

Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional

Home care in primary health care: an operational synthesis

Caio Vaciski Gallassi¹, Daniel Felipe Herculano Ramos¹, Juliana Yumi Kinjo¹, Bernardino Geraldo Alves Souto²

¹Curso de Medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – São Carlos (SP), Brasil.

²Departamento de Medicina da UFSCar – São Carlos (SP), Brasil.

DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v39i3.653>

RESUMO

A institucionalização do sujeito adoecido privilegiou o modelo médico científico e subordinou a autonomia da família no cuidado à pessoa com necessidades de saúde ao hospital e ao saber médico. No entanto, esse modelo tem se mostrado pouco eficiente para o atendimento das demandas de saúde resultantes da transição demográfica e epidemiológica pelas quais a sociedade vem passando. Nesse contexto, a atenção domiciliar surge como alternativa ao cuidado hospitalar, possibilitando a retomada do lar como espaço para produção de cuidado, fundamentada nos princípios da humanização e da clínica ampliada, evitando hospitalizações desnecessárias e possibilitando um uso mais adequado dos recursos disponíveis. Esta revisão narrativa da literatura aborda o cuidado domiciliar no contexto da atenção básica de saúde. Contemplam suas definições, princípios, objetivos, aspectos organizacionais, elegibilidade de sujeitos para o cuidado domiciliar, classificação de risco familiar, função de cada membro da equipe de saúde da família, construção de tecnologias de cuidado e o desenvolvimento de um eficiente sistema de registro de dados.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; assistência domiciliar; visita domiciliar, saúde da família; humanização da assistência; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The institutionalization of the diseased subject has privileged the scientific medical model and has subordinated family autonomy in the caring of a person with health needs to hospital and to medical knowledge. However, this model has been shown to be inefficient to meet the health demands resulting from demographic and epidemiological transition by which society have been going through. In this context, home care emerges as an alternative to hospital care, making possible the resumption of home as a space for care production, based on principles of humanization and expanded clinic, avoiding unnecessary hospitalizations and making possible a most appropriate use of available resources. This narrative review of literature approaches home care in the context of primary health care. It contemplates its definitions, principles, objectives, organizational aspects, eligibility of subjects to home care, family risk classification, the role of each family health team member, the construction of care technologies, and the development of an efficient data recording system.

Keywords: primary health care; home nursing; home visit; family health; humanization of assistance; Unified Health System.

Recebido em: 06/09/2013

Revisado em: 06/01/2014

Aprovado em: 14/04/2014

Autor para correspondência: Juliana Yumi Kinjo – Rodovia Washington Luís, km 235 – Caixa Postal 676 – CEP: 13565-905 – São Carlos (SP), Brasil – E-mail: yumikinjo@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

Cuidados domiciliares em saúde são praticados desde a antiguidade¹⁻³. Com o desenvolvimento da medicina científica a partir do século XIX, o hospital se tornou local de referência para cuidar de pessoas com problemas de saúde. Isso alcunhou essas pessoas como pacientes, determinou-lhes a identidade de doentes e segregou-as no ambiente hospitalar^{1,4,5}.

Com essa institucionalização do sujeito adoecido, a família deixou de ter autonomia sobre o cuidado de seu parente, sentindo-se obrigada a solicitar assistência médica nos hospitais por se perceber cada vez mais impotente diante das manifestações clínicas das doenças. Essa impotência é, pois, ressonância de um modelo médico hegemonicamente científico, sobre o qual a família não tem domínio^{1,4,5}.

Entretanto, esse modelo de atenção tem se mostrado pouco eficiente para atender às novas demandas em saúde resultantes da transição demográfica e epidemiológica pelas quais a sociedade vem passando, caracterizada pelo envelhecimento populacional e pela elevada prevalência de doenças crônico-degenerativas^{1,6-9}. Mesmo nos novos modelos de gestão da saúde que caracterizam o Sistema Único de Saúde (SUS) e contemplam a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o modelo centrado no saber médico ainda é predominante^{1,5,9,10}.

Para ultrapassar essa limitação, apresenta-se a proposta da atenção domiciliar (AD), com o objetivo de revalorizar o lar como espaço para produzir cuidado, evitar hospitalizações desnecessárias e apoiar equipes de atenção básica em favor do aumento da eficiência da assistência^{1,6,9,11,12}.

Também possibilita a revalorização da família no cuidado de seus entes, tornando-a ativa no processo de adoecimento que a envolve. Isto é, a família ressurgue como corresponsável por cuidados em saúde, melhorando a qualidade da atenção prestada às pessoas^{1,11}.

Nessa direção, em 2011 o Brasil comprometeu-se com a AD por meio do programa Melhor em Casa, o qual tem sido executado em parceria com estados e municípios. As equipes que atuam nesse programa são acionadas por uma central de regulação controlada pela Secretaria de Saúde dos municípios ou dos estados, de forma a estender a assistência oferecida pela Atenção Básica ao ambiente domiciliar dos pacientes beneficiáveis por uma AD^{1,7}.

Essa é uma experiência recente, sobre a qual se depositam importantes expectativas. Entretanto, a mesma ainda foi pouco investigada e, portanto, não há significativo volume de dados publicados a respeito. Esses aspectos motivam uma revisão sobre o assunto com o interesse de melhor compreendê-lo e aplicá-lo. Nesse sentido, este artigo se apresenta com o objetivo de contribuir para o entendimento dessa estratégia assistencial em saúde.

MÉTODOS

Realizou-se revisão narrativa da literatura^{13,14} sobre o tema da AD na atenção básica de saúde a partir das palavras-chave

“atenção domiciliar”, “visita domiciliar” e “saúde da família”. Através da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (MS)¹⁵ foram consultadas as seguintes bases de dados: Coleção de Publicações (Biblioteca MS), Coleção de Vídeos (Biblioteca MS), Coleção de Cartazes (Biblioteca MS), Coleção de Fôlderes (Biblioteca MS, Portal de Textos Completos, Glossário Eletrônico do MS, Siglário Eletrônico do MS, Literatura Latinoamericana e do Caribe – LILACS, Biblioteca Eletrônica de Periódicos Científicos Brasileiros – SciELO Brasil e Literatura Internacional – MEDLINE). Também foi consultado o Google Acadêmico em <http://scholar.google.com.br>. Procurou-se por artigos originais, de revisão, ensaios, teses e dissertações publicados de 1997 a 2013. Foram obtidos 217 textos, dos quais, 20 escritos em português foram selecionados para referenciar este trabalho por tratarem de forma específica o tema da atenção domiciliar na atenção básica.

O conteúdo dos textos foi organizado em categorias e subcategorias temáticas, nas quais se baseou a estrutura deste artigo.

Definição de termos

O modelo de AD é composto por uma série de termos com significados diferentes, muitas vezes usados como sinônimos, resultando em confusão por parte dos profissionais de saúde. Na tentativa de esclarecer essas dúvidas, surgiram formas de classificar as diferentes ações de cuidado em saúde no domicílio^{2,8,10}.

Uma delas, criada por Coelho e Savassi¹⁰, utiliza o termo “visita domiciliar”, o qual abrange tanto as ações assistenciais quanto as ações de prevenção de doenças e de promoção à saúde. A primeira foi nomeada “visita domiciliar fim” e a segunda, “visita domiciliar meio” (Quadro 1)^{5,10}.

Outra classificação⁸ propõe uma forma mais complexa, separando cada componente de acordo com seu perfil de competências:

- Atendimento domiciliar: conjunto de ações de cuidado realizadas no domicílio, com complexidade de nível ambulatorial.
- Internação domiciliar: semelhante ao item anterior, mas, em maior nível de complexidade. Nesse caso, são incorporadas tecnologias, recursos humanos, medicamentos e materiais semelhantes aos encontrados em um hospital.
- Visita domiciliar (VD): contato pontual entre serviço e população, buscando identificar riscos e demandas, e desenvolver ações de educação e orientação para a saúde. Objetiva promover a autonomia de cada paciente e família na gestão de seu

Quadro 1: Objetivos da atenção domiciliar: fim e meio

Visita domiciliar fim	Visita domiciliar meio
1) Propaganda política;	1) Busca ativa em demanda reprimida;
2) Internação domiciliar;	2) Educação para a saúde mais individualizada;
3) Atenção domiciliar terapêutica;	3) Estimular o cuidado com a saúde;
4) Cuidado de pacientes acamados;	4) Apontar necessidades de ações de promoção à saúde;
5) Atenção ao parto.	5) Estabelecer canais permanentes de comunicação.

Adaptado de Coelho e Savassi¹⁰.

próprio cuidado, através do estabelecimento de metas negociadas por ambas as partes.

- Atenção domiciliar (AD): é o mais abrangente entre todos os termos, pois engloba as demais definições e contempla todos os objetivos anteriores simultaneamente.

Pelo visto, as definições estão, ainda, em construção. Provavelmente, à medida que se acumularem reflexões teóricas e experiências práticas com a estratégia da AD, os respectivos conceitos se tornarão mais consensuais e mais específicos. Por enquanto, o que há são definições afeitas à linguagem da gestão, como as de Coelho e Savassi¹⁰, e outras à linguagem operacional, como as de Lacerda *et al.*⁸. Apesar de parecerem confusas em alguns momentos, percebe-se que, na verdade, não disputam entre si; aliás, complementam-se. Talvez o adequado seja usá-las segundo o universo ao qual se referirem no momento de sua aplicação para que se minimizem as dificuldades de entendimento na hora da comunicação.

Características da atenção domiciliar na atenção básica

A AD no contexto da atenção básica (AB) propõe a reorganização do processo de trabalho pela equipe de saúde e discute as diferentes concepções e possibilidades de abordagem da família a partir do princípio da territorialização¹. Esse princípio consiste na delimitação geográfico-institucional de uma área para a atuação da equipe de AB, e considera as dinâmicas e equipamentos sociais disponíveis dentro dessa área, a adesão da clientela residente nesse espaço e a possibilidade de articulação com outros serviços e equipamentos externos para a provisão do cuidado.

A AD caracteriza-se por:

- ações sistematizadas, articuladas e regulares;
- integralidade das ações de promoção, recuperação e reabilitação em saúde;

- trabalho em equipe;
- utilização de tecnologias reconhecidas como de alta complexidade por exigirem muito conhecimento e como de baixa densidade por exigirem poucos equipamentos.

Para fins didáticos, podemos definir as modalidades do AD de acordo com seus objetivos, sejam eles terapêuticos ou de prevenção e promoção em saúde, conforme mostrado no Quadro 1. Nesse sentido, considerando essas subdivisões da AD, podemos inferir que, enquanto a assistência domiciliar e a internação domiciliar atendem mais aos objetivos terapêuticos e de reabilitação, a VD atende mais aos objetivos de prevenção e promoção em saúde. No entanto, como essas ações se relacionam, apoiam-se mutuamente e são intercomplementares, na prática pode haver sobreposições entre VD e AD⁵.

Considerando, pois, que AD na AB opera segundo os princípios da clínica ampliada^{5,11,16,17}, seus componentes de promoção, conservação e reabilitação da saúde se articulam. Na verdade, não se trata de sobreposição, mas de um funcionamento transoperacional entre AD e VD, meio pelo qual se fundem formando um processo de trabalho mais eficiente e mais eficaz para a provisão do cuidado a que se destinam.

Atenção domiciliar com fins terapêuticos

Em 2012, o MS classificou os problemas a serem cuidados pela AD em três níveis de modalidade (Quadro 2)¹.

A equipe local de AB se responsabiliza pelo primeiro nível, e a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e a Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) se responsabilizam pelos outros níveis (Quadro 3)¹.

Dentro da AB, a AD pode contar, ainda, com as equipes de Saúde da Família (eSF) e estas, com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); este último constituído por profissionais de diferentes áreas de conhecimento comprometidos com a atenção

Quadro 2: Modalidades de Atenção domiciliar

Modalidade	Perfil do usuário	Equipe prestadora do cuidado	Permanência
AD1	- Problemas de saúde controlados/ compensados	Equipe de atenção básica	Habitualmente contínua
	- Dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde		
	- Necessita de cuidados de menor complexidade, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde		
	- Frequência das visitas, a partir da avaliação clínica de uma visita/mês		
	- Dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS)		
AD2	- Problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde	Equipe multiprofissional de Atenção Domiciliar + Equipe Multiprofissional de Apoio	Habitualmente temporária, pode ser contínua se não houver estabilização suficiente para cuidados em AD1
	- Necessita de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, até a estabilização do quadro		
	- Necessidade de, pelo menos, uma visita/semana		
AD3	- Semelhante ao da AD2, mas que faça uso de equipamentos/ procedimentos especiais	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar + Equipe Multiprofissional de Apoio	Habitualmente contínua

Fonte: Brasil, 2012¹.

à saúde das pessoas sob cobertura por mais de uma eSF¹¹. Ambas as equipes atuam tanto na AD com fins terapêuticos quanto na AD destinada à promoção e prevenção em saúde.

Essa estrutura potencializa a AD e a articula no sistema de rede assistencial hierarquizada, oportunizando continuidade e integralidade ao cuidado. Torna a AD um equipamento que favorece a aplicação dos princípios e diretrizes fundamentais do SUS de universalidade e equidade assistencial.

Atenção domiciliar como meio de promoção e prevenção em saúde

Na aplicação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), normatizou-se que a VD deve ser realizada pelo menos uma vez por ano pelo médico e pelo enfermeiro, e pelo menos uma vez por mês pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), privilegiando a prevenção de doenças e a promoção da saúde por meio de busca ativa à população adscrita em seu território¹⁷.

Quadro 3: Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar e Equipe Multiprofissional de Apoio

Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD)	Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP)
- Atende a uma população adscrita de 100 mil habitantes, com base no local de residência do usuário	- Oferece suporte e complementa as ações de saúde da atenção domiciliar, quando clinicamente indicadas
- Pode estar alocada nos diversos tipos de serviços de atenção à saúde	- Para cada três EMAD implantadas, pode-se implantar uma EMAP
- Formada por médico, enfermeiro, fisioterapeuta e auxiliar técnico de enfermagem	- Composta por assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional

Fonte: Brasil, 2012¹.

Quadro 4: Escala de risco familiar

Dados da Ficha A		Escore
Acamado		3
Deficiência física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição grave		3
Drogadição		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de seis meses		1
Maior de 70 anos		1
Hipertensão arterial sistêmica		1
Diabetes mellitus		1
Relação morador/cômodo	Se maior que 1	3
	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0
Escore total		Classificação de risco
Escore 5 ou 6		R1
Escore 7 ou 8		R2
Maior que 9		R3

Adaptado de Coelho e Savassi¹⁰.

Contudo, as necessidades de saúde das pessoas no âmbito da AB não se restringem a demandas unicamente preventivas e incluem, também, necessidades de tratamento e reabilitação. Soma-se a isso o fato de que grande parte das eSF, na prática, trabalha com um número de famílias e com tipos de problemas que ultrapassam o que foi previsto para a AB pelos programas e pela gestão do sistema de saúde^{5,10}. Essa contingência determina, pois, que a AD cubra toda essa demanda e não se limite a praticar somente ações de promoção e prevenção em saúde, mas também se obrigue ao atendimento de uma grande demanda por tratamento e reabilitação.

Considerando que nesse modelo a possibilidade de oferta torna-se a quem da demanda, para que a cobertura exigida da AD seja possível, há que se considerar o princípio da equidade para a elegibilidade da clientela à qual se destinarão suas ações. A estratégia, nesse contexto, é classificar a vulnerabilidade familiar a partir de um conjunto de dados-sentinelas. Na AB, o SUS trabalha com um formulário denominado Ficha A, que é destinado ao levantamento desses dados. As informações solicitadas pela Ficha A são levantadas por ocasião das primeiras visitas às famílias pelos ACS e permitem à equipe conhecer as condições de vida das pessoas da sua área de abrangência. É esse conhecimento que oportuniza o adequado planejamento assistencial. A partir dos dados dessa fonte, Coelho e Savassi¹⁰ propõem uma escala para a classificação das condições sociais e de saúde das pessoas, destinada a racionalizar a eleição de sujeitos e famílias que deverão receber AD (Quadro 4).

Essa escala de Coelho e Savassi¹⁰ tem como vantagens a simplicidade e a objetividade como funciona, e o fato de ter como fonte um recurso já existente e bastante difundido, padronizado no âmbito da gestão da ESF no Brasil. Entretanto, o uso da mesma implica no cuidado das eSF para não negligenciarem a atenção às famílias classificadas como de baixo risco ao ponto de torná-las vulneráveis por falta de atuação da equipe.

Isso significa que uma vez que a AD é demandada por ações assistenciais de natureza ampliada e integral que vão da promoção à reabilitação em saúde, a mesma precisa gerenciar sua possibilidade de resposta, a qual é relativamente limitada, no sentido da equidade por meio de uma regulação interna de suas próprias demandas e ações. Tal regulação exige que as eSF produzam e mantenham informações sempre atualizadas sobre o território de sua cobertura, sobre as pessoas que ali vivem e o modo como vivem, bem como desenvolvam e apliquem estratégias de classificação dos fatores de risco, de vulnerabilidade e de necessidade assistencial relacionados à saúde e ao bem-estar das pessoas e da comunidade.

Atuação de cada profissional na atenção domiciliar, no contexto da atenção básica

A AD, de forma semelhante ao defendido pelos princípios da ESF, deve ser realizada por equipe multiprofissional, composta pelo menos por médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde^{1-3,6,7,11,12,17}. Considerando o núcleo

profissional de cada membro da equipe é possível planejar um cuidado integral para cada pessoa com necessidade de saúde. Assim, podemos compreender as seguintes competências segundo o núcleo profissional de cada membro da eSF em relação à AD^{5,17-19}:

- Agente comunitário de saúde (ACS): é o sentinela do serviço, responsável pela realização da grande maioria das visitas domiciliares e pelo mapeamento da sua área de cobertura assistencial. Tem papel fundamental nas ações de prevenção e promoção de saúde, sendo o elo entre a equipe e a família adscrita. Entre outras atribuições, tem a função de identificar as pessoas em situação de risco, entre elas as que demandam AD e de apresentar os casos para discussão e para o estabelecimento das ações de cuidado.
- Médico: responsável pela formulação dos diagnósticos médicos, pela prescrição medicamentosa, pela realização de alguns dos procedimentos ambulatoriais, pela facilitação das ações de promoção de saúde e por ações de vigilância em saúde. Participa, também, da orientação das pessoas com necessidades de saúde, do plano de cuidado pactuado com a equipe, e do planejamento e da gestão dos processos de cuidado e de trabalho. Quando necessário, deve indicar internação hospitalar, fazer a declaração de óbito e realizar outros atos médicos.
- Enfermeiro: realiza os diagnósticos de enfermagem e participa da construção dos planos de cuidados, supervisiona o trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem e dos ACS, treina cuidadores, dá alta dos cuidados de enfermagem e contribui para o planejamento e a gestão dos processos de cuidado e de trabalho, participa das ações de vigilância em saúde, promove a educação permanente dentro da equipe bem como ações para o desenvolvimento social em sua área de cobertura e para a prática da cidadania no ambiente de trabalho.
- Auxiliar e técnico de enfermagem: auxilia no treinamento do cuidador, orienta a respeito do cuidado com os resíduos, realiza procedimentos dentro da sua esfera de competência legal, acompanha a evolução dos casos, identifica sinais de gravidade, comunica ao médico ou ao enfermeiro alterações no quadro clínico das pessoas sob cuidado, e apoia o trabalho dos agentes comunitários de saúde e sua interlocução com o enfermeiro.
- Equipe de saúde bucal: atua principalmente em ações educativas, orientação sobre o autocuidado, prevenção e assistência odontológica.

É papel da eSF estabelecer vínculo com as pessoas sob cuidado e seus familiares, avaliar as condições sanitárias de cada domicílio, registrar os dados pertinentes no prontuário e compartilhar o cuidado com outros setores da rede de saúde quando necessário^{1,2}.

Não obstante, ainda que cada membro da equipe tenha um conjunto específico de habilidades e conhecimentos segundo sua formação profissional, todos têm como objetivo comum o cuidado à saúde das pessoas e da comunidade fundamentado em princípios democráticos, éticos, cidadãos e de excelência técnica.

Para alcançar esse objetivo com eficiência máxima, é importante que a equipe opere de modo transprofissional. Esse modo de operação é aquele em que cada profissional contribui com sua habilidade específica para o cuidado ampliado e integral dos sujeitos por meio de uma articulação com os outros profissionais, a qual se dá de uma forma que faz com que todos vejam a pessoa por inteiro, e não cada um a sua parte. Ao mesmo tempo, implica no compartilhamento das habilidades entre os diversos profissionais envolvidos no cuidado. Essa forma de trabalhar proporciona um efeito geométrico sobre a produção da equipe, diferentemente do efeito apenas aritmético alcançável quando cada um contribui com suas habilidades e conhecimentos de modo não compartilhado. No primeiro caso, o sujeito é tratado como um inteiro e cada profissional aprende e aplica habilidades e conhecimentos gerais do outro no cuidado que provê, juntamente com a competência específica que tem a oferecer. No segundo caso, o sujeito é tratado como um conjunto de fragmentos e cada profissional só aplica no cuidado sua competência específica²⁰⁻²⁴.

Sistematização da visita domiciliar

Princípios da atenção domiciliar

A AD contribui para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS relacionados à provisão de cuidado ampliado e integral centrado na pessoa a partir dos seguintes fundamentos^{1-3,6,9,12,17-19,25}:

- Abordagem integral da família: abordagem do sujeito em seu contexto socioeconômico e cultural, dentro de uma visão ética compromissada com o respeito à pessoa humana, e com a privacidade, com a autonomia e com a individualidade dos sujeitos, considerando a complexidade das relações familiares e sociais.
- Consentimento da família, participação do sujeito e atenção ao cuidador: recomenda-se que toda a família esteja ciente do processo da AD e que se respeite a dinâmica familiar em favor da eficácia do cuidado.
- Trabalho em equipe e ações transdisciplinares: possibilita a integralidade e a ampliação do cuidado e favorece a resolutividade assistencial. Deve sempre privar pelos princípios éticos que norteiam qualquer processo de cuidado em saúde e respeitar a dinâmica da vida social das famílias assistidas e da comunidade.
- Estímulo às redes de solidariedade: a AD é uma modalidade de atenção à saúde integrada aos projetos sociais e políticos da sociedade. Portanto, identifica e articula parcerias comunitárias destinadas a viabilizar e potencializar o cuidado oferecido.

Portanto, a AD considera o sujeito como um ser autônomo em seu ambiente e propõe uma atenção que reconheça a complexidade desse seu objeto de trabalho. Ao mesmo tempo, articule o cuidado em saúde a outros setores e ações implicados com o bem-estar geral da(s) pessoa(s).

A elegibilidade de pessoas para atenção domiciliar

A possibilidade dos serviços de atenção básica, hospitalares e de urgência/emergência indicarem AD para uma pessoa se trata de um triplo desafio¹:

- entendimento de que determinadas pessoas podem ser cuidadas com qualidade e resolubilidade no domicílio;
- utilização de critérios específicos para a indicação da AD;
- definição da modalidade de AD que a pessoa necessita.

Na atenção básica, a identificação do sujeito com demanda por AD pode ser feita:

- por qualquer um dos membros da eSF;
- segundo solicitação dos próprios familiares;
- por meio de busca ativa.

Podemos dividir os critérios de elegibilidade em clínicos e administrativos¹. Os critérios clínicos dizem respeito à condição de saúde da pessoa, aos procedimentos terapêuticos necessários ao cuidado e à frequência de visitas de que se necessitará (ver *Perfil do usuário* no Quadro 2). Os administrativos se referem aos aspectos operacionais, institucionais e legais demandados pelo processo assistencial para que o cuidado em AD seja realizado (Quadro 5).

Os critérios de inclusão e desligamento da AD no contexto da AB (AD1) podem ser resumidos no Quadro 6¹.

Observa-se, pois, que a provisão de cuidado por meio da AD exige a articulação entre possibilidades estruturais e necessidades individuais para que seja executado, algumas das quais previstas em respectivos manuais de orientação^{2,6,7}. Não obstante, é provável que surjam situações em que a equipe provedora da AD tenha que decidir à luz das contingências específicas relacionadas ao caso demandante, não previstas nos manuais. Nessa situação, é importante que tais decisões sejam coerentes com os princípios e diretrizes da própria AD e do SUS.

Gestão da atenção domiciliar: conceitos e dispositivos

É muito comum no cotidiano das equipes de saúde, em especial na AD, deparar-se com situações complexas de natureza clínica ou de natureza socioeconômica. Para enfrentar essas situações são propostas as seguintes estratégias^{1,3,6,9,11,12,17-19,25}:

Quadro 5: Critérios administrativos para elegibilidade na atenção domiciliar

Critérios administrativos
Residência no território de cobertura da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar, nas modalidades AD2 e AD3, e da equipe de atenção básica, na modalidade AD1. Esse critério pode ser relativizado em situações limítrofes (fronteiriças)
Consentimento formal do paciente ou de familiar/cuidador por meio da assinatura do termo de consentimento informado
Responsável que exerça a função de cuidador, quando o usuário encontra-se com dependência funcional
Ambiência domiciliar minimamente adequada aos cuidados domiciliares

Fonte: Brasil, 2012¹.

Acolhimento

Expressa uma política de direitos e de cidadania fundamentada no princípio da inclusão e da equidade. É uma tecnologia leve, que favorece a universalização do acesso, organiza o processo de trabalho e aumenta sua eficiência e resolubilidade por apoiar-se numa rede de cuidados e em equipes que devem trabalhar por orientação transprofissional, de modo a qualificar, inclusive, a relação entre os profissionais da assistência e as pessoas com necessidades de saúde.

Na AD, trata-se de captar as demandas por cuidados domiciliares e tentar, a partir de uma escuta qualificada, oferecer a melhor resposta possível para cada caso que se apresente à atenção básica.

Clínica ampliada

O cuidado centrado na doença tende a generalizar as pessoas e a desvalorizar a individualidade ao considerar a doença como o único foco de cuidado. Limita, pois, as necessidades de saúde dos sujeitos a um diagnóstico biológico, restringindo as possibilidades de cuidado e reduzindo o sofrimento a um evento quando, na verdade, é um fenômeno. No sentido de superar esses problemas, a clínica ampliada surge como uma alternativa para respeitar a individualidade contextualizada de cada pessoa, abordando-a em sua totalidade existencial ao contemplar, simultaneamente e de modo articulado, os aspectos biológicos, sociais e psicológicos do fenômeno do adoecimento; oportunizando, assim, um manejo mais eficaz do complexo processo de cuidado em saúde¹⁶.

Estrategicamente, opera-se por meio do que se denomina Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), caracterizado por

Quadro 6: Critérios de inclusão e desligamento da atenção domiciliar

Critérios de inclusão	Critérios de desligamento
Ter tido alta da AD2/AD3, mantendo interface entre as equipes de atenção domiciliar e as da atenção básica	Mudança de área de abrangência, devendo ser transferido para a equipe responsável pela área do novo domicílio
Ter, no domicílio, infraestrutura física compatível com a realização da atenção domiciliar; nos casos em que as condições físicas precárias implicam aumento de riscos para a saúde do usuário, elas deverão ser avaliadas pela equipe multiprofissional	Impossibilidade da permanência do cuidador no domicílio
Ter o consentimento informado do usuário (se consciente) e/ou de seu representante legal	Não aceitação do acompanhamento
Estar impossibilitado de se deslocar até o serviço de saúde	Recuperação das condições de deslocamento até a unidade de saúde
Necessitar de cuidados numa frequência de visitas e atividades de competência da atenção básica	Piora clínica que justifique AD2/AD3 ou internação hospitalar
Não se enquadrar nos critérios de inclusão nas modalidades AD2 e AD3	Cura Óbito

Fonte: Brasil, 2012¹.

uma metodologia sistematizada que possibilita ao profissional de saúde abordar de modo ampliado e integral o conjunto de necessidades de saúde das pessoas e ainda respeitar a autonomia delas por meio de uma negociação do projeto terapêutico¹⁶.

São seis os componentes do MCCP: exploração da doença e da experiência com a mesma; entendimento da pessoa como um todo; elaboração compartilhada com o sujeito de um plano para manejo dos seus problemas; abordagem das demandas de prevenção, promoção e reabilitação em saúde; qualificação e intensificação da relação entre o profissional de saúde e a pessoa sob cuidados; abordagem realista dos problemas¹⁶.

Projeto Terapêutico Singular

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas terapêuticas, de promoção e prevenção, articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão do caso em uma equipe transprofissional. Essas propostas se desenvolvem a partir da compreensão dos problemas de saúde do sujeito em seu processo existencial. Parte da construção da história de vida da pessoa, na qual se contextualizam seus problemas de saúde, de cuja análise, discussão e encaminhamento transprofissional emanam-se propostas de cuidado a serem compartilhadas com o próprio sujeito¹⁶.

Pode ser elaborado também para grupos de pessoas, instituições ou famílias e contemplar fases como o diagnóstico, definição de metas, definição das responsabilidades, reavaliação e, especialmente, acompanhamento longitudinal¹⁶.

Organização do registro

O registro deve abranger da forma mais completa possível o indivíduo dentro de seu contexto existencial. Deve identificar as condições do ambiente, a dinâmica familiar, a história de vida, os valores e crenças e a rede de suporte existente. Para facilitar esses objetivos foi desenvolvido um modelo de prontuário por uma eSP⁵, o qual define como essenciais os seguintes aspectos a serem registrados:

- descrição de quem é a pessoa que será o centro da atenção, ou seja, a pessoa da família em que serão investidos os maiores esforços de cuidado, visto que é pouco produtivo realizar a consulta individual de todos os membros da família;
- identificação do cuidador, seu vínculo com a pessoa alvo do cuidado, seu grau de entendimento sobre o problema dessa pessoa e seu nível de preparação para o cuidado;
- descrição da estrutura familiar, genograma e identificação daqueles conviventes melhor comprometidos com a atenção à pessoa alvo do cuidado;
- descrição clara, objetiva e sistematizada das necessidades de saúde para o cuidado ampliado e integral e dos recursos materiais, humanos e sociais que deverão ser mobilizados;
- descrição do manejo dos medicamentos prescritos, como são estocados, identificados e administrados à pessoa sob cuidado, bem como das orientações dadas ao cuidador ou ao usuário da medicação a respeito da adesão terapêutica, dos potenciais eventos adversos do tratamento e de como proceder diante deles;

- descrição do padrão alimentar e nutricional da pessoa sob cuidado, do preparo das refeições e das respectivas necessidades de ajuda;
- descrição da rede institucional e social de suporte disponível ao cuidado, da potencialidade e do modo de aproveitamento das mesmas em um ecomapa;
- descrição do ambiente domiciliar com ênfase nos aspectos que influenciam o estado de saúde, a segurança, a autonomia e as demais necessidades da pessoa sob cuidado;
- descrição das oportunidades de prazer e bem-estar objetivo e subjetivo acessíveis à pessoa assistida, considerando que o cuidado extrapola a esfera do corpo.

A partir desses dados, deve ser elaborado um plano de cuidados, estruturado da seguinte maneira⁵:

- metas: estabelecer quais os objetivos de cuidado desejados, definir quem será responsável por cada ação pactuada e definir prazos;
- evolução do caso, identificando-se novas necessidades e estabelecendo novas metas;
- orientações sobre cuidados emergenciais, como proceder e qual serviço acionar.

Na direção do alcance de seus objetivos e da fidelidade aos princípios e diretrizes do SUS, a AD utiliza ferramentas práticas e teóricas oriundas de diversas áreas, especialmente do direito, da bioética, da saúde coletiva e das profissões da assistência operacional em saúde (medicina, enfermagem, fisioterapia, psicologia, etc.). Por meio dessas ferramentas aplica estratégias de decisão compartilhada destinadas à equidade ao acesso assistencial, define os focos de abordagem por parte do processo de cuidado, mobiliza outros setores pelo bem-estar das pessoas, proporciona meios para a longitudinalidade da assistência e valoriza o sujeito como ser complexo e social por meio de uma abordagem transprofissional.

CONCLUSÃO

Por sua natureza metodológica, este trabalho teve origem e foi influenciado pelas percepções próprias dos autores, ainda que fundamentadas na literatura. Não oferece evidência científica ao tema trabalhado; apenas aponta a atualidade teórico-conceitual relativa ao cuidado domiciliar no âmbito da atenção básica de saúde, disponível na literatura nacional de 1997 a 2013 e alcançável por bases de dados primárias. Não esgotou, portanto, tudo o que há a respeito no meio acadêmico e científico, mas alcançou os objetivos dos autores de apresentar uma síntese ampla e sem maior aprofundamento, destinada a apoiar reflexões sobre o assunto abordado. Maior profundidade ou consolidação de evidência científica poderão ser obtidos por meio de revisões integrativas ou sistemáticas que incluam não só os componentes do cuidado domiciliar na atenção básica, mas, também esse mesmo tipo de cuidado provido ou apoiado por outros níveis de atenção à saúde.

Consideradas essas limitações, a presente revisão permitiu observar que a AD tem se apresentado como um modelo de atenção complementar de grande potencial para a organização, para a qualificação e para o ganho de eficiência, efetividade e eficácia por parte dos processos de cuidado em saúde na atenção básica, particularmente na ESF. Entretanto, problemas enfrentados pelas equipes, como o excedente da população atendida, a grande demanda por assistência, a formação profissional aquém da necessária, entre outros, têm dificultado a prática desse modelo de forma ideal, à semelhança do que acontece em relação à eficácia da implantação do SUS para a aplicação de seus princípios e diretrizes fundamentais.

Na tentativa de contornar essas dificuldades, têm sido propostas alternativas destinadas a organizar e a aperfeiçoar a atenção domiciliar, porém, ainda é pequeno o número de estudos que avaliam o uso destas alternativas e sua efetividade. Além disso, não há uma sistematização padrão para a realização de visitas

domiciliares, mas propostas isoladas, as quais provavelmente decorrem das especificidades de cada comunidade ou de cada experiência em particular.

Importantes passos têm sido dados em busca de orientação padronizada, como a elaboração dos Cadernos de Atenção Domiciliar^{1,19} pelo MS. Contudo, além desses esforços ainda serem incipientes, seu conteúdo é essencialmente teórico-ideológico, pouco auxiliando como uma ferramenta operacional por enquanto.

A partir do reconhecimento de tais dificuldades, propomos a intensificação da formação e consolidação de canais de diálogo entre gestores de saúde em nível local, regional e nacional, e os serviços de saúde, objetivando a elaboração e aprimoramento de diretrizes para a AD. É importante, ainda, a avaliação e a reconstrução contínuas das estratégias de cuidado por meio de fóruns e conferências catalisadores de trocas de experiências e de oportunidades para a formação teórica e prática dos profissionais envolvidos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-geral de Atenção Domiciliar. Melhor em Casa. A segurança do Hospital no conforto do seu lar. Caderno de atenção domiciliar. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
2. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de Desenvolvimento Institucional. Pré-Protocolo de Atenção Domiciliar. Florianópolis, 2009. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26_10_2009_10.51.23.19d2194ecedc16f5750849dddfb21f0e.pdf. Acesso em: 01 jul. 2013.
3. Lopes WO, Saube R, Massaroli A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Ciênc Cuid Saúde*. 2008;7(2):241-7. <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v7i2.5012>
4. Brant LC, Minayo-Gomes C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(1):213-23. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100021>
5. Mendes AO, Oliveira FA. Visitas domiciliares pela equipe de Saúde da Família: reflexões para um olhar ampliado do profissional. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2007;2(8):253-60. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc2\(8\)](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc2(8))
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de Instrução/Melhor em Casa. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. Manual Instrutivo de Monitoramento e Avaliação da Atenção Domiciliar/Melhor em Casa. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
8. Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde Soc*. 2006;15(2):88-95. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902006000200009>
9. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;24(3):180-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892008000900004>
10. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2004;1(2):19-26. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc1\(2\)104](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc1(2)104)
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos Humanizaus: atenção básica. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/11556-cadernos-humanizausus-atencao-basica-ja-esta-disponivel-on-line>. Acesso em: 26 set. 2013.
12. Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(4):645-53. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000400013>
13. Bernardo WM, Nobre MRC, Jatene FB. A prática clínica baseada em evidências. Parte II - Buscando as evidências em fontes de informação. *Rev Bras Reumatol*. 2004;44(6):403-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042004000600003>
14. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa (Editorial). *Acta Paul Enferm*. 2007;20(2):6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>
15. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 06 jul. 2013.
16. Souto BGA, Pereira SMSF. História clínica centrada no sujeito: estratégia para um melhor cuidado em saúde. *Arq Bras Ciênc Saúde*. 2011;36(3):176-81. <http://dx.doi.org/10.7322/abcs.v36i3.58>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-geral de Atenção Domiciliar. Melhor em Casa. A segurança do Hospital no conforto do seu lar. Caderno de atenção domiciliar. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em http://dab.saude.gov.br/melhor_em_casa_caderno_ad.php. Acesso em: 17 dez. 2013.
20. Almeida Filho N. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. *Rev Adm Pública*. 2000;34(6):11-34.
21. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):455-64. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022>
22. Franco V. Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce. *Interação*. 2007;11(1):113-21.
23. Feriotti ML. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. *Vínculo*. 2009;6(2):179-90.
24. Tavares SO, Vandrúsculo CT, Kostulski CA, Gonçalves CS. Interdisciplinaridade, multidisciplinaridade ou transdisciplinaridade. 5º Interfaces no fazer psicológico: direitos humanos, diversidade e diferença. Santa Maria: Centro Universitário São Francisco (UNIFRA); 2012. Disponível em: <http://www.unifra.br/eventos/interfacespsicologia/Trabalhos/3062.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2013.
25. Rehem TCMSB, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(Suppl):231-42. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000500024>