

RELATO DE EXPERIÊNCIA IDENTIFICADO

VISITA DOMICILIAR À PESSOA IDOSA COM HISTÓRICO DE TUBERCULOSE E VULNERABILIDADE SOCIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

HOME VISITS TO AN OLDER PERSON WITH A HISTORY OF TUBERCULOSIS AND SOCIAL VULNERABILITY: AN EXPERIENCE REPORT

Camila Reageane Nery Costalat¹, Gabrielle Gomes de Lima¹, Gleicy Braga Azevedo¹, Jordana Carvalho da Silva¹, Juvencharles Lemos Alves¹, Luana Beatriz de Sousa Gatinho¹, Leany da Silva Fialho¹, Luiz Eduardo Oliveira Magalhães², Lilian Oliveira Magalhães³

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

2 Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil.

3 Professores 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: A visita domiciliar permite reconhecer como condições clínicas, familiares, ambientais e sociais interferem no cuidado à pessoa idosa, especialmente diante de histórico de tuberculose e dificuldade de acesso aos serviços. **Objetivo:** Relatar a experiência de acadêmicos de Medicina no acompanhamento domiciliar de uma pessoa idosa com múltiplas comorbidades e vulnerabilidade social no território de uma Estratégia Saúde da Família. **Descrição da Experiência:** A atividade ocorreu na ESF Samaumapara, em Bragança, Pará, durante práticas de Integração Ensino-Serviço-Comunidade, entre setembro e novembro de 2025. Foram realizadas três visitas domiciliares, com observação do contexto, diálogo com a usuária, consulta a registros disponíveis e ações educativas. Identificaram-se moradia com ventilação insuficiente, insegurança alimentar, dificuldade de transporte e organização de documentos, uso de corticoide e chás sem orientação, múltiplas condições crônicas e história referida de episódios de tuberculose e pneumonia. As intervenções incluíram orientações sobre ventilação, prevenção da tuberculose, uso seguro de medicamentos, alimentação, atividade física adaptada e seguimento pela equipe, além da entrega de pasta para organizar receitas e exames. Na terceira visita, observou-se melhor organização documental e participação da usuária no cuidado. **Conclusão:** A experiência demonstrou que intervenções educativas simples, associadas ao vínculo e à continuidade pela atenção primária, podem fortalecer autonomia e adesão. Também evidenciou a necessidade de respostas interprofissionais e intersetoriais diante dos determinantes sociais da saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Visita Domiciliar. Tuberculose. Saúde da Pessoa Idosa. Vulnerabilidade Social.

ABSTRACT

Introduction: Home visits make it possible to recognize how clinical, family, environmental, and social conditions affect care for older persons, especially in the presence of a history of tuberculosis and barriers to accessing health services. **Objective:** To report the experience of medical students in the home follow-up of an older person with multiple comorbidities and social vulnerability in a Family Health Strategy territory. **Experience Description:** The activity took place at the Samaúmapara Family Health Strategy unit in Bragança, Pará, Brazil, during Teaching-Service-Community Integration practices from September to November 2025.

Three home visits were conducted, including observation of the living context, dialogue with the user, review of available records, and educational actions. Insufficient household ventilation, food insecurity, transportation and document-organization difficulties, unsupervised use of corticosteroids and herbal teas, multiple chronic conditions, and a reported history of tuberculosis and pneumonia episodes were identified. Interventions included guidance on ventilation, tuberculosis prevention, safe medication use, nutrition, adapted physical activity, and follow-up by the health team, as well as provision of a folder to organize prescriptions and test results. At the third visit, improved document organization and participation in care were observed. **Conclusion:** The experience showed that simple educational interventions, combined with bonding and continuity in primary care, may strengthen autonomy and adherence. It also highlighted the need for interprofessional and intersectoral responses to the social determinants of health.

Keywords: Primary Health Care. House Calls. Tuberculosis. Health of the Elderly. Social Vulnerability.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) organiza ações individuais, familiares e coletivas no território e assume responsabilidade longitudinal pela população adscrita. A Política Nacional de Atenção Básica orienta que as equipes reconheçam necessidades sanitárias e sociais e utilizem diferentes espaços de cuidado, incluindo o domicílio, de acordo com as condições das pessoas e famílias.^{1,7} A visita domiciliar, portanto, não se limita à reprodução da consulta fora da unidade: ela amplia a compreensão sobre moradia, suporte familiar, acesso a recursos, uso de medicamentos e possibilidades reais de adesão ao plano terapêutico.

No cuidado à pessoa idosa, a abordagem deve considerar capacidade funcional, condições crônicas, autonomia, rede de apoio e determinantes sociais. O Guia de Cuidados para a Pessoa Idosa recomenda avaliação multidimensional, elaboração de plano individualizado e acompanhamento integrado, com valorização das capacidades preservadas e das preferências do usuário.² A atenção domiciliar favorece essa perspectiva ao incorporar contexto familiar, infraestrutura da residência e recursos disponíveis na definição do cuidado.³

A tuberculose mantém relação estreita com desigualdades sociais. Pobreza, insegurança alimentar, moradias precárias, aglomeração e ventilação insuficiente aumentam a exposição e podem dificultar diagnóstico, tratamento e proteção dos contatos.⁴⁻⁶ Em pessoas com história anterior da doença, sintomas respiratórios ou convivência com casos suspeitos ou confirmados exigem avaliação oportuna pelos serviços de saúde, sem que relatos familiares ou observações acadêmicas sejam utilizados isoladamente para definir atividade, recidiva ou reinfecção.

Experiências formativas no território permitem aos estudantes reconhecer que o manejo das condições crônicas e infecciosas depende tanto de decisões clínicas quanto de

vínculo, educação em saúde, coordenação da rede e articulação intersetorial. Este trabalho teve como objetivo relatar a experiência de acadêmicos de Medicina no acompanhamento domiciliar de uma pessoa idosa com múltiplas comorbidades, história referida de tuberculose e vulnerabilidade social no território da ESF Samaúmapara, destacando as intervenções desenvolvidas e os aprendizados para o cuidado integral.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Trata-se de relato de experiência descritivo e reflexivo, elaborado a partir de atividade acadêmico-assistencial do Eixo Comunidades II do curso de Medicina, desenvolvida entre setembro e novembro de 2025 no território da ESF Samaumapara, em Bragança, Pará. As ações ocorreram sob supervisão docente e com apoio da agente comunitária de saúde responsável pela área. Foram realizadas três visitas domiciliares, em 9 e 15 de setembro e 3 de novembro de 2025, utilizando diálogo aberto, observação do contexto de vida, consulta aos registros e exames disponibilizados pela usuária e anotações de campo. Não houve protocolo de pesquisa nem aplicação de instrumentos com finalidade investigativa. Para preservar a confidencialidade, iniciais, endereço e outros identificadores foram retirados.

A usuária acompanhada era uma mulher de 67 anos com múltiplas condições de saúde registradas no relato-base, entre elas hérnia de hiato, dilatação da aorta e cardiomegalia. Também foram informados três episódios de tuberculose e duas pneumonias nos três anos anteriores. Essas informações foram tratadas como história referida e dados disponíveis durante a vivência, sem inferência sobre atividade da doença ou confirmação diagnóstica atual. A usuária relatava cansaço, dificuldade de deslocamento até os serviços e problemas para organizar receitas, exames e encaminhamentos.

Na primeira visita, observou-se residência de madeira em área de difícil acesso, sem janelas e com ventilação insuficiente, além de condições limitadas de higiene e relato de insegurança alimentar. A composição familiar incluía pessoa com história de tuberculose e uso problemático de álcool e outras drogas, com dificuldade de adesão ao tratamento segundo as informações obtidas pelo grupo. O cenário evidenciou sobreposição de riscos clínicos, ambientais e sociais. O caso foi abordado sem responsabilizar a família pelas dificuldades identificadas, reconhecendo que adesão e acesso são condicionados por transporte, renda, alimentação, moradia e organização da rede de saúde.

A situação domiciliar levou o grupo a discutir medidas de prevenção da transmissão da tuberculose, especialmente a importância da circulação de ar e da avaliação de contatos e

peças sintomáticas pela equipe de saúde. O Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil orienta ações de vigilância, diagnóstico, tratamento e acompanhamento integradas à rede de atenção.⁴ As orientações foram apresentadas como medidas educativas e não substituíram avaliação clínica. Também se reconheceu que mudanças estruturais na moradia não dependem exclusivamente da vontade da usuária, demandando possível articulação com assistência social e outros setores.

Na segunda visita, identificou-se uso contínuo de corticoide e de chás medicinais sem orientação profissional documentada. Os estudantes dialogaram sobre riscos da automedicação, possíveis eventos adversos e importância de informar à equipe todos os medicamentos e produtos utilizados. Para apoiar a autonomia, foi entregue uma pasta organizadora para receitas, exames e encaminhamentos. A estratégia buscou reduzir perdas documentais, facilitar a comunicação com os serviços e tornar a usuária participante do acompanhamento, sem transferir a ela toda a responsabilidade pela coordenação do cuidado.

Durante o acompanhamento, também foram discutidas alimentação adequada às condições da usuária, hidratação, atividades físicas leves conforme avaliação profissional e controle da pressão arterial. Na terceira visita, observou-se que a pasta estava sendo utilizada e que os documentos se encontravam mais organizados. Foram retomadas as orientações anteriores e utilizado material ilustrativo para apoiar a educação em saúde. A entrega de frutas foi incorporada como recurso demonstrativo para conversar sobre escolhas alimentares possíveis, considerando disponibilidade, preferências, condições clínicas e limites econômicos.

O vínculo construído com a agente comunitária de saúde mostrou-se central para conhecer a realidade familiar e sustentar a continuidade das ações. O acompanhamento territorial permite identificar mudanças, buscar pessoas com necessidades de cuidado, apoiar a comunicação com a equipe e reduzir desconexões. Entretanto, a complexidade do caso ultrapassava uma resposta exclusivamente educativa. O grupo discutiu a necessidade de reavaliação clínica, revisão dos medicamentos, acompanhamento das condições cardiovasculares e respiratórias, avaliação de sintomas compatíveis com tuberculose quando presentes e organização do cuidado entre APS, vigilância e serviços especializados.

A vivência também indicou a pertinência de respostas interprofissionais e intersetoriais. Assistência social, vigilância em saúde, equipe multiprofissional, programas de segurança alimentar e serviços relacionados à saúde mental e ao uso de álcool e outras drogas poderiam contribuir conforme avaliação, disponibilidade local e concordância dos envolvidos.

A APS permanece como coordenadora do cuidado, articulando os pontos da rede e acompanhando os resultados dos encaminhamentos.^{1,3}

Entre os aprendizados, os estudantes destacaram que medidas simples podem produzir efeitos concretos quando respondem a uma necessidade pactuada, como a organização de documentos. Também compreenderam que aconselhar sobre ventilação ou alimentação é insuficiente quando a família não dispõe de estrutura ou recursos para realizar as mudanças. O cuidado integral requer escuta não culpabilizante, definição compartilhada de prioridades e combinação entre ações clínicas, educativas e sociais.⁸

A experiência apresentou limitações: número reduzido de visitas, ausência de instrumentos padronizados de avaliação multidimensional, dependência de informações referidas e falta de documentação sobre desfechos clínicos posteriores. Não foi possível afirmar cura, recidiva ou reinfeção por tuberculose, nem verificar a efetivação de todos os encaminhamentos propostos. Esses limites reforçam a necessidade de registro sistemático, seguimento longitudinal e comunicação entre os profissionais responsáveis pelo caso.

CONCLUSÃO

O acompanhamento domiciliar permitiu compreender como múltiplas condições de saúde, história de tuberculose, moradia com ventilação insuficiente, insegurança alimentar, dificuldade de transporte e fragilidades familiares se combinavam na experiência da pessoa idosa. A visita possibilitou identificar necessidades que poderiam permanecer pouco visíveis em atendimentos restritos à unidade e orientar intervenções educativas voltadas ao uso seguro de medicamentos, organização de documentos, alimentação, ventilação e continuidade do cuidado.

Para os estudantes, a vivência fortaleceu competências de escuta, abordagem familiar, educação em saúde e análise dos determinantes sociais. A continuidade do acompanhamento deve incluir avaliação clínica e funcional, vigilância de sinais e contatos relacionados à tuberculose, revisão terapêutica e articulação interprofissional e intersetorial. A autonomia da usuária pode ser ampliada quando ações simples são acompanhadas de vínculo, suporte da equipe e respostas concretas às barreiras sociais identificadas.

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. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.

Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_cuidados_pessoa_idosa.pdf

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. 2ª ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
4. World Health Organization. Implementing the End TB Strategy: the essentials, 2022 update. Geneva: World Health Organization; 2022.