

PROCESSO DE TRABALHO NA VISITA DOMICILIAR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: INSTRUMENTOS DE SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO FRENTE AO DESAFIO DA INTEGRALIDADE

WORK PROCESS IN HOUSE CALLS WITHIN PRIMARY HEALTH CARE: CARE SYSTEMATIZATION INSTRUMENTS TO ADDRESS THE CHALLENGE OF COMPREHENSIVE CARE

PROCESO DE TRABAJO EN LA VISITA DOMICILIARIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: INSTRUMENTOS PARA LA SISTEMATIZACIÓN DEL CUIDADO FRENTE AL DESAFÍO DE LA INTEGRALIDAD

Leandro Souza de Oliveira Gago

ORCID: 0009-0001-0566-7221

Universidade Unigranrio | Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

Paulo Lorenzi da Silva Junior

ORCID: 0009-0001-2315-2686

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) | Florianópolis, Santa Catarina, Brasil

Lucas Araujo Lacerda

ORCID: 0009-0009-4569-4054

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) | Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil

André Filipe Ramos Goulart

ORCID: 0009-0006-9496-4995

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas) | Betim, Minas Gerais, Brasil

Priscila Pamela Silva Cordeiro Gouveia

ORCID: 0009-0005-1918-3008

Secretaria Municipal de Saúde de Sacramento | Sacramento, Minas Gerais, Brasil

Gabriella Franca Andrade

ORCID: 0009-0003-5861-788X

Programa de Provimento Médico da Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS) | Manduri, São Paulo, Brasil

Wilton Pereira dos Santos

ORCID: 0009-0005-0055-6011

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) | Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil

Cícero Matias Leite

ORCID: 0009-0002-5477-0476

Ministério da Saúde, Programa Mais Médicos | Babaçulândia, Tocantins, Brasil

Yasmin Saleh Malachias

ORCID: 0009-0005-4699-4578

Universidade Metropolitana de Santos | Santos, São Paulo, Brasil

Marianna Rafaella Baraldi Alcântara

ORCID: 0000-0002-0653-6485

Unidade Básica de Saúde BNH | Presidente Médici, Rondônia, Brasil

Franciany Gonçalves Mascarenhas

ORCID: 0009-0007-0472-7724

Centro Universitário Atenas (Uniatenas) | Paracatu, Minas Gerais, Brasil

Olívia Vieira Amaral

ORCID: 0009-0001-1741-7588

Programa Mais Médicos, UBS Maracanã | Juruti, Pará, Brasil

Dayana Casamor Bearzi

ORCID: 0009-0008-7518-498X

UBS Benjamin Constant do Sul | Benjamin Constant do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil



978-65-84528-66-6



10.53524/lit.edt.978-65-84528-66-6/08

Submissão 22/07/26

Publicação 04/08/26

GAGO, L. S. O et al. Processo de trabalho na visita domiciliar da Atenção Primária: instrumentos de sistematização do cuidado frente ao desafio da integralidade. //r. FONTES, F. L. L. (Org). **Tópicos relevantes em Ciências da Saúde**. Teresina: Literacia Científica Editora & Cursos, 2026, p. 67-75.

RESUMO

OBJETIVO: Compreender a dinâmica do processo de trabalho multiprofissional na visita domiciliar na Atenção Primária, analisando os limites decorrentes da burocratização das práticas e as potencialidades do uso de ferramentas tecnológicas de sistematização do cuidado. **MÉTODO:** Revisão bibliográfica realizada nas bases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, a *Scientific Electronic Library Online*, o Portal de Periódicos CAPES e o buscador Google Acadêmico, selecionando 18 estudos primários que foram submetidos à síntese qualitativa e categorização temática. **RESULTADOS:** Evidenciou-se dissociação entre diretrizes teóricas e práticas cotidianas. O processo de trabalho é fragmentado por uma rígida divisão do trabalho, que sobrecarrega agentes comunitários com tarefas administrativas e afasta médicos e enfermeiros do território. Contudo, ferramentas metodológicas (como o Projeto Terapêutico Singular) e inovações digitais (*tablets* e WhatsApp) qualificam o cuidado, embora o registro no SISAB enfrente lacunas gerenciais e de conectividade. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Superar as barreiras operacionais e burocráticas requer reestruturar agendas das equipes, garantir suporte logístico, investir em educação permanente e aprimorar a infraestrutura de conectividade, consolidando a visita domiciliar como dispositivo indispensável ao cuidado integral no Sistema Único de Saúde. **DESCRIPTORES:** Visita Domiciliar. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To understand the dynamics of the multiprofessional work process in house calls within Primary Care, analyzing the limitations resulting from the bureaucratization of practices and the potential of using technological tools for care systematization. **METHOD:** Literature review conducted in the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, Scientific Electronic Library Online, CAPES Journal Portal, and Google Scholar databases, selecting 18 primary studies that underwent qualitative synthesis and thematic categorization. **RESULTS:** A dissociation between theoretical guidelines and daily practices was evidenced. The work process is fragmented by a rigid division of labor, which overburdens community health agents with administrative tasks and distances doctors and nurses from the territory. However, methodological tools (such as the Singular Therapeutic Project) and digital innovations (*tablets* and WhatsApp) qualify care, although registration in SISAB faces managerial and connectivity gaps. **FINAL CONSIDERATIONS:** Overcoming operational and bureaucratic barriers requires restructuring team schedules, ensuring logistical support, investing in permanent education, and improving connectivity infrastructure, consolidating house calls as an indispensable tool for comprehensive care in the Unified Health System.

KEYWORDS: House Calls. Primary Health Care. Unified Health System.

RESUMEN

OBJETIVO: Comprender la dinámica del proceso de trabajo multiprofesional en la visita domiciliar en la Atención Primaria, analizando los límites derivados de la burocratización de las prácticas y las potencialidades del uso de herramientas tecnológicas de sistematización del cuidado. **MÉTODO:** Revisión bibliográfica realizada en las bases de datos Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, Scientific Electronic Library Online, el Portal de Periódicos CAPES y el buscador Google Académico, seleccionando 18 estudios primarios que fueron sometidos a síntesis cualitativa y categorización temática. **RESULTADOS:** Se evidenció una disociación entre las directrices teóricas y las prácticas cotidianas. El proceso de trabajo está fragmentado por una rígida división del trabajo, que sobrecarga a los agentes comunitarios con tareas administrativas y aleja a médicos y enfermeros del territorio. No obstante, las herramientas metodológicas (como el Proyecto Terapéutico Singular) y las innovaciones digitales (*tablets* y WhatsApp) cualifican el cuidado, aunque el registro en el SISAB enfrenta brechas de gestión y conectividad. **CONSIDERACIONES FINALES:** Superar las barreras operacionales y burocráticas requiere reestructurar las agendas de los equipos, garantizar soporte logístico, invertir en educación permanente y mejorar la infraestructura de conectividad, consolidando la visita domiciliar como un dispositivo indispensable para el cuidado integral en el Sistema Único de Salud.

PALABRAS CLAVE: Visita Domiciliar. Atención Primaria de Salud. Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) consolida-se, tanto no cenário nacional quanto internacional, como a base estruturante dos sistemas de saúde universais e como uma das estratégias de maior efetividade na redução de internações e óbitos decorrentes de diversas condições clínicas (Barros; Silva; Souza, 2024; Putri; Ayuningtyas, 2023). Nesse âmbito, a Visita Domiciliar (VD) desponta como uma prática assistencial e pedagógica de relevo, desenhada para estender o cuidado diretamente aos domicílios de usuários com dificuldades de locomoção (Assis et al., 2021).

Historicamente configuradas como rotina na medicina geral, as visitas residenciais sofreram um declínio expressivo na segunda metade do século XX em decorrência da especialização médica (Bolsoni; Garcia; Calderón, 2022; Jones et al., 2020). Contudo, o rápido envelhecimento populacional e o consequente incremento na prevalência de condições crônicas e incapacidades funcionais reacenderam o interesse global por este dispositivo (Bolsoni; Garcia; Calderón, 2022; Jones et al., 2020; Putri; Ayuningtyas, 2023).

Diversos países têm implementado modelos adaptados de VD com focos variados, como o monitoramento do desenvolvimento infantil na Suécia, o fortalecimento da saúde materno-infantil em Bangladesh, na Índia, no Quênia e na África do Sul, e o acompanhamento integrado da saúde familiar em Cuba (Putri; Ayuningtyas, 2023). No Brasil, a atenção domiciliar é parte indissociável do processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), figurando como um elemento essencial para garantir equidade, humanização e acesso às populações acamadas ou em situações de grave imobilização e fragilidade física (Assis et al., 2021; Bolsoni; Garcia; Calderón, 2022).

A relevância da visita domiciliar transcende o mero deslocamento geográfico do atendimento clínico, sendo central para a materialização dos princípios de integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado. Ao adentrar o espaço doméstico, as equipes conseguem desvelar o sujeito inserido em sua dinâmica familiar, socioeconômica e ambiental, possibilitando a identificação precoce de determinantes sociais da saúde, além de avaliar a adesão terapêutica, hábitos dietéticos e riscos de queda que seriam imperceptíveis no ambiente ambulatorial convencional (Elkugia et al., 2021; Jones et al., 2020).

Essa aproximação singular favorece a consolidação do vínculo e permite que as ações educativas e preventivas sejam pactuadas de maneira equânime e participativa, sobretudo em situações de crise sanitária, como a pandemia de COVID-19 (Assis et al., 2021). Para além disso, a VD viabiliza o controle e a redução de custos assistenciais, reduzindo reinternações hospitalares e a dependência de serviços de urgência e emergência (Jones et al., 2020; Putri; Ayuningtyas, 2023). Da mesma forma, intervenções territoriais direcionadas, lideradas por enfermeiras, obstetrias ou Agentes Comunitários de Saúde (ACS), apresentam desfechos expressivos no aumento da cobertura vacinal infantil, no sucesso do aleitamento materno e na redução da mortalidade neonatal e da morbimortalidade materna (Bako et al., 2022; Putri; Ayuningtyas, 2023).

Apesar do inegável potencial terapêutico e comunitário, a organização do processo de trabalho multiprofissional na visita domiciliar enfrenta barreiras gerenciais, estruturais e atitudinais que geram limites severos à sua execução. A conciliação entre a agenda de consultas internas nas unidades de saúde e os cronogramas de atividades em campo constitui um gargalo persistente, frequentemente agravado pela escassez de recursos humanos e pela sobrecarga de demandas administrativas dos profissionais de nível superior (Bako et al., 2022; Bolsoni; Garcia; Calderón, 2022).

Em muitos contextos assistenciais, enfermeiras e médicos veem-se imersos em atribuições burocráticas dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS), delegando a responsabilidade quase exclusiva das saídas a campo para os trabalhadores técnicos e ACS (Elkugia et al., 2021). Adicionalmente, em alguns cenários internacionais e regionais, as visitas residenciais ainda são percebidas por profissionais de nível superior como uma carga de trabalho extraordinária ou adicional à sua jornada regulamentar (Bako et al., 2022).

Tal divisão social do trabalho, somada à carência de transportes institucionais sistematizados e à exposição a intempéries climáticas, tensiona o cotidiano dos profissionais de saúde e compromete a resolutividade e a qualidade da assistência prestada no domicílio (Assis et al., 2021; Bolsoni; Garcia; Calderón, 2022). Na ausência de capacitação continuada e de suporte gerencial adequado, as visitas domiciliares correm o risco de se tornarem puramente burocráticas ou restritas a questionamentos superficiais e cartoriais, distanciando-se de sua finalidade teórico-metodológica de promoção da saúde (Bako et al., 2022).

Diante desses desafios organizacionais, torna-se premente a incorporação de ferramentas metodológicas e tecnológicas voltadas à sistematização e qualificação da atenção domiciliar. No planejamento de campo, escalas de risco familiar e vulnerabilidade multidimensional, como a Escala de Coelho e Savassi, têm sido amplamente empregadas no Brasil para orientar as equipes na priorização e no agendamento das visitas em face da alta demanda reprimida (Assis et al., 2021; Bolsoni; Garcia; Calderón, 2022). Protocolos de treinamento estruturados com abordagens de cuidado informado sobre técnicas de entrevista motivacional também têm demonstrado eficácia na elevação da autoconfiança de ACS e na promoção do autocuidado dos usuários de forma culturalmente sensível (Elkugia et al., 2021).

No campo dos sistemas de informação, o Ministério da Saúde brasileiro substituiu o antigo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), baseado em consolidações manuais e suscetível a erros de duplicação, pelo novo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) sob a estratégia e-SUS AB. Embora essa transição tenha introduzido salvaguardas importantes e estimulado o uso do prontuário eletrônico do cidadão, ela gerou um impacto imediato de redução

nos registros oficiais de atendimentos e visitas, associado à resistência de profissionais, falhas de planejamento gerencial e severas lacunas de infraestrutura de conectividade e informática nas unidades (Barros; Silva; Souza, 2024).

A articulação integrada dessas dimensões - os desafios operacionais do território, a divisão multiprofissional do trabalho e a introdução de novos arranjos tecnológicos - configura uma importante lacuna de conhecimento. Enquanto estudos isolados tendem a focar estritamente em ensaios clínicos específicos ou nas repercussões estatísticas das bases de dados governamentais, subsiste a necessidade de compreender como os processos reais de burocratização afetam a dinâmica interprofissional no cotidiano e de que forma os instrumentos de sistematização podem ser apropriados para resgatar a potência clínica da VD.

Com base nessa problemática, justifica-se a realização deste estudo. O objetivo do presente trabalho é compreender a dinâmica do processo de trabalho multiprofissional na visita domiciliar na Atenção Primária, analisando os limites decorrentes da burocratização das práticas e as potencialidades do uso de ferramentas tecnológicas de sistematização do cuidado.

MÉTODO

Desenho do estudo

Esta investigação caracteriza-se como uma revisão bibliográfica, delineada com o propósito de mapear, organizar e sintetizar criticamente as evidências disponíveis sobre o processo de trabalho, as potencialidades e as barreiras da VD no âmbito da APS no Brasil. A opção por este delineamento justifica-se por sua capacidade de congrega e contrastar dados provenientes de pesquisas fundamentadas em diferentes abordagens metodológicas. Essa pluralidade metodológica viabiliza uma análise multifacetada do fenômeno estudado, favorecendo a identificação de regularidades práticas, contradições estruturais, avanços tecnológicos e lacunas científicas persistentes no campo da saúde da família (Fontes et al., 2025).

Fontes de informação e estratégia de busca

A recuperação do acervo documental foi realizada por meio de buscas sistematizadas em importantes bases de dados e portais de indexação na área da saúde, incluindo a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), a *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e o buscador Google Acadêmico.

A estratégia de busca foi estruturada a partir do cruzamento de descritores controlados cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e termos livres associados ao escopo do estudo. Utilizaram-se operadores booleanos *AND* (para a intersecção entre as dimensões de intervenção e o cenário assistencial) e *OR* (para o agrupamento de termos sinônimos), com refinamentos sintáticos específicos para as regras de busca de cada plataforma consultada. A chave de busca padronizada foi configurada conforme o seguinte arranjo estrutural:

("Visita Domiciliar" OR "Atenção Domiciliar" OR "Cuidado no Domicílio") AND ("Atenção Primária à Saúde" OR "Atenção Básica" OR "Estratégia Saúde da Família" OR "ESF" OR "Agente Comunitário de Saúde")

Crítérios de elegibilidade

Como critérios de inclusão, selecionaram-se estudos primários e relatos de experiência que abordassem de forma central a operacionalização, o planejamento, a percepção dos usuários ou a vivência profissional relacionada às visitas domiciliares executadas por equipes multiprofissionais ou agentes comunitários no contexto do SUS. Foram excluídas revisões de literatura prévias, editoriais, notas científicas, cartas ao editor, resumos publicados em anais de congressos, manuais ou relatórios técnicos puramente institucionais sem validação científica por pares, bem como produções que não possuíssem aderência direta ao foco temático estabelecido ou que carecessem de informações textuais robustas para a extração de dados.

Seleção e constituição da amostra

Após a execução dos procedimentos de busca, remoção de registros duplicados e triagem minuciosa por meio da aplicação rigorosa dos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, a amostra documental definitiva e exaustiva desta revisão foi constituída por 18 estudos primários. Este corpus de artigos foi lido na íntegra e empregado como o universo empírico para o desenvolvimento da síntese interpretativa e categorização crítica dos achados.

Procedimentos de análise de dados

O processamento analítico dos dados fundamentou-se em técnicas de categorização temática *a posteriori* e síntese qualitativa de caráter interpretativo. Procedeu-se ao confronto crítico e ao cruzamento de dados entre as diferentes realidades assistenciais retratadas, buscando correlacionar as repercussões das práticas territoriais com as diretrizes organizativas da atenção básica e a integralidade do cuidado oferecido à comunidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A VD na APS consolidou-se historicamente como um dos pilares do cuidado comunitário no Brasil, transitando de uma prática com raízes na assistência de caráter elitista e curativista no Período Colonial para um dispositivo estratégico de reorientação do modelo assistencial do SUS (Rocha et al., 2022). Operando como tecnologia leve estruturante da ESF, a VD estende as ações de saúde para além dos limites físicos das UBS, permitindo aos profissionais compreender o indivíduo e suas demandas a partir da imersão no seu próprio território de vida (Murillo, 2024; Napoleão et al., 2023).

Essa imersão propicia um estreitamento de vínculo entre a equipe e a comunidade, impulsionando a longitudinalidade, a equidade e a coordenação do cuidado (Furlanetto et al., 2020; Rocha et al., 2024). No entanto, a trajetória desse dispositivo enfrenta importantes tensões regulatórias e estruturais. As diretrizes estabelecidas pela nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2017, impuseram profundas fragilizações ao relativizarem a recomposição das equipes e a cobertura do ACS, gerando riscos severos de descontinuidade de programas prioritários e de aprofundamento das desigualdades de acesso, sobretudo nas regiões de maior vulnerabilidade social (Furlanetto et al., 2020; Napoleão et al., 2023).

Essa vulnerabilidade é evidenciada em análises longitudinais nacionais, como as do extinto Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que apontam que, embora tenha ocorrido um incremento expressivo na proporção de equipes que planejam suas visitas domiciliares com base em critérios de risco e vulnerabilidade (saltando de 92,9% em 2012 para 98,4% em 2017), houve retrocessos na busca ativa de populações prioritárias, tais como gestantes e pacientes com hipertensão arterial faltosos (Rocha et al., 2024).

O papel dos profissionais no processo de trabalho da VD revela uma dissociação persistente entre a sofisticação das diretrizes teórico-metodológicas e as práticas cotidianas vivenciadas pelos usuários. Os agentes comunitários de saúde despontam consensualmente como os principais executores da VD e os mediadores fundamentais do vínculo entre o serviço e o território (Kessler et al., 2022; Lima et al., 2021; Murillo, 2024; Paudarco et al., 2021). Contudo, a rotina desses profissionais tem sido progressivamente preenchida por tarefas de cunho administrativo e burocrático, limitando a VD a questionamentos superficiais e informativos sobre o funcionamento do posto, o que esvazia a potencialidade de ações educativas e de promoção da saúde.

Essa centralidade no ACS caminha paralelamente ao distanciamento dos profissionais de nível superior das atividades territoriais (Paudarco et al., 2021). Enfermeiros e médicos acumulam uma sobrecarga gerencial e administrativa dentro das unidades, o que restringe as suas saídas a campo para visitas meramente pontuais e curativistas, acionadas quase exclusivamente sob a demanda direta dos usuários ou de seus familiares em situações de urgência clínica (Ferreira et al., 2020; Paudarco et al., 2021).

Esse cenário fortalece o modelo médico hegemônico biologicista, centrado estritamente na patologia em detrimento de uma abordagem holística do ser humano (Paudarco et al., 2021). A fragmentação do trabalho em equipe é ainda mais agravada pela ausência de canais integrados de comunicação. Relatos dos próprios agentes evidenciam que as informações coletadas e reportadas por eles no retorno das VD raramente recebem devolutivas ou discussões clínicas por parte da equipe multiprofissional da ESF, gerando sentimentos de impotência e desvalorização profissional (Beckert et al., 2022).

Como contraposição a essa lógica fragmentada, emergem ferramentas e tecnologias não materiais direcionadas à qualificação e sistematização da assistência domiciliar. No âmbito do planejamento interprofissional, a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o uso de instrumentos de abordagem familiar, como o genograma e o ecomapa, têm se mostrado fundamentais para desvelar a dinâmica de relações e o contexto particular de adoecimento, favorecendo a gestão compartilhada do cuidado (Napoleão et al., 2023). No campo da enfermagem, a aplicação prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) aliada à Classificação Internacional de Práticas em Saúde Coletiva (CIPESC) tem instrumentalizado o processo de cuidar por meio de roteiros estruturados para cada fase do ciclo vital, promovendo autonomia profissional e integridade no atendimento à família (Ferreira et al., 2020).

No contexto do manejo de idosos e usuários com comorbidades complexas, as visitas específicas do profissional proporcionam melhorias expressivas no controle de condições crônicas de base (Ferreira et al., 2020; Paudarco et al., 2021), embora esbarrem no estresse e sobrecarga dos cuidadores familiares devido à fragilidade crônica das redes de suporte formais (Ribeiro et al., 2020). De forma análoga, a validação de roteiros para visitas farmacêuticas tem contribuído para a identificação precoce de problemas de adesão medicamentosa e barreiras na farmacoterapia habitual dos pacientes adscritos (Santos et al., 2020).

A humanização do ato de visitar exige um refinamento constante das atitudes profissionais e uma sensibilidade ética na interface entre o espaço público e o privado. A inserção de novos saberes no território, como a psicologia e o matriciamento do antigo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), traz o desafio teórico-prático de não reproduzir o enquadre clássico da clínica privada dentro do ambiente domiciliar, o que poderia culminar no exercício de relações de poder sobre as famílias (Lima et al., 2021). Essa humanização requer a superação de posturas autoritárias por meio do desenvolvimento da escuta qualificada e de uma atitude de solicitude clínica, que valoriza a dimensão subjetiva do usuário (Beckert et al., 2022; Quirino et al., 2020; Souza et al., 2022).

No cuidado de gestantes de alto risco, por exemplo, o deslocamento de protocolos rígidos em favor de perguntas abertas e dialógicas, como "Conte-me sobre você e sua vida", permite que a mulher se desvele como protagonista do seu processo de gestar, fortalecendo a relação de confiança mútua (Souza et al., 2022). Por fim, metodologias participativas

fundamentadas nos pressupostos freireanos, como os Círculos de Cultura, têm se mostrado potentes ferramentas de educação permanente em saúde, permitindo que as equipes diagnostiquem em conjunto as suas fragilidades de trabalho e reestrutrem coletivamente os seus roteiros de visita de modo a priorizar ações de promoção da saúde (Beckert et al., 2022; Siega; Vendruscolo; Zanatta, 2020).

Para além das barreiras metodológicas e das atitudes profissionais, a execução da VD no território é fortemente condicionada por determinantes estruturais, climáticos e pela dinâmica social contemporânea. Dificuldades geográficas de acesso, caracterizadas por vias públicas sem pavimentação adequada, longas distâncias a serem percorridas a pé sob exposição climática severa e a falta de transporte institucional sistematizado para o deslocamento das equipes figuram como barreiras físicas crônicas que limitam a cobertura assistencial (Paudarco et al., 2021; Rocha et al., 2024, 2022).

No ambiente urbano, barreiras de segurança física, como a presença de animais de rua ou em quintais (Beckert et al., 2022), somam-se a mudanças no perfil socioeconômico das famílias, que dificultam a presença dos moradores em suas residências durante o horário comercial (Kessler et al., 2022; Siega; Vendruscolo; Zanatta, 2020). Diante das constantes "visitas perdidas" decorrentes da ausência dos usuários, os profissionais têm recorrido a estratégias digitais, como o uso do aplicativo WhatsApp para a comunicação prévia e o agendamento pactuado das visitas (Beckert et al., 2022). O avanço tecnológico no registro de dados também redesenhou as práticas territoriais, com a substituição das fichas manuais por *tablets* e sistemas digitalizados agilizou a transferência de dados epidemiológicos, facilitando o fluxo de informações entre os agentes de campo e os profissionais da UBS, embora ainda demande esforços na superação de problemas de sincronização sistêmica (Murillo, 2024).

A vulnerabilidade social atinge sua expressão mais crítica em territórios conflagrados pela violência urbana e em cenários de crises sanitárias agudas, impondo restrições severas à viabilidade da visita domiciliar. No município do Rio de Janeiro, a expressiva expansão da ESF para territórios com baixos Índices de Desenvolvimento Humano aproximou as equipes de realidades marcadas por conflitos armados recorrentes e incursões policiais. Nesses contextos de "guerrilha urbana", a iminência de confrontos e o som de bombas e tiros inviabilizam completamente a circulação das equipes e dos ACS, resultando no cancelamento constante das visitas agendadas. O medo e a insegurança cotidianos afetam a saúde mental dos próprios profissionais de saúde e prejudicam criticamente o acesso e a continuidade da atenção à saúde dos usuários acamados ou com limitações de locomoção (Goulart et al., 2021).

De modo análogo, a pandemia de COVID-19 impôs uma profunda reorganização dos processos de trabalho, resultando na suspensão temporária de visitas domiciliares presenciais internas para evitar o contágio (Rocha et al., 2024). A cobertura assistencial no domicílio foi severamente reduzida pelo afastamento de ACS pertencentes a grupos de risco. Em resposta, as equipes precisaram reestruturar suas ações, adotando visitas em áreas externas, contatos por telefone e inserindo estudantes universitários para combater o cenário de infodemia e notícias falsas sobre a vacinação, buscando resgatar a confiança e o vínculo com a comunidade (Rocha et al., 2024; Saraiva et al., 2023).

A análise integrada da literatura científica brasileira demonstra que a visita domiciliar não constitui uma mera transposição geográfica do atendimento ambulatorial para o espaço doméstico, mas sim um dispositivo político-tecnológico essencial para a materialização dos princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS (Furlanetto et al., 2020; Kessler et al., 2022; Rocha et al., 2024). A potência emancipatória desse recurso assenta-se na sua capacidade de decifrar o ser humano inserido em sua teia de relações familiares, afetivas e socioambientais, superando as fragmentações promovidas pelo modelo biomédico e pela cultura do encaminhamento sistemático na rede de serviços (Rocha et al., 2024, 2022).

No entanto, o pleno alcance dessa ferramenta na APS nacional exige o enfrentamento urgente de gargalos históricos. É premente a superação da divisão social do trabalho que sobrecarrega os ACS com VD eminentemente cartoriais e burocráticas (Murillo, 2024; Paudarco et al., 2021), enquanto afasta enfermeiros e médicos do contato direto com o território em virtude do excesso de demandas administrativas internas nas UBS (Ferreira et al., 2020).

A verdadeira integralidade do cuidado domiciliar reclama processos sistemáticos de educação permanente que instrumentalizem as equipes multiprofissionais com tecnologias não materiais de escuta ativa e planejamento compartilhado, viabilizando o PTS e a SAE de forma integrada (Ferreira et al., 2020; Napoleão et al., 2023). Somente por meio da valorização do saber popular, da solicitude atitudinal dos profissionais e de políticas públicas estruturadas que garantam a segurança e a capilaridade das equipes em territórios conflagrados ou sob crises sanitárias (Goulart et al., 2021; Saraiva et al., 2023), a visita domiciliar poderá se consolidar como um espaço genuíno de diálogo, produção de autonomia coletiva e consolidação da APS como ordenadora do cuidado integral em saúde (Kessler et al., 2022; Quirino et al., 2020; Rocha et al., 2024).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão bibliográfica evidenciou que a VD na APS no Brasil enfrenta uma marcante dissociação entre suas diretrizes teóricas de integralidade e sua operacionalização no cotidiano dos serviços. O processo de trabalho multiprofissional encontra-se limitado por uma rígida divisão social do trabalho, que sobrecarrega os ACS com atribuições administrativas e afasta médicos e enfermeiros do território devido ao excesso de demandas burocráticas internas nas unidades. Em contrapartida, as ferramentas metodológicas de abordagem familiar e as de planejamento clínico despontam como potentes recursos não materiais para superar a lógica biologicista hegemônica e sistematizar a assistência domiciliar.

As contribuições deste estudo residem na compreensão integrada de que a VD constitui um dispositivo político-tecnológico indispensável para assegurar a equidade de acesso, o estreitamento de vínculos e a coordenação do cuidado, especialmente para populações vulneráveis ou sob crises sanitárias. Para a gestão dos serviços e para a prática profissional, os achados implicam a necessidade premente de reestruturar as agendas de trabalho das equipes de saúde da família de modo a mitigar o isolamento dos profissionais de nível superior e descentralizar as ações em campo.

Como recomendação para investigações científicas futuras, ressalta-se a relevância de aprofundar a análise sobre como os processos reais de burocratização e as novas exigências de digitalização dos sistemas de informação impactam a comunicação e a dinâmica interprofissional no cotidiano das equipes. Sugere-se, ainda, o desenvolvimento de novos estudos empíricos focados na eficácia de arranjos adaptativos e no uso de tecnologias de comunicação em cenários severamente condicionados por determinantes geoclimáticos, vulnerabilidade socioeconômica extrema e violência urbana.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, Lana Muriely Borges De *et al.* Cuidado dentro de casa: reflexões sobre visitas domiciliares na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 11, n. 62, p. 5072–5081, 1 mar. 2021.
- BAKO, Babagana *et al.* Knowledge, Attitude and Practice of Postnatal Home Visit among Healthcare Workers in IDP Camps and Host Community Clinics in Jere And Maiduguri, Nigeria : Knowledge, Attitude and Practice of Postnatal Home Visit among Healthcare Workers in Maiduguri, Nigeria. **Tropical Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 39, n. 1, p. 18–25, 13 nov. 2022.
- BARROS, Rafael Damasceno De; SILVA, Livia Angeli; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes De. Avaliação do impacto da implantação do novo sistema de informações da atenção primária à saúde nos registros de atendimentos e visitas domiciliares no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. e00081323, 2024.
- BECKERT, Richard Augusto Thomann *et al.* Reflexões com agentes comunitários de saúde sobre a visita domiciliar. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, v. 12, n. 39, p. 69–75, 11 set. 2022.
- BOLSONI, Luiza; GARCIA, Leandro Pereira; CALDERÓN, Daniela Baumgart De Liz. Predição de visitas domiciliares na atenção primária: uma abordagem de séries temporais com o modelo Autoregressive Integrated Moving Average. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 17, n. 44, p. 3012, 7 out. 2022.
- ELKUGIA, Nuha *et al.* Development of an Asthma Home-Visit Training Program for Community Health Workers and Their Supervisors in Washington State. **Frontiers in Public Health**, v. 9, p. 674843, 25 jun. 2021.
- FERREIRA, Anna Rebeka Oliveira *et al.* Integralidade da assistência na visita domiciliar: relato de experiência. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, v. 10, n. 32, p. 324–331, 31 dez. 2020.
- FONTES, F. L. L. *et al.* **Recuperação de evidências em saúde: estratégias, modelos e práticas**. 1. ed. Teresina: Literacia Científica Editora & Cursos, 2025, 87p.
- FURLANETTO, Denise De Lima Costa *et al.* Satisfação do usuário da Atenção Primária no Distrito Federal: a importância do acesso oportuno e da visita domiciliar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1851–1863, maio 2020.
- GOULART, Elisiene Perozini *et al.* Visita domiciliar pela Estratégia Saúde da Família: limites e possibilidades no contexto da violência urbana no Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2651, 1 abr. 2021.
- JONES, Aaron *et al.* Physician Home Visit Patterns and Hospital Use Among Older Adults with Functional Impairments. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 68, n. 9, p. 2074–2081, set. 2020.
- KESSLER, Marciane *et al.* Prevalência do não recebimento de visita domiciliar pelo Agente Comunitário de Saúde no Brasil e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 11, p. 4253–4263, nov. 2022.
- LIMA, Monica *et al.* Visita domiciliar na Atenção Primária à Saúde: contribuições para a formação em Psicologia. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 10, n. 3, p. 442–454, 9 set. 2021.
- MURILLO, Roberth Steven Gutiérrez. A visita domiciliar a pessoas idosas na ótica do agente comunitário de saúde e a noção de território sanitário. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 22, p. e02463247, 2024.
- NAPOLEÃO, Franco Magnago *et al.* Projeto terapêutico singular como ferramenta de abordagem familiar durante a visita domiciliar. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 8, p. e11512842945, 22 ago. 2023.
- PAUDARCO, Leandro Da Silva *et al.* A visita domiciliar sob olhar do usuário da atenção primária. **Saúde.com**, v. 17, n. 4, 30 dez. 2021.
- PUTRI, Aditia; AYUNINGTYAS, Dumilah. Home visit as a strategy to increase access to primary health care: a scoping review. **Jurnal Kesehatan Manarang**, v. 9, n. 1, p. 14, 10 abr. 2023.

QUIRINO, Túlio Romério Lopes *et al.* A visita domiciliar como estratégia de cuidado em saúde: reflexões a partir dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. **Revista Sustinere**, v. 8, n. 1, 10 jul. 2020.

RIBEIRO, Wanderson Alves *et al.* Perspectiva da família na visita domiciliar do enfermeiro ao idoso na Atenção Primária de Saúde. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 11, n. 2, p. 2–9, 16 dez. 2020.

ROCHA, Luan Henrique Honório *et al.* Características da visita domiciliar no Brasil: análise de ciclos de avaliação externa do PMAQ-AB. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 27, p. e240007, 2024.

ROCHA, Martiniano De Araújo *et al.* Visita domiciliar e a importância da equipe multidisciplinar no sistema único de saúde: um relato de experiência. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, p. e40911326871, 22 fev. 2022.

SANTOS, Jonas Bastos *et al.* Cuidado farmacêutico domiciliar na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, p. e300229, 2020.

SARAIVA, Ana Tereza Galdino *et al.* Visita domiciliar: ferramenta de aprendizagem de estudantes de medicina e de orientação familiar. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 22, n. 1, 3 jul. 2023.

SIEGA, Cheila Karei; VENDRUSCOLO, Carine; ZANATTA, Elisangela Argenta. Educação permanente com agentes comunitários de saúde para instrumentalização da visita domiciliar: relato de experiência. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 9, n. 1, p. 94–100, 14 abr. 2020.

SOUZA, Bruna Felisberto De *et al.* Solicitude em visita domiciliar de enfermeiras no cuidado pré-natal de alto risco: relato de experiência. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210328, 2022.