

## **Visita domiciliar: nova nuance frente a pandemia de Covid 19 - relato de experiência**

### **Home visit: a new nuance in the face of the Covid 19 pandemic - case report**

DOI:10.34117/bjdv7n12-211

Recebimento dos originais: 12/11/2021

Aceitação para publicação: 07/12/2021

#### **Renata dos Santos Oliveira**

Médico Residente em Medicina de Família e Comunidade, pela UniEvangélica  
Instituição UniEvangélica Centro Universitário de Anápolis  
Endereço: Av. Universitária Km 3,5 Cidade Universitária, Anápolis  
E-mail: renata.dso@hotmail.com

#### **Tatiane Pires de Oliveira**

Médico Residente em Medicina de Família e Comunidade, pela Universidade Federal do Tocantins  
Universidade Federal do Tocantins  
Endereço: Quadra 109 Norte, Av. NS 15, ALCNO-14, Palmas  
E-mail: tatip995@gmail.com

#### **Carolina Santos Gonçalves Costa**

Médico de Família e Comunidade e preceptor da residência médica da UniEvangélica  
Instituição UniEvangélica Centro Universitário de Anápolis  
Endereço: Av. Universitária Km 3,5 Cidade Universitária, Anápolis  
E-mail: carolmedivmfc@gmail.com

#### **Rafael dos Santos Oliveira**

Formação acadêmica Médico Residente em Radiologia e Diagnóstico de Imagem pelo CRER (Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo)  
Endereço: Avenida Vereador José Monteiro, número 1655, Setor Negrão de Lima, Goiânia  
E-mail: rafadso@hotmail.com

#### **RESUMO**

**Introdução:** a visita domiciliar é uma das faces da atenção primária à saúde que atingiu sua melhor performance após instalação do Programa Melhor em Casa pelo governo federal. Entretanto, diante da pandemia do novo coronavírus, essa modalidade teve que se adaptar às novas normativas para continuar cumprindo seu papel primário.

**Métodos:** estudo observacional retrospectivo com intuito de relatar as mudanças ocorridas nas visitas domiciliares dentro do programa de residência médica de Medicina de Família e Comunidade decorrentes da pandemia de COVID-19.

**Resultados:** conforme o panorama situacional da doença, o número de visitas domiciliares disponíveis oscilava. E surgiu um novo sentimento participante dessa relação: o medo da contaminação.

Conclusão: graças aos ajustes feitos frente a nova doença, as visitas domiciliares continuaram existindo e cumprindo sua função. E os profissionais de saúde juntamente com seus pacientes aprenderam a lidar com as inúmeras sensações que permeiam esse vínculo.

**Palavras-chave:** visita domiciliar, pandemia, novo coronavírus, residência médica

## ABSTRACT

**Introduction:** home visits are one of the principles of primary health care that achieved its best performance after the federal government installed the "Melhor em Casa" program.. However, given the new coronavirus pandemic, this modality had to adapt to new regulations to continue fulfilling its primary role.

**Methods:** retrospective observational study which the objective was to report the changes in home visits that occurred within an MFC medical residency program, resulting from the COVID-19 pandemic.

**Results:** according to the situational panorama of the disease, the number of available home visits varied. And a new feeling that participated in this relationship emerged: the fear of contamination.

**Conclusion:** thanks to the adjustments made to the new disease, home visits continued to exist and fulfill their function. And health professionals, along with their patients, learned to deal with the countless sensations that permeate this bond.

**Keywords:** home visit, pandemic, new coronavirus, medical residency

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) é definida como uma modalidade de atenção à saúde que envolve ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e palição em domicílio, de forma integrada com as Redes de Atenção à Saúde (RAS)<sup>1</sup>. Trata-se de uma modalidade assistencial recente no sistema público de saúde brasileiro<sup>2</sup> e que proporciona acolhimento e estabelecimento de vínculo da equipe de saúde da família com as famílias, nos territórios de saúde<sup>3</sup>.

É uma ferramenta essencial do Médico de Família e Comunidade por reforçar o vínculo e a efetividade das ações médicas. Ao entrar na casa das pessoas, é possível obter uma visão clara da dinâmica familiar e de como o paciente lida com seu processo saúde-doença. Observa-se o ambiente em busca de fatores que possam ajudar ou agravar a qualidade de vida, pontos que são, muitas vezes, ignorados por outros atores do sistema de saúde<sup>4</sup>.

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Programa Melhor em Casa – Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), definindo três modalidades de AD de acordo com o perfil clínico do paciente, a frequência das visitas domiciliares e a definição da equipe de saúde responsável por esse atendimento, são eles: AD 1: usuários

que necessitam de cuidados de menor intensidade, acompanhados regularmente pela equipe de atenção básica. AD 2: usuários que necessitam de cuidados de maior intensidade, com visitas, no mínimo, semanais. É composta pela EMAD (equipes multiprofissionais de atenção domiciliar) apoiadas pela EMAP (equipe multiprofissional de apoio). A EMAD é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e fisioterapia ou assistente social. A EMAP é composta pelos mesmos profissionais do NASF (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, educador físico, psicólogo e odontólogo). Há alguns critérios de elegibilidade para se pertencer a AD2: pacientes crônicos agudizados ou quadros agudos transitórios com foco na desospitalização, pacientes crônicos cuja capacidade de cuidado ultrapassou a capacidade das equipes de atenção primária, pacientes em cuidados paliativos terminais e paciente recém-nascido com baixo peso. AD 3: usuários com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, paracentese ou diálise peritoneal <sup>2</sup>.

Existe ainda outra proposta de classificação, do Grupo Hospitalar Conceição, (citada por Oliveira e Berger, 1996) que dividiu a assistência domiciliar em três vertentes: os chamados, as visitas periódicas, as internações domiciliares e as buscas ativas <sup>5</sup>.

Os “chamados” são os atendimentos de pacientes que, por doença aguda, por agudização de problemas crônicos ou por outro tipo de limitação, têm dificuldade de se locomover. É necessário ouvir a demanda, fazer uma avaliação criteriosa e dar o melhor direcionamento, seja a realização da visita domiciliar ou encaminhamento. Esse direcionamento deve se adequar também à realidade local, dos recursos presentes no território para a resolução do caso, como serviços de transporte público, serviços de emergência, plano de saúde suplementar etc <sup>5</sup>.

As visitas periódicas são direcionadas, em geral, às pessoas com problemas crônicos, devendo ser planejadas na equipe com antecedência e mantendo uma periodicidade variável. Só é necessário ter cuidado para não restringir esse tipo de visita aos pacientes acamados, mesmo que eles sejam a maioria. Nas visitas periódicas, podem e devem ser incluídos quaisquer casos de família de risco (inclusive social), pacientes com deficiências, idosos solitários e famílias com acesso restrito ao serviço de saúde. A determinação de quais pacientes receberão essas visitas e sobre qual profissional é o mais indicado para realizá-las deve acontecer na reunião de equipe <sup>5</sup>.

As internações domiciliares são realizadas em comum acordo entre o paciente, a família e a equipe de saúde, desde que haja condições físicas e psicológicas para tanto. Um exemplo comum ocorre no caso de neoplasias avançadas. Nesses casos, e desde que

realizada com a frequência adequada, a visita domiciliar propicia apoio e confiança. Além do manejo da dor, faz-se o necessário para melhorar a qualidade de vida do paciente e da sua família. As internações domiciliares podem ser ainda um recurso para descompensações de problemas crônicos com menor gravidade, ou mesmo para afecções agudas. É decisão do Médico de Família realizar alguma internação domiciliar, apesar de não existir nenhuma referência legal sobre o assunto <sup>5</sup>.

As visitas domiciliares de busca ativa dizem respeito à mobilização de esforços para encontrar os pacientes de difícil adesão, faltosos, pacientes que estão com exames de rastreamento atrasados ou alterados e aos serviços de vigilância como os dos recém nascidos e puérperas <sup>5</sup>.

A pandemia provocada pelo novo coronavírus tornou necessária a reorganização dos serviços de saúde para atender as demandas da população <sup>6</sup>. Uma vez que, em situações epidemiológicas críticas como essa, a atenção primária é a primeira linha de defesa e adaptações nesse nível de atenção serão indispensáveis <sup>7</sup>. Sendo assim, o objetivo da presente pesquisa é relatar a experiência das adaptações na realização de visitas domiciliares em uma Unidade Básica de Saúde no município de Anápolis, Goiás.

## 2 METODOLOGIA

Estudo observacional retrospectivo realizado nos meses de Março de 2020 a Novembro de 2021, no Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade da Associação Educativa Evangélica. Foram analisados dados como: novo posicionamento da Prefeitura Municipal de Anápolis frente as visitas domiciliares, adaptação da equipe profissional responsável pela atenção domiciliar no cenário da pandemia por Covid 19 e a nova visão da população e da equipe de saúde frente a esse serviço.

## 3 RESULTADOS

Em virtude das medidas de distanciamento, isolamento social e interrupção das atividades coletivas, como medidas de prevenção ao covid-19, tomadas pelo governo do estado de Goiás e pelo município de Anápolis, a atenção domiciliar teve sua atividade suspensa inicialmente. Conforme publicação da edição extraordinária do diário oficial em 15/03/2020, a prefeitura de Anápolis declarou situação de emergência na saúde pública em virtude da nova doença. Logo, apenas serviços de saúde de urgência e emergência foram mantidos.

Diante de tal decisão, o município que já sofria pela falta de atendimento especializado e multidisciplinar devido a indisponibilidade do Programa Melhor em Casa, tornou-se ainda mais deficiente. O público de pessoas acamadas, em pós operatório cirúrgico, idosos vulneráveis ou com necessidade de reabilitação motora foram negligenciados nesse primeiro momento da pandemia. Esses foram desamparados pela saúde pública municipal, não havendo, ao menos, atendimento por telemedicina.

Conforme a aquisição de equipamentos de proteção individual (EPI) aumentava assim como os leitos de enfermaria e de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a rede municipal de saúde se reorganizava. Assim, foram criados, no dia 27 de Abril de 2020 através do decreto número 44.826, três panoramas sobre a realidade local para direcionar a liberação ou suspensão das atividades econômicas e em saúde, que denominavam-se de protocolos de risco. Eram eles: leve, moderado e grave.

No panorama leve, determinou-se atendimento médico restrito a 6 consultas por período total de 4 horas e uma visita domiciliar por dia conforme demanda da população e disponibilidade em agenda. Já no panorama moderado, os atendimentos médicos eletivos limitaram-se a 4 consultas por período total de 4 horas e as visitas domiciliares eram realizadas apenas no contexto de urgência na Atenção Primária, sendo necessário triagem prévia via telefonema para descartar possíveis casos de Covid 19. E no panorama grave, as agendas médicas eletivas foram canceladas assim como as visitas domiciliares. Na maior parte dos meses do ano de 2020, a situação de saúde anapolina permanecera no panorama moderado, modificando para cenário leve apenas nos últimos meses do ano (Setembro a Dezembro).

Em Abril de 2020, a comissão de residência médica (Coreme) da Universidade Evangélica de Goiás juntamente com a secretaria de saúde do município de Anápolis, ofertou um curso de capacitação gratuito sobre segurança no ambiente de trabalho frente ao risco de contaminação pelo novo vírus. Foram 3 encontros, em horários não comerciais, onde médicos ministravam a outros profissionais dessa mesma categoria, sobre técnicas e cuidados na rotina médica: como evitar a transmissão viral na intubação, na paramentação, na desparamentação e na entrada, permanência e saída do domicílio atendido.

As visitas domiciliares agora eram penetradas pelo sentimento de medo tanto da equipe de saúde quanto da família envolvida. A equipe temia em se contaminar visto que muitos pacientes e seus acompanhantes omitiam sintomas respiratórios a fim de serem atendidos. E embora corretamente paramentados, o receio em deslizar na

desparamentação ou até mesmo durante o atendimento era imenso. Já por parte do paciente e de sua parentela, o temor era que o profissional levasse tal vírus acidentalmente até sua residência. O familiar receava que, após tamanho contato humano através dos atendimentos, o médico e sua equipe estivessem contaminados de forma assintomática ou no período de incubação do vírus. Ainda assim, solicitavam tal serviço pois a necessidade que viviam era maior que o medo da possível contaminação.

Outro ponto observado era a preferência por atendimento domiciliar em relação ao atendimento em Unidades de Urgência e Emergências, como Unidades de Pronto Atendimento (UPA). O fato de permanecer em salas de espera, adentrar consultórios sem a certeza de higienização prévia e o contato com a população geral, ainda que distante e com uso de máscaras, assustava grande parte do público, fazendo-os optar pela assistência residencial.

Quando Anápolis entrou e permaneceu por alguns meses no panorama leve, disponibilizando grande número de atendimento domiciliar aos habitantes locais, as visitas permaneceram distintas do cenário pré-pandemia. A conhecida receptividade que permeava essa situação desfez-se. Anteriormente, era tido como um privilégio receber uma equipe de saúde em sua casa e havia todo o preparo para esse acontecimento: lanches eram feitos e existia comunhão frente a mesa, membros da família se reuniam para acompanhar a consulta e esclarecer suas dúvidas e existia o reconhecimento do ambiente físico da casa para ajustes necessários a reabilitação e melhoria da qualidade de vida. Atualmente, as visitas domiciliares limitam-se a avaliar fisicamente o paciente. Não há mais refeições conjuntas nem conversas despreziosas.

#### **4 DISCUSSÃO**

Considerando que a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconizou o distanciamento social como forma de combate a disseminação do novo Coronavírus, a forma de organização dos sistemas de saúde tiveram que se adaptar à nova realidade. Com isso, vários serviços de atendimento a condições crônicas ambulatoriais fecharam, houveram modificações quanto às portas de entrada das Unidades Básicas de Saúde e dos Pronto Atendimentos e grande estímulo para que a população permanecesse em casa, evitando uso dos serviços de saúde para agravos agudo leves e controle de condições crônicas. Sendo assim, a atenção domiciliar se apresentou como alternativa eficaz para os objetivos estratégicos do Sistema Único de Saúde (SUS) na resposta à pandemia ao

interromper a transmissão do novo vírus de humano para humano, mantendo as pessoas em casa <sup>8</sup>.

Pacientes que necessitavam de cuidados disponibilizados através da atenção domiciliar, em sua maioria, são portadores de doenças crônicas ou em condições críticas, que os tornam vulneráveis ao COVID-19<sup>9</sup>. Desse modo, em um período como o que estamos vivendo, a assistência domiciliar representa risco a quem a recebe e a quem a oferta. Porém, esse risco é menor do que em um atendimento hospitalar ou em uma unidade de pronto atendimento. Tal situação mostra a necessidade de cautela e do desenvolvimento de medidas padronizadas para minimizar o risco de contaminação <sup>10</sup>.

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, disponibilizou, em conjunto com a Associação Brasileira dos Serviços de Atenção Domiciliar, recomendações para o cuidado domiciliar durante a vigência da pandemia. Tais sugestões incluem a realização de visitas peridomiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde e cita o uso do teleatendimento como agente facilitador no monitoramento de pacientes crônicos acompanhados pela UBS, sendo a visita domiciliar realizada quando necessário e mediante consenso entre equipe e cuidadores <sup>8</sup>. Desde o advento da pandemia, a teleconsulta ganhou maior adesão entre equipe de saúde e pacientes. Dessa forma, essa nova modalidade de atendimento deveria ser priorizada como estratégia para o acompanhamento dos portadores de outros agravos que estão estáveis. Quando necessária avaliação clínica, poderá ser realizada por teleconsulta ou acionamento de visita domiciliar <sup>11</sup>.

Nos casos em que as visitas domiciliares são estritamente necessárias, alguns modelos de adequação à Atenção domiciliar (AD) foram desenvolvidos. Porzio *et al*, aplicou na região da Toscana, na Itália, o método de triagem dupla durante o atendimento domiciliar de pacientes oncológicos. Neste modelo é feito agendamento prévio da visita domiciliar e em sua véspera é realizado o contato telefônico entre uma enfermeira e o cuidador, rastreando possíveis sintomas de covid-19 manifestados pelos pacientes ou por seus contatos domiciliares. Os pacientes com algum indício de infecção por coronavírus não são visitados. Aqueles que passam para a segunda etapa são avaliados por escalas e é definida a realização da visita domiciliar através de prioridades <sup>10</sup>. A reorganização do serviço de Anápolis fez uso de ferramenta semelhante à primeira fase, descartando possíveis casos de infecção por covid 19 no domicílio antes da visita pela equipe de saúde que presta atendimento ao paciente.

Em contrapartida, indivíduos que não preenchiam os critérios de inclusão para cuidados domiciliares, agora desejam esse tipo de atendimento por se enquadrarem nos chamados grupos de risco para o Covid 19, priorizando, portanto, o distanciamento social e o isolamento. A sociedade brasileira de medicina de família e comunidade coloca a visita domiciliar, realizada pela equipe da atenção primária à saúde, como uma alternativa promissora para monitorar o processo saúde-doença de tal grupo. Afirmam ser pertinente que pessoas domiciliadas, com patologias crônicas em período de agudização, possam ter seu tratamento manejado em outro ambiente, exceto as Unidades de Urgência e hospitalares, para minimizar o risco adicional de infecção por Covid 19<sup>8</sup>. Entretanto, em algumas cidades brasileiras como Anápolis, durante a pandemia, determinou-se que as equipes da APS não ofertassem visitas domiciliares para priorizar a demanda direta da UBS. Ressalta-se o papel do agente comunitário de saúde como identificador de vulnerabilidade, sendo mecanismo para selecionar casos nos quais a visita domiciliar pode ser resolutive.

Para que ocorra o cuidado domiciliar seguro é necessário instituir precauções de forma padronizada. Deve ocorrer higiene das mãos, etiqueta respiratória, medidas de desinfecção do ambiente e uso de EPI adequado. A coordenação da atenção primária deve assegurar que todos os profissionais sejam capacitados ao uso de EPIs e proporcionar orientações para prevenir a transmissão de agentes infecciosos no domicílio. Orientação essa que fora cumprida pela secretaria de saúde Anápolis no período oportuno.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As visitas domiciliares propiciadas são essenciais para promover o cuidado de doentes crônicos e a reabilitação de pacientes. Além de propiciar cuidados básicos de saúde, auxiliam na formação de vínculo entre paciente e serviço. Com o advento da pandemia e a necessidade de reorganizar os níveis de atenção, a APS precisou realinhar-se com as medidas de segurança. Durante o remodelamento da AD, a telemedicina mostrou-se aliado importante tanto para monitoramento de pacientes anteriormente acompanhados de forma regular em seu domicílio quanto para avaliar riscos à equipe diante da presença de algum morador com quadro compatível com síndrome gripal. Graças ao rearranjo na realização das visitas, o auxílio à população assistida permaneceu. Ainda que tal modalidade gerasse medo de uma possível infecção pelo novo coronavírus, preferiu-se que pacientes fossem atendidos e estabilizados em casa à levar os doentes até alguma unidade de pronto atendimento ou UBS. Por fim, diante da importância da AD ao

seguimento dos pacientes, percebe-se que a adaptação do serviço é importante para a preservação da longitudinalidade do cuidado.

## REFERÊNCIAS

- 1- PROCÓPIO, LCR *et al.* A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saúde em Debate* [online]. 2019, v. 43, n. 121 [Acesso em 6 de abril de 2021] , pp. 592-604. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123>>. Epub 05 Ago 2019. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123>.
- 2 - BÔAS, MLCV; SHIMIZU, HE; SANCHEZ, MN. Creation of complexity assessment tool for patients receiving home care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. 2016, v. 50, n. 03 [Acesso em 6 de abril de 2021] , pp. 0434-0441. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000400009>>. ISSN 1980-220X. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000400009>.
- 3 - BORGES, FR; GOYATÁ, SLT; RESCK, ZMR. Visita domiciliar na formação de estudantes universitários segundo a política de humanização: análise reflexiva. *Rev. APS.* 2016 out/dez; 19(4): 630 - 634. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15758>>
- 4- DEMARZO, MMP; OLIVEIRA, CA; GONÇALVES, DA. Prática clínica na Estratégia Saúde da Família: organização e registro. Curso de Especialização em Saúde da Família. UnA-SUS UNIFESP, 2014. [Acesso em 6 de abril de 2021]. Disponível em: <[https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/pab/4/unidades\\_conteudos/unidade23m/index.htm](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/4/unidades_conteudos/unidade23m/index.htm)>
- 5- SIRENA, SA; TARGA LV. Atenção primária à saúde : fundamentos para a prática / organizadores – Caxias do Sul, RS : Educ, 2016. [Acesso em 6 de abril de 2021]. Disponível em: <[https://www.uces.br/site/midia/arquivos/ebook-atencao-primaria\\_2.pdf](https://www.uces.br/site/midia/arquivos/ebook-atencao-primaria_2.pdf)>
- 6 - RIBEIRO, MA; JÚNIOR, DGA; CAVALCANTE, ASP; MARTINS, AF; DE SOUSA, LA; CARVALHO, RC; CUNHA, ICKO. (RE)Organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19: Experiência de Sobral-CE. *APS* [Internet]. 8º de junho de 2020 [citado 7º de novembro de 2021];2(2):177-88. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/125>
- 7- KRIST, AH; DEVOE, JE; CHENG, A; EHRLICH, T; JONES, SM. Redesigning Primary Care to Address the COVID-19 Pandemic in the Midst of the Pandemic. *Ann Fam Med.* 2020 Jul;18(4):349-354. doi: 10.1370/afm.2557. PMID: 32661037; PMCID: PMC7358035.
- 8 - SAVASSI LCM, *et al.* Recomendações para a Atenção Domiciliar em período de pandemia por COVID-19. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2020;15(42):2611. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2611](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2611).
- 9 - TSENG, TG; WU, HL; KU, HC; TAI CJ. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Disabled and Hospice Home Care Patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2020 Sep 16;75(9):e128-e129. doi: 10.1093/gerona/glaa081. PMID: 32246144; PMCID: PMC7184350.

10 - PORZIO G *et al.* Home Care for Cancer Patients During COVID-19 Pandemic: The Double Triage Protocol. *J Pain Symptom Manage.* 2020 Jul;60(1):e5-e7. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.03.021. Epub 2020 Mar 31. PMID: 32240755; PMCID: PMC7165240.

11 - DAUMAS RP *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 36, n. 6.