

ENTRE A EXPECTATIVA DE CUIDAR E OS LIMITES DA AUTONOMIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Kamyla Stephani Calzi Gurtler¹; Maria Vitória Soares Torres Martini¹

Pollyana Estephaneli Corty Carneiro

1 – Acadêmicos de Medicina – Afya Centro Universitário Itaperuna - RJ.

mylactalzi@gmail.com

1 – Acadêmico de Medicina – Afya Centro Universitário Itaperuna – Rj

Vitoriamartini0306@gmail.com

2 – Professora Adjunta – Centro Universitário Itaperuna

pollyana.carneiro@afya.com.br

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde constitui importante cenário para a formação médica e para a construção do cuidado integral, permitindo compreender o indivíduo em seu contexto familiar e social. Nesse âmbito, ferramentas de abordagem familiar e o Projeto Terapêutico Singular favorecem a identificação de vulnerabilidades e o planejamento compartilhado do cuidado. **Objetivo:** Relatar a experiência de estudantes de medicina no acompanhamento de uma família em situação de vulnerabilidade, destacando os desafios relacionados à adesão aos cuidados de saúde, à construção do vínculo e à elaboração do Projeto Terapêutico Singular. **Descrição da Experiência:** A experiência ocorreu durante a disciplina de Integração Ensino, Serviço e Comunidade III, no primeiro semestre de 2026, a partir de atividades desenvolvidas junto a uma Unidade Básica de Saúde. Foram realizadas visita domiciliar, elaboração de genograma, aplicação do Escore de Coelho-Savassi e construção de Projeto Terapêutico Singular. O acompanhamento evidenciou dificuldades na continuidade do cuidado de uma criança, incluindo o adiamento da busca por atendimento especializado, além de resistência progressiva da família às orientações e à presença dos estudantes. A situação despertou sentimentos de frustração, tristeza e impotência, posteriormente ressignificados a partir da compreensão sobre autonomia, limites da atuação e importância do vínculo. **Conclusão:** A experiência demonstrou que o cuidado em saúde ultrapassa a identificação de necessidades e a proposição de condutas, exigindo escuta, empatia, corresponsabilização e respeito à autonomia. Para a formação médica, vivenciar os limites da intervenção e lidar com a frustração mostrou-se fundamental para o desenvolvimento de uma prática mais humanizada e sensível à singularidade das famílias.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Relações Familiares. Cuidado Integral de Saúde. Autonomia Pessoal. Educação Médica.

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care serves as a vital setting for medical training and the development of comprehensive care, enabling an understanding of the individual within their family and social context. In this sphere, family-oriented approaches and the Singular Therapeutic Project facilitate the identification of vulnerabilities and the collaborative planning of care. **Objective:** To report the experience of medical students in monitoring a vulnerable family, highlighting challenges related to healthcare adherence, building a therapeutic bond, and developing a Singular Therapeutic Project. **Experience Description:** The experience took place during the "Teaching, Service, and Community Integration III" course in the first semester of 2026, involving activities carried out in conjunction with a Basic Health Unit. Procedures included a home visit, the creation of a genogram, the application of the Coelho-Savassi Score, and the development of a Singular Therapeutic Project. The monitoring process revealed difficulties regarding the continuity of care for a child—including delays in seeking specialized treatment—as well as the family's growing resistance to the students' guidance and presence. The situation evoked feelings of frustration, sadness, and powerlessness, which were later reframed through an understanding of autonomy, the limits of professional intervention, and the importance of the therapeutic bond. **Conclusion:** The experience demonstrated that healthcare extends beyond identifying needs and proposing courses of action; it requires active listening, empathy, shared responsibility, and respect for autonomy. For medical training, experiencing the limits of intervention and coping with frustration proved essential to developing a practice that is more humanized and sensitive to the unique circumstances of families.

Keywords: Primary Health Care. Family Relations. Comprehensive Health Care. Personal Autonomy. Medical Education.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui um dos principais cenários para a construção de um cuidado integral, longitudinal e territorializado, tendo como fundamentos a criação de vínculos e a responsabilização das equipes pela população acompanhada. Conforme estabelecido pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Atenção Básica compreende ações individuais, familiares e coletivas desenvolvidas por equipes multiprofissionais em território definido, considerando os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2017). Dessa forma, o cuidado na APS ultrapassa a abordagem centrada exclusivamente na doença, exigindo a compreensão das condições de vida, relações familiares e redes de apoio que influenciam a saúde dos indivíduos.

Nessa perspectiva, a abordagem familiar constitui importante estratégia para ampliar a compreensão das necessidades de saúde. O genograma e o ecomapa destacam-se como instrumentos capazes de representar graficamente a estrutura familiar, seus vínculos e as relações estabelecidas com diferentes pessoas, serviços e espaços sociais, favorecendo uma visão ampliada do contexto em que o indivíduo está inserido (BARBOSA; ZANETTI; SOUZA, 2021). A utilização dessas ferramentas possibilita, portanto, identificar aspectos que podem permanecer ocultos em uma avaliação exclusivamente individual, contribuindo para uma assistência mais contextualizada e centrada na família.

Quando a complexidade das necessidades identificadas exige intervenções articuladas, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) apresenta-se como importante instrumento de organização do cuidado. O Ministério da Saúde caracteriza o PTS como uma estratégia de coprodução e cogestão do processo terapêutico, construída a partir da singularidade, das vulnerabilidades e do contexto de vida dos sujeitos, devendo envolver profissionais, usuários e, quando pertinente, seus familiares. Dessa maneira, sua construção pressupõe não apenas a definição de condutas, mas a pactuação de metas e responsabilidades entre os diferentes atores envolvidos no cuidado (BRASIL, 2015).

A construção compartilhada do cuidado torna-se particularmente relevante diante de situações nas quais existem dificuldades de adesão às orientações e aos acompanhamentos propostos. Nesses casos, a compreensão das barreiras vivenciadas pela família é fundamental, uma vez que a não realização de uma conduta de saúde não deve ser analisada exclusivamente como

falta de interesse ou de responsabilidade individual, mas considerando os aspectos sociais, emocionais, familiares e relacionais que podem interferir na tomada de decisões. O próprio conceito de PTS pressupõe que as propostas sejam construídas a partir da realidade singular do usuário e negociadas de maneira compartilhada, valorizando sua autonomia e protagonismo.

Foi nesse contexto que se desenvolveu a experiência apresentada neste relato, durante a disciplina de Integração Ensino, Serviço e Comunidade III (IESC III), a partir do acompanhamento de uma família vinculada à Atenção Primária. Ao longo do semestre, foram utilizados o genograma, o Escore de Coelho-Savassi e o PTS para identificação de vulnerabilidades e planejamento das ações de cuidado. Entretanto, o processo também evidenciou desafios relacionados à adesão ao acompanhamento de saúde de uma criança, ao postergamento da busca por atendimento especializado e, posteriormente, à dificuldade da própria família em manter o contato com os estudantes.

Diante disso, o presente relato tem como objetivo descrever e refletir sobre a experiência de estudantes de medicina no acompanhamento de uma família em situação de vulnerabilidade no contexto da Atenção Primária à Saúde, destacando os desafios relacionados à adesão aos cuidados de saúde, à construção do vínculo e à elaboração do Projeto Terapêutico Singular, bem como os sentimentos e aprendizados decorrentes dos limites entre o desejo de intervir e a necessidade de respeitar a autonomia e o tempo da família. A vivência ultrapassou, portanto, o aprendizado técnico sobre as ferramentas de abordagem familiar e possibilitou uma reflexão sobre a atuação em saúde, evidenciando que o cuidado é um processo compartilhado, no qual escuta, vínculo, corresponsabilização e respeito à autonomia são tão importantes quanto a identificação dos problemas e a elaboração de propostas terapêuticas.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

As atividades tiveram início com a apresentação do genograma e do ecomapa para o grupo, instrumentos que possibilitaram compreender a família não apenas a partir de suas condições clínicas, mas também por meio de seus vínculos, relações e contexto social. Posteriormente, em contato com a Agente Comunitária de Saúde da UBS do Surubi, foi apresentada a realidade de algumas famílias acompanhadas pelo serviço, sendo selecionada uma família para acompanhamento durante o semestre.

A primeira visita domiciliar à família da paciente índice foi realizada em março de 2026. O contato com a família possibilitou conhecer uma realidade marcada por desafios relacionados ao cuidado dos filhos, dificuldades financeiras e sobrecarga emocional. A experiência proporcionou uma aproximação diferente daquela vivenciada em um ambiente exclusivamente acadêmico, permitindo compreender como os aspectos sociais e familiares interferem diretamente nas possibilidades de cuidado.

Durante a visita, também foi identificada uma dificuldade relacionada ao acompanhamento de um dos filhos, que apresentava diagnóstico de sífilis. A família demonstrava dificuldades na continuidade do acompanhamento e havia um postergamento na busca pelo atendimento especializado com infectologista. Diante dessa situação, foram realizadas orientações, mesmo no primeiro contato, sobre a importância do seguimento adequado e da procura pelo serviço especializado.

Essa situação despertou preocupação entre os estudantes, especialmente pela condição de vulnerabilidade da criança e pela dependência dos responsáveis para a continuidade do cuidado. Ao longo do acompanhamento, entretanto, tornou-se evidente que a dificuldade em seguir determinadas orientações não poderia ser compreendida de maneira isolada. A sobrecarga familiar, as dificuldades emocionais, os problemas financeiros e a complexidade das demandas existentes interferiam na capacidade da família de organizar e priorizar os cuidados de saúde.

A partir das informações obtidas durante a visita, foi construído o genograma da família. A representação gráfica permitiu visualizar os vínculos familiares e compreender aspectos que poderiam passar despercebidos em uma abordagem centrada exclusivamente na doença. Posteriormente, iniciou-se a construção do Projeto Terapêutico Singular, buscando organizar os principais problemas identificados e estabelecer estratégias de cuidado compatíveis com a realidade familiar.

Durante esse processo, foi aplicado o Escore de Coelho-Savassi, cujo resultado foi de 11 pontos, classificando a família como de alto risco. A avaliação reforçou a necessidade de acompanhamento mais próximo e possibilitou organizar as principais vulnerabilidades identificadas, bem como definir prioridades e possíveis responsáveis pelas ações propostas.

Entre as estratégias discutidas estavam ações relacionadas à saúde da mulher, encaminhamento de um dos filhos para acompanhamento na APAE e acompanhamento

psiquiátrico para a paciente índice. A participação da Agente Comunitária de Saúde foi fundamental nesse processo, uma vez que seu conhecimento sobre a família e o território contribuiu para a elaboração de propostas mais próximas da realidade vivenciada.

Entretanto, o momento de implementação das propostas revelou um dos principais desafios da experiência. Ao longo do acompanhamento, foi percebemos uma resistência em relação a algumas orientações e, posteriormente, também apresentou menor disponibilidade para receber os estudantes e conversar sobre as propostas estabelecidas no PTS. A dificuldade de adesão ao acompanhamento do filho e o adiamento da procura pelo infectologista geraram preocupação e, simultaneamente, sentimentos de impotência nos estudantes diante da percepção de que as orientações realizadas não estavam sendo incorporadas conforme esperado.

Na tentativa de entregar o PTS, houve uma dificuldade da família em receber o grupo. Apesar disso, foi possível estabelecer contato com a mãe da nossa paciente, que acolheu os estudantes e compartilhou suas preocupações em relação à situação vivenciada pela filha e pelos netos. Esse encontro permitiu compreender que a resistência ao cuidado poderia estar relacionada não apenas à falta de interesse, mas também à sobrecarga e às dificuldades de enfrentamento presentes no contexto familiar.

Para os estudantes, esse momento foi emocionalmente significativo. A expectativa inicial era de que a construção do PTS resultasse em mudanças concretas na realidade da família. Dessa forma, perceber que nossa paciente índice não desejava manter a mesma proximidade com o grupo provocou uma certa frustração no grupo. Havia um desejo genuíno de contribuir e de melhorar a situação daquela família, especialmente diante das necessidades identificadas durante as visitas.

Entretanto, a experiência possibilitou ressignificar esses sentimentos. Compreendeu-se que o cuidado em saúde não pode ser imposto e que a autonomia do indivíduo precisa ser respeitada, mesmo quando suas escolhas diferem daquelas consideradas mais adequadas pelos profissionais ou estudantes. A experiência demonstrou que orientar não significa necessariamente conseguir modificar comportamentos imediatamente e que a construção do vínculo exige tempo, disponibilidade, confiança e respeito ao momento vivido por cada família.

CONCLUSÃO

A experiência vivenciada no IESC III possibilitou ampliar a compreensão sobre o cuidado na Atenção Primária à Saúde e os desafios do acompanhamento familiar. O uso do genograma, do Escore de Coelho-Savassi e do Projeto Terapêutico Singular contribuiu para o desenvolvimento de competências relacionadas à avaliação familiar, ao planejamento do cuidado, à comunicação e ao trabalho em equipe, evidenciando a influência dos aspectos sociais, emocionais e familiares no processo saúde-doença.

As dificuldades de adesão e a resistência da família demonstraram que o cuidado não pode ser imposto, exigindo respeito à autonomia, paciência e construção de vínculos. A experiência reforçou que a formação médica vai além do diagnóstico e tratamento, envolvendo escuta qualificada, compreensão das vulnerabilidades e respeito à singularidade dos indivíduos, fortalecendo a importância de uma prática humanizada, empática e responsável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, A. L. C.; ZANETTI, M. L.; SOUZA, A. R. Genograma e ecomapa como estratégias de abordagem familiar na Atenção Primária à Saúde. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).