

## ELABORAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

### ELABORATION OF THE SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT IN A FAMILY HEALTH STRATEGY

*Fernando Ikeda Castaldelli<sup>1</sup>, Beatriz Franco Curcio<sup>2</sup>, Francine da Costa Alves<sup>3</sup>*

#### RESUMO

O objetivo deste estudo foi relatar a experiência de um acadêmico de medicina na elaboração do Projeto Terapêutico Singular durante o internato da disciplina de saúde coletiva. O estudo é descritivo do tipo relato de experiência, realizado por acadêmico de medicina do 10º período de uma Universidade do Vale do Paraíba Paulista durante o internato em uma Unidade de Saúde da Família sob supervisão do médico preceptor. Para realizar o Projeto Terapêutico Singular durante a reunião da equipe da unidade, inicialmente reuniu-se todas as informações necessárias para então elaborar e implementar o Projeto Terapêutico Singular. Dividiu-se essa fase em três etapas e posteriormente realizou-se uma visita domiciliar para checar as informações registradas no prontuário do paciente e relatadas pelo Agente Comunitário de Saúde. Após as etapas pré-determinadas elaborou-se e aplicou-se o Projeto Terapêutico Singular com seus quatro momentos: diagnóstico, definição de metas; divisão de responsabilidades e reavaliação. Esta experiência permitiu vivenciar a importância do trabalho em equipe, do olhar holístico, do acolhimento e da criação de vínculo na relação entre equipe, paciente/família.

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família. Assistência Integral à Saúde. Assistência Centrada no Paciente. Estudantes de Medicina.

1. Acadêmico do curso de Graduação em Medicina da Universidade de Taubaté.
2. Médica Especialista em Saúde da Família. Preceptora do Internato de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Taubaté.
3. Mestre em Ciências pela Universidade Univeritas-UNG. Professora de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Taubaté.

#### Correspondência

Francine da Costa Alves- Av. Tiradentes, 500. Bom Conselho, Taubaté-SP.

CEP: 12030-180. Taubaté-SP.

E mail: enffran\_tte@hotmail.com

## ABSTRACT

The objective of this study was to report the experience of a medical student in the preparation of the Singular Therapeutic Project during the internship of the collective health discipline. The study is descriptive of the type of experience report, carried out by a 10th-period medical student at a University of Vale do Paraíba Paulista during internship at a Family Health Unit under the supervision of the medical preceptor. To carry out the Singular Therapeutic Project during a meeting of the unit's team, all the necessary information was initially gathered to elaborate and implement the Singular Therapeutic Project. This phase was divided into three stages, followed by a home visit to check the information in the patient's medical record and reported by the Community Health Agent. After the pre-determined stages, the Singular Therapeutic Project was developed and applied with its patients. four moments: diagnosis, goal setting; division of responsibilities and reassessment. This experience links experiencing the importance of teamwork, holistic view, welcoming and creating a bond in the relationship between team, patient / family.

**Keywords:** Family Health Strategy. Comprehensive Health Care. Patient-Centered Care. Medical students.

## INTRODUÇÃO

O ensino médico no Brasil é amparado pela resolução que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de Medicina, que estabelece o perfil do egresso, bem como os princípios, fundamentos e finalidades da formação em Medicina. Ao final do curso o aluno deverá ter adquirido conhecimentos, habilidades e atitudes para desempenhar a prática profissional com excelência<sup>1</sup>.

Durante a graduação em medicina é incluído nos últimos dois anos o estágio curricular obrigatório em regime de internato, conforme determina as DCN, sob supervisão de um responsável, em serviços próprios, conveniados ou em regime de parcerias por meio de contratos<sup>1</sup>.

Na formação médica o internato é uma etapa primordial, é neste momento que o aluno irá realizar o treinamento prático nos serviços, aprimorando e desempenhando as técnicas, habilidades e conhecimentos adquiridos na teoria e os aperfeiçoando, por meio do desenvolvimento progressivo de responsabilidade e autonomia na prática médica. O internato favorece a aproximação do aluno com o indivíduo/comunidade aprimorando a relação médico-paciente-comunidade, abrangendo conhecimentos voltados a promoção integral e humana do cuidado<sup>2</sup>.

O internato é constituído por diversas especialidades e dentre elas a saúde coletiva com atividades na atenção básica preferencialmente realizadas em unidades de Estratégias Saúde da Família (ESF). A atenção básica tem como premissas ações no âmbito individual e coletivo de promoção à saúde, prevenção de agravos,

reabilitação, recuperação e manutenção da saúde por meio de ações integrais de indivíduos e coletividade com garantia de sua autonomia<sup>3</sup>.

As ESF têm como objetivo reorganizar a atenção básica do Brasil de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, consolidando e ampliando-a com maior resolutividade e reorientação do processo de trabalho com equipes multiprofissionais<sup>3</sup>.

Diversas ações e instrumentos são desenvolvidos para que o atendimento integral dentro de um ESF, a um paciente ou família, seja realizado, entre eles podem-se citar o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Este consiste em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, individual ou coletiva gerada pelo resultado da discussão da equipe multidisciplinar, e utilizado geralmente para situações ou casos complexos<sup>4</sup>.

É necessário, para a realização do PTS, que os membros da equipe de saúde entendam sua importância e aplicabilidade bem como o seu papel dentro da equipe e se comprometam com sua execução. Deve existir uma relação de confiança entre equipe e usuário construída por meio do vínculo, para que possa ser compreensível o entendimento do sujeito e suas necessidades<sup>5,6</sup>.

Sua elaboração é composto por quatro momentos: diagnóstico que define a situação com avaliação orgânica, psicológica e social, entendendo o sujeito na sua totalidade; definição de metas realizadas após o diagnóstico das necessidades e as intervenções que se fazem necessárias a equipe faz propostas de curto, médio e longo prazo; divisão de responsabilidades de cada membro da equipe de acordo com o que está apto a exercer; reavaliação do caso por todos os membros da equipe para evoluir o caso<sup>4</sup>.

Por ser uma ferramenta de fácil entendimento e execução utilizada principalmente em casos complexos, durante o internato em saúde coletiva foi proposto pela preceptora médica da unidade de saúde realizar um PTS para um paciente da ESF. Desta forma, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência de um acadêmico de medicina do 10º período, na participação, elaboração e implementação do PTS durante o internato da disciplina de saúde coletiva em uma unidade de ESF.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, sobre a realização de um PTS realizado por um acadêmico de medicina do 10º período de uma Universidade do Vale do Paraíba Paulista, durante o internato de saúde coletiva em uma ESF sob supervisão de um médico preceptor.

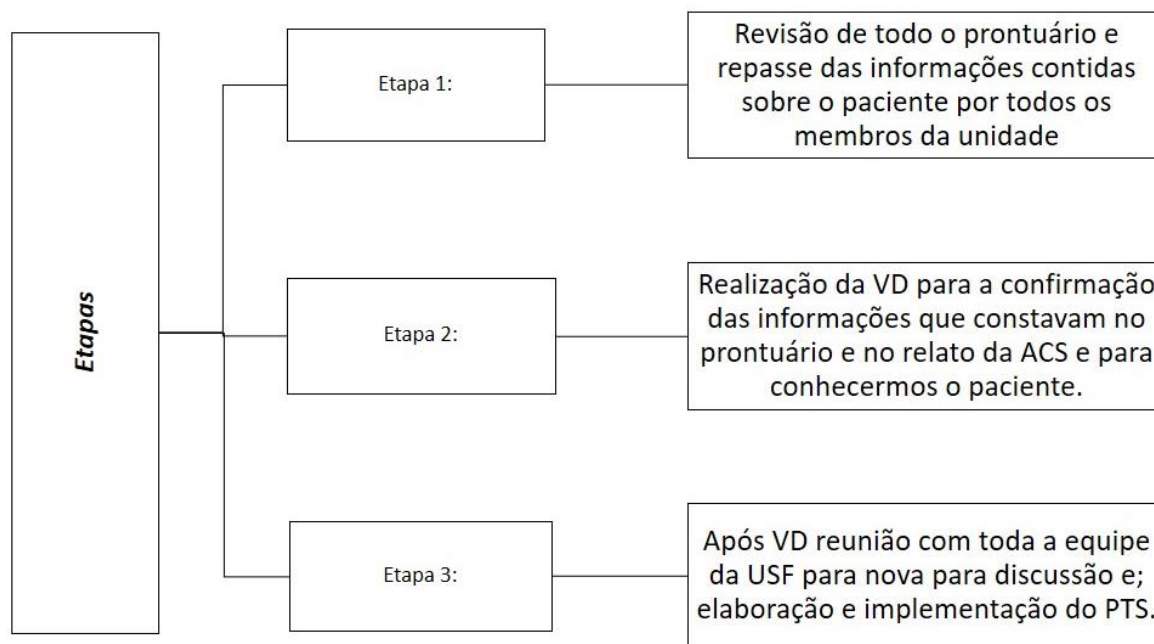
O internato em Saúde Coletiva tem como referência as DCN do Curso de Graduação em Medicina e propõe uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, contribuindo para a formação do médico generalista com conhecimento e comprometimento com as necessidades de saúde da população brasileira nos níveis de prevenção, promoção e recuperação de saúde na Atenção Primária a Saúde.<sup>1</sup>

A ESF, onde realizou-se o internato e a atividade, está localizada em um município com aproximadamente 168.328 mil pessoas, 903 famílias cadastradas na ESF divididos em 5 microrregiões.<sup>7</sup>

A proposta para elaboração do PTS foi da médica da ESF, que atuou como preceptora do internato, após identificar a necessidade da sua utilização para um paciente. Para sua realização fez-se uma reunião com toda a equipe da unidade para discussão sobre o quadro do paciente e apresentação da proposta do PTS.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Durante a reunião da equipe da unidade estabeleceu-se que precisava reunir todas as informações necessárias para posteriormente elaborar e implementar o PTS. Para isso dividiu-se essa fase em três etapas, conforme a Figura 1.



**Figura 1:** Representação gráfica das etapas anteriores a elaboração e interpretação do PTS. Taubaté, SP, 2020.

**Legenda:** ACS: agente comunitário de saúde. PTS: projeto terapêutico singular. VD: visita domiciliar.

**Fonte:** autoria própria.

A primeira etapa permitiu melhor entendimento das necessidades e organização cronológica do aparecimento das comorbidades e evolução clínica do paciente no decorrer dos anos até a atual situação. O diagnóstico clínico do paciente era Demência por Corpos de Lewy.

O mesmo encontrava-se acamado, hipotrófico, irresponsivo e com várias Lesões por Pressão (LPP), que segundo relato da Agente Comunitário de Saúde (ACS), adquiriu-se após internação hospitalar.

A Demência por Corpos de Lewy caracteriza-se por declínio cognitivo, alucinações visuais recorrentes, flutuação no estado cognitivo, sinais parkinsonianos extrapiramidais, sensibilidade aumentada ao uso de neurolépticos. Afeta estruturas chamadas de corpúsculos de Lewy, tornando uma doença progressiva e que não possui tratamento, além de ser de alto grau degenerativo e progressivo, assemelha-se a uma mistura de um quadro de Alzheimer (perda de memória e dificuldade na procura de palavras) com a doença de Parkinson<sup>8,9</sup>.

As LPP são um dano localizado na pele ou tecido mole ocasionado pelo aumento de pressão em uma determinada parte do corpo de forma constante, podendo danificar tecidos abaixo da pele, como músculos e ossos. Elas são classificadas em estágios de 1 a 4 de acordo com a sua apresentação e gravidade<sup>10</sup>.

Na segunda etapa, a médica preceptora, enfermeira, ACS e técnica de enfermagem da unidade confirmaram todas as informações da etapa anterior. O paciente mantinha o quadro descrito no prontuário e relatado pela ACS. Nesta etapa a responsável pelos cuidados diretos ao paciente, informou como era realizado o cuidado, quem realizava, se havia uma rede de apoio. Explicou-se a responsável o motivo da visita e sobre o PTS, bem como se ela gostaria de participar, o que se aceitou de imediato.

As visitas domiciliares facilitam o acesso à saúde daqueles que não conseguem se deslocar até as unidades de saúde, abrangendo as necessidades de prevenção, recuperação, reabilitação e promoção de saúde de pacientes e familiares, conforme as tecnologias assistências disponíveis. Os usuários do serviço que recebem visitas domiciliares regularmente reconhecem a importância desta prática e se sentem valorizados e importantes para a equipe de saúde que identificam seus problemas, necessidades e cuidados que devem ser dispensados a eles<sup>11</sup>.

A principal responsável por realizar os cuidados de higiene pessoal, administração dos medicamentos e da dieta enteral era a esposa, os filhos ajudavam com a mobilização e transferência do paciente do leito para poltrona e vice-versa. As principais dificuldades relatadas pela cuidadora eram no cuidado bucal e obtenção de dieta enteral, fraldas, fisioterapia e medicamentos.

Em um estudo realizado com 95 cuidadores, com o objetivo de avaliar a sobrecarga de trabalho dos cuidadores de usuários vinculados a um programa de serviço público de atenção domiciliar, relatou que estes em sua maioria são do sexo feminino (97,9%), casadas (55,8 %) parentes próximas ou cônjuge (74,7%) e não realizavam outra atividade além do cuidar (98,8%) e tinham problemas de saúde (86,3%)<sup>12</sup>.

Posteriormente a estas três etapas e com o aceite da cuidadora para participar do PTS, teve início a sua elaboração seguindo as quatro fases recomendadas com uma reunião de equipe para definição do diagnóstico situacional.

Nesta primeira fase do PTS, conhecido como diagnóstico, é desenvolvido o diagnóstico e análise situacional do caso, onde se avalia os aspectos relacionados a crenças, valores, questões familiares, culturais, psíquicos, riscos vulnerabilidades, potencialidades e dificuldades do sujeito e família<sup>13</sup>.

A elaboração o PTS tem como premissa as necessidades de saúde do usuário/família comunidade considerando seu estilo de vida, subjetividade e singularidade, tendo como característica a interação democrática e horizontal entre equipe/usuário/família, por meio das relações interpessoais dos sujeitos envolvidos<sup>14</sup>.

A segunda fase de definição de metas e terceira fase de divisão de responsabilidades ocorreu quando se retornou à casa do paciente para a realização das propostas, conforme Tabela 1. Este momento de definição de metas a serem atingidas deve ter a participação dos usuários nas decisões a serem tomadas como um processo compartilhado entre equipe e familiares<sup>13</sup>. No estabelecimento da terceira fase divide-se a responsabilidade de todos os envolvidos no PTS e o profissional que irá acompanhar de forma mais ativa, sendo este profissional o vínculo entre equipe e família<sup>13</sup>.

**Tabela1** –Projeto Terapêutico Singular para paciente e familiares. Taubaté. SP. 2020.

Diagnóstico	Definição de Metas	Divisão de Responsabilidades	Reavaliação
Sobrecarga do cuidado		ACS e internos de Medicina= VD 2x/sem para acompanhamento	
Acamado	Melhorar as lesões por pressão	Enfermeira= orientação e acompanhamento do curativo e uso da SNE	Realizada após 1 mês da implementação do PTS
Uso de fralda		TE= realização de curativo 2x/sem	
Uso de SNE	Orientar e estimular filhos e participar do cuidado	Médica= renovação da receita, solicitação de medicamentos e fisioterapia, acompanhamento clínico	
Lesões por pressão			

**Legenda:** ACS: agente comunitário de saúde. PTS: projeto terapêutico singular. SNE: sonda nasoesférica. TE: técnico de enfermagem. VD: visita domiciliar.

Estabeleceu-se junto a família como meta melhorar as LPP e realização de Visita Domiciliar (VD) duas vezes na semana para acompanhar o paciente juntamente com a ACS e técnica de enfermagem. Conversou-se com a família sobre o auxílio nos cuidados ao paciente com o intuito de não sobrecarregar a cuidadora. Houve uma conversa entre eles e estabeleceram que iriam se revezar entre si para auxiliar nos cuidados.

Com relação as LPP, orientou-se a mudança de posição do paciente a cada duas horas (protegendo as proeminências ósseas) realização de curativo com soro fisiológico a 0,09%, oclusão do local com gaze e fixação com fita adesiva. Considera-se que retirar o paciente do leito e realizar a mudança de decúbito, previne e melhora as LPP. Quando há uma boa adesão a esses cuidados evita-se os eventos adversos relacionados as LPP considerados como eventos evitáveis<sup>15</sup>.

Na semana seguinte (segunda semana) houve melhora significativa nas lesões de calcâneo com presença de tecidos de granulação e aproximação das bordas. Entretanto, a região sacra apresentou piora com presença de infecção local. A médica prescreveu antimicrobiano e orientou a cuidadora quanto à dose, horário e importância do uso correto da administração da medicação. Conseguiu-se renovar a receita para os próximos 6 meses e iniciou-se a dieta enteral com uma nutricionista.

A semana posterior (terceira semana) realizou-se a VD ao paciente. Observou-se que as LPP da região sacra apresentavam melhora com o uso do antimicrobiano, e o paciente encontrava-se mais responsivo.

Na última semana (quarta semana) fez-se as visitas e uma reunião na unidade com toda a equipe e apresentou-se os resultados das semanas anteriores, para troca de informações, avaliação e estabelecimentos de novas metas. Este momento referiu-se a quarta fase do PTS: reavaliação.

É importante destacar que este projeto é flexível e de construção coletiva, sendo modificado conforme as necessidades. Ele busca atender as demandas de saúde apresentadas e que possam surgir por isso a importância da equipe multiprofissional com articulação dos saberes, práticas e conhecimento de todos os envolvidos<sup>14</sup>.

Ao final do estágio houve uma apresentação com uma visão geral sobre as decisões tomadas durante esse período de coleta e análise de informações concomitante com a família do paciente, estabelecendo metas de curto, médio e longo



prazo para este paciente juntamente com o suporte necessário para a família e principalmente para a esposa que era a mais envolvida.

Observou-se o envolvimento de toda a equipe da unidade e a satisfação pelo progresso em tão pouco tempo. Estabeleceu-se novas metas e expectativas de cada um do grupo com o novo PTS estabelecido juntamente com a família, confirmando a importância do vínculo e a eficiência do tratamento singular e continuado. A adesão do paciente/família na construção em conjunto do PTS com a equipe só é possível mediante o vínculo entre eles. Esta relação deve ser alicerçada com base no acolhimento, autonomia e valorização dos sujeitos envolvidos, bem o respeito pela sua história de vida, seus sonhos e possibilidades de tratamento e reabilitação<sup>14</sup>.

Percebeu-se que após toda coleta de dados e pesquisa, houve o estabelecimento de uma forte ligação entre os agentes de saúde e a família do paciente. A necessidade de atenção dessas pessoas é muito grande, dessa forma qualquer momento de atenção, por menor que seja, fará a diferença para a vida destas pessoas.

Os profissionais de saúde que trabalham com o PTS reconhecem sua importância como uma ferramenta de articulação para o trabalho e de interação multidisciplinar, que necessita do envolvimento de toda equipe para um objetivo comum permitindo a aproximação e troca de saberes entre todos<sup>16</sup>.

Notou-se que o PTS é uma das infinitas formas de contribuir para a promoção de saúde, lembrando que curar é totalmente diferente de promover saúde. Esse caso em particular é exemplar, pois permitiu que o cuidado não se mantivesse apenas focado no paciente, mas sim na família, dando suporte emocional para a esposa, conversando com os filhos de forma aberta e clara.

## **CONCLUSÃO**

Por meio desta experiência percebeu-se a importância do trabalho multiprofissional, o olhar holístico, o acolhimento e criação de vínculo entre equipe, paciente/família.

O PTS demonstrou ser adequado na promoção da saúde e prevenção de doenças e seus agravos. Entretanto, devido à alta demanda de trabalho e do sistema,

bem como o tempo, pesquisa e dedicação necessária, dificulta sua implantação no cuidado aos pacientes das ESF.

Destaca-se a importância do trabalho dos ACS, que abrem as portas dos pacientes da comunidade e se tornam parte de cada família que visitam. Estes possibilitam uma maior intimidade e troca de informações privilegiadas, que muitas vezes fazem a diferença no tratamento do paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/escola-de-gestores-da-educacao-basica/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/12991-diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao>
2. Cândido PTS, Batista NA. O internato médico após as diretrizes curriculares nacionais de 2014: um estudo em escolas médicas do estado do Rio de Janeiro. Rev. bras. educ. méd. [Internet]. 2019 [acesso 2020 set 05]; 43 (3):36-45. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/01981-52712015v43n3rb20180149>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2436 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. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [Acesso em 2020 set 05]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Política nacional de humanização da atenção e gestão dos sus. Clínica Ampliada e Compartilhada. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf)
5. Corrêa VAF, Acioli S, Mello AS, Dias JR, Pereira RDM. Projeto Terapêutico Singular: reflexões para enfermagem em saúde coletiva. Rev. enferm. UERJ [Internet]. 2016; 24(6):e26309. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.26309>
6. Nogueira IS, Previato GF, Scolari GAS, Gomes ACO, Carreira L, Baldissera VDA. Home intervention as a tool for nursing care: evaluation of the satisfaction of the elderly. Rev. gaúch. enferm. [Internet]. 2016; 37(spe): e68351. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68351>
7. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso 03 set 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/pindamonhangaba/panorama>.
8. Tatsch MF, Nitrini R, Louzã Neto MR. Demência com corpúsculos de Lewy: uma entidade distinta com tratamento específico? Braz. J. Psychiatry [Internet] 2002; 24(3):152-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000300010>
9. Tavares A, Azeredo C. Demência com corpos de Lewy: uma revisão para o psiquiatra. Arch. Clin Psychiatry [Internet] 2003; 30(1): 29-34. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpc/v30n1/20586.pdf>

10. Moraes JT, Borges EL, Lisboa CR et al. Conceito e Classificação de lesão por pressão: atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel. Rev. Enferm. Cent.-Oeste Min. [Internet] 2016; 6(2):2292-306. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v6i2.1423>
11. Mandú EDT, Gaíva MAM, Silva MA, Silva AMN. Visita Domiciliar sob o olhar de usuários do programa saúde da família. Texto & contexto enferm. [Internet] 2008;17(1): 131-40. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/15.pdf>
12. Guerra HS, Almeida NAM, Souza MR, Minamisava R. The burden of home caregivers. Rev. bras promoç saúde. [Internet] 2017; 30(2): 179-86. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2017.p179>
13. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014; (1) (Caderno de Atenção Básica, nº 39). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf)
14. Pinto DM, Jorge MSB, Pinto AGA et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: Uma construção coletiva. Texto & contexto enferm. [Internet] 2011; 20(3): 493-502. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/10.pdf>
15. Sanches BO, Contrim LM, Beccaria LM, Frutuoso IS, Silveira AM, Werneck AL. Adesão da enfermagem ao protocolo de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva. Arch. Health Sci. [Internet] 2018; 25(3): 27-31. Disponível em: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.25.3.2018.1058>.
16. Silva DO, Oliveira JF, Souza MRR et al. Percepção de profissionais de saúde mental sobre o projeto terapêutico singular. Rev. Cuba. Enferm. [Internet] 2016; (4): 126-37. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1009/211>