RELATO DE EXPERIÊNCIA IDENTIFICADO

VISITA DOMICILIAR E CUIDADO À PESSOA IDOSA COM BARREIRA DE COMUNICAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

HOME VISITS AND CARE FOR AN OLDER PERSON WITH A COMMUNICATION BARRIER IN PRIMARY HEALTH CARE: AN EXPERIENCE REPORT

Italo André Damasceno Lima Rego[1], Pedro Henrique de Melo Del Cartilo[11], Luiz Eduardo Oliveira Magalhães[2], Lilian Oliveira Magalhães[3]

1 Acadêmicos do curso de Medicina da Afya Faculdade de Ciências Médicas de Bragança, Bragança, Pará, Brasil.

2 Acadêmicos do curso de Medicina da Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil.

3 Professora do curso de Medicina da Afya Faculdade de Ciências Médicas de Bragança, Bragança, Pará, Brasil. E-mail: [lilian.magalhaes@afya.com.br].

Eixo Temático: 01 - Saúde

RESUMO

Introdução: Barreiras de comunicação podem restringir a participação da pessoa idosa no cuidado e dificultar a identificação de necessidades clínicas, funcionais e sociais. A visita domiciliar favorece a observação do contexto de vida e a construção compartilhada de respostas pela atenção primária. **Objetivo:** Relatar a experiência de acadêmicos de Medicina no acompanhamento domiciliar de uma pessoa idosa com dificuldade de comunicação e alterações pressóricas, destacando aprendizados para o cuidado integral. **Descrição da Experiência:** A atividade ocorreu, durante práticas de Integração Ensino-Serviço-Comunidade, entre setembro e outubro de 2025. Foram realizadas visitas domiciliares, com observação participante, diálogo adaptado à capacidade comunicativa da usuária, reconhecimento da dinâmica familiar e avaliação de necessidades de saúde. Na segunda visita, identificaram-se níveis pressóricos elevados, sendo oferecidas orientações sobre alimentação, hidratação, acompanhamento pela equipe de Saúde da Família e necessidade de avaliação clínica. Posteriormente, o caso foi discutido em atividade de matriciamento, com proposição de apoio multiprofissional e estratégias de comunicação acessível. **Conclusão:** A experiência demonstrou que a visita domiciliar amplia a compreensão das barreiras comunicacionais e dos determinantes do cuidado, fortalece o vínculo e estimula competências de escuta, comunicação inclusiva e trabalho interprofissional na formação médica.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Visita Domiciliar. Comunicação em Saúde. Saúde da Pessoa Idosa. Integralidade em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Communication barriers may restrict older persons' participation in care and hinder the identification of clinical, functional, and social needs. Home visits favor observation of the living context and the

shared construction of responses in primary health care. **Objective:** To report the experience of medical students in the home follow-up of an older person with communication difficulties and elevated blood pressure, highlighting lessons for comprehensive care. **Experience Description:** The activity took place, during Teaching-Service-Community Integration practices, between September and October 2025. Home visits were conducted using participant observation, dialogue adapted to the user's communication abilities, recognition of family dynamics, and assessment of health needs. During the second visit, elevated blood pressure levels were identified, and guidance was provided on diet, hydration, follow-up by the Family Health team, and the need for clinical assessment. The case was subsequently discussed in a matrix-support activity, with proposals for multiprofessional support and accessible communication strategies. Names and other identifiers were omitted. **Conclusion:** The experience showed that home visits broaden the understanding of communication barriers and determinants of care, strengthen bonds, and foster listening, inclusive communication, and interprofessional teamwork skills in medical education.

Keywords: Primary Health Care. House Calls. Health Communication. Health of the Elderly. Integrality in Health.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve oferecer cuidado acessível, contínuo, integral e coordenado no território, incluindo ações individuais e familiares realizadas no domicílio quando as necessidades do usuário assim exigirem. A Política Nacional de Atenção Básica reconhece a família e o território como dimensões centrais do processo de trabalho e atribui às equipes a responsabilidade pelo acompanhamento longitudinal da população adscrita.[1] Nesse contexto, a visita domiciliar permite reconhecer condições que não costumam emergir em atendimentos centrados apenas na unidade de saúde, como barreiras de mobilidade e comunicação, organização do cuidado familiar, segurança do ambiente e disponibilidade de apoio cotidiano.

Na velhice, alterações clínicas e funcionais podem repercutir na capacidade de expressar necessidades, compreender orientações e participar das decisões sobre a própria saúde. O Guia de Cuidados para a Pessoa Idosa recomenda avaliação multidimensional, plano de cuidados individualizado e valorização da autonomia e da capacidade funcional.[2] A abordagem de Atenção Integrada para as Pessoas Idosas, proposta pela Organização Mundial da Saúde, reforça o rastreio de declínios da capacidade intrínseca, a identificação de necessidades sociais e a formulação de respostas centradas na pessoa nos serviços de atenção primária e na comunidade.[3] Assim, comunicar-se de forma acessível não constitui recurso adicional, mas condição para cuidado seguro, ético e participativo.

A Lei Brasileira de Inclusão define barreiras na comunicação e na informação como obstáculos capazes de limitar a participação social da pessoa com deficiência e assegura acesso à saúde sem discriminação.[4] Mais recentemente, a Lei nº 15.249/2025 determinou a implantação, nos serviços públicos de saúde, de sistemas de comunicação aumentativa e alternativa de baixa tecnologia e a capacitação permanente das equipes para o atendimento de pessoas com necessidades complexas de comunicação.[5] Embora a experiência relatada não tenha incluído diagnóstico etiológico formal da dificuldade comunicativa, esses marcos orientam atitudes simples e relevantes: dirigir-se diretamente à pessoa, oferecer tempo para resposta, confirmar a compreensão, reduzir distrações, empregar perguntas objetivas e recorrer, quando necessário, a gestos, escrita, imagens ou pranchas de comunicação.

A formação médica no território favorece a aprendizagem dessas competências ao colocar o estudante diante da singularidade dos usuários e dos limites de respostas exclusivamente biomédicas. A observação, a escuta e a discussão compartilhada do caso contribuem para reconhecer riscos, potencialidades familiares e necessidades de articulação entre profissionais. Este trabalho teve como objetivo relatar a experiência de acadêmicos de Medicina no acompanhamento domiciliar de uma pessoa idosa com dificuldade de comunicação e alterações pressóricas, destacando os aprendizados relacionados ao cuidado integral, à acessibilidade comunicacional e ao trabalho interprofissional na APS.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Trata-se de relato de experiência referente a uma atividade acadêmico-assistencial desenvolvida pelo grupo G5 do componente Integração Ensino-Serviço-Comunidade. As práticas ocorreram entre setembro e outubro de 2025 e incluíram duas visitas domiciliares à família, nos dias 8 e 15 de setembro, seguidas de discussão do caso em sala de aula. A equipe discente foi acompanhada no contexto das atividades do curso de Medicina. Não houve protocolo de pesquisa nem aplicação de instrumentos com finalidade investigativa; o relato organiza reflexivamente as observações produzidas durante a vivência formativa. Para garantir confidencialidade, nomes, endereço e outros elementos identificadores da usuária foram omitidos.

A usuária acompanhada era uma pessoa idosa que residia com o filho adulto, pessoa com deficiência visual adquirida, e uma familiar adulta que permanecia fora do domicílio durante parte expressiva do dia em razão do trabalho. Segundo informações familiares registradas pelos estudantes, a idosa apresentava importante dificuldade para desenvolver a

fala após três eventos cardiovasculares. Como não havia confirmação diagnóstica sobre a causa da alteração, o grupo concentrou-se nas repercussões observáveis para o cuidado, evitando atribuir-lhe diagnóstico não documentado. A convivência entre mãe e filho revelou apoio recíproco nas tarefas domésticas e na organização da rotina, configurando importante recurso de proteção, mas também demonstrou fragilidade da rede cotidiana quando a familiar se ausentava.

Na primeira visita, priorizou-se a aproximação com a família, a compreensão da rotina e a identificação das formas pelas quais a usuária conseguia manifestar preferências e necessidades. O contato foi conduzido com ritmo mais lento, atenção às respostas verbais e não verbais e participação familiar sem substituir a fala da idosa. O grupo observou que a comunicação exigia paciência, perguntas simples e confirmação do sentido compreendido. Essa postura permitiu deslocar o foco da limitação para as possibilidades comunicativas existentes e reforçou a necessidade de preservar o protagonismo da usuária nas decisões relacionadas à saúde.

Na segunda visita, o grupo aprofundou a observação das condições clínicas e identificou níveis pressóricos elevados na usuária. O achado foi tratado como sinal de necessidade de avaliação e seguimento, e não como diagnóstico isolado. Foram reforçadas orientações sobre acompanhamento pela equipe de Saúde da Família, alimentação com menor teor de sódio, hidratação adequada e observação de sinais de alerta. Considerando a dificuldade de comunicação, discutiu-se que toda orientação deveria ser oferecida em etapas, com linguagem direta e checagem da compreensão, envolvendo a família como apoio sem retirar a autonomia da pessoa idosa.

A visita domiciliar foi compreendida como dispositivo de continuidade do cuidado, pois permite articular aspectos clínicos, familiares e sociais e pode apoiar a gestão de situações complexas na Rede de Atenção à Saúde.[6] A experiência evidenciou que a avaliação da pressão arterial, quando isolada do contexto, seria insuficiente para definir um plano de cuidado. Tornaram-se igualmente relevantes a possibilidade de comunicação efetiva, o acesso aos serviços, a disponibilidade de acompanhante, os hábitos cotidianos e a capacidade familiar para seguir orientações.

Após as visitas, o caso foi retomado em atividade de matriciamento. Os estudantes organizaram as necessidades identificadas e formularam possibilidades de cuidado compartilhado: acompanhamento longitudinal pela equipe de Saúde da Família; reavaliação clínica dos níveis pressóricos; revisão de hábitos alimentares e de hidratação; avaliação

multiprofissional da comunicação e da funcionalidade; construção de estratégias acessíveis para orientações; e manutenção de visitas programadas. O apoio de equipe multiprofissional na APS foi considerado pertinente, especialmente pela possibilidade de discussão de casos, atendimento domiciliar e elaboração conjunta do plano terapêutico. As equipes eMulti foram instituídas para fortalecer práticas interprofissionais e o apoio matricial na APS.[7] Ressalta-se que essas medidas constituíram propostas acadêmicas decorrentes da discussão do caso; o material-base não permite afirmar que todos os encaminhamentos tenham sido efetivados.

Entre os aprendizados, destacou-se a percepção de que comunicação não equivale apenas à produção de fala. Escutar envolve reconhecer tempo, gestos, expressões e modos singulares de resposta, além de evitar que o familiar se torne o único interlocutor. Os estudantes também reconheceram a importância de registrar com precisão aquilo que foi observado, aquilo que foi informado pela família e aquilo que permaneceu sem confirmação diagnóstica. Essa distinção reduziu o risco de conclusões indevidas e aproximou a experiência de uma prática clínica responsável.

A vivência fortaleceu competências de observação, abordagem familiar, educação em saúde e trabalho em equipe. Ao mesmo tempo, revelou limites: foram realizadas apenas duas visitas; não houve aplicação de escala padronizada de comunicação ou avaliação multidimensional; e não se documentaram desfechos posteriores das orientações. Tais limites indicam possibilidades de continuidade, como pactuação de seguimento com a equipe do território, incorporação de recursos de comunicação aumentativa e alternativa de baixa tecnologia e avaliação longitudinal da funcionalidade, da pressão arterial e da participação da usuária no plano de cuidado.

CONCLUSÃO

O acompanhamento domiciliar permitiu compreender que a dificuldade de comunicação da pessoa idosa atravessava a avaliação clínica, a educação em saúde e a participação nas decisões. A experiência respondeu ao objetivo ao demonstrar que a visita domiciliar, associada à escuta adaptada e à análise do contexto familiar, amplia a integralidade do cuidado, favorece o vínculo e torna visíveis necessidades que poderiam permanecer ocultas em uma consulta convencional.

Para os estudantes, a vivência consolidou aprendizados sobre comunicação inclusiva, confidencialidade, prudência diagnóstica e trabalho interprofissional. A continuidade da iniciativa pode incluir acompanhamento programado pela equipe de Saúde da Família, apoio

da eMulti e uso de recursos simples de comunicação acessível, com avaliação periódica da compreensão, da autonomia e das condições clínicas da usuária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. 22 set 2017.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Guia de cuidados para a pessoa idosa [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [citado 2026 ago 27]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_cuidados_pessoa_idosa.pdf
3. World Health Organization. Integrated care for older people: guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2025.
4. Brasil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Diário Oficial da União. 7 jul 2015.
5. Brasil. Lei nº 15.249, de 3 de novembro de 2025. Altera a Lei nº 10.098/2000 e a Lei nº 13.146/2015 para dispor sobre sistemas de comunicação aumentativa e alternativa de baixa tecnologia. Diário Oficial da União. 4 nov 2025.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União. 23 maio 2023.