



Gustavo Sfier Luiz

**A visita domiciliar como ferramenta de intervenção social**

Rio de janeiro  
Dezembro/2015

## **Resumo**

Neste projeto de intervenção debate-se sobre a necessidade do atendimento domiciliar dar ênfase aos casos de maior complexidade sociofamiliar e a relevância desta ferramenta como forma de atuação. Visto que existe uma grande demanda para atendimentos domiciliares, estes devem ser organizados e feitos de maneira a suprir todas as necessidades dos pacientes. Como objetivo específico, pretende-se descrever sobre o atendimento domiciliar, destacando os pontos principais que devem ser considerados na visita domiciliar e relatando intervenções realizadas, partindo de uma contextualização mais geral, até chegar a uma proposta específica para sua solução. Este trabalho faz uma breve revisão de alguns conceitos sobre atendimento domiciliar, como funciona, quais os pontos principais a serem considerados destacando suas vantagens, e descreve a utilização da visita domiciliar como ferramenta para a execução das ações contidas num plano de intervenção. Espera-se como principal resultado mostrar a relevância deste atendimento como peça fundamental no plano de cuidados impactando numa melhor qualidade de vida desses usuários.

Palavras-chave: Visita domiciliar; Atendimento domiciliar; Intervenção domiciliar.

## Sumário

1. Introdução .....	4
2. Problema .....	5
3. Justificativa .....	7
4. Objetivos .....	8
4.1. <i>Objetivo geral</i> .....	8
4.2. <i>Objetivos específicos</i> .....	8
5. Revisão de Literatura .....	9
6. Metodologia .....	12
7. Cronograma .....	16
8. Recursos necessários .....	18
9. Resultados esperados .....	19
10. Conclusão .....	20
11. Referências bibliográficas .....	21

## 1 Introdução

Este trabalho é componente do projeto de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade Aberta do SUS. Tem como objetivo mostrar a importância da visita domiciliar, relatando alguns casos acompanhados na Unidade de Grama – Nova Iguaçu, correlacionando-os entre si, mostrando como problemas sociais dificultam o tratamento clínico de outras enfermidades, e por fim enfatizando a sistematização da visita domiciliar como condutora do plano de cuidados frente a casos de maior vulnerabilidade.

A motivação deste trabalho surgiu a partir de visitas domiciliares e a percepção da necessidade de uma atenção diferenciada para alguns pacientes mais vulneráveis que além das condições de adoecimento acumulam outros agravos sociais, carecendo, portanto de uma abordagem mais ampla e social. A própria experiência motivou a necessidade em estudar um pouco mais sobre a visita domiciliar (VD) e entendê-la como uma importante ferramenta para uma intervenção mais efetiva do paciente e de sua família.

A modalidade de prestação de serviços no ambiente domiciliar vem sendo difundida ocorre tanto no setor privado quanto no setor público, fazendo parte da pauta de discussão das políticas de saúde que, pressionadas pelos altos custos das internações hospitalares, buscam saídas para uma melhor utilização dos recursos financeiros (FLORIANI; SCHRAMM, 2004).

Quando os cuidados são transferidos para o domicílio do paciente, a equipe que passará mais tempo ao lado dele terá uma maior autonomia para exercer seus conhecimentos. A liderança e a criatividade são fatores decisivos para quem gosta da área, mas é claro que sempre pautados nos princípios éticos e legais.

O presente artigo inicialmente irá conceituar o atendimento domiciliar, em seguida citará os pontos principais a serem considerados, além de apontar as vantagens e desvantagens existentes quando ocorre este tipo de assistência, e por fim descreverá os pacientes que mais solicitam deste tipo de cuidado, relatando intervenções em alguns casos pontuais que compuseram esse plano de intervenção.

## 2 Problema

Com o aumento da expectativa de vida na população, houve um crescimento na demanda de atendimentos domiciliares, visto que existe uma dificuldade de acesso de algumas pessoas às unidades básicas de saúde, seja por meio de sua situação de saúde, especialmente pelas doenças crônicas, ou ainda por situações geográficas relacionadas ao acesso. Desta forma, cabe questionar o atendimento domiciliar na atenção primária de saúde e sua eficácia e eficiência presenciada pela população.

Igual realidade pode ser comprovada nos atendimentos prestados na Unidade de Estratégia de Saúde Grama, situada no município de Nova Iguaçu/RJ durante o ano de 2015. Muitas eram as demandas trazidas pelos Agentes Comunitários de Saúde para atendimentos domiciliares. Em vários deles os pacientes careciam de uma abordagem ampla, devido à fragilidade social e familiar em que se encontravam.

Dentre todos os atendimentos, destacaram-se dois de maior relevância, os quais serão relatados neste projeto que aqui designaremos de “Família 1” e “Família 2”. Substituímos também as iniciais de seus componentes a fim de preservar sua não identificação.

### Família 1

M.C.F.S., feminina, 76 anos, hipertensa e diabética acompanhada, porém com uso irregular das medicações prescritas. Possui um filho que apenas a visitava raramente. Mora sozinha. Apresenta, desde a primeira consulta, lesão com retração em mama esquerda. Foram feitas três visitas, sempre com solicitações de exames, orientações para a paciente sobre o quadro apresentado e a importância de investigação, porém, devido sua incapacidade de entender a gravidade, não realizava os exames pedidos e não procurava ajuda. Seu filho, geralmente ausente, aparentemente não se interessava pela saúde da mãe. A paciente chegou a apresentar picos hipertensivos e dores abdominais, sendo levada a emergência para controle, devido ao uso irregular das medicações. Foi evidente desde a primeira consulta, a pouca compreensão da paciente de sua situação de saúde, e

mesmo com orientações simples, observava-se uma dificuldade em seguir o que lhe foi orientado e prescrito.

Devido à gravidade do caso, a equipe de saúde entrou em contato com o filho e foi solicitado que o mesmo comparecesse na casa durante a realização das visitas domiciliares pela equipe de saúde, onde lhe foi passado informações sobre a investigação necessária, o uso irregular da medicação e a situação social em que a paciente se encontrava. Foi explicitado pelo filho que ele já havia contratado uma cuidadora para a mãe, porém a paciente era ríspida e não aceitava a presença de estranhos em sua residência. O mesmo não tinha condições de ficar com sua mãe visto que morava longe e suas atividades laborais o impediam de fazer este acompanhamento integral.

## Família 2

M.L.O., feminina, 68 anos, hipertensa de difícil controle e diabética, com lesões eritematosas edemaciadas em pernas, sem sinais de infecção, e quadro depressivo em uso regular e crônico de benzodiazepínico. Mora com a irmã G.L.O.

Fazia uso regular de outras medicações prescritas. No primeiro atendimento a paciente apresentava-se ansiosa e agitada. Durante a consulta foi encaminhada aos serviços de Dermatologia e Cardiologia (devido alteração no eletrocardiograma), porém em atendimentos subseqüentes verificou-se que a paciente não procurou os serviços. Paciente lúcida, compreendia bem as informações, mas sempre relutante em sair de casa. É a responsável por cuidar de sua irmã, mesmo apresentando acuidade visual diminuída.

G.L.O., feminina, 73 anos, restrita a domicílio devido à demência causada pela Doença de Alzheimer. Além disso, apresentava lesão necrosada em joelho direito. Durante essa consulta inicial, pela gravidade da lesão do joelho foi logo encaminhada ao serviço de emergência para avaliação e possível desbridamento.

### **3 Justificativa**

Na Estratégia Saúde da Família, a visita domiciliar favorece a aproximação entre a equipe multiprofissional à realidade local, permitindo ampliar seu conhecimento sobre as reais situações que envolvem o processo saúde-doença. É dessa comunhão de fatores sociais, econômicos e biológicos que contextualizam a vida dos pacientes, que a visita domiciliar se apropria como ferramenta potente para poder auxiliar na busca do conhecimento do modo de vida das pessoas e conseqüentemente traçar um plano de cuidados mais condizente a essas necessidades. (BRASIL, 2011a).

Segundo Egry e Fonseca (2000) as vantagens da visita domiciliar são diversas, principalmente em casos onde é preciso estabelecer uma aproximação maior do paciente com o profissional. Sendo assim, reconhece-se a importância da visita domiciliar como uma ferramenta de excelência para o acompanhamento de pacientes com doenças crônicas ou impossibilitados de acesso às unidades básicas de saúde.

Nas duas famílias relatadas nesse projeto foi observado que para além de um atendimento exclusivamente clínico e farmacológico baseado no tratamento das co-morbidades, apontava-se a necessidade de um atendimento interdisciplinar, mais ampliado, que respondesse as questões de natureza social. A idéia central é que ao nos organizarmos de forma mais sistemática para cuidar destas famílias possamos levar a experiência acumulada a outras. Além de promover cursos para cuidadores na própria comunidade.

## **4 Objetivos**

### **2.1 *Objetivo geral***

Elaborar Plano de Intervenção com ênfase em duas famílias de risco na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Grama, Nova Iguaçu/RJ.

### **2.2 *Objetivo específico***

Planejar ações de proteção e prevenções da saúde, mantendo um acompanhamento mais frequente para aquelas famílias em risco;

Fortalecer o vínculo da Unidade de Saúde com famílias de maior vulnerabilidade social com ênfase ao cuidado interdisciplinar;

Estabelecer parcerias intersetoriais a fim de responder as demandas de maior complexidade social.

Elaborar curso de cuidadores com acesso livre a todos da comunidade.



## 5 Revisão de Literatura

### 5.1. Algumas definições sobre atendimento domiciliar

Há vários conceitos sobre atendimento domiciliar ou home care. Para Cruz, Barros e Ferreira (2001) conceitua-se o serviço de saúde domiciliar como um setor institucional, ou uma instituição propriamente dita, que presta serviços especializados multiprofissionais de saúde no domicílio do paciente.

Segundo Floriani e Schramm (2004) o termo atendimento domiciliar é empregado no sentido amplo de *home care*, compreendendo uma gama de serviços realizados no domicílio e destinados ao suporte terapêutico do paciente, incluindo desde cuidados pessoais de suas atividades de vida diária (higiene íntima, alimentação, banho, locomoção e vestuário), cuidados com sua medicação e realização de curativos e ferimentos, cuidados com escaras e ostomias, até o uso de alta tecnologia hospitalar como nutrição enteral/parenteral, diálise, transfusão de hemoderivados, quimioterapia e antibioticoterapia, com serviço médico e de enfermagem 24 horas/dia, e uma rede de apoio para diagnóstico e para outras medidas terapêuticas.

Apesar de várias definições, “Home Care”, nada mais é do que a transferência dos cuidados ambulatoriais e hospitalares para o domicílio do paciente.

Na Estratégia de Saúde da Família, cujo território e clientela são definidos, a necessidade de cuidados dos mais variados graus de complexidade também se apresenta. Embora a Estratégia faça parte do nível primário de Atenção a Saúde, na realidade ao estabelecermos a coordenação e a longitudinalidade do cuidado nos implicamos a uma série de desdobramentos e correlações nas ações de saúde. Talvez, pela atenção primária, nosso plano de intervenções tenha menor densidade tecnológica, se pensarmos em tecnologias duras, mas não por isso menor complexidade.

É necessário, portanto que planos de intervenção no cuidado domiciliar estejam respaldados numa visita domiciliar eficiente, onde o paciente esteja à vontade, a família esteja integrada, e a equipe de saúde disposta a trabalhar em conjunto para um melhor resultado do tratamento.

## 5.2. Pontos principais a serem considerados no atendimento domiciliar

### O Paciente

Para Floriani e Schramm (2004), o domicílio é um local onde o poder estabelecido pertence ao paciente ou aos membros daquela família, não sendo, portanto, território natural de atuação do profissional de saúde. Tal percepção nos alerta dos cuidados éticos que temos que tomar.

### A família

Deve ser lembrado que cada família possui uma cultura própria permeada de valores coletivamente construídos e de significado único para cada contexto. Todos nós de alguma forma carregamos estes valores e tendemos a transpô-los para outros contextos, ou seja, ao fazermos uma avaliação ou emitirmos um julgamento, tendemos a fazê-los baseados em nosso sistema de valores, desconsiderando as existentes em outros contextos que muito podem diferir dos nossos. Os programas de atendimento domiciliar, quando agem desta maneira, podem ter seus resultados comprometidos ou postergados devido a maior dificuldade de interação entre a equipe e a família (DUARTE; DIOGO, 2005).

### O contexto familiar

Para Duarte e Diogo (2005), o ponto chave a ser aqui considerado é a compreensão de que o ambiente domiciliar pertence ao paciente e a seus familiares, sendo um local em que para entrar necessita-se pedir licença e é onde podemos de fato verificar a nossa real habilidade profissional, pois, por via de regra, os atendimentos são muitas vezes individuais. Segundo Floriani e Schramm (2004), o atendimento domiciliar corre o risco de ser encarado apenas como uma mudança de local de tratamento e não como uma mudança de filosofia nos cuidados administrados.

## O cuidador

Segundo Duarte e Diogo (2005), o cuidador é o indivíduo que assume os cuidados com o paciente no contexto domiciliar e, nesta função, representa o elo entre paciente/família e equipe interprofissional. Podemos falar de dois tipos de cuidadores, o informal e o formal. O cuidador informal é representado pelo elemento da família ou agregado a ela que assume as funções relacionadas ao cuidado. E o cuidador formal é o indivíduo contratado pela família para substituir o cuidador informal em suas funções (DUARTE; DIOGO, 2005).

Em muitas famílias, trabalhadores domésticos mais próximos do paciente ou que por ele desenvolvem algum tipo de afinidade, com frequência passam a assumir as funções de cuidadores sem, no entanto, serem habilitados para tais funções (DUARTE; DIOGO, 2005).

Menezes (1994) afirma que estes podem assumir tal função por instinto, por vontade, por capacidade ou por conjuntura.

## A equipe

Segundo Duarte e Diogo (2005), é importante ressaltar que o atendimento domiciliar só se concretiza de forma eficaz quando desenvolvido por uma equipe. Lembramos que uma equipe não é representada apenas pela junção de vários profissionais com seus conhecimentos específicos, mas sim pelo trabalho destes em prol de um objetivo comum em que seus conhecimentos específicos são complementares e não concorrentes entre si.

## 6 Metodologia

A metodologia foi construída segundo os modelos de Plano de Intervenção sugeridos pelo próprio curso Unasus, com ênfase a abordagem centrada na pessoa e no seu contexto familiar.

O público-alvo inicial restringiu-se a duas famílias selecionadas na área de adscrição da Unidade de Saúde da Família Grama, localizada no município de Nova Iguaçu/RJ.

Essas duas famílias receberam para além das visitas domiciliares de rotina um olhar mais cuidadoso e sistemático. A idéia é que esse plano avance no primeiro semestre de 2016, e que sirva de referencial para ser ampliado a outras famílias de risco.

Inicialmente em reunião da equipe de saúde, os dois casos foram apresentados, avaliados e discutidos, a fim de que todos ficassem cientes da situação social e familiar em que as famílias se encontravam. A partir daí as ações foram definidas e pactuadas pela equipe, bem como seus prazos e responsáveis, explicitadas na Planilha a seguir.

Planilha da intervenção Família 1.

<b>Grupo Familiar</b>	<b>Análise Situacional/Diagnóstico</b>	<b>Seleção dos Problemas</b>	<b>Metas</b>	<b>Prazos/ Responsáveis</b>	<b>Cumprimento de metas</b>
Família	Família separada  Distanciamento afetivo dos familiares	Dificuldade de contato com os familiares por conta da distância.	Integração Familiar.		Consultas com familiares presentes.  Apresentar problemas, tentando envolver familiares no cuidado.
M.C.F.S feminina 76 anos	Diabética  Hipertensa	Tem dificuldade para seguir as orientações.	Orientações mais claras para cuidados gerais e com	Na próxima semana, realizar consulta com	Realizar visitas frequentes para

<b>Grupo Familiar</b>	<b>Análise Situacional/Diagnóstico</b>	<b>Seleção dos Problemas</b>	<b>Metas</b>	<b>Prazos/ Responsável(is)</b>	<b>Cumprimento de metas</b>
	Dificuldade de compreensão.  Vive sozinha	Não faz uso correto das medicações.  É importante a realização de exames para a investigação de outras patologias.	as medicações.  Buscar integração familiar ou algum cuidador para ajudar nas atividades diárias.  Realizar exames para investigação e acompanhamento	familiares, para mostrar a importância de realizar exames e algum cuidador para acompanhar a paciente.	acompanhamento da paciente, realizando escalas entre ACS, enfermeiros e médicos.

- Abordagens rotineiras devem ser realizadas em sua residência para avaliar uso de medicações.
- Orientação sobre posologia das medicações.
- Sugerido métodos para separar os medicamentos para facilitar reconhecer a medicação e os horários de tomada.
- Esclarecer possíveis dúvidas e perceber necessidade de outros tipos de atendimentos.
- Solicitado participação ativa do filho na realização dos exames e organização das medicações da paciente.
- Escala de visitas pelo ACS, técnico de enfermagem, enfermeiro e médico com periodicidade regular.
- Identificação de possível rede de apoio na vizinhança e/ou outros familiares.

## Planilha de intervenção Família 2

<b>Grupo Familiar</b>	<b>Análise Situacional/Diagnóstico</b>	<b>Seleção dos Problemas</b>	<b>Metas</b>	<b>Prazos/ Responsáveis(is)</b>	<b>Cumprimento de metas</b>
Família	Família separada,  Dificuldade de cuidados gerais		Entrar em contato com a CAPS para acompanhamento da demência.  Busca de familiares para ajudar no cuidado.		
M.L.O  68 anos	Hipertensa,  Diabética,  Depressão,  Lesões dermatológicas.	Hipertensa de difícil controle.  Relutante em buscar atendimento especializado, pois tem que sair de sua residência.	Estar mais presente para dar apoio emocional e ressaltar a importância da procura do atendimento especializado.  Realizar consultas com a psicologia.	Manter acompanhamento semanal.	Manter um acompanhamento frequente com algum membro da equipe, podendo atender prontamente alguma carência.
G.L.O  73 anos	Demência por conta da Doença de Alzheimer,  Lesão necrosada em joelho direito.	Necessita de cuidados.	Suporte para cuidado da ferida, obter um acompanhamento com a CAPS.		Acompanhamento frequente com membros da equipe

- Contatar possíveis familiares. Caso sejam contatados, ver possibilidade de unir os familiares para um melhor cuidado das pacientes.

- Após orientação de cuidados de higiene com a lesão, realizar curativos diários, até melhora clínica.

-Manter acompanhamento frequente com pacientes, observando sobre estabilidade do quadro emocional e avaliar necessidade de acompanhamento psicológico.

-Fazer contato com a CAPS, para ter uma visão e cuidado mais abrangente sobre a demência da G.L.O.

-Integrar outros profissionais no cuidado para melhorar o resultado, como psicólogo e psiquiatra.

## 7 Cronograma

Mesmo fazendo várias intervenções dentro destas famílias e obtendo alguns avanços, o cuidado ainda tem que ser continuado por um período maior, sabendo que ainda persistem vários problemas e fragilidades que podem causar uma perda nos avanços alcançados.

Cronograma para cuidado.

1ª Etapa      Analisar evolução das famílias acompanhadas

2ª Etapa      Divulgar sobre início do curso de cuidadores na comunidade

3ª Etapa      Acompanhar melhora do quadro social das famílias acompanhadas

4ª Etapa      Início do curso de cuidadores

5ª Etapa      Final do primeiro curso de cuidadores

6ª Etapa      Estudo e análise do aproveitamento do curso e da melhora das pacientes em questão

7ª Etapa      Manter acompanhamento das famílias

8ª Etapa      Manter acompanhamento das famílias

Meses	Nov/2016				Dez/2016				Jan/2016				Fev/2016			
	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª
1ª Etapa																
2ª Etapa																
3ª Etapa																
4ª Etapa																
5ª Etapa																
6ª Etapa																





## **8 Recursos necessários**

Ambiente adequado para reuniões de equipe, abordando e esclarecendo pontos importantes da intervenção para o atendimento das famílias.

Sempre que necessário interagir com o Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF).

Manter na agenda espaço para discussão com o seguimento gestor.

Espaço físico adequado para curso de cuidadores.

## **9 Resultados esperados**

A visita domiciliar promove uma melhor interação dos pacientes e seus familiares com a equipe de saúde da família, melhor adesão ao tratamento e investigação de enfermidades psicológicas desencadeadas pela debilidade social.

Como resultados esperados para a Família 1: êxito na intervenção da relação familiar, reintegrando a paciente a sua família, facilitando descobertas de diagnósticos e manutenção do tratamento de doenças de base.

Como resultados esperados para a Família 2: união e aproximação dos membros da família, responsabilização dos mesmos para cuidados com a saúde das pacientes, estímulo e aceitação pela paciente em atividades de grupos e atividade física para estabilização psicológica e melhora da qualidade de vida.

Há que se destacar a necessidade de capacitação e educação permanente dos profissionais da atenção básica a fim de estarem preparados para lidar de maneira conjunta com problemas clínicos e sociais, permitindo a atenção integral do paciente, melhorando o atendimento domiciliar nas Unidades de Saúde da Família no município de Nova Iguaçu.

## 10 Conclusão

Este projeto foi muito proveitoso, pois pôde ser observado um benefício para as famílias acompanhadas.

No caso da Família 1, após realização dos exames, foi diagnosticado câncer de mama, com uma massa abdominal ainda a esclarecer. Houve comprometimento do filho e sua esposa a levar a paciente para morar em sua residência para um acompanhamento mais próximo do tratamento.

No caso da Família 2, houve grande melhora no humor da paciente, que passou a se mostrar muito mais comunicativa e com uma melhor compreensão de sua situação e de sua irmã, relatando que iria avaliar a possibilidade de retornarem para próximo de sua família no Nordeste. Apesar de que, até o momento, ainda não procurou os especialistas, deixando pendente algumas enfermidades clínicas a serem resolvidas.

Este trabalho pode ajudar outros profissionais a compreenderem a importância da visita domiciliar e que o paciente deve ser visto como um todo, relacionando que alguns problemas presenciados normalmente se repetem com frequência em outras famílias, porém que a abordagem deve ser única para cada uma delas.

## 11 Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2488 de 21 outubro de 2011. Aprova a política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). DOU de 22 de out. de 2011a.

CRUZ, Isabel Cristina Fonseca da; BARROS, Sílvia Regina Teodoro Pinheiro de; FERREIRA, Helen Campos. Enfermagem em Home Care e sua Inserção nos Níveis de Atenção à Saúde: experiência da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense. *Revista Enfermagem Atual*, v. 1, n. 4, p. 35-8, 2001.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D'Elboux. *Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2005.

EGRY, E.Y.; FONSECA, R.M.G.S. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 34, n.3, p. 233-9, set. 2000

FALCÃO, Horácio Arruda. "Home Care" – uma alternativa ao atendimento da Saúde. *Revista Virtual de Medicina*, v. 2, n. 7, 1999. Disponível em: <http://www.medonline.com.br/med7/homecar.htm>. Acesso em: 19 nov. 2015.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 986-994, jul./ago. 2004.

MENEZES, A. K. Cuidados à pessoa idosa: reflexões teóricas gerais. In: *SBBG Caminhos do envelhecer*. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.



Secretaria de  
Gestão do Trabalho e da  
Educação na Saúde

Ministério  
da Saúde