

## A POTENCIALIDADE DA VISITA DOMICILIAR NA INDIVIDUALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Agatha Carina Leite Galvan <sup>1</sup>

Daniéli Herter Ramos <sup>2</sup>

Ana Cláudia Dartora <sup>3</sup>

Júlia de Marco <sup>4</sup>

Carla Wouters Franco Rockenbach <sup>5</sup>

Laisa Schuh <sup>6</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira, Residente multiprofissional em Cardiologia. Universidade de Passo Fundo. E-mail: agatha.galvan@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3533-8194>

<sup>2</sup> Enfermeira, Residente multiprofissional em Cardiologia. Universidade de Passo Fundo. E-mail: herterdani.11@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-4850-7189>

<sup>3</sup> Fisioterapeuta. Residente multiprofissional em Cardiologia. Universidade de Passo Fundo. E-mail: 180522@upf.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0572-0053>.

<sup>4</sup> Enfermeira. Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo. E-mail: juliadm@pmpf.rs.gov.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9744-5852>

<sup>5</sup> Fisioterapeuta. Professora. Universidade de Passo Fundo. E-mail: carlawfranco@upf.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2825-4673>

<sup>6</sup> Enfermeira. Professora. Universidade de Passo Fundo. E-mail: laisachuh@upf.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6192-1968>

### RESUMO EXPANDIDO

**Introdução:** O Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser organizado em forma de Redes de Atenção à Saúde (RAS), as quais constituem os arranjos organizacionais para o acesso aos diferentes pontos dos serviços de saúde. Na disposição desse sistema, a comunicação efetiva entre os serviços de saúde depende da regularidade da referência e contrarreferência. Dessa forma, o indivíduo transita entre diferentes pontos da rede, conforme as variadas demandas individuais e sociais, sendo essencial que a comunicação entre os serviços ocorra de maneira articulada e contínua, a fim de garantir a integralidade do cuidado e evitar perdas de informação ao longo do processo assistencial (Andrade; Francischetti, 2020). A visita domiciliar (VD) configura-se como uma estratégia de atenção à saúde voltada a pacientes que apresentam limitações para o deslocamento até a Unidade Básica de Saúde (UBS), sejam elas de ordem física, econômica ou social. Além disso, essa prática contribui significativamente para a ampliação do acesso aos serviços de saúde e para o fortalecimento do vínculo entre os profissionais e a comunidade atendida. Para potencializar a qualidade do atendimento, é essencial a participação de uma equipe multiprofissional durante a visita domiciliar. A atuação integrada de diferentes profissionais permite que o usuário receba um cuidado mais abrangente e direcionado às suas necessidades específicas, favorecendo, assim, uma abordagem mais

humanizada e eficaz (Morais et al., 2021). Mesmo que a RCR e a VD sejam ferramentas essenciais no SUS, na prática existem limitações e desafios para a aplicabilidade. **Objetivo:** Relatar a experiência de profissionais da saúde residentes na área da cardiologia frente a uma visita domiciliar. **Metodologia:** Este relato de experiência descreve uma visita domiciliar realizada em junho de 2025, na cidade de Passo Fundo no Rio Grande do Sul. A visita foi realizada na residência de um paciente após Acidente Vascular Cerebral (AVC), com histórico de internação hospitalar por 23 dias. Participaram da visita duas enfermeiras, uma fisioterapeuta e uma agente comunitária de saúde (ACS), a partir do contato do serviço social do hospital de internação com a UBS. Para a utilização dos dados do paciente, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e todos os princípios éticos foram respeitados conforme estabelece a Resolução nº 466/2012. **Resultados e discussão:** Participou deste relato de caso um paciente do sexo masculino, com 69 anos de idade, não alfabetizado, autodeclarado branco, tabagista em abstinência, com obesidade, hiperplasia prostática benigna, hipertensão arterial sistêmica, que residia junto a sua esposa e um filho com deficiência intelectual. A VD foi realizada a partir da contrarreferência solicitada por meio do serviço social hospitalar, que repassou o caso clínico do paciente, os cuidados realizados durante a internação e solicitou a continuidade do cuidado e a reabilitação integral. No entanto, assim como ocorre em diversas realidades brasileiras, observa-se a ausência de protocolos ou padronização nos fluxos de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção à saúde. Ressalta-se que a ausência de contrarreferência acarreta dificuldades no acompanhamento da saúde do paciente, favorece a duplicidade de exames e condutas terapêuticas, gera incertezas clínicas e consequentemente, compromete a continuidade da assistência (Andrade; Francischetti, 2020). A casa era sustentada pela renda familiar, proveniente dos três membros do domicílio, totalizando um valor inferior a um salário-mínimo, configurando-se, portanto, uma situação de pobreza monetária. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), considera-se em situação de pobreza monetária o indivíduo ou a família, cuja renda per capita está abaixo da linha de pobreza estabelecida, geralmente vinculada ao valor do salário-mínimo, refletindo a insuficiência de recursos para a aquisição de bens e serviços essenciais (IBGE, 2024). Foi relatado que o poder de compra de insumos alimentares era insuficiente, fazendo com que a família dependesse de doações sociais. Ademais, a moradia situava-se em área de ocupação irregular, sem saneamento básico, com estrutura física vulnerável. Quanto à organização familiar, o paciente possui quatro filhos, sendo que um reside em outro município, um reside próximo ao paciente, outro reside com paciente e um é usuário de substâncias lícitas e ilícitas. O paciente apresentava-se acamado, com forças motoras preservadas, porém com limitação de

mobilidade de tronco, desorientado em tempo e espaço e demonstrava-se choroso frequentemente, ventilava em ar ambiente e fazia uso de sonda vesical de demora (SVD) para eliminação de diurese. Os cuidados quanto à higiene, alimentação e oferta de medicações eram de responsabilidade integral da esposa, que não é alfabetizada e idosa. Durante a VD, identificaram-se encaminhamentos para avaliação com fisioterapeuta, fonoaudióloga, serviço social e para o uso de medicamentos controlados entregues na alta hospitalar, os quais não foram compreendidos e solicitados pela familiar devido à ausência de alfabetização desde a alta hospitalar. Através da VD foi possível identificar as fragilidades e singularidades quanto à condição social da respectiva família, aspectos que poderiam passar despercebidos em uma consulta realizada fora desse contexto. A VD assume um papel de potencializadora do cuidado e põe em prática os princípios do SUS, da integralidade, universalidade, longitudinalidade, equidade e promoção da saúde (Andrade; Francischetti, 2020). Ainda, a VD atuante adjunto a uma equipe multiprofissional é capaz de instruir cuidados a família com um olhar abrangente (Morais et al., 2021), o que demonstra a efetividade da participação da equipe multiprofissional durante a visita domiciliar. A atuação integrada de diferentes profissionais permite que o usuário receba um cuidado direcionado às suas necessidades específicas. Como resultado, há uma ampliação de informações transmitidas ao paciente, sob múltiplos enfoques, o que contribui para maior adesão ao tratamento (Morais et al., 2021). Diante disso, foi possível orientar a esposa (cuidadora principal) sobre a importância da mudança regular de posição na cama para a prevenção de lesões por pressão, além do posicionamento adequado do paciente durante a alimentação, demonstrando a técnica correta para a realização do banho na cama. Também foram fornecidas orientações quanto aos encaminhamentos necessários para medicação de uso controlado, fisioterapia, fonoaudiologia e sobre os materiais de apoio à locomoção e cama hospitalar. Tendo em vista as comorbidades do paciente e sua escolaridade, as orientações em saúde foram frisadas de forma clara e informal. Entende-se, portanto, que para avaliar a saúde de um indivíduo, deve-se considerar os condicionantes e determinantes sociais: moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais (Brasil, 1988), sendo estes, totalmente compreendidos a partir da VD.

**Contribuições do trabalho em direção aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável:** Tendo em vista que o paciente em questão recebeu atendimento em saúde, esse cuidado contribui para o objetivo 03 da Agenda 2030 “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades” (ONU, 2025), por meio da oferta de um cuidado individualizado e continuado. No Brasil, essa meta é assegurada através do Sistema Único de Saúde (SUS) que disponibiliza atendimento à saúde de forma gratuita. Contudo, os objetivos

01 “Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares” e 10 “Reducir a desigualdade dentro dos países e entre eles”, não são contemplados nesse relato de caso, mesmo que esse montante tenha diminuído com o passar dos anos através da implementação dos programas governamentais (IBGE, 2024), a desigualdade social ainda se sobressai neste caso. O participante e sua esposa cuidadora residem em uma ocupação irregular, sem acesso a saneamento básico e sem fornecimento regular de energia elétrica, realidade que reflete a maioria das desigualdades sociais vivenciadas por grande parte da população brasileira (IBGE, 2024). Essa condição também demonstra o não cumprimento dos objetivos 06 “Assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todas e todos” e 07 “Assegurar o acesso confiável, sustentável, moderno e a preço acessível à energia para todas e todos” (ONU, 2025). **Considerações finais:** Ao analisar a condição socioeconômica de saúde desse paciente e sua família, observa-se que através da VD a atenção biopsicossocial foi estabelecida. Por meio do contato com o domicílio do paciente, a equipe de saúde pode analisar os determinantes e condicionantes em saúde que não seriam totalmente compreendidas na consulta no serviço de saúde. Além da contrarreferência, o cuidado multiprofissional foi estabelecido, orientações em saúde, avaliação clínica, conciliação medicamentosa e o encaminhamento para reabilitação. Contudo, o presente relato evidencia como as desigualdades sociais ainda persistem de forma marcante no território brasileiro, refletindo-se diretamente na saúde e qualidade de vida de indivíduos em situação de vulnerabilidade. As condições socioeconômicas desfavoráveis impactam não apenas o acesso aos serviços de saúde, mas também a capacidade de compreender e seguir orientações terapêuticas, agravando riscos clínicos e dificultando a autogestão da saúde. Diante disso, reforça-se a importância de ações intersetoriais, políticas públicas efetivas e estratégias de cuidado centradas na equidade, com foco na singularidade de cada indivíduo e no fortalecimento das redes de apoio social, como forma de aproximar os sujeitos dos princípios da justiça social e dos objetivos do desenvolvimento sustentável.

**Descritores:** Visita Domiciliar; Integralidade em Saúde; Equipe Multiprofissional; Fatores Socioeconômicos.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Laurielle Souza; FRANCISCHETTI, Ieda. Referência e Contrarreferência: Compreensões e Práticas. **Saúde & Transformação Social / Health & Social Change**, [S. l.], v. 10, n. 1/2/3, p. 054–064, 2020. Disponível em:

<https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/5281>. Acesso em: 21 ago. 2025.

**BRASIL. Constituição, 1988.** Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

**IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira : 2024 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2024.** Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102144>. Acesso em: 05 ago. 2025

**MORAIS, Ana Patrícia Pereira et al.** Produção do cuidado na atenção psicossocial: visita domiciliar como tecnologia de intervenção no território. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 1163–1172, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.09102019>. Acesso em: 21 ago. 2025.

**ONU, Nações Unidas no Brasil (org.). Sobre o nosso trabalho para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil.** 2025. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 05 ago. 2025.

**Eixo:** Saúde, trabalho, ambiente e sustentabilidade.

**Financiamento:** não se aplica.

**Agradecimentos:** não se aplica.