nome do responsável pela família:	
Endereço:	
Motivo da realização da VD:	
Objetivos da VD:	
Tipo de família: biparental (); monoparental (); outra situação ()	
Tipo de união: casamento (); união consensual ()	
Nº de pessoas que compõem a família:	Nº de pessoas que contribuem para a renda familiar:
Quem necessita de cuidados?	Quem cuida?
Situações de risco: alcoolismo (); violência doméstica (); tabagismo (); uso de drogas ilícitas ()	
Redes terapêuticas utilizadas: Sistema informal: comadre (); vizinhos (); receitas caseiras (); outros _____ Sistema popular: parteira (); balconista de farmácia (); benzedeira (); pajé () Sistema profissional: posto de saúde (); ACS (); unidade mista (); hospital (); outros ()	
Mobidades encontradas: Portador de deficiência física tipo: _____ Portador de doença mental tipo: _____ Doenças crônico-degenerativas tipo(s): _____ Outras condições: _____	
Impressões da equipe: Quanto às relações interpessoais: _____ Quanto às relações de gênero: _____ Quanto às relações e aos espaços reservados: À criança: _____ Ao idoso: _____ Ao adolescente: _____	
Outras observações:	
Encaminhamentos:	
Aspectos a serem observados nas próximas visitas domiciliares:	

UBSF: Unidade Básica de Saúde da Família; VD: Visita Domiciliar; ACS: Agente Comunitário de Saúde

Fonte: adaptada de Takahashi & Oliveira, 2001.⁷

-
- ¹ Abrahão AL, Lagrange V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: Morosini MVGC, Corbo A D. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV, 2007. P. 151-72.
- ² Pereira MJB, Mishima SM, Fortuna CM, Matumoto S, Teixeira RA, Ferraz CA *et al.* Assistência domiciliar: instrumento para potencializar processos de trabalho na assistência e na formação. In: Barros AFR. Observatório de Recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. P. 71-80.
- ³ Santos EM, Kirschbaum DIR. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2008; 10(1):220-7.
- ⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28/3/2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em <http://www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo/GM-648.htm> Acesso em 26/04/2011.
- ⁵ Albuquerque ABB, Bosi MLM. Visita domiciliar no âmbito da estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad de Saúde Pública. 2009; 25(5): 1103-12.
- ⁶ Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. Saúde e Sociedade. 2006; 15(2): 88-95.
- ⁷ Takahashi RF, Oliveira MAC. A visita domiciliária no contexto da Saúde da Família. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. P. 43-6.
- ⁸ Ohara ECC, Ribeiro MP. Assistência domiciliária. In: Ohara ECC, Saito RXS (Eds.). Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008. P. 115-30.
- ⁹ Borba PC, Oliveira RS, Sampaio YPCC. O PSF na prática: organizando o serviço. Juazeiro do Norte: FMJ, 2007.
- ¹⁰ De-Oliveira R, Sampaio YP, Borba PC. Organização de visitas domiciliares. In: Anais do VI Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 2004. Rio de Janeiro: SBMFC, 2004. P. 134.
- ¹¹ Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- ¹² Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.