

O contexto das visitas domiciliares a partir das necessidades de comunicação: uma perspectiva dos profissionais da atenção básica

The context of home visits based on communication needs: a perspective from primary care professionals

El contexto de las visitas domiciliarias a partir de las necesidades de comunicación: una perspectiva de los profesionales de atención primaria

Ana Caroline Giusti de Andrade¹ 

Carla Salles Chamouton² 

Resumo

Introdução: A visita domiciliar é uma estratégia do Sistema Único de Saúde para atender às mudanças nas necessidades de saúde da população brasileira, trazendo desafios, especialmente quando os usuários apresentam necessidades de comunicação. **Objetivo:** Caracterizar o perfil e a rotina dos profissionais da atenção básica envolvidos em visitas domiciliares em um centro de saúde de um município de grande porte do estado de São Paulo, além de compreender sua perspectiva sobre as necessidades comunicativas dos usuários. **Método:** Trata-se de um estudo de caráter transversal e qualitativo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (nº 6.111.895). A amostra incluiu médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de Enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). A coleta de dados combinou um formulário de caracterização dos entrevistados e entrevistas semiestruturadas

¹ Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, SP, Brasil.

² Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, Marília, SP, Brasil.

Contribuição das autoras:

ACGA: metodologia; coleta de dados; análise dos dados e escrita do artigo.

CSC: orientação; concepção do estudo; metodologia; análise dos dados; escrita do artigo; tradução dos resumos para Línguas Espanhola e Inglesa e tradução do artigo para a Língua Inglesa.

E-mail para correspondência: carla.chamouton@gmail.com

Recebido: 16/04/2025

Aprovado: 28/05/2025

analizadas por meio da Análise de Conteúdo Clínico-Qualitativa. **Resultados:** Os profissionais envolvidos demonstraram uma diversidade de experiências nas visitas domiciliares, destacando a importância dos ACS. As necessidades comunicativas dos usuários variam em tipo e origem, e os profissionais enfrentam dificuldades, adaptando estratégias para atendê-las. **Conclusão:** A comunicação deve ser central no processo de cuidado no contexto da visita domiciliar, integrando práticas interdisciplinares, considerando determinantes sociais, promovendo o Letramento em Saúde e adotando uma abordagem ampliada que garanta a integralidade e a autonomia do usuário.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Visita Domiciliar; Integralidade em Saúde; Linguagem; Barreiras de Comunicação.

Abstract

Introduction: Home visits are a strategy of the Brazilian Unified Health System (SUS) to address changing health needs of the population, bringing challenges, especially when users present communication needs. **Aim:** To characterize the profile and routine of primary care professionals involved in home visits at a health center in a large municipality in the state of São Paulo, as well as to understand their perspective on the communicative needs of users. **Method:** This is a cross-sectional and qualitative study, approved by the Research Ethics Committee of the University of Campinas (no. 6.111.895). The sample included physicians, nurses, nursing technicians/assistants, and community health workers (CHWs). Data collection combined a characterization form of the interviewees and semi-structured interviews analyzed through Clinical-Qualitative Content Analysis. **Results:** The professionals involved demonstrated a diversity of experiences during home visits, highlighting the importance of CHWs. Users' communication needs vary in type and origin, and professionals face challenges, adapting strategies to meet them. **Conclusion:** Communication should be central in the care process within the context of home visits, integrating interdisciplinary practices, considering social determinants, promoting Health Literacy, and adopting a broadened approach that ensures comprehensive care and user autonomy.

Keywords: Primary Health Care; House Calls; Integrality in Health; Language; Communication Barriers.

Resumen

Introducción: La visita domiciliar es una estrategia del Sistema Único de Salud de Brasil para responder a los cambios en las necesidades de salud de la población, lo que implica desafíos, especialmente cuando los usuarios presentan necesidades comunicativas. **Objetivo:** Caracterizar el perfil y la rutina de los profesionales de atención primaria involucrados en visitas domiciliares en un centro de salud de un municipio de gran tamaño del estado de São Paulo, así como comprender su perspectiva sobre las necesidades comunicativas de los usuarios. **Método:** Se trata de un estudio transversal y cualitativo, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Campinas (n.º 6.111.895). La muestra incluyó médicos, enfermeros, técnicos/auxiliares de enfermería y agentes comunitarios de salud (ACS). La recolección de datos combinó un formulario de caracterización de los entrevistados y entrevistas semiestructuradas analizadas mediante Análisis de Contenido Clínico-Cualitativo. **Resultados:** Los profesionales participantes demostraron una diversidad de experiencias en las visitas domiciliares, destacando la importancia de los ACS. Las necesidades comunicativas de los usuarios varían en tipo y origen, y los profesionales enfrentan dificultades, adaptando estrategias para atenderlas. **Conclusión:** La comunicación debe estar en el centro del proceso de atención en el contexto de la visita domiciliar, integrando prácticas interdisciplinares, considerando los determinantes sociales, promoviendo la Alfabetización en Salud y adoptando un enfoque ampliado que garantice la integralidad y la autonomía del usuario.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Visita Domiciliar; Integralidad en Salud; Lenguaje; Barreras de Comunicación.

Introdução

A atenção básica (AB) tem como princípios: acessibilidade, vínculo, coordenação do cuidado, integralidade e continuidade e caracteriza-se como o principal acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS). Sua principal estrutura são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), instaladas no território pertencente aos usuários, e que favorecem a resolubilidade de grande parte das necessidades de saúde¹.

Dentre as ferramentas de cuidado previstas para a AB, a visita domiciliar (VD) se configura como uma resposta dos sistemas de saúde para as mudanças populacionais e de necessidades de saúde, como o aumento de atendimentos às pessoas idosas e sequelas ou doenças crônicas degenerativas, além de garantir o cuidado daqueles usuários que possuem dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Vista a necessidade do acompanhamento longitudinal e do cuidado integral, a VD se constituiu como estratégia relevante do fazer em saúde².

Nessa perspectiva, atender às demandas da população e pautar o cuidado na integralidade, se aproxima dos conceitos defendidos pela Clínica Ampliada de que ao se distanciar do modelo biomédico e passar a enxergar o sujeito em sua singularidade e completude, por meio do trabalho em equipe, permite-se a existência de diferentes olhares e a consideração do usuário e do meio no qual ele se insere de maneira mais efetiva³.

Os preceitos de humanização incluídos nas políticas públicas¹ reforçam este paradigma ampliado de saúde, uma vez que acredita na comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários como produtora de mudanças e recurso para a produção de saúde. Na abordagem humanizada, preconiza-se a inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado, buscando abarcar os múltiplos aspectos que constituem a vida e a saúde do sujeito, dentre eles, podendo ser considerada a comunicação.

É nessa conjuntura que a Declaração Universal dos Direitos Humanos⁴, estabelece o direito à comunicação, estando ligado à oportunidade de diálogo e participação social, como uma ferramenta essencial para assegurar outros direitos humanos e promover a construção de uma sociedade mais democrática.

Assim, a limitação nas modalidades de linguagem para determinados grupos, como pessoas com necessidades complexas de comunicação, por

exemplo, também se relaciona com os princípios do SUS, em especial de equidade e integralidade que propõem, respectivamente: a diminuição das desigualdades e a abordagem do sujeito como um todo, a fim de atingir todas as suas necessidades, articulando-se intersetorialmente para promover saúde e qualidade de vida ao indivíduo⁵.

Nesta perspectiva, linguagem, comunicação e diálogo se inter-relacionam, mas apresentam-se enquanto distintos em suas dimensões constitutivas. A linguagem é concebida como uma atividade discursiva complexa, materializada na interação e construída historicamente nos usos sociais, envolvendo aspectos neurológicos, corporais e simbólicos. Já a comunicação refere-se ao processo pelo qual sentidos são compartilhados entre interlocutores, sendo orientada por intencionalidades e contextos que ultrapassam a simples transmissão de informações, incorporando a interpretação ativa dos sujeitos. O diálogo, por sua vez, emerge como a forma mais dinâmica e situada dessa atividade, expressando a construção conjunta de sentidos entre os interlocutores, em uma lógica de alteridade e co-construção⁶.

Sendo a comunicação um direito humano, há relação direta com as capacidades comunicativas do sujeito e seus determinantes sociais da saúde, considerando fatores econômicos, sociais, étnicos/raciais, comportamentais, culturais e psicológicos. Uma comunicação não efetiva interferirá diretamente no processo saúde-doença-cuidado do indivíduo, podendo se constituir enquanto barreira do seu acesso aos serviços de saúde.

Segundo Penteadó⁶, a saúde está diretamente relacionada às capacidades do sujeito de interação, expressão, comunicação e ação no mundo, o que justifica a importância da consideração da linguagem como mediação simbólica para a promoção da saúde. Logo, promover saúde implica também em promover o desenvolvimento e fortalecimento do sujeito, na e pela linguagem e comunicação.

A fim de assegurar as diretrizes da AB, mantendo o equilíbrio entre o cuidado-técnico e o cuidado-ético, a comunicação deve ser elevada como protagonista do cuidado, pois é ela a responsável por permitir, por meio do acolhimento e escuta atenta, que o sujeito seja compreendido em sua integralidade. A abordagem das necessidades comunicativas no processo saúde-doença-cuidado é responsabilidade da equipe de saúde e os profissionais envolvidos devem estar preparados para

estreitar vínculos, fortalecer relações e otimizar o fazer em saúde⁷.

Bertachini⁷ pontua que a comunicação não pode ser uma barreira entre o profissional e o usuário e assim, a VD apresenta possibilidade de aproximação não somente do indivíduo em si, mas do contexto no qual este se insere, levando à valorização da dimensão subjetiva do sujeito e das práticas relacionais em saúde. Uma vez dentro da casa dos usuários, os profissionais passam a enxergá-los por outras perspectivas, percebendo necessidades que muitas vezes não chegam às unidades de saúde⁸.

Adentrar o domicílio, faz com que os profissionais adentrem mais intimamente seu mundo e sua singularidade, permitindo conhecer suas condições de vida, sua moradia, seu trabalho e suas relações⁹. Por meio da escuta ativa, o potencial da visita domiciliar é ampliado, pois a comunicação usuário-profissional intensifica o vínculo, desperta o sentimento de confiança e fortalece o processo saúde-doença-cuidado incluindo o sujeito e seus familiares. Pela construção do diálogo é possível compreender o outro, e ser compreendido¹⁰.

Neste contexto, os profissionais lidam muitas vezes com pessoas com sequelas, doenças degenerativas ou demais condições de saúde limitantes e que podem apresentar comprometimento de linguagem. Destaca-se, então, a importância da narrativa do usuário para a construção do cuidado, havendo ainda o apagamento daqueles que não conseguem contar sua história devido às suas necessidades específicas de comunicação, o que leva a consequências diretas nas possibilidades de cuidado¹¹.

Assim, os objetivos do presente estudo são caracterizar o perfil e a rotina dos profissionais da atenção básica envolvidos nas visitas domiciliares de um centro de saúde (CS) de um município de grande porte do estado de São Paulo, e conhecer sua perspectiva acerca das necessidades de comunicação dos usuários atendidos.

Material e método

Trata-se de um estudo de caráter transversal e qualitativo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas sob número 6.111.895.

A pesquisa foi realizada em um CS do município de Campinas, São Paulo. A escolha do local se

dá pela relevância para a pesquisa por se tratar de uma população adscrita à unidade de maior vulnerabilidade socioeconômica da região e consequente dependência do SUS.

A fim de garantir a viabilidade da pesquisa, foi realizado um piloto com sujeitos próximos dos critérios de inclusão e exclusão para constituição da amostra do estudo, mas que não integrem as equipes do CS escolhido como campo para a coleta de dados. A partir do piloto, foram identificadas necessidades de alterações que foram feitas para a aplicação do questionário e a realização da entrevista com os participantes da pesquisa.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão, profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos de Enfermagem e agentes comunitários de saúde) que participassem das visitas domiciliares das Equipes de Saúde da Família (ESF) do CS. Os critérios de exclusão considerados foram profissionais que não integrassem as equipes de forma permanente, como residentes, por exemplo, e aqueles que não respondessem aos instrumentos de forma completa.

O CS está organizado em quatro ESF e foram considerados participantes: médicos, enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de Enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), por se tratar dos profissionais que participam das visitas domiciliares da unidade em questão.

A todos os 24 participantes entrevistados, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para anuência e assinatura para que então fosse dado início às etapas de coleta de dados.

A coleta de dados contemplou, primeiramente, a aplicação de um questionário contendo perguntas sobre a caracterização dos profissionais da unidade (idade, gênero, profissão, tempo de formação, e tempo de atuação na atenção básica, no centro de saúde e na visita domiciliar).

Após a aplicação do questionário, foi realizada uma entrevista semiestruturada com as seguintes perguntas norteadoras:

- 1) Quem são os usuários atendidos nas visitas domiciliares pela sua equipe?
- 2) Você percebe dificuldades para os usuários se comunicarem nas visitas domiciliares? Se sim, quais são essas dificuldades?
- 3) Quais estratégias são utilizadas durante a visita domiciliar para facilitar a comunicação com os usuários?

4) Qual a importância da comunicação no contexto da visita domiciliar?

Optou-se pela entrevista como ferramenta de coleta de dados, a fim de garantir o maior número possível de experiências e opiniões acerca da temática, valorizando e evidenciando a singularidade de cada participante, que se dá pelas suas vivências, personalidade e biografia¹².

As entrevistas foram registradas em áudio e transcritas na íntegra para análise. O tratamento dos dados qualitativos foi realizado por meio da Análise de Conteúdo Clínico-Qualitativa, que consiste em uma proposta de sistematização de análise, buscando trazer clareza ao pesquisador e garantir qualidade. Tal técnica visa estimular reflexões e intervenção dos profissionais no campo da saúde, diante das experiências de vida dos entrevistados¹³.

Resultados

Foram entrevistados 24 profissionais da unidade, sendo nove ACS, cinco técnicos e/ou auxiliares

de Enfermagem, cinco enfermeiros e cinco médicos. A seguir, será apresentada a caracterização dos entrevistados de cada categoria profissional, a partir das informações coletadas pelo questionário, incluindo as informações relativas às visitas domiciliares realizadas por eles.

Em relação à média de idade (Tabela 1), os ACS apresentaram 41 anos, sendo o mínimo 33 e o máximo, 54 anos. Os enfermeiros tiveram média de 36 anos de idade com mínimo de 28 e máximo de 41 anos. Os ACS também apresentaram maior tempo de formação, atuação na atenção básica e nas visitas domiciliares, com média de 16,5, mínimo de nove e máximo de 22 anos. Os técnicos e/ou auxiliares de Enfermagem, tiveram o maior tempo de atuação no CS em comparação aos demais profissionais, com média de 16 anos, mínimo de um mês e máximo de 22 anos. Os médicos apresentaram as menores médias de tempo de atuação na atenção básica e na visita domiciliar, com nove e seis meses, respectivamente.

Tabela 1. Média e desvio padrão de idade, tempo de formação, atuação na atenção básica, no centro de saúde e nas visitas domiciliares por categoria profissional

Variáveis	Grupos							
	ACS (n=9)		Técnicos (n=5)		Enfermeiros (n=5)		Médicos (n=5)	
	Média (anos)	Desvio Padrão	Média (anos)	Desvio Padrão	Média (anos)	Desvio Padrão	Média (anos)	Desvio Padrão
Idade	41	10	37	13	36	14	38	8
Tempo de formação	16,5	5,5	14	10	5,5	5,4	10,8	11,5
Tempo de atuação na AB	16,5	5,5	8	10	10,5	8	9 meses	17
Tempo de atuação no CS	15	6,3	16	31	6	30	1	607
Tempo de atuação nas VD	16,5	5,5	7	8	7	7,4	3 meses	2

Legenda: ACS - agente comunitário de saúde, AB - atenção básica, CS - centro de saúde, VD - visita domiciliar.

Quanto ao gênero dos entrevistados (Tabela 2), a maioria foi feminina entre os ACS (88,9%), técnicos e/ou auxiliares de Enfermagem (100%) e

enfermeiros (100%). Entre os médicos, a maioria foi do gênero masculino (60%).

Tabela 2. Caracterização dos entrevistados quanto ao gênero

Grupo	Gênero	
	Feminino	Masculino
ACS (n=9)	88,9% (n=8)	11,1% (n=1)
Técnicos (n=5)	100% (n=5)	0
Enfermeiros (n=5)	100% (n=5)	0
Médicos (n=5)	40% (n=2)	60% (n=3)

Legenda: ACS - agente comunitário de saúde.

Sobre a caracterização da rotina das visitas domiciliares (Tabela 3), elas foram realizadas, com maior frequência pelos ACS, ocorrendo, em média, 2,5 vezes por semana. Os ACS e os técnicos e/ou auxiliares de Enfermagem foram os profissionais

que fizeram maior número de visitas por dia, sendo uma média de quatro. Os médicos tiveram o maior tempo médio de duração de cada visita, com 45 minutos.

Tabela 3. Caracterização das visitas domiciliares quanto à frequência, tempo médio de duração e quantidade por dia, por categoria profissional

Variáveis/Grupos	ACS (n=9)	Técnicos (n=5)	Enfermeiros (n=5)	Médicos (n=5)
Frequência (por semana)	2,5	1,2	1	1
Tempo médio de duração	30 minutos	40 minutos	30 minutos	45 minutos
Quantidade por dia	4	4	3	3

Legenda: ACS - agente comunitário de saúde.

A partir da Análise de Conteúdo Clínico-Qualitativa, foram estabelecidas quatro categorias de acordo com a repetição e relevância das temáticas durante as respostas dos entrevistados: 1. Caracterização dos usuários atendidos em visita domiciliar, 2. Necessidades de comunicação dos usuários, 3. Estratégias de comunicação, e 4. Importância da comunicação no contexto da visita domiciliar.

Para apresentar os autores dos trechos extraídos das entrevistas e aqui apresentados, utiliza-se a abreviação TEC para técnicos/auxiliares de Enfermagem, ENF para enfermeiros, MED para médicos e a sigla habitual de ACS para os agentes comunitários de saúde. A fim de facilitar a contextualização das respostas, junto à identificação da categoria profissional do participante, é mostrado o gênero, a idade e o tempo de atuação na VD.

Caracterização dos usuários atendidos em visita domiciliar

Quando questionados em relação ao perfil dos usuários atendidos nas visitas, a resposta mais recorrente (n=16) foi que são usuários acamados

e/ou impossibilitados de comparecer ao CS por diversos fatores, como: redução de mobilidade, saída recente de internação hospitalar, deficiência visual, usuários que sofreram acidentes, puérperas, sequelas de Acidentes Vascular Cerebral (AVC) e cuidados especiais, como tratamento de câncer, conforme os trechos a seguir:

“Normalmente os pacientes da VD são pacientes que não conseguem vir até o centro de saúde. Então, os acamados, pacientes domiciliares, ou aqueles que estão num momento impossibilitados de vir. Então, se a pessoa sofreu um acidente ou fez uma cirurgia ou algum procedimento que ela não consegue vir até aqui.”

(ENF3, mulher, 35 anos, participa das VDs há 4 meses)

“São pacientes que não conseguem se locomover até o centro de saúde, que têm dificuldade, estão acamados ou saíram recentemente do hospital.”

(TEC2, mulher, 29 anos, participa das VDs há 6 anos)

“Preferencialmente são pacientes que têm dificul-

dade de locomoção, então são idosos, acamados, sequelados de AVC geralmente, ou portadores de necessidade especiais, teve um com amputação, é... porta, de diabéticos geralmente com alguma comorbidade, deficientes visuais também, que dificulta vim na unidade, é...ou também, a gente faz visita em pacientes que estão em cuidados especiais, vamos supor, um tratamento de câncer, que aí fizeram cirurgia recente, a gente também faz essas visitas.” (MED2, homem, 34 anos, participa das VDs há 6 meses)

A segunda resposta mais presente (n=8) foi relativa à caracterização etária, sendo os usuários idosos os mais frequentes nas VDs:

“No geral tem muito dos usuários que é idoso, a maioria é idoso”. (TEC1, mulher, 47 anos, participa das VDs há 3 meses)

“A gente tem muito idoso, então tem as famílias constituída de pai e mãe e os filhos, né? A gente atende os netos também. Mas basicamente, a gente atende tudo, atende...A minha equipe tem muito vizinho, muito idoso, né?” (ACS7, mulher, 49 anos, participa das VDs há 21 anos)

Seis profissionais descreveram o perfil dos sujeitos que recebem o atendimento domiciliar como pacientes com demandas mais complexas de saúde, citando afasia, AVC, fatores cognitivos, déficits neurológicos, sequelas de doenças crônicas e usuários em cuidados paliativos, conforme os exemplos:

“São as pessoas mais vulneráveis, acamados, doenças mais complexas mesmo”. (MED 5, mulher, 56 anos, participa das VDs há 4 meses)

“São pacientes com doenças crônicas em sua maioria, em grande parte idosos, mas também a gente tem atendido agora crianças com doenças crônicas, a gente tem uma criança que tá em cuidados paliativos, temos um adolescente que a gente atende com obesidade, que a gente também tem ido na casa dele, desde que começou aí. Mas na grande maioria são idosos com doenças crônicas”. (ENF3, mulher, 35 anos, participa das VDs há 4 meses)

Outra categoria também citada (n=5) relaciona o perfil dos usuários atendidos na VD com

demandas de saúde mental como esquizofrenia e depressão, como podemos ver a seguir:

“[...] paciente às vezes com um transtorno mental, então o paciente que tem um quadro de esquizofrenia, uma esquizofrenia mais grave que tá mais revoltado numa depressão [...]”. (MED1, homem, 32 anos, participa das VDs há 4 meses)

“E também pacientes com saúde mental que têm dificuldade para sair de casa.” (ACS9, mulher, 37 anos, participa das VDs há 9 anos)

Além disso, alguns entrevistados (n=4) relataram que parte dos usuários se encontram em vulnerabilidade socioeconômica e por esse motivo, não conseguem comparecer à unidade:

“[...] mas eu tenho alguns pacientes que por questões socioeconômicas ou outras questões familiares a gente insere para manter o cuidado porque, se a gente não for, a gente sabe que o familiar não vai conseguir trazer e aí a gente tem uma piora do quadro, um agravo e tudo mais”. (ENF4, mulher, 37 anos, participa das VDs há 8 meses)

Nas respostas, também apareceu como perfil de usuários atendidos nas visitas, pessoas com dificuldade de adesão ao plano terapêutico (n=3), como mostra o seguinte trecho:

“Ou uma com necessidade de adesão ao tratamento ou uma gestante que tenha faltado muito”. (ENF1, mulher, 38 anos, participa das VDs há 4 anos)

Necessidades de comunicação dos usuários

Quando questionados sobre dificuldades comunicativas dos usuários atendidos nas visitas, apenas um entrevistado negou que os usuários tivessem qualquer tipo de dificuldade para se comunicar:

ENT.: E desses usuários, a senhora já chegou a perceber alguma dificuldade de comunicação neles quando vocês estavam na casa? Eles tiveram algum tipo de dificuldade para se comunicar?

PART.: Não.

ENT.: Nunca?

PART.: Não.

ENT.: Nenhum tipo de dificuldade?

PART.: Não.

(ACS8, mulher, 54 anos, participa das VDs há 22 anos)

Quatro profissionais relataram que percebem necessidades de comunicação por parte dos sujeitos atendidos, porém não descreveram especificamente em quais aspectos, justificando que as dificuldades comunicativas irão depender do quadro clínico, como pode ser visto a seguir:

"[...] essa dificuldade de comunicação, ela pode sim existir, por uma série de fatores diferentes".

(MED1, homem, 32 anos, participa das VDs há 4 meses)

"Sim, depende do problema de saúde, né?"

(ENF1, mulher, 38 anos, participa das VDs há 4 anos)

Dos 24 entrevistados, 13 apontaram que as dificuldades comunicativas dos usuários atendidos por sua equipe são relativas à compreensão, havendo então uma dificuldade para entender a mensagem que está sendo passada, conforme os seguintes trechos:

"É, eu percebo sim[...]tem dificuldade de entendimento também da nossa proposta terapêutica".

(MED2, 34 anos, homem, participa das VDs há 6 meses)

"[...]às vezes a gente tem, assim, esses distúrbios de comunicação. Mas por ser idoso, eu acho que também tem essa dificuldade, né, que às vezes eles não tem assim total entendimento."

(ACS2, mulher, 33 anos, participa das VDs há 9 anos)

"E às vezes, acho que dificuldade de entender o que nós dizemos também."

(ENF2, mulher, 35 anos, participa das VDs há 10 anos)

No que se refere a dificuldades na expressão, 13 profissionais disseram perceber tal característica nos usuários atendidos por eles nas visitas, como mostram as seguintes falas:

"[...] tem sim, tem dificuldade em comunicação, [...] pra falar, pra se expressar."

(TEC1, mulher, 47 anos, participa das VDs há 3 meses)

"Se o motivo da visita for ele ser idoso e acamado, geralmente tem dificuldade de comunicar e a gente conversa com o cuidador ou com o familiar. Muitas vezes a pessoa nem fala nada."

(MED4, mulher, 30 anos, participa das VDs há 4 meses)

"Às vezes os pacientes têm dificuldade em relatar pra gente o que sente, contar pra gente como é que foi a rotina às vezes, em relação à sua medicação".

(ENF5, mulher, 41 anos, participa das VDs há 13 anos)

Seis profissionais relataram, ainda, a baixa escolaridade dos usuários como um aspecto relacionado às necessidades de comunicação:

"Muitos não sabem ler e escrever. Sabe, tem muito analfabeto, sabe? Ou com pouca escolaridade, que mal assina o nome, sabe? Então assim, a dificuldade que a gente encontra é essa, né? Da leitura mesmo, do estudo, até os jovens também viu, muitos que nem terminaram o ensino fundamental".

(ACS7, mulher, 49 anos, participa das VDs há 21 anos)

"[...] não são todos, mas a nossa população é uma população que tem, assim, uma certa dificuldade por causa do nível de alfabetização. Então eles não são muito alfabetizados. Então, assim, às vezes a gente tem que explicar de uma forma bem simples."

(TEC4, mulher, 55 anos, participa das VDs há 28 anos)

Estratégias de comunicação

Quando questionados sobre as estratégias que utilizam quando se veem frente a um usuário com necessidades complexas de comunicação, 19 dos 24 participantes apontaram o apoio de interlocutores como uma ferramenta, citando o auxílio de familiares/acompanhantes/cuidadores, como exemplificado nos trechos:

"Porque a situação geralmente de quem a gente faz visita não é muito de entender do próprio paciente. Então a gente tenta o feedback do familiar aqui no posto, pra ver se está dando certo, como que está, né?"

(TEC3, mulher, 48 anos, participa das VDs há 2 meses)

"Mas, assim, às vezes quando o paciente não consegue mesmo, assim, o próprio paciente tem muita dificuldade e ele já tem dificuldade também no seu próprio autocuidado, a gente busca conversar com

outra pessoa da família, ou com o cuidador ou com alguém da família que não é o cuidador principal, mas que vai entender o que a gente está querendo conversar, dizer ali, prosseguimento.

(ENF2, mulher, 35 anos, participa das VDs há 10 anos)

“[...]talvez chamar alguém, algum familiar mais próximo para poder ajudar, auxiliar a um entendimento, né?”

(ACS8, mulher, 54 anos, participa das VDs há 22 anos)

“A família acaba trazendo o que esse paciente tem.”

(ACS9, mulher, 37 anos, participa das VDs há 9 anos)

Outra estratégia também citada por 13 entrevistados foi a utilização de meios de comunicação que incorporem a multimodalidade da linguagem, como bilhetes, desenhos, imagens, expressões faciais, gestos etc., como mostrado nas seguintes respostas:

“[...] no caso da administração de medicação a gente tem montado umas caixinhas com os dias que precisa tomar aquela medicação e já deixa o kit montadinho”.

(TEC1, mulher, 47 anos, participa das VDs há 3 meses)

“E aí a gente vai pra famosa dedução, a gente... “Balança a cabeça se é isso”, entendeu? “É, é isso”, “não é”, e aí a gente vai tentando por erro e acerto”.

(ENF4, mulher, 37 anos, participa das VDs há 8 meses)

“Sempre eu faço por escrito pra ele vir com papelzinho pra facilitar.”

(ACS4, mulher, 53 anos, participa das VDs há 22 anos)

Ainda como estratégia, oito participantes trouxeram o trabalho em equipe, relatando que conversas com outros profissionais ou tê-los nas visitas facilita a compreensão do paciente e o entendimento do profissional sobre as necessidades do usuário, como mostra o trecho:

“[...]discute os casos nas reuniões de equipe e coloca as dificuldades que a gente achou, como foi a visita, pontos positivos, pontos negativos e as ações que a gente tem que desenvolver para poder viabilizar a entrada dessa pessoa na unidade e conseguir resolver o problema dela”.

(TEC4, mulher, 55 anos, participa das VDs há 28 anos)

Dentre as respostas que citaram a equipe, três apresentaram os agentes comunitários de saúde como interlocutores importantes para a comunicação no momento da visita, justificando esse fato pelo vínculo que eles possuem com os usuários:

“A gente usa muito, assim, ajuda dos agentes comunitários, porque como eles estão sempre no território...tem mais contato com as famílias, então eles sabem muito mais dos problemas, das necessidades dos pacientes do que a gente, então eles ajudam muito nisso”.

(ENF5, mulher, 41 anos, participa das VDs há 13 anos)

Por fim, oito profissionais relataram que, frente a alguém com dificuldades comunicativas, optam pelo favorecimento do entendimento por meio de maior clareza na fala, repetições, detalhamentos, adequação de vocabulário, falar mais alto e/ou mais devagar, como mostram os trechos:

“[...] explicar, contar né, detalhes das informações, recontar, né, se a pessoa não entende”.

(ACS1, homem, 53 anos, participa das VDs há 21 anos)

“E a gente até costuma falar de forma simples, que é o jeito que eles vão entender para estar fazendo corretamente o que a gente orienta.”

(TEC4, mulher, 55 anos, participa das VDs há 28 anos)

“Eu acho que é adaptar a linguagem ao paciente e ao familiar. Alguns pacientes não vão ter entendimento mesmo por conta do nível de consciência basal do paciente. Tem pacientes que até tem perda auditiva, você vai ter que aumentar o tom de voz para conversar. Alguns pacientes realmente não conseguem entender algumas palavras, então adaptar as palavras àquele paciente.”

(MED3, homem, 30 anos, participa das VDs há 15 dias)

Importância da comunicação no contexto da visita domiciliar

Quando questionados sobre a importância da comunicação no contexto da visita domiciliar, todos os entrevistados afirmaram que é de suma importância. A maioria (n=13) relacionou a importância da comunicação com o processo de cuidado do

usuário, uma vez que sem o claro entendimento de ambas as partes, não é possível ofertar o melhor e mais completo atendimento ao caso, conforme aparece nos seguintes trechos:

"[...]bem importante que, talvez não a família fale pelo paciente que está sendo atendido, mas o próprio paciente eu acho que, a importância é pra gente saber mesmo a opinião dele, saber o que ele pensa, saber o que ele sente sobre tudo que ele tá sentindo, é, tudo que ele tá passando, é, porque a família fala que é uma coisa, mas por vezes pode ser que seja outra coisa que ele quer expressar e não consiga."

(ACS6, mulher, 43 anos, participa das VDs há 16 anos)

"[...] eu acho importante essa comunicação porque é através de conversa, de saber o que o paciente tá sentindo também a gente consegue falar com cada um segundo sua demanda. Às vezes a pessoa não sabe se expressar, mas você tando ali você sabe."

(ACS5, mulher, 44 anos, participa das VDs há 11 anos)

"Mas é fundamental, e aí entra, com certeza com relação a visita domiciliar, mas comunicar é a base do vínculo profissional da saúde-paciente. Não existe atendimento em saúde sem comunicação."

(MED1, homem, 32 anos, participa das VDs há 4 meses)

Onze entrevistados relacionaram a importância da comunicação com a efetividade do tratamento. Essa categoria abrangeu, majoritariamente, respostas relacionadas ao entendimento do usuário acerca das orientações trazidas pelos profissionais:

"[...] seria pra resolução e efetividade do tratamento mesmo, senão não consegue ter nenhum controle, nenhum resultado [...]"

(MED 5, mulher, 56 anos, participa das VDs há 4 meses)

"Então eu preciso saber da pessoa, como tá indo, tá melhorando, não tá melhorando com o tratamento proposto. Então, eu preciso saber o que tá acontecendo, eu preciso dessa comunicação ouvindo, né, e depois eu preciso dar orientações e preciso que a pessoa escute e compreenda... E compreenda, é... pra que a gente consiga fazer um bom atendimento de fato, né?"

(ENF1, mulher, 38 anos, participa das VDs há 4 anos)

"A importância da comunicação é tudo, né? Porque a comunicação é o que vai fazer efeito no tratamento, no cuidado, em tudo no paciente, né? Então, basicamente deixar tudo muito, o mais possível, né, claro, para esse paciente seguir com tratamento adequado."

(TEC3, mulher, 48 anos, participa das VDs há 2 meses)

Discussão

Este estudo apresenta limitações relacionadas à amostra reduzida e específica, uma vez que foi realizado em um único CS de um município de grande porte e em uma área com alta vulnerabilidade socioeconômica, envolvendo apenas 24 profissionais de saúde. Essa restrição geográfica e demográfica pode comprometer a generalização dos resultados para outros contextos, como unidades de saúde em áreas com diferentes características socioeconômicas ou organizacionais. Além disso, por ser um estudo transversal e qualitativo, os resultados refletem um momento específico no tempo e são baseados em percepções subjetivas dos participantes, o que dificulta a extrapolação dos achados para outras realidades ou a identificação de tendências ao longo do tempo.

Os resultados da pesquisa corroboram a literatura do campo da saúde em que há a predominância de mulheres entre os profissionais atuantes na área. As mulheres constituem 70% do total de profissionais da saúde e desde 2000, a participação delas dentre as profissões mais bem remuneradas vem crescendo, o que mostra um avanço na luta por cargos e remunerações justas¹⁴.

A única categoria profissional entrevistada que teve minoria no número de mulheres foi a médica, que, apesar de tender ao crescimento do percentual feminino, atualmente demonstra a desigualdade na atuação especializada e na renda, o que confirma a distribuição distinta de gênero por profissões, sendo as categorias profissionais mais bem remuneradas, como médicos, farmacêuticos e dentistas, ocupados por homens, e ocupações com menor remuneração, como a Enfermagem, principalmente ocupadas por mulheres¹⁵.

Outro dado importante levantado na caracterização dos entrevistados foi a alta rotatividade de profissionais no CS, que aparece pelo pouco tempo de atuação na unidade, o que emerge como uma questão que afeta tanto a qualidade quanto a

continuidade do atendimento. A presença de profissionais recém-contratados em grande número indica uma instabilidade na força de trabalho da saúde, que pode ter diversas implicações. A constante entrada e saída de profissionais pode afetar o relacionamento entre os usuários e os prestadores de cuidados, bem como a eficácia geral de um sistema de saúde que se baseia no vínculo¹⁶.

Uma das principais consequências da rotatividade de profissionais é a falta de continuidade nos cuidados. Os usuários podem enfrentar desafios ao terem que se adaptar a diferentes profissionais de saúde a cada visita. A falta de familiaridade e confiança mútua pode prejudicar o cuidado, a comunicação e a adesão, o que, por sua vez, pode impactar na resolutividade das ações de saúde. Logo, sendo a atenção domiciliar baseada na aproximação dos profissionais ao contexto sociofamiliar, contribuindo e constituindo-se a partir da criação de vínculos, a constante mudança na equipe responsável pelo usuário irá dificultar tal aproximação e impactar diretamente na VD¹⁶.

Além disso, a formação e integração de novos profissionais podem ser demoradas e dispendiosas, devido a um período de admissão, treinamento teórico-prático específico e adaptação e, uma vez que toda equipe é responsável pelo planejamento, agendamento e organização das visitas, mudanças na constituição da equipe irão afetar a organização dos processos de trabalho.

Quanto ao tempo de atuação, os profissionais que apresentaram maior tempo de atuação na AB e nas VDs, além de serem a segunda categoria em relação ao tempo de atuação no CS, foram os ACSs, também citados em algumas entrevistas como promotores e responsáveis por grande parte dos vínculos com os usuários, sendo este um princípio inerente ao seu trabalho^{17,18}.

Esses profissionais são, muitas vezes, o primeiro ponto de contato entre os usuários e o CS, sendo responsáveis pelo cadastramento, monitoramento e registro dos aspectos de saúde daquela população, em que comumente existem diálogos e próximos com a comunidade em decorrência da convivência e confiança na atuação deste profissional^{17,18}. Essa proximidade permite uma compreensão mais profunda das necessidades e circunstâncias individuais da população, o que pode resultar em melhores resultados de saúde, uma vez que os ACS têm uma visão integral das demandas, incluindo fatores sociais, econômicos e culturais.

Assim, sendo o ACS o principal contato da unidade de saúde no território, e o profissional que mais realiza VDs, os vínculos criados com as famílias servirão de base para o processo, consolidando-se a partir da escuta ativa e possibilitando, assim, o desenvolvimento do cuidado de forma compartilhada, além de favorecer atividades de educação em saúde de forma horizontal¹⁷.

Quanto à organização das VDs, o tempo de duração de cada visita é estabelecido pelas equipes responsáveis, que deverão se organizar a partir de um determinado período e número de usuários a visitar, assim como estabelecer as prioridades de atendimentos¹⁶. A média do tempo de duração obtido a partir dos dados foi de 30 a 45 minutos, valor próximo dos encontrados em outros estudos, os quais revelam que o tempo médio de permanência na casa da família é de 45 a 55 minutos¹⁹, porém esse valor pode se alterar, principalmente no caso dos ACS.

O tempo dispensado nas VDs entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS revela a dinâmica da prestação de serviços de saúde. Os médicos aparecem como os profissionais com maior tempo empregado em cada visita, evidenciando a realização de avaliações detalhadas, diagnósticos e tratamentos¹⁹. Isso pode ser de suma importância em casos de condições médicas complexas e exigentes, garantindo uma abordagem clínica completa.

Os dados mostraram que os ACSs fazem mais visitas por semana, contemplando uma diversidade de usuários e procedimentos que podem ser muito distintos entre si e se diferenciam em relação ao tempo necessário à sua realização, o que pode ter contribuído para a média de tempo de cada visita ter sido menor do que as outras profissões.

Um estudo realizado por Sakata e colaboradores⁸ trazem que o tempo de duração das visitas é discutido pelas equipes e encarado como principal fator limitante para a eficácia das VDs. Os autores dividem o tempo de duração das VDs, a partir da percepção dos profissionais, de duas formas: o tempo cronológico, aquele que caracteriza o tempo gasto em cada visita e a articulação do tempo gasto nesta atividade com as outras que também são de responsabilidade do profissional, e o tempo emocional, que corresponde ao uso de tecnologias leves no cuidado domiciliar, podendo ser considerado o vínculo e o atendimento integral à família. O tempo cronológico foi marcado como um fator

limitante, enquanto o tempo emocional apareceu como fator positivo à promoção de cuidado a partir das individualidades dos usuários.

Apesar de o tempo para a realização das VDs ser visto como um fator negativo, a comunicação efetiva e sensível às necessidades do usuário não é dispensável. É possível que, por meio de organização das ideias e marcadores temporais para condução do diálogo, o profissional realize, mesmo com tempo limitado, uma escuta que valorize o indivíduo e se assegure de que haja o entendimento mútuo⁷.

O perfil dos usuários atendidos pelas VDs, de acordo com os discursos dos entrevistados, segue o proposto pelo Ministério da Saúde (2020)¹⁶ quando abrange usuários acamados ou com limitada mobilidade, sejam por questões sociofamiliares e/ou econômicas, demandas de saúde mais complexas ou devido à idade avançada. Dadas as diversas necessidades dos usuários, a VD marca um lugar de garantia do direito constitucional à saúde.

É importante lembrar que o perfil dos usuários atendidos nas VDs, e consequentemente presentes nos discursos dos entrevistados, têm relação direta com a área adstrita do CS e a população local, marcada pela vulnerabilidade socioeconômica, a partir de suas necessidades e possibilidades de benefícios com as VDs¹⁶.

Também são considerados elegíveis para as VDs, usuários com situações agravadas de saúde mental e para tais situações, possibilita-se uma avaliação mais abrangente das condições psíquicas e físicas do usuário, considerando o contexto familiar e socioeconômico do sujeito, levantando dados que impactam na adesão do indivíduo por meio da identificação dos fatores que podem ser trabalhados visando a prevenção de complicações ou recaídas²⁰.

Frente a usuários que experienciam dificuldades de mobilidade ou impossibilidade de comparecimento às unidades de saúde, pelos mais diversos motivos, as VDs oferecem uma alternativa vital para garantir o acesso contínuo aos serviços de saúde, possibilitando “a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”²¹.

Além das impossibilidades de acesso, a dificuldade de adesão ao plano terapêutico é um desafio comum enfrentado pelas unidades, como explicitado na fala dos entrevistados. Bertolozzi

e colaboradores²² colocam que quanto menor o conhecimento do indivíduo a respeito do próprio processo saúde-doença-cuidado, maior será sua passividade perante o tratamento proposto para superação da enfermidade. Sendo a educação um fator significativo para a garantia à saúde e um determinante social de saúde, faz-se necessária a consideração do Letramento em Saúde (LS), para que o usuário tenha os conhecimentos e competências necessárias para acessar, compreender e aplicar orientações em saúde, tendo assim, capacidade para realizar e manter o autocuidado²³.

Um estudo realizado com 350 idosos encontrou relações diretas entre o LS e as variáveis de idade e anos de estudo, apontando que quanto maior a idade, menor o LS e quanto maior os anos de estudo, maior o LS²⁴. Uma vez que idade e escolaridade são fatores presentes nos discursos dos profissionais, as VDs têm também o potencial de permitir uma abordagem personalizada do LS do usuário, por meio de orientações sobre seu plano terapêutico, esclarecendo dúvidas e fornecendo suporte direto. A partir da compreensão das barreiras específicas que podem comprometer a adesão, os profissionais de saúde podem desenvolver estratégias mais significativas para favorecer a participação do sujeito no seu processo de cuidado.

Além dos fatores de letramento, a vulnerabilidade da população do território, citada pelos entrevistados, evidencia a necessidade de consideração dos Determinantes Sociais de Saúde em geral. Ao reconhecer e avaliar fatores que integram a vida do sujeito, como as condições socioeconômicas, o acesso a recursos e o suporte social, o contexto das VDs tem o potencial de favorecer o conhecimento da realidade e reduzir as disparidades de saúde⁵.

Como exposto por Santos e colaboradores²⁵, não é possível fazer saúde desconsiderando sua relação com diversos setores sociais e, a baixa escolaridade dos usuários foi um dos aspectos apontados como impeditivo para a efetiva comunicação durante as VDs. É sabido que as fragilidades socioeconômicas afastam a população da educação e, consequentemente, prejudicam o LS, dificultando a permanência e adesão de pessoas com baixo nível escolar aos serviços de saúde²⁶. Assim, conforme pontuado por Passamai e colaboradores²⁷, pessoas com pouco letramento frequentemente queixam-se de que os profissionais da saúde fazem uso de termos que não são acessíveis, falam demasiadamente

rápido ou fornecem informações insuficientes para seu autocuidado.

No discurso dos profissionais, a vulnerabilidade socioeconômica da população do território é colocada como um desafio ao impactar diretamente a comunicação, em especial a compreensão, dificultando o entendimento da fala dos profissionais e, conseqüentemente, o tratamento, como colocado por parte dos entrevistados. É importante marcar que o foco das respostas dos entrevistados é o outro, e não ele mesmo: o não alcance do objetivo da visita pode se dar por falta de melhor expressão ou compreensão do usuário, não por ausência de escuta ativa ou melhor esclarecimento por parte do profissional. Percebe-se, assim, a culpabilização do usuário pelas suas fragilidades e a não responsabilização do profissional pelo processo de cuidado.

Assim, tendo no campo da Saúde Coletiva o propósito de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo, cabe aos profissionais da saúde afastar-se do modelo biomédico atentando-se aos determinantes de saúde à medida que passam a considerar a saúde em suas múltiplas dimensões, adaptando-se para fazer-se entender pelo usuário e compreendendo-o, podendo assim atuar numa perspectiva promotora da saúde.

Portanto, ao integrar a atenção à saúde mental, abordar desafios na adesão ao plano terapêutico, demandas complexas de saúde, vulnerabilidade socioeconômica e fatores etários, o enfoque aos determinantes sociais de saúde nas visitas domiciliares, promove a garantia do direito à saúde, favorecendo a equidade no acesso aos serviços e contribuindo para uma abordagem integral na oferta de cuidados em saúde. Na busca pela integralidade, enquanto preceito do SUS, é necessário que a linguagem seja mediação simbólica, a partir das capacidades de comunicação e interação do usuário, tornando possível o trabalho conjunto para melhora na sua qualidade de vida a partir de ações desenvolvidas de acordo com suas demandas^{5,6}.

Nesse sentido, a análise das entrevistas identificou uma percepção heterogênea dos profissionais em relação às dificuldades comunicativas dos usuários. Enquanto apenas um entrevistado negou a existência de qualquer obstáculo na comunicação, outros profissionais reconheceram nuances complexas e dificuldades diversas em relação às características e origens dos impactos na comunicação.

Parte dos profissionais apresentou dificuldade para nomear quais obstáculos enfrentam na comunicação com o usuário, no entanto, a dicotomia entre compreensão e expressão emergiu como tema central nos discursos dos entrevistados. Enquanto alguns identificaram dificuldades na compreensão dos sujeitos, em especial no entendimento das propostas terapêuticas, outros apontaram entraves na expressão eficaz desses usuários, o que evidencia a conversão da comunicação em um diálogo unidirecional¹¹.

Sendo a comunicação um campo interacional, de compartilhamento e compreensão de mensagens verbais e não-verbais, quando algum desses pilares não está em pleno funcionamento, a comunicação é comprometida. As barreiras presentes na comunicação, sejam elas de caráter expressivo ou receptivo, exigem que o profissional reforce e valide a compreensão do sujeito, preocupando-se em utilizar a linguagem adequada ao nível de compreensão do receptor. Além disso, a escuta ativa deve ser utilizada para acessar as necessidades do usuário, por vezes escondidas “por trás das queixas” e, a partir disso, dar início ao cuidado. Portanto, pode-se afirmar que o cuidado não ocorre em sua integralidade quando a comunicação não é considerada.

As interações dialógicas entre profissionais e usuários não são apenas veículos de transmissão de dados clínicos, mas espaços onde a subjetividade acontece e pode ser moldada e compartilhada²⁸. A compreensão desse aspecto complexo e o papel central da comunicação é crucial para uma prática humanizada e resolutive, transcendendo as barreiras estritamente clínicas para abraçar a riqueza das experiências individuais e reconhecer o sujeito enquanto ativo e potente de seu próprio cuidado. Assim, fica claro, ao adentrar as particularidades da comunicação durante as VDs, que a linguagem não é apenas um meio de transmissão de informações clínicas, mas uma ferramenta para marcar subjetividade, promover a autonomia e fortalecer o sujeito frente à vulnerabilidade.

O reconhecimento da importância da participação do sujeito em seu processo de cuidado instiga a necessidade de horizontalizar as relações, ultrapassando as barreiras hierárquicas tradicionais⁷. Neste caso, a consideração da vulnerabilidade não é uma constatação de limitações, mas um convite para uma abordagem mais empática e inclusiva, onde a comunicação se torna uma ponte para a compreensão mútua e a colaboração no cuidado à saúde.



Nesta perspectiva, reforça-se o papel central da VD na aproximação com a comunidade e o território. O ambiente que é de convívio e rotina do usuário e sua família, guarda informações valiosas acerca de sua forma de viver. Os profissionais responsáveis pelas VDs têm a oportunidade de entender os determinantes sociais de saúde do usuário de forma mais abrangente e presencial, entendendo o verdadeiro contexto de vida das pessoas e, assim, encontram-se em situação privilegiada no planejamento terapêutico de acordo com as reais possibilidades do usuário e de sua rede de apoio¹⁶.

A compreensão aprofundada do outro e do seu contexto durante as VDs, se constitui como uma peça fundamental na eficácia das estratégias de comunicação e intervenções terapêuticas por meio do contato com a subjetividade do outro. Ao adentrar no mundo do usuário, os profissionais têm a oportunidade de contextualizar suas abordagens, ajustando-as de acordo com as necessidades específicas de comunicação e de vida de cada indivíduo¹⁰. Para tal, é importante que haja adaptações das estratégias de comunicação de acordo com as particularidades de cada usuário, a fim de garantir um processo dialógico.

Apesar de o apoio do cuidador ter sido citado pelos profissionais entrevistados como uma estratégia de comunicação, é importante pontuar que a comunicação tem papel fundamental não apenas na VD, mas também na constituição do sujeito²⁸. Logo, para que haja promoção da saúde, é preciso que o sujeito e, conseqüentemente, a comunicação, seja protagonista do processo de cuidado⁷.

Inspirado nos princípios de Paulo Freire²⁹, reconhece-se que “o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo e não um favor que podemos, ou não, conceder uns aos outros; assim, apesar de o cuidador ser um ator importante no cuidado¹⁶, a autonomia do sujeito, mesmo que com algum grau de dependência, deve ser mantida por meio da comunicação e atenção à sua integralidade, uma vez que “ninguém é sujeito da autonomia de ninguém”²⁹.

Na atenção domiciliar, o cuidador é um agente potente para a construção conjunta dos processos, assim como para o estabelecimento do protagonismo do usuário. O papel do cuidador é identificar as necessidades e potencialidades da pessoa cuidada, ajudando-a quando necessário, mas também permitindo que faça por si aquilo que tem condições de fazer. Logo, cuidar não se resume em atuar

pelo outro, mas estimulá-lo na conquista de sua autonomia³⁰.

O envolvimento do cuidador no processo comunicativo, cria uma parceria que favorece o usuário a expressar suas necessidades, compreender as informações fornecidas e participar ativamente nas decisões relacionadas à sua saúde. Nesse sentido, a comunicação eficaz não é apenas transmitida, mas co-construída, promovendo uma abordagem mais igualitária e respeitosa³⁰.

Para favorecimento deste processo de construção conjunta da comunicação e do vínculo, os entrevistados trouxeram o trabalho em equipe como elemento colaborativo. A relação entre os profissionais de saúde é essencial nas VD, onde o usuário se beneficia de uma visão integral, incluindo seu contexto e suas necessidades, o que possibilita um atendimento de maior eficiência e qualidade⁹. A compreensão de que o sujeito não se cuida isoladamente, mas em um contexto social e familiar, destaca a importância de uma abordagem coletiva. A interdisciplinaridade permite a troca de conhecimentos e experiências, enriquecendo as estratégias de comunicação e garantindo uma visão mais abrangente das demandas do usuário.

Como estratégia de comunicação, dentro da possibilidade da atuação multiprofissional, foi destacada a presença do ACS que atua a fim de aproximar os profissionais da Equipe de Saúde da Família e a comunidade local, sendo o elo entre o serviço e a população, enquanto ator importante na identificação de problemas e possibilidades de cuidado ao usuário. Ao envolver a comunidade e os ACS, cria-se uma rede de apoio que fortalece os laços sociais, contribuindo para um cuidado integral e horizontalizado⁷.

A integralidade no contexto da comunicação destaca a interligação intrínseca entre o sujeito, a forma como se comunica e o cuidado que recebe. A comunicação não é apenas um meio de transmitir informações clínicas, mas uma parte constitutiva do sujeito e, por extensão, do processo de cuidado⁶. Ao reconhecer que a forma como o sujeito se expressa, compreende e interage com o outro é tão relevante quanto os aspectos clínicos, torna-se possível promover uma abordagem integral, que contempla a complexidade e a individualidade de cada pessoa em seus diferentes contextos de vida⁵.

A comunicação torna-se, assim, uma expressão multifacetada do sujeito, incorporando elementos emocionais, sociais e culturais que influenciam



diretamente o processo de cuidado do mesmo. Limitar o sujeito nas suas possibilidades de comunicação, fere não apenas os princípios do SUS, como também os direitos humanos⁴.

Logo, tem-se que a comunicação vai além da efetividade do tratamento, como colocado por alguns profissionais e, assim, implica em reconhecer que o sucesso na comunicação é maior do que a transmissão eficaz de informações clínicas. A qualidade da comunicação desempenha um papel determinante na construção de relacionamentos terapêuticos sólidos e na promoção do bem-estar global do sujeito⁷.

Com o distanciamento do cuidado do modelo biomédico, é importante considerar que a empatia, a compreensão e a sensibilidade na comunicação contribuem significativamente para a experiência do sujeito no e do processo de cuidado¹⁶. A confiança estabelecida por meio de uma comunicação eficaz pode impactar positivamente na adesão ao tratamento, na satisfação do usuário e na percepção subjetiva da eficácia do cuidado. Assim, a importância da comunicação transcende os resultados clínicos imediatos, influenciando profundamente a experiência e a qualidade de vida do sujeito⁷.

A comunicação efetiva se torna, assim, uma ferramenta que fortalece a parceria entre equipe e sujeito, possibilitando um cuidado singularizado, colaborativo e alinhado às expectativas e valores individuais²⁸. O sujeito então, deixa de ser agente passivo de cuidados para se tornar um colaborador ativo na construção de seu próprio bem-estar. Neste lugar, a comunicação não é parte do cuidado, mas o único meio possível pelo qual ele pode acontecer.

Considerações finais

Os profissionais envolvidos nas visitas domiciliares demonstraram uma diversidade de experiências e destacou-se a importância dos ACS, categoria profissional com o maior tempo de formação, atuação na atenção básica e nas visitas domiciliares, trabalhando como elo crucial entre a comunidade e a equipe de saúde para a construção de vínculos essenciais para o cuidado efetivo.

O tempo médio de duração das visitas domiciliares variou entre 30 minutos, entre os ACS e 45 minutos, entre os médicos. Os ACS e técnicos/auxiliares de Enfermagem foram as categorias que relataram realizar mais visitas por dias da semana e vezes por dia, com, respectivamente, média de 2,5

dias para visita e quatro visitas por dia e, média de 1,2 dias para visitas e quatro visitas por dia.

Segundo o relato dos profissionais, o perfil dos usuários atendidos nas visitas domiciliares revelou uma diversidade de necessidades, desde questões socioeconômicas, dificuldades de adesão ao plano terapêutico, demandas complexas de saúde, idade avançada até demandas específicas de saúde mental. Ficou evidente que a atenção domiciliar é essencial para garantir o acesso contínuo aos serviços de saúde, especialmente para aqueles com dificuldades de mobilidade ou limitações para comparecer às unidades de saúde.

As necessidades de comunicação dos usuários foram identificadas como um ponto crucial para o sucesso das visitas domiciliares, porém parte dos participantes relacionaram a comunicação com a efetividade do tratamento, sem considerá-la como pilar no processo de cuidado. Barreiras comunicativas como falta de compreensão sobre o plano terapêutico foram destacadas como desafios significativos. Além disso, a vulnerabilidade socioeconômica da população do território impactou diretamente na comunicação, tornando essencial uma abordagem sensível e adaptativa que considere o Letramento em Saúde.

Os dados coletados mostram que é importante que sejam adotadas estratégias específicas para aprimorar a comunicação nas equipes de saúde. Isso inclui a implementação de treinamentos regulares focados em letramento em saúde, o fortalecimento do papel dos ACSs como facilitadores da comunicação e a promoção de abordagens personalizadas, reconhecendo a singularidade de cada usuário.

Este estudo abre portas para reflexões futuras e sugere aspectos para pesquisas subsequentes como a compreensão das necessidades de comunicação em diferentes contextos culturais, estratégias para favorecer e fortalecer as visitas domiciliares e os impactos da comunicação na adesão do usuário ao tratamento.

Atentar-se para a comunicação no contexto da visita domiciliar não é apenas uma necessidade imediata, mas também uma oportunidade para promover a equidade no acesso aos serviços de saúde e fortalecer os laços entre profissionais e usuários, aperfeiçoando o fazer saúde.



Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria No 2.436, de 21 de setembro de 2017. Estabelece a revisão de diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Sep 21, 2017.
2. Gonçalves JRL, Gonçalves AR, Silva KL, Contim DC. Assistência domiciliar no Brasil: revisão bibliométrica. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*. 2017; 5(3): 440.
3. Bedrikow R, de Sousa Campos GW. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2011; 57(6): 610–3.
4. ONU. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Dec 10, 1948.
5. Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Sep 19, 1990.
6. Penteado RZ. subjetividade e promoção da saúde na clínica fonoaudiológica. *Pró-Fono Rev Atualiz Cientif*. 2002; 14(1): 61-142.
7. Bertachini L. A comunicação terapêutica como fator de humanização da Atenção Primária. *Mundo Saúde*. 2012; 36(3): 507-20.
8. Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. *Rev Bras Enferm* 2007; 6: 659-64.
9. Rocha M de A, Barbosa AVR, Franco LMA, Vieira CP de O, Queiroz P dos SS, Matalobos ARL, et al. Visita domiciliar e a importância da equipe multidisciplinar no sistema único de saúde: um relato de experiência. *Research, Society and Development*. 2022 ;11(3): e40911326871.
10. Pontes AC, Leitão IMTA, Ramos IC. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2008; 61(3):312–8.
11. Rocha KB, Conz J, Barcinski M, Paiva D, Pizzinato A. A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças* 2017; 18(1):170-85.
12. Minayo MC de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2012; 17(3): 621–6.
13. Faria-Schützer DB de, Surita FG, Alves VLP, Bastos RA, Campos CJG, Turato ER. Seven steps for qualitative treatment in health research: the Clinical-Qualitative Content Analysis. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021; 26(1): 265–74.
14. Nanda P, Lewis TN, Das P, Krishnan S. From the frontlines to centre stage: resilience of frontline health workers in the context of COVID-19. *Sexual and Reproductive Health Matters*. 2020; 28(1): 1837413.
15. Boniol M, McIsaac M, Xu L, et al. Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. Geneva: World Health Organization; 2019.
16. 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 [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
17. Siega CK, Vendruscolo C, Zanatta EA. Educação permanente com agentes comunitários de saúde para instrumentalização da visita domiciliar: relato de experiência. *Rev Enferm Contemp*.2020; 9(1): 94-100.
18. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Almeida PF de. O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2021; 37(8).
19. Villas Bôas MLC, Shimizu HE. Tempo gasto por equipe multiprofissional em assistência domiciliar: subsídio para dimensionar pessoal. *Acta Paul. Enferm*. 2015; 28(1): 32-40.
20. Campos DB, Bezerra IC, Jorge MSB. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. *Trabalho, Educação e Saúde* [Internet]. 2020; 18(1).
21. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
22. Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF do, et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2009; 43(spe2): 1326–30.
23. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health Literacy and Public health: a Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *BMC Public Health* [Internet]. 2012; 12(1).
24. Lima JP, Abreu DPG, Bandeira EO, Brum NA, de Mello MCVA, Varela VS, et al. Letramento funcional em saúde e fatores associados em pessoas idosas. *Cogitare Enferm*. 2019; 24: e63964.
25. Santos EP, Moraes RT, Bassan DS. Saúde e vulnerabilidade social: discutindo a necessidade de ações comunitárias com base em indicadores sociais no município de Taquara/RS. *DRd Desenv Reg Debate*. 2020; 10: 885-904.
26. Palmeira NC, Moro JP, Getulino F de A, Vieira YP, Soares Junior A de O, Saes M de O. Análise do acesso a serviços de saúde no Brasil segundo perfil sociodemográfico: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. 2022; 31: e2022966.
27. Passamai M da PB, Sampaio HA de C, Dias AMI, Cabral LA. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [Internet]. 2012; 16(41): 301–14.
28. Panhoca I. Grupo terapêutico-fonoaudiológico: aprofundando um pouco mais as reflexões. *Distúrbios da Comunicação*. 2007; 19: 257-62.
29. Paulo Freire. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz E Terra; 1997.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador. Brasília, DF: MS, 2008.



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original seja devidamente citada.

