



ISSN: 2595-1661

ARTIGO

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](https://portaldeperiodicos.capes.gov.br/)

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>

ISSN: 2595-1661

Revista JRG de
Estudos Acadêmicos

Projeto terapêutico singular no cuidado a uma idosa hipertensa em situação de vulnerabilidade social: relato de experiência na atenção primária à saúde

Singular therapeutic project in the care of an elderly woman with hypertension in a situation of social vulnerability: an experience report in primary health care

DOI: 10.55892/jrg.v9i20.3465

ARK: 57118/JRG.v9i20.3465

Recebido: 01/06/2026 | Aceito: 05/06/2026 | Publicado *on-line*: 06/06/2026

Diane Souza Saldanha¹

<https://orcid.org/0000-0002-0769-0249>

<http://lattes.cnpq.br/7387650440662518>

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Bragança.

E-mail: dianasal43@gmail.com

Eduardo Viana Ribeiro²

<http://lattes.cnpq.br/6733217629722616>

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Bragança.

E-mail: edu_ribbeiro@yahoo.com.br

José Eduardo Machado Lima³

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Bragança.

E-mail: anledu014@gmail.com

Juliana De Cássia Costa Almeida⁴

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Bragança.

E-mail: julianadecassia124@gmail.com

Maria Eduarda Bezerra Silva⁵

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Bragança.

E-mail: eduardabezerrasn@gmail.com

Raylana Quadros Carneiro⁶

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Bragança.

E-mail: raylana11q@icloud.com

Susiene Pacheco Pereira⁷

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Bragança.

E-mail: susienepachecopharma01@gmail.com

Thayanne Chaves Da Silva⁸

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Bragança.

E-mail: thayannechaves1232@gmail.com



¹ Docente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas Afya de Bragança.

² Discente do Curso de medicina do 3º semestre da Afya Faculdade de Ciências Médicas de Bragança.

³ Discente do Curso de medicina do 3º semestre da Afya Faculdade de Ciências Médicas de Bragança.

⁴ Discente do Curso de medicina do 3º semestre da Afya Faculdade de Ciências Médicas de Bragança.

⁵ Discente do Curso de medicina do 3º semestre da Afya Faculdade de Ciências Médicas de Bragança.

⁶ Discente do Curso de medicina do 3º semestre da Afya Faculdade de Ciências Médicas de Bragança.

⁷ Discente do Curso de medicina do 5º semestre da Afya Faculdade de Ciências Médicas de Bragança.

⁸ Discente do Curso de medicina do 3º semestre da Afya Faculdade de Ciências Médicas de Bragança.



Resumo

Objetivo: O objetivo deste estudo é relatar a experiência de construção e aplicação de um Projeto Terapêutico Singular voltado ao cuidado integral de uma idosa em situação de vulnerabilidade social acompanhada na Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** Trata-se de um relato de experiência desenvolvido por acadêmicos de Medicina com atividades práticas em saúde da comunidade, realizadas no município de Bragança, Pará. O acompanhamento ocorreu por meio de visitas domiciliares, escuta qualificada, observação do contexto familiar e territorial e utilização de ferramentas de abordagem familiar, genograma, ecomapa e APGAR Familiar. **Resultados:** O acompanhamento permitiu identificar vulnerabilidades relacionadas às limitações funcionais decorrentes de acidente vascular cerebral, hipertensão arterial, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, barreiras de acessibilidade, isolamento social e fragilidades familiares. Em contrapartida, observaram-se potencialidades importantes, como a existência de rede de apoio familiar, vínculo com os serviços de saúde e forte suporte religioso. A aplicação do plano terapêutico envolveu ações de educação em saúde, fortalecimento da adesão ao tratamento, prevenção de agravos, estímulo à participação familiar e promoção da autonomia possível. A entrega do projeto foi acompanhada de tecnologias leves voltadas à organização do cuidado e ao fortalecimento do vínculo entre usuária, família e equipe. **Conclusões:** A experiência evidenciou que o Projeto Terapêutico Singular se configura como ferramenta essencial para a organização do cuidado integral, humanizado e centrado na pessoa, favorecendo a articulação entre necessidades individuais e recursos do território, além de contribuir para a formação acadêmica ao desenvolver competências como escuta qualificada, trabalho em equipe e abordagem familiar.

Palavras-chave: Atenção domiciliar; Atenção primária à saúde; Projeto terapêutico singular; Vulnerabilidade social; Visita domiciliar.

Abstract

Objective: This study aims to report the experience of developing and implementing a Singular Therapeutic Project focused on comprehensive care for an elderly woman in a situation of social vulnerability, followed in Primary Health Care. **Methods:** This is an experience report developed by medical students during community health practical activities carried out in the municipality of Bragança, Pará, Brazil. The follow-up was conducted through home visits, qualified listening, observation of the family and territorial context, and the use of family assessment tools, including genogram, ecomap, and Family APGAR. **Results:** The follow-up allowed the identification of vulnerabilities related to functional limitations resulting from stroke, hypertension, difficulties in accessing health services, accessibility barriers, social isolation, and family fragilities. On the other hand, important strengths were observed, such as the presence of a family support network, connection with health services, and strong religious support. The implementation of the therapeutic plan involved health education actions, strengthening treatment adherence, prevention of complications, encouragement of family participation, and promotion of possible autonomy. The delivery of the project was accompanied by light technologies aimed at organizing care and strengthening the bond between the user, family, and health team. **Conclusions:** The experience showed that the Singular Therapeutic Project is an essential tool for organizing comprehensive, humanized, and person-centered care, favoring the articulation between individual needs and territorial resources, as well as contributing to academic training by developing skills such as qualified listening, teamwork, and family-centered care.



Keywords: Home care; Primary health care; Singular therapeutic project; Social vulnerability; Home visit.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a base organizadora do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pela coordenação do cuidado e pela oferta de ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Além de representar a principal porta de entrada da rede de atenção, a APS desempenha papel estratégico na garantia da integralidade e da continuidade do cuidado, articulando diferentes serviços e níveis assistenciais¹. A ampliação das equipes multiprofissionais e o fortalecimento das ações territoriais têm reafirmado a centralidade da APS na organização do sistema de saúde brasileiro².

Nesse contexto, a compreensão das necessidades de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades exige uma abordagem ampliada, que considere não apenas os aspectos biológicos, mas também os determinantes sociais, familiares, culturais e territoriais envolvidos no processo saúde-doença. Entre as estratégias utilizadas para operacionalizar o cuidado integral destaca-se o Projeto Terapêutico Singular (PTS), ferramenta que possibilita a construção compartilhada de planos de cuidado centrados nas necessidades do usuário, envolvendo profissionais, familiares, rede de apoio e o próprio sujeito em acompanhamento³.

O PTS favorece a organização de intervenções interdisciplinares, fortalece a corresponsabilização dos sujeitos envolvidos e contribui para a promoção da autonomia, da qualidade de vida e da continuidade do cuidado. Estudos recentes apontam que sua utilização potencializa a construção de vínculos, a participação ativa do usuário e a articulação entre diferentes pontos da rede de atenção à saúde, tornando-se uma importante ferramenta de assistência, gestão e formação profissional^{3,4}.

No âmbito da formação médica, a inserção dos estudantes em cenários reais de prática na comunidade favorece o desenvolvimento de competências relacionadas à escuta qualificada, ao trabalho em equipe, à territorialização e à construção de vínculos com usuários e famílias. Essas experiências contribuem para uma formação mais crítica, reflexiva e comprometida com os princípios do SUS, permitindo a compreensão das múltiplas dimensões que influenciam o cuidado em saúde.

Diante desse contexto, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de construção e implementação de um PTS voltado ao cuidado de uma idosa hipertensa em situação de vulnerabilidade social acompanhada pela APS, destacando os desafios, as potencialidades e os aprendizados vivenciados durante o processo de elaboração e pactuação do plano de cuidado.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, construído a partir das vivências desenvolvidas por acadêmicos do curso de Medicina durante a disciplina Comunidades III, realizada no primeiro semestre de 2026, no município de Bragança, Pará, Brasil. Os relatos de experiência constituem importante modalidade de produção científica no campo da saúde, por possibilitarem a sistematização crítica de práticas desenvolvidas em cenários reais, favorecendo a reflexão sobre processos de trabalho, formação profissional e produção do cuidado⁵.

A experiência ocorreu no território de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF) Alto Paraíso e teve como objetivo relatar a experiência de construção e implementação de um PTS voltado ao cuidado de uma idosa hipertensa em situação de



vulnerabilidade social acompanhada pela APS, destacando os desafios, as potencialidades e os aprendizados vivenciados durante o processo de elaboração e pactuação do plano de cuidado. O caso foi selecionado em virtude da complexidade das demandas identificadas, envolvendo condições clínicas crônicas, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, barreiras arquitetônicas, fragilidades emocionais, limitações de mobilidade e necessidades relacionadas ao fortalecimento da rede de apoio familiar e comunitária.

A construção do PTS ocorreu de forma gradual, mediante visitas domiciliares realizadas no território, sob supervisão docente, permitindo a aproximação dos discentes com a realidade vivenciada pela usuária e sua família. A visita domiciliar configura-se como uma importante ferramenta da Atenção Primária à Saúde, possibilitando o conhecimento ampliado das condições de vida, dos determinantes sociais da saúde e das necessidades singulares dos indivíduos e famílias acompanhados pela equipe de saúde⁶. Durante os encontros, foram empregadas estratégias de escuta qualificada, observação sistemática do ambiente domiciliar e diálogo com a paciente e suas cuidadoras, favorecendo a construção de vínculo, a identificação de demandas prioritárias e a compreensão dos fatores biopsicossociais que influenciavam o processo saúde-doença.

Para subsidiar a elaboração do plano terapêutico, foram utilizadas ferramentas de abordagem familiar amplamente empregadas na Atenção Primária à Saúde. O genograma foi construído com o objetivo de representar graficamente a estrutura familiar, identificar vínculos afetivos, conflitos interpessoais, padrões relacionais e possíveis fatores relacionados ao processo de cuidado⁷. O ecomapa foi utilizado para compreender a interação da usuária e de sua família com a comunidade, os serviços de saúde, instituições religiosas e demais recursos presentes no território, possibilitando a visualização da rede de apoio social disponível⁸. Complementarmente, aplicou-se o APGAR Familiar, instrumento destinado à avaliação da funcionalidade familiar a partir da percepção da própria usuária acerca do apoio recebido, da comunicação, do afeto, da adaptabilidade e da participação dos familiares no processo de cuidado⁹.

A análise das informações obtidas permitiu identificar problemas prioritários relacionados ao controle da hipertensão arterial, sequelas funcionais decorrentes do Acidente Vascular Cerebral (AVC), mobilidade reduzida, risco de quedas, dificuldades de acesso regular às medicações, baixa frequência de acompanhamento domiciliar pela equipe de saúde, isolamento social, fragilidade emocional associada à perda de autonomia e barreiras arquitetônicas que limitavam o acesso aos serviços de saúde e à participação comunitária. Simultaneamente, foram identificadas potencialidades relevantes para o cuidado, incluindo a existência de cuidadoras familiares, vínculo estabelecido com a equipe da USF, participação da Agente Comunitária de Saúde (ACS), apoio religioso e disponibilidade de rede familiar de suporte.

Após a identificação das necessidades e potencialidades, os dados foram discutidos coletivamente pelos discentes e pela docente orientadora, possibilitando a construção compartilhada do PTS. Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, esse documento consiste em um conjunto de propostas terapêuticas articuladas para um sujeito ou coletivo, elaborado de forma interdisciplinar e centrado nas necessidades singulares do usuário¹⁰. Nesse sentido, foram definidos objetivos gerais e específicos, metas de curto, médio e longo prazo, bem como intervenções voltadas ao controle clínico da hipertensão arterial, prevenção de complicações cardiovasculares e neurológicas, fortalecimento da adesão terapêutica, ampliação do acesso aos serviços de saúde, prevenção de quedas, fortalecimento da rede de apoio familiar, redução do isolamento social e promoção da qualidade de vida.



As ações propostas foram organizadas considerando a participação compartilhada da usuária, de suas cuidadoras, da equipe multiprofissional da USF Alto Paraíso e dos demais recursos disponíveis na rede de atenção à saúde. Posteriormente, o plano terapêutico foi apresentado e pactuado com a paciente e seus familiares durante visita domiciliar específica para devolutiva, momento em que foram discutidas as metas estabelecidas, as responsabilidades dos envolvidos e as possibilidades de implementação das ações propostas no contexto de vida da usuária.

A análise da experiência foi conduzida de forma reflexiva e crítica, considerando os desafios encontrados durante a construção do cuidado, as potencialidades identificadas no território e as contribuições do PTS para o fortalecimento da integralidade da atenção, da atuação interdisciplinar e da formação médica orientada pelos princípios da Atenção Primária à Saúde. A experiência possibilitou compreender a relevância da escuta qualificada, da territorialização, da abordagem familiar e da construção compartilhada do cuidado como elementos fundamentais para a atenção centrada na pessoa, especialmente em situações de vulnerabilidade social e clínica.

O estudo foi desenvolvido em conformidade com os princípios éticos que regem pesquisas envolvendo seres humanos, assegurando-se o sigilo, a confidencialidade das informações e a preservação da identidade da participante. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Afya Faculdade de Ciências Médicas de Bragança-PA, atendendo às diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde¹¹.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

A experiência ocorreu durante as atividades da disciplina Comunidades III, desenvolvidas no território de abrangência da USF Alto Paraíso, no município de Bragança, Pará. O acompanhamento teve como foco a usuária E.D.M., idosa com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, histórico de AVC e importantes limitações funcionais, encontrando-se em condição de vulnerabilidade biopsicossocial.

O processo iniciou-se com visitas domiciliares realizadas pelos acadêmicos, sob supervisão docente, com o objetivo de conhecer a realidade da usuária, compreender suas necessidades de saúde e identificar fatores que influenciavam seu processo saúde-doença. A inserção no ambiente domiciliar possibilitou uma compreensão ampliada da condição da paciente, permitindo observar aspectos que dificilmente seriam identificados em atendimentos realizados quase que exclusivamente nos serviços de saúde. Nesse contexto, a visita domiciliar mostrou-se uma ferramenta essencial para o reconhecimento das condições de vida, da dinâmica familiar e das vulnerabilidades presentes no território, fortalecendo o cuidado centrado na pessoa e na família⁶.

Durante as visitas, constatou-se que Dona Expedita apresenta limitações significativas de mobilidade, sendo cadeirante e dependente do auxílio de familiares para diversas atividades da vida diária. Além disso, observou-se a presença de lesão cutânea crônica em região temporal, com aproximadamente três anos de evolução, associada a histórico de intensa exposição solar durante a vida laboral na zona rural. Também foram identificadas dificuldades relacionadas ao acesso regular aos serviços de saúde e à obtenção de medicamentos de uso contínuo, agravadas pelas barreiras arquitetônicas existentes no domicílio e no território, incluindo ausência de pavimentação adequada e falta de rampa de acesso compatível com suas necessidades.

A construção do vínculo com a usuária e suas cuidadoras ocorre de forma progressiva, por meio da escuta qualificada e do diálogo respeitoso. As principais cuidadoras identificadas foram suas filhas L.D.M. e R.D.M., responsáveis pelo suporte



cotidiano e pelo acompanhamento das demandas relacionadas ao cuidado. A interação com a família permitiu compreender não apenas as potencialidades existentes na rede de apoio, mas também fragilidades relacionadas à sobrecarga dos cuidadores e à presença de conflitos familiares que impactavam o bem-estar emocional da paciente.

Além das condições clínicas e familiares, foram identificados fatores relacionados ao isolamento social. A usuária relatou redução significativa de sua participação em atividades religiosas e comunitárias após um episódio de queda ocorrido na residência de uma de suas filhas (interior de Bragança, zona rural). O evento gerou insegurança, medo de novos acidentes e diminuição de sua autonomia social, repercutindo negativamente em seu estado emocional. Estudos recentes apontam que a perda de mobilidade e a restrição da participação social estão associadas ao aumento da vulnerabilidade, do sofrimento emocional e da redução da qualidade de vida entre pessoas idosas¹².

Após a coleta e análise das informações, os achados foram discutidos coletivamente pelos acadêmicos e pela docente orientadora, possibilitando a elaboração do PTS. Foram definidos problemas prioritários relacionados ao controle da hipertensão arterial, prevenção de complicações decorrentes do AVC, cuidados com a lesão cutânea, prevenção de quedas, fortalecimento da adesão medicamentosa, ampliação do acompanhamento domiciliar e fortalecimento da rede de apoio familiar e comunitária.

A elaboração do plano terapêutico considerou não apenas as necessidades clínicas da usuária, mas também aspectos emocionais, sociais e territoriais. Dessa forma, foram estabelecidas metas de curto, médio e longo prazo, contemplando ações voltadas ao monitoramento da pressão arterial, organização do uso de medicamentos, prevenção de complicações relacionadas à imobilidade, incentivo à participação em atividades familiares e religiosas adaptadas, fortalecimento do vínculo com a equipe da USF e ampliação das visitas domiciliares pela equipe de saúde.

Posteriormente, foram realizadas mais visitas domiciliares, totalizando quatro, destinadas à apresentação e pactuação do PTS com a paciente e suas cuidadoras. Esse momento permitiu o compartilhamento das decisões terapêuticas, o esclarecimento de dúvidas e a adequação das propostas à realidade vivenciada pela família. A pactuação das metas favoreceu a corresponsabilização dos envolvidos e fortaleceu a autonomia da usuária dentro de suas possibilidades funcionais, aspecto considerado fundamental para a efetividade das intervenções em saúde³.

A experiência possibilitou aos acadêmicos a compreensão da complexidade do cuidado na APS, especialmente diante de situações que envolvem múltiplas vulnerabilidades. Mais do que identificar doenças ou elaborar condutas, permitiu compreender a história de vida, os vínculos familiares, os determinantes sociais e as barreiras existentes no território. Nesse sentido, a construção do PTS evidenciou a importância da escuta qualificada, do trabalho interdisciplinar, da territorialização e da participação ativa do usuário e de sua família no planejamento do cuidado.

Além de contribuir para o fortalecimento da rede de apoio e para a organização das ações assistenciais voltadas à usuária, a experiência promoveu importantes reflexões sobre o papel da formação médica na APS. O contato direto com a realidade social da paciente permitiu desenvolver competências relacionadas à empatia, ao raciocínio crítico, à humanização da assistência e à compreensão ampliada do processo saúde-doença, reafirmando a relevância das práticas comunitárias na formação em saúde.



APLICAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

A aplicação do PTS ocorreu a partir das necessidades identificadas durante o acompanhamento domiciliar da usuária E.D.M., idosa em situação de vulnerabilidade biopsicossocial acompanhada pela Unidade de Saúde da Família Alto Paraíso, no município de Bragança, Pará. Fundamentado nos princípios da Clínica Ampliada e da APS, o plano terapêutico foi desenvolvido como uma estratégia de cuidado centrada na singularidade da usuária, considerando não apenas suas condições clínicas, mas também os aspectos familiares, emocionais, sociais, territoriais e culturais que influenciavam diretamente seu processo saúde-doença¹⁰.

A primeira etapa consistiu na realização do diagnóstico situacional, construído por meio de visitas domiciliares sucessivas, observação do ambiente familiar, escuta qualificada e aplicação de ferramentas de abordagem familiar, incluindo genograma, ecomapa e APGAR Familiar. Essas ferramentas possibilitaram compreender a dinâmica familiar, identificar fragilidades e potencialidades da rede de apoio e reconhecer fatores sociais que interferiam na produção do cuidado. Durante esse processo, foram identificados problemas relacionados à hipertensão arterial sistêmica, distúrbios motores decorrentes de AVC, mobilidade reduzida por uso permanente de cadeira de rodas, lesão cutânea crônica em região temporal, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos de uso contínuo, barreiras arquitetônicas, isolamento social e fragilidade emocional decorrente da perda progressiva de autonomia.

Paralelamente à identificação das vulnerabilidades, identificaram-se importantes potencialidades presentes no contexto de vida da usuária, entre elas a existência de uma rede de apoio familiar relativamente estruturada, o vínculo estabelecido com a ACS, a presença de cuidadoras comprometidas com o cuidado cotidiano e a forte dimensão religiosa e espiritual que permeava sua trajetória de vida. O reconhecimento dessas potencialidades foi fundamental para a elaboração de intervenções compatíveis com a realidade da paciente e para a construção de estratégias voltadas ao fortalecimento dos recursos já existentes em seu contexto familiar e comunitário.

Com base nesse diagnóstico ampliado, foi realizada a segunda etapa do PTS, correspondente à definição compartilhada dos objetivos terapêuticos e das metas de cuidado. Foram priorizadas ações relacionadas ao controle da hipertensão arterial, à prevenção de complicações cardiovasculares e neurológicas associadas ao histórico de AVC, à redução dos riscos de quedas, à prevenção de lesões decorrentes da imobilidade prolongada e ao fortalecimento do acompanhamento longitudinal pela APS. Também foram estabelecidas metas voltadas à ampliação do acesso aos serviços de saúde, ao fortalecimento da rede de apoio familiar e à redução dos impactos emocionais relacionados ao isolamento social e à dependência funcional.

A terceira etapa envolveu a implementação das ações pactuadas. Nesse momento, foram realizadas orientações sobre uso correto das medicações, monitoramento da pressão arterial, prevenção de quedas, cuidados com a pele, prevenção de lesões por pressão e identificação precoce de sinais de agravamento clínico. Considerando a presença de uma lesão cutânea crônica em região temporal, foram reforçadas orientações quanto à observação de alterações locais e à necessidade de avaliação especializada para investigação diagnóstica. Da mesma forma, foram discutidas medidas voltadas à segurança no ambiente domiciliar e à prevenção de complicações relacionadas à imobilidade.

No campo psicossocial, a aplicação do PTS buscou minimizar os impactos decorrentes da perda de autonomia e da redução da participação social observada após episódios de queda. A escuta sensível da história de vida da paciente permitiu



compreender os significados atribuídos por ela às mudanças em sua rotina e às limitações impostas pelo processo de adoecimento. A partir dessa compreensão, foram incentivadas estratégias voltadas ao fortalecimento dos vínculos familiares, à ampliação da convivência social e à manutenção da participação religiosa de forma adaptada às suas condições físicas, reconhecendo a espiritualidade como importante fonte de suporte emocional e enfrentamento das adversidades vivenciadas¹³.

A participação da família constituiu elemento central em todas as etapas do processo. As cuidadoras principais foram envolvidas na construção e na execução das ações propostas, recebendo orientações relacionadas ao manejo das medicações, prevenção de agravos, monitoramento de sinais de alerta e organização da rotina de cuidados. Simultaneamente, buscou-se estimular maior compartilhamento das responsabilidades entre os demais membros da família, reduzindo a sobrecarga das cuidadoras e fortalecendo a corresponsabilização pelo cuidado. Evidências demonstram que o suporte familiar constitui importante fator protetor para idosos em situação de dependência funcional, contribuindo para melhores desfechos clínicos e maior qualidade de vida⁷.

A implementação do PTS também evidenciou a necessidade de articulação multiprofissional e integração entre diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. Embora a Atenção Primária tenha assumido papel central na coordenação do cuidado, foram identificadas demandas que requerem acompanhamento por profissionais da enfermagem, medicina, fisioterapia e saúde mental, reforçando a importância da interdisciplinaridade na construção de respostas mais abrangentes às necessidades da usuária.

A etapa final correspondeu à devolutiva e à pactuação do PTS junto à paciente e seus familiares. Esse momento foi cuidadosamente planejado pela equipe acadêmica como estratégia de fortalecimento do vínculo e da valorização da participação da usuária no processo terapêutico. A última visita teve como finalidade apresentar as intervenções propostas, esclarecer dúvidas, pactuar responsabilidades e discutir possibilidades de continuidade do cuidado pela rede de saúde. Para tornar o encontro mais acolhedor e significativo, foi realizado um café da manhã compartilhado entre discentes, docente responsável, usuária e familiares, proporcionando um espaço de convivência, diálogo e aproximação.

Durante essa devolutiva, foram entregues, além do PTS, tecnologias leves elaboradas pela equipe como instrumentos de educação em saúde e apoio ao autocuidado. Entre elas, destacam-se uma cartilha educativa contendo orientações sobre promoção da saúde, prevenção de agravos, hipertensão arterial, doenças crônicas, prevenção de quedas e cuidados domiciliares, além de uma agenda personalizada destinada ao controle das medicações e à organização da rotina terapêutica. Esses materiais foram construídos a partir das necessidades identificadas durante o acompanhamento, buscando favorecer a compreensão das orientações fornecidas, estimular a adesão ao tratamento e ampliar a autonomia da paciente e de suas cuidadoras. Conforme destaca a literatura investigada, as tecnologias leves ocupam papel central na produção do cuidado por fortalecerem o acolhimento, a escuta, o vínculo e a humanização das práticas em saúde¹⁴.

Por fim, foi estabelecida a necessidade de reavaliação periódica das metas pactuadas, considerando que as condições clínicas, funcionais e sociais da usuária podem sofrer modificações ao longo do tempo. A reavaliação foi compreendida como componente essencial do cuidado longitudinal, permitindo adequação contínua das estratégias terapêuticas e identificação de novas demandas. Dessa forma, a aplicação do PTS evidenciou que o cuidado integral ultrapassa a abordagem centrada na doença e exige



compreensão ampliada das múltiplas dimensões que constituem a vida dos sujeitos, o que reafirma essa potente ferramenta como promotora da integralidade, da humanização e da equidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde, além de contribuir significativamente para a formação crítica, ética e humanizada dos estudantes envolvidos no processo^{6,10,15}.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A construção e a aplicação do PTS possibilitaram uma compreensão ampliada das necessidades de saúde da usuária E.D.M., evidenciando que o processo de adoecimento e cuidado ultrapassa os limites das condições clínicas e envolve fatores sociais, emocionais, familiares, territoriais e culturais que influenciam diretamente a qualidade de vida e o acesso aos serviços de saúde. A experiência permitiu identificar que as principais vulnerabilidades da usuária estavam relacionadas não apenas à hipertensão arterial sistêmica, às sequelas motoras decorrentes do AVC e à mobilidade reduzida, mas também às barreiras arquitetônicas, às dificuldades de deslocamento, à limitação do acesso regular às medicações, ao isolamento social e às fragilidades presentes na dinâmica familiar. Esses achados reforçam a importância da abordagem ampliada do cuidado na APS, especialmente no acompanhamento de pessoas idosas com condições crônicas e dependência funcional¹⁰.

Um dos resultados mais relevantes observados durante o desenvolvimento do PTS foi a identificação de necessidades que dificilmente seriam percebidas em atendimentos realizados quase que exclusivamente na unidade de saúde. As visitas domiciliares permitiram conhecer o contexto de vida da usuária, compreender suas condições habitacionais, observar barreiras de acessibilidade e reconhecer fatores que impactavam diretamente seu processo saúde-doença. Nesse contexto, a literatura destaca que a visita domiciliar constitui ferramenta estratégica para o fortalecimento da integralidade do cuidado, por possibilitar a aproximação entre profissionais, usuários e famílias, favorecendo a construção de intervenções compatíveis com a realidade social e territorial dos indivíduos¹⁶.

Outro aspecto significativo foi a utilização das ferramentas de abordagem familiar, especialmente o genograma, o ecomapa e o APGAR Familiar. Esses instrumentos contribuíram para uma compreensão mais aprofundada da estrutura familiar, das relações afetivas e das redes de apoio existentes, permitindo identificar tanto fatores protetores quanto fragilidades que interferem no fortalecimento do cuidado. Embora a paciente contasse com o suporte de familiares próximos, observou-se centralização das responsabilidades em poucas cuidadoras, condição frequentemente associada à sobrecarga física e emocional dos responsáveis pelo cuidado domiciliar. Tal achado evidencia a necessidade de estratégias voltadas ao fortalecimento da rede de apoio e à corresponsabilização familiar no acompanhamento de pessoas idosas dependentes⁷.

A experiência também demonstrou a relevância da escuta qualificada como instrumento terapêutico. Ao longo das visitas, a usuária compartilhou aspectos de sua trajetória de vida, experiências relacionadas a adoecimento, medos, limitações e expectativas. Esse processo favoreceu a construção de vínculo entre estudantes, usuária e familiares, permitindo compreender dimensões subjetivas do cuidado que muitas vezes permanecem invisíveis em abordagens centradas exclusivamente na doença. A construção desse vínculo mostrou-se fundamental para o desenvolvimento de um plano terapêutico alinhado às necessidades reais da paciente e à sua capacidade de adesão às propostas de cuidado. Estudos apontam que a escuta qualificada fortalece a confiança entre usuário e equipe de saúde, contribuindo para maior efetividade das intervenções e para a humanização da assistência¹⁷.



No âmbito clínico, o PTS possibilitou organizar estratégias voltadas ao controle da hipertensão arterial, à prevenção de complicações relacionadas ao AVC e à redução dos riscos associados à imobilidade prolongada. Embora o período de acompanhamento não tenha permitido avaliar desfechos clínicos de longo prazo, observou-se maior conscientização da usuária e de suas cuidadoras acerca da importância da adesão medicamentosa, da vigilância de sinais de agravamento e da adoção de medidas preventivas no ambiente domiciliar. Esses aspectos são particularmente relevantes no cuidado de pessoas idosas, considerando que condições crônicas exigem acompanhamento contínuo, monitoramento sistemático e participação ativa dos cuidadores no processo terapêutico¹⁸.

A dimensão psicossocial revelou-se igualmente relevante durante a construção do PTS. O relato da paciente evidenciou impacto significativo das limitações físicas sobre sua autonomia, sua participação social e seu bem-estar emocional. O episódio de queda previamente vivenciado contribuiu para o aumento do isolamento social e para a redução da participação em atividades comunitárias e religiosas, aspectos reconhecidos como importantes determinantes da saúde e da qualidade de vida na população idosa. Nesse contexto, as intervenções propostas buscaram fortalecer os vínculos familiares, estimular a participação social possível e valorizar a espiritualidade como recurso de enfrentamento. A revisão bibliográfica demonstra que o suporte social e espiritual constitui importante fator protetor para pessoas idosas, estando associado à redução de sofrimento emocional, maior resiliência e melhor percepção de qualidade de vida¹⁹.

A etapa de devolutiva e pactuação do PTS representou um dos momentos mais significativos da experiência. A apresentação das ações planejadas, associada ao diálogo com a usuária e seus familiares, favoreceu a construção compartilhada do cuidado e estimulou a participação ativa da família na implementação das estratégias propostas. O momento de acolhimento realizado durante a entrega do Plano Terapêutico, incluindo o café da manhã compartilhado, contribuiu para fortalecer ainda mais os vínculos estabelecidos ao longo do acompanhamento, criando um ambiente de confiança, respeito e aproximação entre estudantes, usuária e familiares.

A entrega das tecnologias leves produzidas pela equipe acadêmica também se destacou como importante ferramenta de promoção e educação em saúde. A cartilha educativa e a agenda personalizada para controle das medicações foram elaboradas a partir das necessidades identificadas durante o acompanhamento e buscaram favorecer a autonomia da usuária e de suas cuidadoras. Essas ferramentas constituem elementos fundamentais na produção do cuidado, pois valorizam o acolhimento, a escuta, o vínculo e a construção compartilhada das práticas em saúde¹³. Nesse sentido, observou-se que a utilização desses recursos ampliou a compreensão das orientações fornecidas e fortaleceu o protagonismo da paciente e de sua família no processo terapêutico.

Do ponto de vista da formação acadêmica, a experiência proporcionou importantes aprendizados relacionados à integralidade do cuidado, ao trabalho interdisciplinar, à territorialização e à compreensão dos determinantes sociais da saúde. A vivência permitiu aos estudantes compreender que a prática em saúde exige mais do que domínio técnico-científico, demandando sensibilidade para reconhecer singularidades, capacidade de escuta e compromisso ético com as necessidades dos usuários. Tal perspectiva está em consonância com as reflexões de estudos e pesquisas sobre a formação em saúde, que defendem processos formativos comprometidos com a realidade social e com a transformação das práticas de cuidado²⁰.

Por fim, a experiência evidenciou que o PTS constitui uma ferramenta potente para a organização do cuidado no âmbito da APS, especialmente em situações de maior



complexidade biopsicossocial. Sua aplicação favoreceu a identificação de necessidades muitas vezes invisibilizadas, fortaleceu o vínculo entre usuário, família e equipe de saúde e possibilitou a elaboração de intervenções mais compatíveis com a realidade da paciente. Além disso, reafirmou a importância da abordagem centrada na pessoa, da participação familiar e da construção compartilhada das decisões terapêuticas como elementos essenciais para a efetivação da integralidade, da humanização e da equidade no cuidado em saúde^{3,10}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de construção e aplicação do PTS junto à usuária E. D. M. evidenciou a relevância dessa ferramenta como estratégia de organização do cuidado integral na APS. O acompanhamento possibilitou compreender que o processo saúde-doença ultrapassa os limites das condições clínicas, sendo fortemente influenciado por fatores sociais, familiares, emocionais, culturais e territoriais que impactam diretamente a qualidade de vida dos usuários. Nesse sentido, a elaboração do PTS permitiu uma análise ampliada da realidade vivenciada pela paciente, favorecendo a identificação de necessidades prioritárias, potencialidades existentes e vulnerabilidades que demandavam intervenções específicas e articuladas.

A utilização de instrumentos de abordagem familiar, como genograma, ecomapa e APGAR Familiar, contribuiu significativamente para a compreensão da dinâmica familiar, das redes de apoio e dos fatores que influenciam o cuidado cotidiano da paciente. Além disso, a realização de visitas domiciliares permitiu conhecer de forma mais profunda o contexto de vida da paciente, fortalecendo o vínculo entre estudantes, família e equipe de saúde, bem como possibilitando a construção de estratégias terapêuticas mais compatíveis com a realidade local.

A experiência também reforçou a importância da escuta qualificada, do acolhimento e da construção compartilhada das decisões terapêuticas. A participação ativa da usuária e de seus familiares favoreceu a pactuação de metas realistas e exequíveis, promovendo maior corresponsabilização no cuidado e ampliando as possibilidades de adesão às intervenções propostas. Nesse contexto, a entrega do PTS, acompanhada de ações educativas e da utilização de tecnologias leves, como a cartilha de orientação em saúde e a agenda para organização medicamentosa, demonstrou o potencial da educação em saúde como instrumento de autonomia, empoderamento e fortalecimento do cuidado centrado na pessoa.

Outro aspecto relevante observado durante o desenvolvimento do projeto foi a necessidade de articulação entre os diversos profissionais e serviços da Rede de Atenção à Saúde. As demandas identificadas evidenciaram que o cuidado de pessoas idosas em situação de vulnerabilidade requer maior atuação multiprofissional, acompanhamento longitudinal e integração entre ações clínicas, preventivas, educativas e de suporte psicossocial. Dessa forma, o PTS mostrou-se uma ferramenta capaz de favorecer a coordenação do cuidado e a construção de respostas mais abrangentes diante das múltiplas necessidades apresentadas pela usuária.

Do ponto de vista da formação acadêmica, a vivência proporcionou importante aproximação com os princípios e as diretrizes do SUS, especialmente aqueles relacionados à integralidade, à equidade, à humanização, à territorialização e à participação social. O contato direto com a realidade da comunidade permitiu o desenvolvimento de competências essenciais para a prática profissional, como comunicação, trabalho em equipe, raciocínio crítico, sensibilidade social e tomada de decisões centradas nas necessidades dos usuários.



Por fim, conclui-se que a construção e aplicação do PTS constituíram uma experiência de grande relevância para a formação em saúde e para o fortalecimento das práticas de cuidado na Atenção Primária. O processo evidenciou que a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida dependem não apenas da abordagem das doenças, mas também da compreensão das singularidades de cada indivíduo, de sua família e de seu território. Assim, o PTS reafirma-se como uma potente ferramenta para a efetivação de um cuidado integral, humanizado, resolutivo e socialmente comprometido, contribuindo para a consolidação dos princípios e das diretrizes do SUS e para a qualificação das práticas assistenciais voltadas à população.

REFERÊNCIAS

1. BOUSQUAT, A.; AKERMAN, M.; MEDINA, M. G.; FACCHINI, L. A.; TASCA, R.; MOTA, P. H. S.; *et al.* **Avaliação da atenção primária à saúde no Brasil: concepção e metodologia do Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde 2024.** Cad Saúde Pública [Internet]. 2025. Disponível em: < <https://cadernos.ensp.fiocruz.br> >. Acesso em 22 mai 2026.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais de 3,4 mil equipes multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde foram implantadas em 2024** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude> >. Acesso em 21 mai 2026.
3. SOUSA, E. S.; FIORONI, L. N.; FRIZZO, H. C. F. Projeto terapêutico singular na Rede de Atenção Psicossocial: harmonias e dissonâncias de compreensões e práticas. **Rev Interfaces Saúde Hum Tecnol** [Internet]. 2025. Disponível em: <https://www.interfaces.unileao.edu.br> >. Acesso em 22 mai 2026.
4. VIERO, F. C.; ARPINI, D.M.; **Projeto terapêutico singular e cuidado em saúde mental: o que profissionais revelam.** PSI UNISC [Internet]. 2024. Disponível em: <https://seer.unisc.br> >. Acesso em 22 mai 2026.
5. DALTRO, M. R.; FARIA, A. A. **Relato de experiência: uma narrativa científica na pós-modernidade.** Estud Pesqui Psicol. 2019; 19(1): 223-37.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
7. WRIGHT L. M., LEAHEY, M. **Nurses and families: a guide to family assessment and intervention.** 6th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2013.
8. NASCIMENTO, L. C.; DANTAS, I. R. O.; ANDRADE R. D.; MELLO, D. F. **Genograma e ecomapa: contribuições da enfermagem brasileira.** Texto Contexto Enferm. 2014; 23(1): 211-20.
9. SMILKSTEIN G. **The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians.** J Fam Pract. 1978; 6(6): 1231-9.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.



11. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
12. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World social report 2025: ageing with dignity and social participation**. Geneva: WHO; 2025.
13. MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec; 2002.
14. MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Junior H, organizadores. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 59-72.
15. CASTILHO, A. M.; GIROTTO, K. C.; JACOB, L. A; *et al.* **Projeto terapêutico singular em um município do interior paulista: um estudo de caso**. Bol Inst Saúde. 2017;18(Supl): 9-12.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
17. GORRIS, P.; SANTOS, M.; ALMEIDA, R.; COSTA, A. **Escuta qualificada e humanização do cuidado na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa**. Rev APS. 2024;27(1):1-12.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Guia para o cuidado da pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.
19. VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Cien Saude Colet**. 2024;29(2):e00000024.
20. CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.