RELATO DE EXPERIÊNCIA IDENTIFICADO

DA RUPTURA DO VÍNCULO AO CUIDADO COMPARTILHADO: CONSTRUÇÃO DE UM PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

FROM BROKEN BONDS TO SHARED CARE: BUILDING A SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT IN PRIMARY HEALTH CARE

Alan Reis de Menezes[1] Indebergue Souza de Souza, Daniele Salgado de Sousa[2], Carla Graziela Rodrigues Cordovil[1].

[1] Acadêmico(a) do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Bragança.
[2] Professora do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Bragança.
E-mail do autor correspondente: carla_cordovil@hotmail.com

Eixo Temático: saúde

RESUMO

A construção do vínculo entre usuários e profissionais é fundamental para a continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde, principalmente quando condições crônicas se somam a situações de vulnerabilidade social e experiências negativas nos serviços. Este relato tem como objetivo descrever a construção e o desenvolvimento de um Plano Terapêutico Singular para uma usuária de 54 anos, acompanhada durante o primeiro semestre de 2026, em Bragança, Pará, no contexto da disciplina de Comunidades da Faculdade de Ciências Médicas de Bragança. A experiência envolveu visitas domiciliares semanais e encontros na Unidade Básica de Saúde, realizados por quatro acadêmicos de medicina, com participação da enfermeira, Agente Comunitária de Saúde, médica e nutricionista. Durante o acompanhamento, foram identificados baixa adesão ao cuidado do diabetes mellitus, vulnerabilidade social e afastamento da unidade após uma experiência percebida pela usuária como discriminatória relacionada ao diagnóstico de HIV. A aproximação progressiva permitiu compreender suas necessidades e construir, de forma compartilhada, um plano voltado à adesão ao tratamento, controle do diabetes, acompanhamento do HIV, saúde mental, alimentação, atividade física, prevenção e fortalecimento da rede familiar. A usuária retomou gradualmente o acompanhamento na unidade, realizou exame preventivo do câncer do colo do útero, passou por avaliação nutricional e foi inserida no acompanhamento do climatério. A experiência demonstrou que escuta, respeito ao tempo do usuário e cuidado compartilhado podem contribuir para reconstruir vínculos fragilizados e ampliar o acesso às ações de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Planejamento de Assistência ao Paciente. HIV. Vulnerabilidade Social. Relações Profissional-Paciente.

ABSTRACT

Establishing a strong therapeutic relationship is vital for continuity of care in Primary Health Care, particularly when chronic conditions overlap with socioeconomic vulnerability and previous negative experiences within healthcare services. This report describes the formulation and implementation of a Person-Centered Care Plan (Singular Therapeutic Project) for a 54-year-old female patient in Bragança, Pará, developed within a medical school community health module during the first semester of 2026. Over this period, a multidisciplinary team comprising four medical students, a nurse supervisor, a community health worker, a primary care physician, and a nutritionist conducted weekly home visits and clinical follow-ups. The patient presented with poor glycemic control, severe social vulnerability, and service avoidance following a perceived discriminatory incident related to her HIV diagnosis. Through a gradual, patient-centered approach, a collaborative care plan was established to address treatment adherence for diabetes and HIV, mental health, nutritional support, physical activity, cervical cancer screening, and climacteric care. As a result, the patient successfully resumed routine consultations, completed preventive examinations, and re-established trust with the primary care team. Respecting the patient's

pace and adopting a shared-care framework proved essential for rebuilding fragile therapeutic bonds and expanding healthcare access in vulnerable populations.

Keywords: Primary Health Care. Patient Care Planning. HIV. Social Vulnerability. Professional-Patient Relations.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde ocupa posição central na continuidade do cuidado, permitindo acompanhar as necessidades dos usuários ao longo do tempo e considerando os diferentes fatores que influenciam o processo saúde-doença, e este não deve se limitar ao diagnóstico que levou o indivíduo até o serviço, mas considerar também aspectos sociais, familiares e do território em que está inserido.[1] Em situações nas quais condições clínicas, emocionais e sociais coexistem, a APS pode organizar um cuidado mais próximo da realidade vivenciada pelo usuário.[2] Entre pessoas vivendo com HIV, essa abordagem é especialmente relevante, pois o acompanhamento adequado envolve não apenas o tratamento antirretroviral, mas também a prevenção de agravos, o manejo de outras condições de saúde e a articulação com diferentes pontos da rede de atenção.[3]

A existência de um serviço disponível, porém, não garante que o usuário se sinta seguro para procurá-lo.[3] O estigma relacionado ao HIV continua sendo uma das barreiras que atravessam essa relação, e em um estudo realizado com mulheres brasileiras vivendo com HIV, situações de estigma foram identificadas inclusive nos serviços de saúde, sendo associadas a contextos de maior vulnerabilidade socioeconômica.[4] Além das repercussões emocionais, experiências negativas durante o atendimento podem interferir na utilização dos serviços e na continuidade do tratamento, tornando necessário compreender os motivos envolvidos no afastamento antes de interpretar a baixa adesão apenas como uma escolha individual do usuário.[3],[4]

Algumas situações exigem que a equipe olhe além de uma conduta isolada, por isso o Projeto Terapêutico Singular possibilita organizar o cuidado a partir das necessidades de uma pessoa ou família, reunindo diferentes profissionais para discutir problemas, definir propostas e dividir responsabilidades.[2] A construção desse não se encerra na elaboração de uma lista de encaminhamentos, ele é dinâmico e deve ser revisto conforme surgem demandas ou mudanças durante o acompanhamento.[2] A participação do próprio usuário nesse processo também é parte importante da proposta, especialmente quando as decisões envolvem aspectos clínicos, familiares e sociais que só podem ser compreendidos a partir de sua realidade.[2]

A aproximação com o domicílio ajuda a tornar essa realidade mais visível, para entender ambiente o em que a pessoa vive, e para poder perceber condições materiais, relações familiares e dificuldades para seguir determinadas orientações que dificilmente seriam identificadas apenas durante uma consulta na unidade.[5] A atenção domiciliar também favorece o planejamento compartilhado do cuidado e a participação da família, além de permitir que as propostas sejam adaptadas às possibilidades encontradas naquele contexto.[5] Assim, este relato tem como objetivo descrever a experiência de construção e desenvolvimento de um Plano Terapêutico Singular para uma usuária em situação de vulnerabilidade social, destacando as estratégias utilizadas para compreender suas necessidades, fortalecer a adesão ao cuidado e reconstruir gradualmente seu vínculo com a Atenção Primária à Saúde.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

A experiência foi desenvolvida durante o primeiro semestre de 2026, no município de Bragança, Pará, como parte das atividades da disciplina de Comunidades da Faculdade de Ciências Médicas de Bragança. A proposta consistia na construção de um Plano Terapêutico Singular a partir do acompanhamento de uma usuária vinculada a uma Unidade Básica de Saúde (UBS). A participante foi indicada pela Agente Comunitária de Saúde (ACS) por apresentar baixa adesão ao acompanhamento na unidade e uma relação fragilizada com o serviço, cuja causa ainda não era conhecida pela equipe naquele momento.

O acompanhamento ocorreu por meio de visitas domiciliares semanais para busca ativa e encontros na própria UBS. Participaram diretamente quatro acadêmicos de medicina, a enfermeira responsável pela equipe, que era a professora dos estudantes, e a ACS, além de outros profissionais acionados ao longo do processo, entre eles médica e nutricionista.

A usuária tinha 54 anos, vivia com o companheiro e apresentava infecção pelo HIV, Diabetes Mellitus tipo II com controle inadequado e, durante o início do acompanhamento, realizava tratamento para infecção por *Helicobacter pylori*. Também estava inserida em um contexto de importante vulnerabilidade social, a residência possuía estrutura simples, com piso de terra batida e úmida, poucos recursos domésticos e ausência de geladeira e fogão,

condições que interferiam diretamente nas possibilidades de alimentação, organização da rotina e cuidado com a saúde.

Na primeira visita, a usuária apresentava sintomas gripais e demonstrava postura reserva com a presença dos estudantes. Como o principal objetivo daquele encontro era estabelecer vínculo, a conversa foi conduzida de forma aberta, abordando como ela estava se sentindo, sua rotina, atividades de que gostava, condições de saúde e tratamento em andamento. Ao longo do diálogo, percebeu-se que havia dificuldades na adesão ao cuidado, especialmente no acompanhamento do diabetes e na frequência à UBS.

Após algum tempo de conversa, a usuária perguntou à professora se poderia compartilhar com os estudantes sua condição de saúde, com isso ela foi orientada que poderia falar apenas aquilo com que se sentisse confortável, sem qualquer obrigação de expor informações pessoais. Nesse momento, relatou ter recebido o diagnóstico de HIV cerca de dois anos antes, após a identificação da infecção no companheiro e posterior testagem realizada conforme orientação da equipe de saúde. Ambos haviam sido encaminhados ao Centro de Testagem e Aconselhamento para seguimento do tratamento (CTA). Durante esse relato, a usuária chorou e verbalizou sentimentos de vergonha associados ao diagnóstico. Diante da resposta emocional observada, os estudantes adotaram postura de escuta e acolhimento, evitando aprofundar a temática naquele momento e respeitando os limites manifestados pela usuária. A partir daí, o acompanhamento passou a buscar não apenas a manutenção desse cuidado, mas também a reaproximação da usuária com os demais serviços necessários para sua saúde.

Na visita seguinte, a postura da usuária já era diferente, ela recebeu os estudantes de forma mais espontânea, contou sobre sua semana, mostrou maior abertura para conversar e falou sobre o crochê, atividade utilizada também como fonte de renda. Quando questionada sobre a retirada de medicamentos e o acompanhamento na UBS, afirmou que evitava frequentar o serviço. A partir dessa conversa, explicou que, após o diagnóstico de HIV, havia procurado atendimento psicológico na unidade acompanhada pela filha, seguindo orientação recebida no CTA.

Segundo seu relato, durante essa consulta, sentiu uma mudança no comportamento da profissional após informar o diagnóstico e contou que essa situação lhe causou vergonha e sensação de humilhação, tornando-se um dos principais motivos para o afastamento da UBS.

Desde então, mantinha contato principalmente com a ACS e com a enfermeira da equipe, evitando consultas e outros atendimentos no local. Ao falar sobre essa experiência, voltou a se emocionar e comentou que percebia quando era tratada de maneira diferente, afirmando que "a gente vê no olhar quando nos tratam diferente". A narrativa revelou que o afastamento da UBS decorria da quebra de confiança gerada pelo atendimento anterior, e não de desinteresse pelo cuidado e apesar do afastamento da UBS, a usuária mantinha acompanhamento no CTA.

Durante o processo, os estudantes tiveram acesso ao exame realizado no CTA e verificaram redução da carga viral, indicando continuidade do tratamento específico para o HIV. A partir daí, o acompanhamento passou a buscar não apenas a manutenção desse cuidado, mas também a reaproximação da usuária com os demais serviços necessários para sua saúde.

Nas visitas seguintes, foram abordadas a rotina alimentar, o uso das medicações, o controle glicêmico e os cuidados preventivos. Em uma dessas ocasiões, foi entregue uma cesta básica e a conversa sobre cuidados preventivos permitiu identificar outras necessidades ainda não acompanhadas. A usuária relatou nunca ter realizado exame preventivo do câncer do colo do útero, não estar inserida no acompanhamento relacionado ao climatério e nunca ter passado por avaliação nutricional.

Diante dessas necessidades, foi discutida com ela a possibilidade de retornar à UBS para realizar os atendimentos, com a garantia de que os estudantes poderiam acompanhá-la durante esse processo. A usuária concordou, e a ACS auxiliou no agendamento e na semana seguinte, o grupo a encontrou na unidade. Ela compareceu demonstrando entusiasmo e cuidado com a própria apresentação, na ocasião, realizou o exame preventivo, passou por consulta com a nutricionista e foi inserida no acompanhamento do climatério.

Depois desse primeiro retorno, a usuária passou a frequentar a UBS nos dias em que sabia que os acadêmicos estariam presentes, a aproximação ocorreu de forma gradual, respeitando o tempo necessário para que se sentisse novamente segura naquele ambiente. Com o avanço do acompanhamento, foi possível construir conjuntamente o Plano Terapêutico Singular (PTS), considerando suas necessidades clínicas, emocionais, sociais e familiares. O plano teve como principais objetivos melhorar a adesão ao tratamento, favorecer o controle do diabetes, manter o acompanhamento do HIV, ampliar o acesso às consultas preventivas,

apoiar o cuidado em saúde mental, estimular alimentação adequada e atividade física e fortalecer sua rede de apoio familiar.

O PTS foi apresentado à própria usuária, que participou da discussão e concordou com as propostas estabelecidas. A partir disso, o PTS passou a envolver outros profissionais da equipe, especialmente a médica e a nutricionista, mantendo a articulação com a ACS, a enfermeira e o CTA.

Ao final da disciplina, além das ações desenvolvidas durante as visitas e consultas, foram entregues à usuária um glicosímetro compatível com as tiras fornecidas pela unidade, tiras reagentes, lancetas e um organizador semanal de medicamentos. Também foram fornecidas orientações sobre o uso do aparelho, monitoramento da glicemia, descarte correto dos materiais perfurocortantes e organização dos horários das medicações. Ao longo do acompanhamento, foram ainda entregues outras cestas básicas, considerando as dificuldades sociais identificadas.

No último encontro, a usuária relatou que a convivência com os estudantes havia modificado sua percepção sobre a UBS e sobre a possibilidade de buscar atendimento naquele espaço. Demonstrou forte vínculo com o grupo e afirmou desejar ser atendida por eles quando se tornassem médicos e no encontro final, a usuária destacou que a convivência com os estudantes modificou sua percepção sobre a UBS. O encerramento da experiência evidenciou a retomada gradual da confiança na Atenção Primária.

CONCLUSÃO

A elaboração do Plano Terapêutico Singular viabilizou a identificação de determinantes que ultrapassavam a dimensão clínica do acompanhamento. O processo evidenciou que o afastamento da usuária decorria diretamente da quebra de confiança ocorrida em um atendimento prévio na unidade. Ao pactuar o plano de cuidados com a participante e respeitar suas limitações iniciais, foi possível restabelecer o acesso contínuo aos serviços de saúde, incluindo o rastreio preventivo e o suporte nutricional.

Para a formação médica, o acompanhamento prático demonstrou que a análise do contexto socioeconômico e da trajetória do paciente no serviço é indispensável para compreender quadros de baixa adesão. A manutenção desse acompanhamento pela equipe

local e pela rede de apoio social permanece essencial para consolidar o vínculo estabelecido e assegurar a autonomia da usuária no manejo de suas condições de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 60 p.
3. Melo EA, Agostini R, Damião JJ, Filgueiras SL, Maksud I. Cuidado de pessoas vivendo com HIV na atenção primária à saúde: reconfigurações na rede de atenção à saúde? Cad Saude Publica. 2021;37(12):e00344120. doi:10.1590/0102-311X00344120.
4. Costa AB, Silva MM, Chaves LW, Gelain M, Bins-Ely IG, Alckmin-Carvalho F, et al. General and healthcare-related HIV stigma among cisgender Brazilian women: the role of socioeconomic vulnerability. HIV Res Clin Pract. 2024;25(1):2361179. doi:10.1080/25787489.2024.2361179.
5. 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]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. 98 p.