

ENTRE CASAS E ENCONTROS: EXPERIÊNCIAS DE CUIDADO HUMANIZADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Eduarda Almeida Libos Daubian ¹
Guilherme Dicke Filho ¹
Luiz Gustavo da Silva ¹
Marco Antônio Rodrigues Póvoas ¹
Maria Eduarda Mezzomo Vasconcelos ¹
Mateus Ávila Costa Santos ¹
Pedro Almeida Pereira ¹
Thiago Petry da Silva ¹
Lilian Pommer ²

INTRODUÇÃO

O conceito de atenção primária à saúde (APS) é visto atualmente como uma maneira de organização da atenção à saúde que possui como objetivo responder de forma regionalizada e sistematizada boa parte das necessidades de saúde de uma população, colocando em conjunto ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, reabilitação e cura, juntamente com a atenção a indivíduos e comunidades, na tentativa de tornar o cuidado mais individualizado.¹ Fica cada vez mais evidente a transformação nas formas do cuidado em saúde, especialmente sobre a transição do modelo biomédico para a adoção de uma relação mais humanizada, onde as equipes buscam se vincular com os pacientes, respeitando sua autonomia e particularidades.² O uso de estratégias como a escuta ativa, a interação emocional e o vínculo afetivo constituem fatores fundamentais para que seja realizada a assistência completa ao paciente.

Nesse contexto está a visita domiciliar que surge como uma importante ferramenta para a realização e fortalecimento do cuidado em saúde, uma vez que possibilita a assistência ao paciente em seu próprio contexto familiar e social.³ Ao levar o cuidado para o ambiente pessoal de cada indivíduo, torna-se possível compreender de forma mais ampla os determinantes sociais, emocionais e culturais que influenciam diretamente no processo saúde-doença.³ Além disso, as visitas domiciliares também atuam como estratégia de enfrentamento do isolamento social e da solidão, fortalecendo vínculos humanos e proporcionando ao paciente maior sentimento de pertencimento, acolhimento e visibilidade dentro do cuidado em saúde.⁴ Justifica-se a escolha desta abordagem diante

¹ Discentes da primeira etapa do Curso de Medicina do Centro Universitário - UNIVAG.

² Enfermeira. Docente do Centro Universitário de Várzea Grande – UNIVAG.

da crescente vulnerabilidade multidimensional da população geral, mais principalmente a que acomete a população idosa, que frequentemente enfrenta barreiras físicas, geográficas e sociais para acessar os serviços tradicionais de saúde na unidade.

A partir dessa compreensão, foi estruturado o projeto de extensão “Entre casas e encontros: experiências de cuidado humanizado na atenção primária à saúde”, desenvolvido por meio do Programa Extensionista Integrador (PEI) do curso de Medicina da Faculdade UNIVAG. O projeto foi realizado na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF), localizada em Várzea Grande – MT.

Diante desse contexto, o presente projeto teve como foco teve como objetivo geral promover o cuidado integral à população idosa adscrita na unidade de saúde, por meio de visitas domiciliares humanizadas e atividades coletivas de integração social. Especificamente, buscou-se fortalecer os vínculos entre usuários e equipe de saúde, incentivar o autocuidado, estimular a participação comunitária, promover educação em saúde de forma lúdica e contribuir ativamente para a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar biopsicossocial da população idosa do território.

Assim, o presente relata a experiência de estudantes de medicina nas ações de saúde para as pessoas idosas na atenção primária, no contexto da extensão universitária na formação médica.

2. METODOLOGIA

A metodologia para o desenvolvimento do projeto partiu de um estudo observacional, sobre uma atividade de campo ancorada na metodologia da problematização,⁵ com base no relato de experiência vivenciado por discentes da primeira etapa do curso de Medicina da Faculdade UNIVAG. Para o processo de construção coletiva e problematizadora foi fundamental utilizar o Arco de Magueres para maior compreensão das etapas, partindo do princípio de que o aluno aprende algo quando o transforma: participando ativamente da observação da realidade, a identificação do problema promove sua teorização e a elaboração de soluções práticas para o subsequente retorno à realidade.

Nesse sentido, seguiram-se rigorosamente as cinco etapas preconizadas pelo arco: observação da realidade, definição dos pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade de forma colaborativa.⁵ A experiência relatada foi desenvolvida

durante os meses de maio a junho de 2026. O estudo foi realizado em uma unidade de atenção primária à saúde, situada em Várzea Grande - Mato Grosso. A unidade tem como estrutura organizacional oferecer cuidados básicos para a população que reside na área de abrangência da região, tendo início das suas atividades das 7h às 17h de segunda à sexta-feira.

A composição da Equipe de Saúde é formada por 4 enfermeiras, 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 5 técnicas de enfermagem, 2 secretárias, 1 gerente administrativa, 4 médicos, 1 dentista, 1 técnica em saúde bucal e 1 auxiliar de serviços gerais, configurando um corpo de trabalho multiprofissional voltado à atenção básica.

A aplicação prática do Arco de Maguerez deu-se através do seguinte detalhamento metodológico por 5 etapas: Observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e a aplicação à realidade.

Na primeira etapa do arco, foi realizado o reconhecimento físico e funcional da Unidade de Saúde da Família (USF), onde se analisou como é feita a organização das equipes de saúde e o funcionamento geral do serviço. Os discentes tiveram a oportunidade de observar e conhecer a estrutura física que é composta por: quatro salas de enfermagem (sendo duas com banheiro conjugado), sala de curativo, sala administrativa, sala de vacina, farmácia, almoxarifado, recepção, sala de CCO, copa para os colaboradores, quatro consultórios médicos, quatro banheiros e um depósito de material de limpeza. Adicionalmente, analisou-se o entorno geográfico e social, observando que os bairros da área de abrangência contêm quatro unidades escolares, esgoto a céu aberto, asfalto e calçadas em situação precária, e vários trajetos em processo irregular de asfaltamento.

Além disso, identificou-se que a unidade possui duas áreas descobertas devido à falta temporária de agentes comunitários de saúde. Deste modo, e após extensas conversas com as equipes que compõem o quadro de funcionários, observou-se uma expressiva demanda reprimida voltada à população idosa, com solicitações frequentes de visitas domiciliares, ausência de suporte estruturado à saúde mental, e falta generalizada de atividades de lazer e recreação comunitária.

Na segunda etapa, correspondente à identificação dos pontos-chave, o grupo tabulou e priorizou os diferentes obstáculos enfrentados, na sua maioria, pelas pessoas idosas daquele território. Estes obstáculos estão relacionados principalmente às condições sociais desfavoráveis, vulnerabilidade econômica, barreiras estruturais urbanas e à alta

prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. Destacaram-se, por exemplo: a negligência familiar, as severas limitações de locomoção (tanto de ordem individual e biológica quanto de ordem estrutural e das vias públicas), a hipertensão arterial e diabetes mellitus recorrentemente descompensadas, assim como o elevado índice de idosos vítimas de quedas domiciliares. O grupo observou e registrou também que os idosos da comunidade relataram de forma unânime o isolamento social, desânimo crônico, falta de opções de lazer e sedentarismo, fatores que agravaram sensivelmente as vulnerabilidades físicas e emocionais dessa faixa etária.

Na terceira etapa buscou-se aprofundar o conhecimento teórico acerca dos problemas identificados na realidade observada. Para subsidiar a compreensão e fundamentar cientificamente os desafios enfrentados pela população adscrita, foram consultados documentos oficiais do Ministério da Saúde, artigos científicos e as diretrizes da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece a APS como a principal porta de entrada e coordenadora do cuidado do SUS, destacando a visita domiciliar como ferramenta fundamental para ampliar o acesso e garantir assistência integral.⁶ Complementarmente, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) enfatiza a manutenção da autonomia, independência e qualidade de vida através da participação social e do fortalecimento de vínculos afetivos como estratégias essenciais para mitigar os impactos do isolamento social e do sedentarismo.⁷ Já na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa serviu como importante instrumento para nortear o acompanhamento de parâmetros funcionais, prevenção de quedas, uso correto de fármacos e estímulo cognitivo.⁸

Na quarta etapa fundamentada pela teorização, elaborou-se uma proposta de ação dividida em duas frentes integradas: a realização de visitas domiciliares humanizadas e a execução de um bingo interativo e dinâmico na recepção da unidade intercalado com orientações em saúde durante os intervalos dos prêmios. O principal objetivo dessa intervenção foi mitigar as vulnerabilidades identificadas, transpor o atendimento estritamente clínico e devolver o ânimo aos pacientes, promovendo o bem-estar biopsicossocial, a estimulação cognitiva e a movimentação corporal. Toda a proposta foi estruturada metodologicamente a partir da ferramenta de gestão 5W2H para assegurar clareza e efetividade operacional, conforme ilustrado na figura 1.

Quadro 1: 5W2H usada como estratégia de planejamento.

What(O que)	Bingo educativo na recepção da Unidade Básica de Saúde. Visitas domiciliares para acompanhamento de pacientes assistidos pela equipe de saúde.
Why (Por que)	Promover educação em saúde, fortalecimento do vínculo entre comunidade e equipe de saúde, acompanhamento clínico de pacientes em situação de vulnerabilidade e aproximação dos estudantes com a realidade social e sanitária da população atendida.
Who (Quem)	Equipe multiprofissional da Unidade Básica de Saúde (médico, enfermeiras e agente comunitária de saúde), professora orientadora e estudantes do curso de Medicina.
Where (Onde)	USF e domicílios pertencentes à área de abrangência da unidade.
When (Quando)	Atividade realizada no período da manhã. O bingo educativo ocorreu das 7h às 8h30 e as visitas domiciliares foram realizadas aproximadamente entre 8h30 e 9h, seguidas de discussão dos casos na unidade.
How (Como)	Distribuição de cartelas e realização de bingo interativo com entrega de premiações; orientações educativas sobre hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, prevenção de quedas em idosos e importância da atividade física; realização de alongamentos coletivos; Visitas domiciliares para avaliação clínica, aferição de sinais vitais, acompanhamento de pacientes com condições crônicas e discussão multiprofissional dos casos.
How Much (Quanto)	Foram investidos 200 reais para o dia de execução do bingo, viabilizados por meio de recursos próprios dos acadêmicos e arrecadação de doações.

Fonte: Autoria dos Estudantes de Medicina (2026).

Na última etapa foi realizada a materialização prática do projeto teve início no mês de abril e finalizado em maio de 2026, com o planejamento estratégico e alinhamento do grupo. As ações de campo consistiram na aplicação cronológica das frentes planejadas: em um primeiro momento realizaram-se as visitas domiciliares humanizadas sistemáticas levando o cuidado integral e as atividades de estímulo cognitivo; e, no dia 29 de maio de 2026, executou-se a ação coletiva do bingo educativo associado às pausas ativas na recepção da USF, modificando a rotina da sala de espera tradicional e consolidando a aplicação prática do aprendizado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A materialização das ações trouxe resultados altamente satisfatórios e significativos para o território. Tal resultado é compatível com estudos que demonstram que atividades coletivas e ações comunitárias na Atenção Primária fortalecem o vínculo entre usuários e serviços de saúde e ampliam a participação social dos indivíduos.¹⁰ No

âmbito das visitas domiciliares (com início das ações de campo em abril voltadas à busca ativa e imunização), foram realizadas 9 visitas domiciliares no intuito principal de imunizar idosos contra a Influenza. Em cada residência, a chegada do grupo gerava uma grande expectativa por parte dos idosos e de seus familiares. Os acadêmicos se apresentavam e iniciavam os trabalhos realizando a aferição sistemática da pressão arterial e da glicemia capilar dos idosos do domicílio.

Antes da aplicação da vacina, sempre se esclarecia de forma humanizada o procedimento que seria realizado e a importância epidemiológica da vacinação, seguidos de orientações práticas como o agendamento de consultas complementares e a revisão de exames diagnósticos que haviam chegado, mas que ainda não tinham sido apresentados ao médico da equipe. O diálogo estendia-se de maneira fluida e a troca de saberes era intensa entre acadêmicos e comunidade; observava-se nos olhos dos idosos a profunda satisfação de se sentirem cuidados, e nos estudantes o prazer em exercer um cuidado médico genuíno. Entre a oferta de café e água gelada, consolidaram-se manhãs de promoção de saúde pautadas pelo compromisso técnico e pela humanização. Evidências apontam que as visitas domiciliares contribuem para a ampliação do acesso aos serviços, fortalecimento do cuidado longitudinal e melhoria da qualidade de vida da população idosa.¹¹

Figura 1: Visitas domiciliares realizadas pelos acadêmicos de Medicina, 2026.



Fonte: Arquivo pessoal dos autores, 2026.

No dia 29 de maio de 2026, a grande intervenção coletiva do bingo educativo foi plenamente executada. A atividade contou com cinco categorias de prêmios altamente atrativos (incluindo copos térmicos, guarda-chuvas, potes de condimentos, vasos de plantas e bonés), os quais foram integralmente viabilizados através de recursos financeiros próprios dos acadêmicos e da arrecadação ativa de doações. O ambiente físico da recepção da USF foi completamente transformado: após os pacientes passarem pela triagem regular de enfermagem, o grupo acadêmico organizou uma mesa central e anunciou o início da dinâmica lúdica. Para garantir ampla visibilidade, total transparência e prender a atenção visual do público idoso (muitos com acuidade visual reduzida), utilizou-se a tela de um notebook conectado a um site de sorteio eletrônico com exibição ampliada dos números sorteados.

O bingo foi planejado para ocorrer de maneira contínua e inclusiva: quando um participante completava a cartela, ele escolhia o prêmio de sua preferência e o jogo prosseguia imediatamente com as mesmas cartelas, sem necessidade de reinicialização. Isso manteve todos os idosos constantemente engajados e com chances reais e simétricas de ganhar até o esgotamento total dos prêmios. O grande diferencial pedagógico e assistencial da ação na UBS foi a implementação sistemática das chamadas 'Pausas Ativas', realizadas estrategicamente entre a aclamação de cada ganhador, antes de dar continuidade ao sorteio.

Rompendo a passividade rotineira das salas de espera tradicionais, o grupo inseriu dinâmicas de movimentação corporal e educação em saúde. Nessas pausas, os alunos convidaram entusiasticamente os pacientes para realizar alongamentos orientados de membros superiores e inferiores. Além do movimento físico adaptado, às pausas foram aproveitadas para abordar, de forma leve, dialógica e interativa, as doenças crônicas mais prevalentes no grupo, como a hipertensão arterial e a diabetes mellitus. As brincadeiras conduzidas eram descontraídas e pedagógicas, lançando perguntas disparadoras como: 'Quem aqui já tomou o remédio da pressão hoje?.'

A partir da intensa interação e das respostas espontâneas do público, o grupo explicava a grande importância da adesão medicamentosa rigorosa, dos riscos da automedicação e das práticas de autocuidado, traduzindo com sucesso o conhecimento científico médico para uma linguagem estritamente acessível, prática e perfeitamente inserida na realidade socioeconômica dos pacientes.

Figura 2: Atividade coletiva do bingo e pausas ativas na recepção da USF



Fonte: Arquivo pessoal dos autores, 2026.

A recepção da comunidade diante de todas as atividades propostas foi marcada por uma participação expressiva e pelo envolvimento profundamente ativo do público presente na unidade. Apesar de uma apreensão técnica inicial por parte da equipe organizadora, a atividade quebrou o paradigma do atendimento tradicional e foi recebida de forma positiva. À medida que a proposta era apresentada, observou-se um aumento gradual e contínuo do interesse e da adesão dos participantes, que demonstraram entusiasmo e extrema receptividade desde os primeiros momentos. Além da participação massiva no bingo, houve significativa adesão às dinâmicas educativas e de alongamento corporal realizadas nos intervalos, evidenciando o real interesse do público pelos temas de saúde abordados e pela troca horizontal de conhecimentos promovida.

Sob a ótica da reflexão crítica do grupo, identificaram-se múltiplos pontos positivos: a resignificação do espaço da Unidade Básica de Saúde como um ambiente acolhedor, de convivência e de promoção ativa da saúde mental; a construção de um canal de comunicação horizontal e humanizado entre os futuros médicos e a comunidade; e o estímulo concreto à cognição e mobilidade. Como limitações e oportunidades de melhoria (pontos negativos/desafios), destaca-se a infraestrutura física restrita da recepção para comportar grandes contingentes de forma confortável e a carência crônica de recursos financeiros institucionais para a aquisição de materiais lúdicos, dependendo exclusivamente do autofinanciamento discente. Como oportunidades futuras, vislumbra-se a institucionalização dessas salas de espera ativas na rotina fixa da unidade de saúde.

A satisfação total observada nos participantes reforçou a importância de estratégias que utilizem a ludicidade combinada à assistência clínica integral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atividades extensionistas desenvolvidas ao longo do semestre letivo demonstraram um impacto profundamente positivo e transformador na realidade local e na formação humanística dos acadêmicos envolvidos. Conclui-se que o objetivo geral proposto pelo grupo foi plenamente alcançado, uma vez que se conseguiu promover o cuidado integral à saúde da população idosa do território através da convergência bem-sucedida entre o acompanhamento clínico domiciliar humanizado e as ações de socialização coletiva na unidade.

Entre os principais benefícios consolidados, destacam-se a mitigação do sentimento de solidão expresso pelos idosos, o fomento à autonomia e ao autocuidado nas doenças crônicas, e o estreitamento expressivo do vínculo de confiança entre a comunidade e o serviço de saúde local. Como limitações enfrentadas, ressaltam-se o curto período cronológico de execução do projeto de extensão e os desafios estruturais e socioeconômicos intrínsecos ao território, os quais demandam ações intersetoriais contínuas do poder público que extrapolam o escopo da atuação acadêmica.

A vivência prática proporcionou aos acadêmicos de Medicina inseridos no primeiro semestre um aprendizado significativo que transcende os limites das salas de aula e da literatura teórica. A experiência possibilitou ao grupo compreender as complexas realidades sociais que compõem o Sistema Único de Saúde e desenvolver um olhar clínico pautado na empatia e na responsabilidade social. As atividades extensionistas evidenciaram que o cuidado em saúde vai além da prescrição de tratamentos, exigindo escuta qualificada, integração comunitária e ações humanizadas capazes de promover dignidade, protagonismo e bem-estar à população assistida.

REFERÊNCIAS

1. Matta GC, Morosini MVG. Atenção primária à saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da educação profissional em saúde. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2009. p. 44-50.
2. World Health Organization. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes. Geneva: World Health Organization; 2018.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 28 maio 2026]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar>
4. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Social isolation and loneliness in older adults: opportunities for the health care system. Washington (DC): National Academies Press; 2020.
5. Berbel NA. A metodologia da problematização em três versões no contexto da didática e da formação de professores. Rev Diálogo Educ. 2012;12(35):101-118.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de atenção domiciliar na atenção primária à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Guia de atividades coletivas na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.