

# CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

## ATENÇÃO DOMICILIAR NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PLANEJAMENTO, COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS E SEGURANÇA DO CUIDADO

Home Care in the Context of Primary Health Care: Planning, Professional Competencies, and  
Care Safety

### **Rosane Mara dos Santos Ferreira**

Especialista em Clínica Médica e Especialista em Medicina de Família e Comunidade

Instituição: Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Endereço: Teresina, Piauí, Brasil.

E-mail: [rosanemara1@hotmail.com](mailto:rosanemara1@hotmail.com)

### **Ciro José Cavalcante Nascimento**

Especialista em Medicina de Família e Comunidade

Instituição: Centro Universitário UniFacid

Endereço: Teresina, Piauí, Brasil

E-mail: [cjccavalcante92@hotmail.com](mailto:cjccavalcante92@hotmail.com)

### **Mario Maza Lima Souza**

Pós-graduado em Saúde da Família

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Endereço: Recife, Pernambuco, Brasil

E-mail: [mariomazals@hotmail.com](mailto:mariomazals@hotmail.com)

### **Giulia Lacé Magnien Dasinger**

Graduada em Medicina

Instituição: Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: [giuliadasinger@gmail.com](mailto:giuliadasinger@gmail.com)

### **Thiago Riella Pacheco**

Graduado em Medicina

Instituição: IDOMED Alagoinhas

Endereço: Alagoinhas, Bahia, Brasil

E-mail: [thiagoriella@hotmail.com](mailto:thiagoriella@hotmail.com)

### **Jorge José da Conceição Júnior**

Graduado em Medicina

Instituição: Centro Universitário do Espírito Santo (UNESC)

Endereço: Nova Serrana, Minas Gerais, Brasil  
E-mail: [jorgjcg@gmail.com](mailto:jorgjcg@gmail.com)

**Luane Moura Andrade**  
Graduanda em Medicina  
Instituição: Universidade Nove de Julho (UNINOVE)  
Endereço: Guarulhos, São Paulo, Brasil  
E-mail: [luanemandrade8@gmail.com](mailto:luanemandrade8@gmail.com)

**Mariselma Argolo Ribeiro**  
Graduanda em Medicina  
Instituição: Centro Universitário Afya Salvador  
Endereço: Salvador, Bahia, Brasil  
E-mail: [selmaribeiro197@gmail.com](mailto:selmaribeiro197@gmail.com)

## RESUMO

A Atenção Domiciliar (AD) representa uma estratégia essencial no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), ao promover ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, assegurando a continuidade do cuidado de forma integral e humanizada. Este estudo teve como objetivo revisar a literatura científica acerca do planejamento, das competências profissionais e da segurança do cuidado na prática da AD, destacando sua relevância para a qualificação da assistência prestada no domicílio. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e descritiva, realizada com base em publicações disponíveis nas bases SciELO, LILACS, BVS e em documentos oficiais do Ministério da Saúde, abrangendo o período de 2010 a 2025. Os resultados apontam que a efetividade da AD depende de um planejamento estruturado das visitas domiciliares, da capacitação contínua das equipes multiprofissionais e da utilização de instrumentos como o Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP) e o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Evidencia-se ainda a importância da análise da viabilidade do domicílio, da padronização dos materiais utilizados, da responsabilização familiar e da adoção de protocolos de segurança, especialmente em conformidade com os níveis AD1, AD2 e AD3. Conclui-se que a AD, quando executada de forma planejada, interdisciplinar e pautada em práticas baseadas em evidências, constitui uma modalidade de cuidado resolutive, humanizada e integrada aos princípios da APS e do Sistema Único de Saúde (SUS), fortalecendo a continuidade e a qualidade da atenção centrada na pessoa e na família.

**Palavras-chave:** Atenção Domiciliar; Atenção Primária à Saúde; Planejamento em Saúde; Segurança do Paciente.

## INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) tem se consolidado como uma importante estratégia de cuidado no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), configurando-se como um conjunto de ações integradas de promoção e prevenção à saúde, tratamento, reabilitação e cuidados

paliativos (Procópio et al., 2019; Braga et al., 2016). Essa modalidade de atenção busca garantir a continuidade da assistência de forma humanizada, resolutiva e centrada na pessoa, fortalecendo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2020). Nesse cenário, a AD emerge como um instrumento capaz de ampliar o acesso, reduzir internações evitáveis e promover a integralidade do cuidado, ao mesmo tempo em que valoriza o papel da família e do domicílio como espaços terapêuticos (Rajão et al., 2020; Pozzoli et al., 2017).

A visita domiciliar (VD) representa o núcleo operativo da AD e requer planejamento rigoroso e sistematização das ações para que o cuidado alcance qualidade e efetividade (Castro et al., 2018; Braga et al., 2025). Esse processo envolve a definição clara dos objetivos da visita, a preparação da chamada “maleta física”, que contém os instrumentos e materiais clínicos necessários à execução dos procedimentos, e da “maleta mental”, que compreende o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes do profissional de saúde diante das demandas biopsicossociais do paciente (Machado et al., 2011). A combinação desses dois elementos permite que o atendimento domiciliar seja conduzido de forma técnica, empática e centrada na singularidade de cada indivíduo e sua família (Guerra et al., 2020; Genaro et al., 2024).

A prática da AD exige do médico generalista e da equipe multiprofissional um amplo repertório de competências clínicas, comunicacionais e éticas, que permitam não apenas a execução de procedimentos, mas também o desenvolvimento de vínculos e a responsabilização do paciente e de seus cuidadores no processo de cuidado (Silva et al., 2014; Pozzoli et al., 2017). A atuação no domicílio favorece uma compreensão ampliada da realidade de vida da pessoa assistida, possibilitando observar seus hábitos alimentares, rotina de sono, condições do ambiente, fatores de risco e aspectos socioculturais que influenciam diretamente seu estado de saúde (Genaro et al., 2024). Assim, a VD constitui um espaço privilegiado para o exercício da integralidade, onde prevenção, diagnóstico e tratamento ocorrem em um mesmo continuum de cuidado (Braga et al., 2025).

Apesar dos avanços, ainda existem desafios relacionados à padronização das práticas e à definição de critérios técnicos e éticos para a execução da AD no âmbito da APS (Rajão et al., 2020; Procópio et al., 2019). A literatura ressalta a importância da análise de viabilidade do domicílio como local de cuidado, considerando fatores clínicos, estruturais e de adesão familiar, além do uso de ferramentas operacionais como o Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP) e o Projeto Terapêutico Singular (PTS) (Brasil, 2020; Braga et al., 2025). Tais instrumentos são essenciais para garantir a sistematização das informações, a integração

multiprofissional e a construção de planos de cuidado individualizados, reforçando a segurança e a continuidade da assistência (Procópio et al., 2019).

Outro componente essencial para a efetividade da AD é a segurança do paciente, que depende tanto de protocolos clínicos e logísticos quanto da educação permanente dos profissionais e cuidadores envolvidos (Brasil, 2016; Guerra et al., 2020). A aplicação de critérios de elegibilidade e a utilização de materiais padronizados para as visitas domiciliares são fundamentais para assegurar a qualidade do atendimento, a prevenção de riscos e a sustentabilidade dos serviços (Castro et al., 2018; Linhares et al., 2025).

Diante desse panorama, observa-se que a Atenção Domiciliar, quando estruturada de forma planejada e interdisciplinar, desempenha papel estratégico na consolidação da APS como coordenadora do cuidado (Procópio et al., 2019; Pozzoli et al., 2017). Portanto, este artigo tem como objetivo revisar a literatura científica sobre a Atenção Domiciliar no contexto da Atenção Primária à Saúde, enfatizando os aspectos relacionados ao planejamento das visitas, às competências profissionais envolvidas e às práticas voltadas à segurança do cuidado. Essa análise busca contribuir para a sistematização do conhecimento e o aprimoramento das práticas assistenciais voltadas ao cuidado domiciliar no âmbito do SUS (Braga et al., 2016; Brasil, 2020).

### **METODOLOGIA**

O presente estudo trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de natureza qualitativa e descritiva, desenvolvida com o objetivo de reunir, analisar e discutir produções científicas e documentos institucionais acerca da Atenção Domiciliar (AD) no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), com enfoque no planejamento das ações, nas competências profissionais envolvidas e na segurança do cuidado. A escolha pela revisão narrativa se justifica pela amplitude e diversidade temática da AD no Brasil, permitindo a integração de estudos teóricos e empíricos que abordam seus diferentes aspectos organizacionais, clínicos e éticos.

A busca bibliográfica foi realizada entre setembro e novembro de 2025, nas principais bases de dados científicas e repositórios de acesso aberto: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Acadêmico, além de documentos oficiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A seleção dessas bases se deve à sua relevância na área da saúde pública e à ampla cobertura de estudos sobre a Atenção Primária à Saúde e suas modalidades de cuidado, incluindo a AD.

Para a realização das buscas, foram utilizados descritores controlados e não controlados, definidos a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), combinados por meio dos

operadores booleanos AND e OR. Os principais descritores empregados foram: “Atenção Domiciliar”, “Atenção Primária à Saúde”, “Planejamento em Saúde”, “Competências Profissionais”, “Segurança do Paciente” e “Cuidado Domiciliar”. As combinações utilizadas incluíram, entre outras: (“Atenção Domiciliar” AND “Atenção Primária à Saúde”), (“Planejamento em Saúde” AND “Cuidado Domiciliar”), (“Competências Profissionais” AND “Atenção Domiciliar”) e (“Segurança do Paciente” AND “Atenção Domiciliar”).

Foram definidos critérios de inclusão abrangendo artigos científicos, dissertações, legislações e documentos técnicos publicados entre 2010 e 2025, disponíveis na íntegra em meio eletrônico, nos idiomas português, inglês ou espanhol, e que abordassem de forma direta ou indireta os temas relacionados ao planejamento da AD, às competências profissionais na APS e à segurança do paciente em ambiente domiciliar. Foram excluídos artigos duplicados, resumos de eventos, editoriais, cartas ao editor e estudos cuja temática não estivesse alinhada ao foco da pesquisa.

O processo de seleção ocorreu em três etapas sequenciais: (1) leitura inicial de títulos e resumos, com exclusão de trabalhos fora do escopo temático; (2) leitura completa dos artigos potencialmente elegíveis; e (3) seleção final dos estudos conforme os critérios estabelecidos. Ao término do processo, treze publicações foram incluídas na análise final, englobando artigos científicos nacionais e documentos normativos do Ministério da Saúde.

Os dados extraídos foram organizados de forma sistemática, contemplando informações sobre o ano de publicação, autores, objetivo, tipo de estudo, principais resultados e contribuições para o tema da AD. A análise foi conduzida de maneira qualitativa e interpretativa, com enfoque descritivo, agrupando os achados em três eixos temáticos centrais: (1) *planejamento e organização da atenção domiciliar na APS*; (2) *competências profissionais e práticas multiprofissionais na AD*; e (3) *segurança do paciente e qualidade do cuidado no domicílio*.

A interpretação dos resultados baseou-se na análise crítica e comparativa das evidências, buscando identificar convergências, divergências e lacunas nas produções científicas sobre o tema. Essa abordagem possibilitou uma compreensão ampliada do papel da AD como estratégia de cuidado integral e humanizado no âmbito da APS, destacando seus desafios operacionais, suas potencialidades e suas contribuições para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde.

Por tratar-se de uma revisão de literatura, este estudo dispensa apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, uma vez que não envolve coleta de dados com seres humanos. Ainda assim, foram respeitados todos

os princípios éticos e científicos, assegurando a fidedignidade e a transparência na seleção, análise e interpretação das fontes consultadas.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A realização da Atenção Domiciliar (AD) exige planejamento minucioso e sistematizado, sendo fundamental compreender que, na ausência dessa estruturação, a prática tende a se reduzir a uma mera atividade social, desprovida de efetividade clínica (Braga et al., 2016; Castro et al., 2018). Nesse contexto, o preparo prévio da visita domiciliar (VD) é uma etapa essencial para a qualidade da assistência, demandando a organização de materiais, a definição dos membros da equipe que participarão do atendimento e o estabelecimento da logística necessária à execução das ações — incluindo transporte, roteirização e adequação dos equipamentos e insumos utilizados (Brasil, 2020).

O planejamento da VD inicia-se pela definição clara do seu propósito, que pode envolver objetivos clínicos distintos, como avaliação diagnóstica, execução de procedimentos, intervenções terapêuticas ou decisões propedêuticas (Machado et al., 2011; Braga et al., 2025). Além disso, o planejamento deve contemplar possíveis demandas emergenciais, garantindo que o profissional esteja preparado para a tomada de decisões imediatas quando necessário (Rajão et al., 2020). Essa preparação envolve o cumprimento de uma série de etapas e pontos de verificação que asseguram a eficácia das ações e evitam prejuízos nos resultados assistenciais (Procópio et al., 2019).

### **Competências Essenciais do Médico na Atenção Domiciliar**

A literatura evidencia que o exercício qualificado da Atenção Domiciliar (AD) requer um conjunto de competências específicas, que abrangem tanto aspectos técnicos quanto habilidades interpessoais (Pozzoli et al., 2017; Silva et al., 2014). De acordo com as diretrizes da Associação Paulista de Medicina (APM) e do Grupo de Trabalho em Atenção Domiciliar da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), o médico que atua nesse campo deve possuir competências voltadas para a integralidade do cuidado, a gestão clínica no domicílio e a coordenação das ações junto à equipe multiprofissional (Brasil, 2020). Tais competências incluem desde a capacidade de avaliação clínica e manejo terapêutico em ambiente domiciliar até o desenvolvimento de comunicação efetiva com pacientes, familiares e cuidadores, de modo a fortalecer o vínculo e a corresponsabilização no processo de cuidado (Genaro et al., 2024; Guerra et al., 2020).

Além das habilidades técnicas, destaca-se a importância da capacitação contínua e do compromisso com a educação permanente, que permitem ao profissional atualizar-se frente às demandas específicas da AD e às inovações nas práticas assistenciais (Braga et al., 2025). Essa



formação constante contribui para o aprimoramento das competências clínicas e relacionais, promovendo um atendimento mais seguro, humanizado e centrado no binômio paciente-família (Procópio et al., 2019). Assim, observa-se que a consolidação das competências do médico de AD não apenas aprimora a qualidade do cuidado prestado, mas também fortalece a resolutividade e a efetividade das ações domiciliares dentro da Rede de Atenção à Saúde (Castro et al., 2018; Brasil, 2016).

### **Análise de Viabilidade do Domicílio para a Atenção Domiciliar**

A decisão de realizar o cuidado em domicílio deve ser pautada em critérios técnicos, éticos e logísticos, uma vez que a visita domiciliar (VD) nem sempre representa a alternativa mais adequada para todas as situações clínicas (Brasil, 2020; Rajão et al., 2020). A literatura enfatiza a necessidade de uma análise criteriosa da viabilidade do domicílio antes da implementação do plano de cuidados, garantindo que a escolha desse ambiente seja segura, eficaz e compatível com as necessidades do paciente e de sua rede de apoio (Procópio et al., 2019; Castro et al., 2018). Nesse sentido, propõe-se um processo avaliativo estruturado em cinco etapas fundamentais, que visam assegurar a resolutividade e a qualidade do cuidado prestado no ambiente domiciliar (Braga et al., 2016).

O primeiro aspecto a ser considerado é a avaliação da resolutividade da VD, que consiste em identificar se a demanda clínica apresentada pode ser efetivamente solucionada no domicílio, levando em conta os recursos disponíveis e a capacidade da equipe e dos familiares de atender às necessidades do paciente (Braga et al., 2025). Em seguida, deve-se realizar a avaliação da razoabilidade da VD, analisando se, dentre as opções possíveis de abordagem, a visita domiciliar configura-se como a alternativa mais apropriada para alcançar os resultados desejados (Machado et al., 2011; Pozzoli et al., 2017).

Outro ponto essencial é a análise da aderência do paciente e de sua família ao acompanhamento domiciliar, pois a efetividade da atenção em casa depende diretamente do engajamento e da corresponsabilização dos cuidadores no cumprimento do plano de cuidados (Genaro et al., 2024). A autorização formal do paciente e de seus familiares, por meio de termo de consentimento livre e esclarecido devidamente registrado, assegura a compreensão e a concordância de todos os envolvidos quanto às atribuições da equipe de saúde e da família (Brasil, 2016). Por fim, a análise da infraestrutura domiciliar constitui a etapa conclusiva desse processo, na qual são avaliadas as condições físicas do ambiente e sua adequação para o cuidado seguro (Linhares et al., 2025). Caso o domicílio se mostre viável e os papéis da equipe e dos familiares estejam devidamente pactuados, procede-se à classificação da complexidade do caso e à elaboração do plano terapêutico individualizado (Procópio et al., 2019).

De forma geral, a aplicação desses critérios contribui para que a Atenção Domiciliar seja desenvolvida de maneira eficiente, garantindo a segurança do paciente, a otimização dos recursos e a continuidade do cuidado dentro dos princípios da integralidade e da humanização da assistência em saúde (Braga et al., 2016; Rajão et al., 2020).

### **Registro Clínico Orientado por Problemas na Atenção Domiciliar**

A utilização do Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP) tem se mostrado uma ferramenta essencial para a organização e sistematização do prontuário do paciente na Atenção Domiciliar (AD), permitindo que as visitas domiciliares sejam conduzidas de forma mais objetiva, ágil e lógica (Brasil, 2020; Braga et al., 2025). Essa metodologia favorece a continuidade e a integralidade do cuidado, uma vez que orienta o profissional na coleta, análise e registro das informações clínicas, garantindo coerência entre o diagnóstico, o acompanhamento e o plano terapêutico (Procópio et al., 2019).

O RCOP estrutura-se em quatro pilares fundamentais: a base de dados do paciente, a lista de problemas, as notas de evolução clínica (RSOAP) e as fichas de acompanhamento, compondo um modelo de registro que reflete a complexidade e a dinâmica do cuidado domiciliar (Machado et al., 2011). A base de dados do paciente constitui o ponto de partida para a construção do prontuário e deve conter informações completas sobre a história clínica, antecedentes pessoais e familiares, uso de medicações, histórico cirúrgico, hábitos de vida, alergias, vacinação e resultados de exames físicos e propedêuticos (Braga et al., 2016). Essa etapa é determinante para subsidiar uma compreensão ampla e contextualizada da condição de saúde do indivíduo, permitindo a elaboração de planos terapêuticos personalizados (Castro et al., 2018).

Em seguida, a lista de problemas organiza de maneira sistemática os fatores que requerem diagnóstico e manejo clínico, sendo atualizada de forma contínua conforme a evolução do caso. Essa lista deve incluir tanto condições já resolvidas quanto problemas ativos, priorizados de acordo com sua relevância e frequência, podendo ser categorizados por meio da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP), que favorece uma abordagem multiprofissional e centrada na pessoa (Pozzoli et al., 2017; Genaro et al., 2024).

As notas de evolução clínica, registradas segundo o modelo RSOAP (Registro em Saúde Orientado por Problemas), são outro componente essencial do RCOP. Essa ferramenta organiza o registro clínico em quatro dimensões: dados subjetivos (S), objetivos (O), avaliação (A) e plano (P), assegurando a padronização e a clareza das informações coletadas durante as consultas domiciliares, especialmente nas visitas de retorno (Guerra et al., 2020). Complementando o sistema, as fichas de acompanhamento reúnem dados referentes à evolução

clínica, resultados de exames, vacinação, crescimento e desenvolvimento, medicações prescritas e parâmetros vitais, servindo como instrumento de monitoramento longitudinal do paciente (Procópio et al., 2019; Braga et al., 2025).

A adoção do RCOP no contexto da AD não apenas aprimora a gestão das informações clínicas, mas também potencializa a qualidade e a segurança do cuidado prestado. A estruturação desses registros permite uma visão global do paciente, facilita a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e contribui para decisões clínicas mais assertivas e individualizadas (Brasil, 2016; Pozzoli et al., 2017). Nesse sentido, o domínio e a correta aplicação do RCOP, aliados ao uso de instrumentos complementares como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), representam um avanço significativo na organização do processo de trabalho em saúde domiciliar, promovendo maior resolutividade, humanização e continuidade da assistência (Procópio et al., 2019; Braga et al., 2025).

### **Projeto Terapêutico Singular na Atenção Domiciliar**

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) constitui uma das ferramentas centrais para a organização e efetividade do cuidado no contexto da Atenção Domiciliar (AD), especialmente em situações de maior complexidade clínica e social (Procópio et al., 2019; Braga et al., 2025). Trata-se de um instrumento metodológico que orienta a elaboração de planos de cuidado individualizados, construídos de forma interdisciplinar e compartilhada entre a equipe de saúde, o paciente e sua família (Castro et al., 2018). Essa abordagem visa garantir a integralidade e a humanização do cuidado, articulando diferentes saberes e práticas em torno de um mesmo objetivo terapêutico (Pozzoli et al., 2017; Genaro et al., 2024).

O PTS é definido como um conjunto de ações e estratégias planejadas de maneira integrada por uma equipe multiprofissional, podendo contar com apoio matricial quando necessário (Brasil, 2020; Braga et al., 2016). Sua elaboração ocorre geralmente a partir de reuniões de equipe, nas quais são analisados instrumentos complementares, como o ecomapa, o genograma e o Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP), que permitem compreender a dinâmica familiar, o contexto social e os principais fatores que influenciam o processo saúde-doença do paciente (Guerra et al., 2020; Rajão et al., 2020). Essa análise abrangente possibilita a formulação de intervenções que consideram não apenas os aspectos clínicos, mas também os determinantes sociais e relacionais envolvidos no cuidado domiciliar (Procópio et al., 2019).

A construção do PTS segue etapas bem definidas, que incluem a identificação e listagem dos problemas prioritários, a definição de metas e prazos para o alcance dos objetivos terapêuticos, a divisão de responsabilidades entre equipe, paciente e familiares e, por fim, a

realização de reavaliações periódicas para o monitoramento e ajustes do plano de cuidado (Braga et al., 2025; Castro et al., 2018). Essa metodologia favorece a corresponsabilização dos sujeitos envolvidos e fortalece o vínculo entre os profissionais de saúde e a família, promovendo um cuidado mais participativo e resolutivo (Pozzoli et al., 2017).

No contexto das visitas domiciliares, o PTS se destaca como um instrumento versátil e dinâmico, capaz de adaptar-se às necessidades específicas de cada caso (Genaro et al., 2024; Linhares et al., 2025). Sua aplicação sistemática contribui para o aprimoramento da prática clínica, a integração das ações multiprofissionais e a efetiva continuidade do cuidado no domicílio (Procópio et al., 2019). Dessa forma, o PTS consolida-se como um componente indispensável da “maleta mental” do médico e da equipe de Atenção Domiciliar, assegurando um cuidado centrado na pessoa e alinhado aos princípios da integralidade, equidade e humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2016; Braga et al., 2016).

### **Materiais Mínimos para a Realização da Visita Domiciliar**

A adequada execução da visita domiciliar (VD) requer não apenas planejamento e organização logística, mas também a disponibilidade de um conjunto essencial de materiais que possibilitem uma avaliação clínica completa e segura (Brasil, 2020; Castro et al., 2018). Nesse contexto, a chamada “maleta física” do profissional de Atenção Domiciliar (AD) representa um componente indispensável, uma vez que reúne os instrumentos necessários para a coleta de dados, realização de procedimentos, acompanhamento terapêutico e registro das informações clínicas (Pozzoli et al., 2017; Genaro et al., 2024). A presença e manutenção desses materiais garantem a efetividade das ações realizadas no domicílio, contribuindo para a continuidade do cuidado e para a resolutividade das demandas apresentadas pelo paciente e sua família (Rajão et al., 2020).

A maleta deve conter instrumentos básicos para a avaliação antropométrica, kits de procedimentos, dispositivos destinados à troca ou coleta de secreções e fluidos, além de medicamentos e materiais para curativos e analgesia (Braga et al., 2016; Braga et al., 2025). Também são essenciais os itens de papelaria e documentação clínica, como fichas de atendimento domiciliar, prontuário do paciente (ou sua cópia), formulários de cadastro, receituários, laudos e relatórios médicos, os quais asseguram o registro adequado e a formalização das condutas realizadas (Machado et al., 2011; Procópio et al., 2019). Entre os instrumentos de uso clínico, destacam-se o estetoscópio, esfigmomanômetro, otoscópio, oftalmoscópio, martelo neurológico, estesiômetro, glicosímetro, fita métrica, balança portátil, termômetro, luvas, lanterna, materiais para exame físico e pequeno espelho para orientação de higiene bucal (Guerra et al., 2020; Silva et al., 2014). Em situações específicas, podem ser



incluídos kits de sutura, materiais para retirada de pontos, lavagem auricular, anestésicos tópicos e injetáveis, além de medicamentos de uso crônico do paciente ou de necessidade imediata durante a visita (Castro et al., 2018; Genaro et al., 2024).

A disponibilidade desse conjunto mínimo de materiais viabiliza uma abordagem clínica resolutive e segura, permitindo que o profissional conduza avaliações completas e intervenções oportunas sem necessidade de deslocamento do paciente. Ademais, o uso adequado da maleta física reflete a integração entre planejamento, técnica e humanização, aspectos fundamentais da prática em Atenção Domiciliar. Assim, a padronização dos materiais e o preparo adequado da equipe contribuem diretamente para a construção de uma linha de cuidado contínua, qualificada e centrada na pessoa e na família, fortalecendo o vínculo entre o profissional e o núcleo familiar e promovendo uma assistência verdadeiramente integral (Pozzoli et al., 2017; Rajão et al., 2020).

### **Critérios de Elegibilidade e Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar**

A definição dos critérios de elegibilidade para a Atenção Domiciliar (AD) é essencial para garantir que o cuidado prestado no ambiente domiciliar seja seguro, eficiente e adequado ao perfil clínico e social do paciente (Brasil, 2020; Rajão et al., 2020). No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os níveis de AD — classificados como AD1, AD2 e AD3 — estão regulamentados por portarias ministeriais e diferenciam-se de acordo com a frequência e a complexidade do cuidado, o uso de tecnologias assistivas e a necessidade de equipamentos específicos (Castro et al., 2018; Procópio et al., 2019). De modo geral, o nível AD1 abrange pacientes com condições crônicas estáveis e menor dependência tecnológica, sob responsabilidade das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS). O AD2 contempla pacientes em condições agudas ou crônicas agudizadas que exigem acompanhamento multiprofissional mais intensivo, enquanto o AD3 destina-se a pacientes com alta complexidade, demandando cuidados contínuos, uso de tecnologias avançadas e acompanhamento de equipes especializadas, como as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e de Apoio (EMAP) (Rajão et al., 2020; Braga et al., 2016).

No setor privado, algumas escalas específicas têm sido utilizadas para auxiliar na triagem e classificação de pacientes elegíveis para o cuidado domiciliar. No entanto, muitas dessas ferramentas não contemplam adequadamente a realidade da AD no contexto da APS. Entre os instrumentos validados e aplicáveis à realidade brasileira, destacam-se: a Escala de Vulnerabilidade Familiar de Coelho-Savassi (EVF-CS), que avalia aspectos clínicos, familiares e sociais para identificar famílias em situação de vulnerabilidade; a Escala da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), voltada à classificação clínica e funcional de idosos e à

definição da frequência dos cuidados; a Escala de Risco e Vulnerabilidade para Atenção Domiciliar (ERV-AD), desenvolvida pela Universidade Federal do Ceará, que integra critérios clínicos, familiares e sociais; e a Escala ABCDE de Knupp, que avalia autonomia, risco social, presença de cuidador, doenças e especialidades envolvidas, priorizando pacientes já indicados para AD1 (Braga et al., 2016; Procópio et al., 2019; Silva et al., 2014). A escolha e combinação desses instrumentos devem considerar o estágio de implantação do serviço, o perfil populacional e a experiência da equipe, sendo possível integrá-los de forma estratégica — utilizando, por exemplo, a EVF-CS para triagem familiar, a ERV-AD para definição da inclusão em AD e a escala ABCDE para hierarquização das prioridades de atendimento (Braga et al., 2025; Genaro et al., 2024).

A segurança do paciente no domicílio constitui outro pilar fundamental da AD, exigindo a adoção de práticas que assegurem a continuidade, a coordenação e a transição adequada do cuidado entre diferentes níveis de atenção (Brasil, 2016; Silva et al., 2014). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a segurança do paciente é definida como a redução ao mínimo possível de riscos e danos associados à assistência, o que se aplica igualmente ao ambiente domiciliar (Brasil, 2016). No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria MS/GM nº 529/2013, e o Manual de Segurança do Paciente no Domicílio estabeleceram diretrizes específicas para garantir a qualidade e a humanização do cuidado domiciliar (Brasil, 2016). Tais medidas tornam-se especialmente relevantes diante do fato de que, fora do ambiente hospitalar, o paciente encontra-se sob responsabilidade direta de familiares e cuidadores leigos, o que aumenta a probabilidade de eventos adversos, como erros de medicação, quedas e infecções (Rajão et al., 2020; Pozzoli et al., 2017).

Entre os critérios de elegibilidade para admissão em AD, destaca-se a estabilidade clínica do paciente, que assegura a viabilidade da assistência domiciliar (Castro et al., 2018; Procópio et al., 2019). Além disso, o domicílio deve apresentar condições estruturais adequadas, como acesso a água potável, energia elétrica estável, ventilação adequada e facilidade de deslocamento em situações de urgência (Linhares et al., 2025; Machado et al., 2011). Pacientes dependentes de equipamentos, especialmente os de AD3, exigem infraestrutura segura e meios de comunicação acessíveis. Após a avaliação inicial e a admissão, recomenda-se a formalização do consentimento do paciente e/ou cuidador, seguida da elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que orienta o cuidado contínuo e integrado (Pozzoli et al., 2017; Braga et al., 2025).

A manutenção da segurança no cuidado domiciliar requer a implementação de protocolos baseados em evidências, alinhados aos Procedimentos Operacionais Padrão (POP)



e às práticas de controle de infecção, desde a higienização das mãos até o manejo adequado de resíduos (Brasil, 2016; Guerra et al., 2020). Equipes de AD devem adotar protocolos internos de notificação e análise de incidentes, fortalecendo a cultura de segurança e promovendo melhorias contínuas na assistência (Silva et al., 2014). Além disso, devem ser observadas medidas preventivas frente aos principais riscos domiciliares, como lesões por pressão, infecções, quedas, erros de administração de medicamentos, trombozes e complicações respiratórias (Brasil, 2016; Genaro et al., 2024).

Por fim, a transição do cuidado (TC) representa uma dimensão estratégica da AD, garantindo a continuidade assistencial entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (Rajão et al., 2020; Castro et al., 2018). Esse processo envolve o compartilhamento de informações completas e precisas sobre o estado clínico, o plano terapêutico e as preferências do paciente, especialmente em casos de alta hospitalar ou transferência entre serviços. O sumário de alta é o principal instrumento desse processo, devendo conter todos os elementos necessários para que a equipe de AD assegure o seguimento qualificado e seguro (Pozzoli et al., 2017; Procópio et al., 2019). Dessa forma, o cumprimento rigoroso dos critérios de elegibilidade, aliado à implementação de práticas de segurança e protocolos padronizados, constitui a base para uma Atenção Domiciliar eficaz, resolutiva e humanizada (Brasil, 2020; Rajão et al., 2020).

### CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo revisar a literatura científica acerca da Atenção Domiciliar (AD) no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), com foco no planejamento das visitas domiciliares, nas competências profissionais necessárias e na segurança do cuidado prestado. A análise da literatura permitiu evidenciar que a AD constitui uma estratégia fundamental para a integralidade da atenção à saúde, ao promover o cuidado centrado na pessoa e fortalecer o vínculo entre o paciente, a família e a equipe multiprofissional. Sua efetividade, entretanto, depende de uma estrutura organizacional bem definida, do preparo técnico das equipes e da adoção de instrumentos metodológicos que assegurem a continuidade e a qualidade da assistência.

Os estudos revisados reforçam que o planejamento da visita domiciliar é um elemento central para a resolutividade da AD. A organização prévia da equipe, o preparo da “maleta física” com materiais adequados e da “maleta mental”, que representa o domínio técnico e relacional do profissional, são aspectos determinantes para o sucesso do atendimento. Além disso, a análise de viabilidade do domicílio, a aplicação de critérios de elegibilidade e a

classificação do nível de cuidado (AD1, AD2 e AD3) garantem a adequação da assistência às condições clínicas e sociais de cada paciente, otimizando recursos e minimizando riscos.

No que se refere às competências profissionais, a literatura destaca a importância da capacitação contínua e da educação permanente como pilares para a qualificação do trabalho em AD. O médico e a equipe multiprofissional devem possuir habilidades técnicas e comunicacionais que favoreçam a escuta ativa, o respeito às crenças e valores do paciente e o fortalecimento do vínculo terapêutico. A adoção de ferramentas operacionais como o Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP) e o Projeto Terapêutico Singular (PTS) mostrou-se essencial para a sistematização das informações, o planejamento individualizado do cuidado e a articulação entre diferentes saberes, promovendo a integralidade e a corresponsabilização no processo assistencial.

Outro aspecto relevante identificado é a necessidade de protocolos padronizados para garantir a segurança do paciente no domicílio. A aplicação de práticas baseadas em evidências, alinhadas aos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) e às diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), contribui para reduzir eventos adversos e fortalecer a cultura de segurança entre profissionais e cuidadores. A transição do cuidado entre os níveis de atenção e a comunicação eficaz entre os serviços de saúde são elementos imprescindíveis para a continuidade da assistência e para a redução de falhas no processo de cuidado.

Apesar dos avanços, a revisão evidencia lacunas importantes na literatura, especialmente quanto à avaliação da efetividade da AD em diferentes contextos da APS, à padronização de instrumentos de avaliação domiciliar e à mensuração de indicadores de qualidade e segurança. Há necessidade de ampliar pesquisas que abordem a integração entre AD e RAS, bem como o impacto dessa modalidade sobre a qualidade de vida, a autonomia dos pacientes e a eficiência do sistema de saúde.

Conclui-se, portanto, que a Atenção Domiciliar, quando planejada e executada de forma interdisciplinar, representa uma extensão estratégica da APS, promovendo a continuidade do cuidado, a humanização das práticas e o uso racional dos recursos de saúde. O fortalecimento dessa modalidade requer investimento na formação das equipes, no desenvolvimento de protocolos e na criação de políticas públicas que assegurem a sustentabilidade dos serviços. Assim, a AD consolida-se como uma ferramenta indispensável para a consolidação dos princípios do SUS — universalidade, equidade e integralidade — e para o aprimoramento da atenção centrada na pessoa, na família e na comunidade.

## REFERENCIAS

- BRAGA, P. P. et al. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 903–912, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0903.pdf>. Acesso em: 17 out. 2025.
- BRAGA, P. P. et al. Tecnologias em saúde na atenção domiciliar: análise do conceito. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.30, n. 1, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wBXNCZnJyTHDcLJV78PYyNh/?lang=pt>. Acesso em: 30 nov. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_domiciliar\\_primaria\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf). Acesso em: 13 nov. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Segurança do paciente no domicílio**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca\\_paciente\\_domicilio.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_domicilio.pdf). Acesso em: 18 nov. 2025.
- CASTRO, E. A. B. et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, e2016-0002, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-01-e2016-0002.pdf>. Acesso em: 15 out. 2025.
- GENARO, L. E. et al. Atenção Domiciliar para pessoas idosas: perspectivas de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 27, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/7DKw9T6XZYG4NxQMPtNKqpz/?lang=pt>. Acesso em: 27 set. 2025.
- GUERRA, S. et al. Cuidado na atenção domiciliar: efeitos de uma intervenção educacional em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/DvHGDcNL8DvDBb8QCvbnw4c/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 19 set. 2025.
- LINHARES, R. S. et al. Dificuldade de locomoção e necessidade de atendimento no domicílio: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**, v. 59, n. 1, 2025. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2025.v59/e35/pt/>. Acesso em: 22 set. 2025.
- MACHADO, G. L. A.; SILVA, J. M.; FREITAS, A. H. C. Assistência domiciliar em saúde: um olhar crítico sobre a produção científica de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 2, p. 365–369, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a23v64n2.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2025.
- POZZOLI, S. M. L. et al. Sobre o cuidar e o ser cuidado na atenção domiciliar. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 115, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/RG3b6HJnZCPrTfvBr9r4vkP/?lang=pt>. Acesso em: 29 set. 2025.
- PROCÓPIO, L. C. R. et al. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 121, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Yz6YQWK9z67wqgrssVY7LBk/?lang=pt>. Acesso em: 13 out. 2025.
- RAJÃO, F. L. et al. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, 2020. Disponível em:



<https://www.scielo.br/j/csc/a/wqxNqstXftvkTvLxzHz3gJn/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 18 set. 2025.

SILVA, K. L. et al. Challenges of homecare from the perspective of cost reduction/expenditure optimization. **Journal of Nursing UFPE Online**, v. 8, n. 6, p. 1561–1567, 2014. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9846>. Acesso em: 2 nov. 2025.