

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COM PACIENTE PORTADORA DE NEUROPATIA CRÔNICA E MÚLTIPLAS VULNERABILIDADES: POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES

SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT WITH A PATIENT WITH CHRONIC NEUROPATHY AND MULTIPLE VULNERABILITIES: STRENGTHS AND LIMITATIONS

Daíse Moreira dos Reis ¹
David William Lima Marques ²
Gabriel Alves Godinho ³
Gabriela Moreira da Silva ⁴
Mariana Borges Sodré Lopes ⁵

Resumo: O presente estudo relata a experiência de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para uma paciente portadora de múltiplas vulnerabilidades, elaborado a partir do resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, executado em um município no Bico do Papagaio, Tocantins, centrado em uma família atendida por uma Unidade Básica de Saúde (UBS), ao longo do primeiro semestre do ano de 2023. Durante o desenvolvimento desse PTS, seguiram-se as etapas de Diagnóstico Situacional, de Definição de Metas, de Divisão de Responsabilidades e, por fim, de Reavaliação. Com isso, foi possível aproximar o conhecimento teórico adquirido em sala de aula da realidade vivenciada no campo prático da APS. O PTS se mostrou uma ferramenta de extrema importância no tocante às concepções de cuidado em saúde, quando aplicado corretamente, pois, através dele, foi possível elaborar intervenções baseadas nas demandas em saúde de cada usuário.

Palavras-chave: Projeto Terapêutico Singular. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Equipe de Saúde Bucal. Equipe Interdisciplinar.

Abstract: This article narrates the experience of a Singular Therapeutic Project (PTS) for a patient with multiple vulnerabilities, developed from the result of the collective discussion of an interdisciplinary team, carried out in a town in Bico do Papagaio, Tocantins, centered on a family assisted by a Basic Health Unit (UBS), throughout the first half of 2023. During the development of this PTS, the steps of Situational Diagnosis, De-

1 Graduanda em Medicina. Universidade Estadual do Tocantins (Unitins), Augustinópolis, Tocantins, Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0778272056859442>. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-3030-7295>. E-mail: daisemoreira@unitins.br

2 Graduando em Medicina. Universidade Estadual do Tocantins (Unitins), Augustinópolis, Tocantins, Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4961400943693800>. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-0343-0922>. E-mail: davidwilliam@unitins.br

3 Graduando em Medicina. Universidade Federal do Tocantins (UFT), Augustinópolis, Tocantins, Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2548976114144710>. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-7396-1651>. E-mail: godinhogabriel75@hotmail.com

4 Graduanda em Medicina. Universidade Estadual do Tocantins (Unitins), Augustinópolis, Tocantins, Brasil. Lattes: <https://lattes.cnpq.br/4518951045040839>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4575-0289>. E-mail: gabrielamoreira@unitins.br

5 Mestre em Saúde Coletiva. Universidade Estadual do Tocantins (Unitins), Augustinópolis, Tocantins, Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2632833077025280>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6631-1491>. E-mail: mariana.bs@unitins.br

finition of Goals, Division of Responsibilities and, finally, of Reevaluation were followed. With that, it was possible to close the gap between the theoretical knowledge acquired in the classroom and the reality experienced in the practical field of Primary Health Care (PHC). The PTS proved to be an extremely important tool in regards to health care concepts, when applied correctly, as it was possible to develop interventions based on the health demands of each user through it.

Keywords: Singular Therapeutic Project. Family Health Strategy. Primary Health Care. Dental Care Team. Interdisciplinary Team.

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como objetivo a reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa estratégia foi concebida pelo Ministério da Saúde (MS) para melhorar a saúde da população em seu território. A ESF contribui para a consolidação da APS ao beneficiar a reorganização do processo de trabalho nesse componente da Rede de Atenção à Saúde (RAS), expandindo a resolutividade da situação de saúde das pessoas e coletivos (Brasil, 2013).

A ESF fundamenta o trabalho em equipe interdisciplinar, oportunizando o estabelecimento de vínculos entre profissionais e população de maneira longitudinal, com vistas à promoção da saúde e à autonomia destes por meio da corresponsabilização. Os profissionais da ESF atuam nos processos de saúde-doença dos usuários que cuidam, elaborando planos de cuidado e ações terapêuticas, como, por exemplo, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) (Brasil, 2013).

A concepção de PTS esteve inicialmente vinculada às experiências da saúde mental, tendo seu surgimento para essa finalidade. Com o fortalecimento do Movimento Sanitário, o conceito de PTS ganhou seus primeiros contornos como ferramenta de resposta ao atendimento na saúde mental. O reconhecimento da positividade do PTS no relacionamento entre trabalhadores e sua eficácia, principalmente na parte psicossocial, se torna evidente com sua incorporação pelo Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Humanização (Brasil, 2003).

A Política Nacional de Humanização apresenta o PTS como estratégia para promoção de ações que visem o aumento da autonomia do usuário e da família sobre o seu problema, no sentido do cuidado de si e da capacitação de cuidadores, novamente se mostrando uma boa medida de intervenção no meio psicossocial (Depole et al., 2022).

O Projeto Terapêutico Singular é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. É uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações. O projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos,

buscando a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (Brasil, 2009).

As discussões coletivas propiciam uma atuação integrada das equipes e dos diferentes setores, valorizando outros aspectos que seriam negligenciados sem a devida integração. Além disso, o PTS pressupõe a participação do sujeito na formulação e no andamento das ações, o que favorece muito sua adesão, tornando-o corresponsável em todo o processo de cura e cuidado. Para tanto, é necessário construir a proposta de gestão compartilhada, com processos que estimulem autonomia e responsabilização das instituições e dos sujeitos, porém com estabelecimento de compromissos bem definidos (Campos; Cunha; Figueiredo, 2013). Tendo em vista o supracitado, a construção do PTS deve ser ancorada em 4 movimentos: definição de hipóteses diagnósticas, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação (Brasil, 2009).

A ideia singular, como medida de melhoria do alcance e da eficácia da ferramenta terapêutica, parte da concepção dos próprios autores que já realizaram PTS, que veem na substituição do termo “individual” por “singular” a premissa de levar em consideração não só o indivíduo, mas todo o seu contexto social (Depole et al., 2022). Como afirmado por Wagner et al. (2020), o olhar ampliado sobre uma determinada condição de saúde e o trabalho em equipe transformam a assistência e asseguram resultados mais efetivos e duradouros. Nessa perspectiva, o PTS, enquanto ferramenta de intervenção terapêutica, torna-se válido, especialmente quando se propõe intervir em contexto psicossocial com múltiplas vulnerabilidades, como a do presente relato, em que as vulnerabilidades sociais, econômicas e de estigmas são profundas e marcantes.

Nesse contexto, o presente trabalho descreve um PTS elaborado no município no Bico do Papagaio, Tocantins, centrado em uma família atendida por uma Unidade Básica de Saúde (UBS), ao longo do primeiro semestre do ano de 2023.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência de ensino-aprendizagem, do tipo descritivo, acerca do Projeto Terapêutico Singular (PTS) ocorrido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Augustinópolis, Tocantins. A vivência se deu no contexto da disciplina de Medicina da Família e Comunidade (MFC) II do curso de medicina da Universidade Estadual do Tocantins (Unitins), cuja carga horária corresponde a 30 horas teóricas e 30 horas práticas, desenvolvidas conforme o calendário acadêmico, em horário acompanhado pelo preceptor médico, além da Equipe de Saúde da Família (ESF).

O desenvolvimento do PTS, objeto do presente estudo, seguiu a Política de Humanização do SUS, em que o PTS é composto por quatro momentos: o Diagnóstico, a Definição de metas, a Divisão de responsabilidades e a Reavaliação (Brasil, 2007). Na primeira etapa, realizou-se uma reunião para diagnóstico situacional entre os acadêmicos, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e médico preceptor, a fim de traçar ações para alcançar as metas determinadas e definir as divisões de responsabilidades, com focos prioritários que nortearam o desenvolvimento do PTS.

O presente PTS foi executado por uma equipe multiprofissional da UBS, do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), do Centro Multiprofissional e de acadêmicos de Medicina da UNITINS. Ao todo, foram realizados 10 encontros junto à família e à equipe multiprofissional.

Como critério de escolha da família para a realização do PTS, foram considerados históricos de vulnerabilidade social e econômica, além de baixa assistência à saúde anterior à intervenção, discutidos em reunião de diagnóstico situacional. A recomendação partiu da Agente Comunitária de Saúde (ACS), que identificou esses critérios em uma família marginalizada adscrita da UBS, cujas fragilidades nos fatores saúde, situação econômica e social poderiam ser mitigadas por meio de uma ação multiprofissional. Após a escolha, realizou-se uma visita domiciliar para apresentar a nova proposta, acompanhada pela ACS e pelo médico preceptor, com uma breve explicação do PTS e de seus objetivos.

Resultados e discussão

Durante o desenvolvimento do PTS, foram seguidas as etapas de Diagnóstico Situacional, para delimitação dos problemas a partir da identificação de pontos sociais e psíquicos com potencial de influência no caso; de Definição de Metas, onde se determinam objetivos a serem alcançados em curto, médio e longo prazo; de Divisão de Responsabilidades, na qual se realiza a distribuição de tarefas e estabelecimento dos atores no desenvolvimento do PTS, incluindo a própria família e o paciente central; e, por fim, de Reavaliação, etapa em que ocorre a discussão do caso entre os componentes da equipe e a identificação das ações que obtiveram sucesso, bem como daquelas que não se mostraram promissoras (Brasil, 2013). Diante do exposto, o presente artigo optou por dividir os resultados e discussões conforme as etapas elaboradas e executadas durante a intervenção terapêutica.

1) Diagnóstico Situacional:

O primeiro contato com a paciente central e sua família foi realizado durante uma visita domiciliar exploratória, acompanhada pelo médico e pela agente comunitária de saúde da UBS onde a família está cadastrada. Tratava-se de uma família composta por 4 membros: a paciente central, seu pai, madrasta e meia-irmã, que residiam em um domicílio humilde, com baixas condições de higiene e organização. Durante esse encontro, foram abordados temas relacionados à convivência entre os membros da família, bem como suas interações com a comunidade. Além disso, foram obtidas

informações sobre aspectos socioeconômicos, condições de saúde anteriores e atuais, hábitos de vida e alimentação.

Primeiramente, pôde-se conhecer a paciente central, uma mulher de 35 anos, que apresentava grave comprometimento neurológico, porém sem diagnóstico determinado. Ela não apresentava crises convulsivas e demonstrava reação negativa a sons intensos. Totalmente dependente dos cuidados da família, a paciente havia perdido a capacidade de fala e locomoção ao longo do tempo. Até o momento, a família mostrava-se resistente às intervenções de saúde propostas pela ESF da UBS. A paciente sofria de ciclo menstrual altamente desregulado, sarcopenia e desnutrição, com uma dieta baseada principalmente em feijão, o que resultava em distúrbios gastrointestinais ao consumir carne. Seu quarto era escuro, sem ventilação e muito empoeirado, com ferramentas de trabalho do pai presentes. Quanto à saúde bucal, sua higiene era extremamente deficiente, e ela já havia extraído alguns dentes devido à dor que sentia. No que diz respeito às medicações, fazia uso de Diazepan 10 mg à noite para dormir, além do fato de não fazer uso de medicamentos antiparasitários há muito tempo. Por fim, tem-se que a paciente central como mantenedora da família, visto que a única renda fixa da casa advinha do seu benefício assistencial.

Em relação aos outros membros da família, o pai da paciente central, um homem de 54 anos, trabalhava como ajudante de pedreiro e era fumante, diabético, além de possuir histórico de alcoolismo. A madrasta, uma mulher de 50 anos, também era fumante e havia realizado uma histerectomia há 16 anos. Por fim, a irmã, uma adolescente de 16 anos, tinha histórico de duas tentativas de suicídio. A presença de dois fumantes na casa tornava a paciente central e sua irmã fumantes passivas. Além dos moradores da casa, havia ainda duas filhas do pai com a madrasta, jovens de 25 e 24 anos, as quais tinham relação esporádica com os outros membros, segundo relatos.

Dessa forma, constatou-se a imensa vulnerabilidade da família, tendo em vista a precariedade que circunda a vivência dos membros, bem como as condições de saúde que atingem e fragilizam principalmente a qualidade de vida da paciente central.

2) Exames Norteadores Indicados:

Diante do quadro apresentado pela paciente principal e das vulnerabilidades enfrentadas pela família, foi necessário estruturar uma intervenção multidisciplinar para garantir o cuidado em saúde. Sob o viés da Política Nacional de Humanização (PNH), buscou-se assegurar um olhar mais humanizado para a paciente e sua família, além de mapear e interagir com as demandas coletivas, sociais e subjetivas de saúde. Para isso, no primeiro contato, constatou-se a necessidade de conhecer não apenas os problemas

orgânicos da paciente, mas também os problemas socioeconômicos evidenciados no primeiro contato, bem como outros relatados pela ACS.

Com isso, após a realização de uma escuta ativa e da coleta dos apontamentos, foi estabelecido que, para sanar dúvidas sobre a saúde física da paciente central, seria relevante solicitar um hemograma completo. Isso se deve ao fato de que, habitualmente, exames de laboratório fornecem informações capazes de permitir prognósticos, diagnósticos e caracterização de riscos para diversas patologias, como a análise de eritrócitos, poliglobulias e anemias (Cavalcante; Oliveira; Santos, 2021).

Além do hemograma completo, foram realizadas avaliações de estradiol, ureia, transaminases (TGO e TGP), glicose e creatinina. Também foi realizado um lipidograma e diversos testes para identificação de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), como sífilis, HIV-1/HIV-2, Hepatites B e C. Além disso, a partir das amostras coletadas, foram analisados os níveis do Hormônio Estimulante da Tireoide (TSH), da Tiroxina Livre (T4L) e da Vitamina D.

Após constatar que o cartão vacinal da paciente-chave estava desatualizado, solicitou-se que seus responsáveis comparecessem à UBS para regularização vacinal. Considerando o histórico de precariedade em saúde da paciente e o papel fundamental da vacinação como estratégia coletiva e individual de prevenção (Nóvoa et al., 2020), a atualização do cartão de vacina da paciente-central revelou-se de suma importância.

No que diz respeito à equipe multidisciplinar, embora tenha havido a participação de diversos profissionais, algumas demandas apresentaram caráter inconclusivo, como foi o caso da consulta com o neurologista. Este profissional não indicou exames diagnósticos, nem ofereceu um atendimento capaz de orientar os familiares quanto aos cuidados com a paciente. Deve-se, para além do supracitado, ressaltar a ausência de acompanhamento fisioterapêutico para a paciente, mesmo que o encaminhamento

tenha sido realizado. A “justificativa” apresentada foi a escassez de profissionais para a alta demanda da cidade.

Quanto à nutricionista, a paciente participou de consulta em seu domicílio, mas, posteriormente, o contato com a profissional foi interrompido. Por outro lado, a ACS, responsável pela área, acompanhou a maior parte do presente PTS e ofereceu auxílio na maioria dos encontros. No que diz respeito ao tratamento odontológico, a equipe da UBS ofertou consultas e limpezas dentárias, a fim de garantir uma possível extração futura, mas nenhum exame diagnóstico de conhecimento do grupo foi requisitado.

3) Definição de Metas:

A partir do diagnóstico situacional, realizado conforme previsto pela Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de uma reunião multiprofissional, foram identificados os problemas de saúde e vulnerabilidade, obtidos tanto pelo diagnóstico situacional quanto pelos resultados dos exames orientadores. Com base neles, foram estabelecidas as metas a serem alcançadas pela intervenção terapêutica multiprofissional.

Desse modo, para a paciente central, foram elencadas as seguintes metas, propostas para serem alcançadas em curto, médio e longo prazo: diagnóstico com profissional médico neurologista; mudança de hábito alimentar; cumprimento de calendário vacinal; minimização de vulnerabilidade socioeconômica via assistência social junto ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); melhoria da locomoção e do fortalecimento muscular da paciente central nos deslocamentos dentro do domicílio e para a UBS; obtenção de cadeira de rodas para a paciente central a partir de doação ou por solicitação à Secretaria Municipal de Saúde; melhoria da saúde bucal; pesquisa de ISTs e mitigação do quadro de anemia, da hiperprolactinemia e da deficiência de vitamina D, a partir dos resultados dos exames solicitados.

Para a paciente central, foi realizado o encaminhamento, pelo SUS, para um neurologista no ponto de referência na Rede de Atenção à Saúde (RAS), com o objetivo de obter atendimento e diagnóstico médico do quadro clínico. Quanto à mudança de hábitos alimentares, foi encaminhada para uma nutricionista, visando direcionar a dieta conforme as particularidades da paciente, que apresentava anemia e possível desnutrição. Em relação à saúde e higiene bucal, a paciente central foi acompanhada pelos

acadêmicos para uma consulta com um dentista na UBS, onde recebeu escovas de dentes novas disponibilizadas pelo SUS e foi reforçada a importância da higiene bucal, além de ter realizado limpeza e extração dentária quando necessário.

Quanto à anemia, foram prescritos os medicamentos Neutrofer 500 mg, com indicação de uso de 1 comprimido, via oral, 2 vezes por dia durante 4 meses, e Noripurum, com diluição de ampola em 250 ml de soro fisiológico 0.9% a cada 3 dias. Em relação à alteração da prolactina, foi prescrito o medicamento Cabergolina 0,5 mg, de uso oral e dose única. A respeito da deficiência de vitamina D, foi possível obter duas amostras grátis, as quais foram imediatamente disponibilizadas para a família juntamente com as orientações sobre a frequência e a dosagem a serem administradas à paciente. Ainda, foram prescritos Al-bendazol 400 mg/ml, indicando-se o uso de 1 frasco por dia durante 3 dias, e Secnidazol 1g, com indicação de 2 comprimidos, via oral em dose única.

Para a melhora motora e o fortalecimento muscular, foi feito encaminhamento para fisioterapia, que, em razão da grande procura na cidade, não houve devolutiva. Quanto ao encaminhamento de solicitação para cadeira de rodas, juntamente à assistência social da Secretaria Municipal de Saúde, o documento foi apresentado, tendo sucesso, com a cadeira de rodas sendo disponibilizada para a família pela Secretaria. Tentou-se obter a cadeira de rodas através de doações privadas, porém sem êxito. Quanto à pesquisa de ISTs, foram solicitados exames de Sífilis (VDRL), HIV, Hepatite B, Hepatite C e HTLV I e II, para os quais obteve-se resultados negativos.

Em relação aos outros membros da família, não foi sugerida nenhum tipo de intervenção, embora tenha sido discutido durante a reunião de diagnóstico situacional. Tal decisão foi tomada diante da resistência observada na família e, por isso, optou-se por direcionar maior foco à paciente central, tendo em vista também o quadro de maior gravidade e vulnerabilidade.

A principal estratégia adotada foi o trabalho em equipe multiprofissional. Nesse contexto, o objetivo era promover a integração das diversas disciplinas, envolvendo comunicação e compartilhamento de ações e saberes para alcançar as metas

definidas. Esse trabalho em equipe foi orientado pelas demandas dos usuários e pelas propostas de mudanças formuladas a partir do diagnóstico situacional (Silva et al., 2013).

Foi realizada uma visita técnica ao CRAS para atender às metas definidas e comunicá-los sobre a necessidade de assistência social para a boa condução do PTS. A assistente social marcou uma consulta com a família, sendo devidamente comunicado à ACS e à família. Contudo, apesar da insistência da equipe, o CRAS não retornou desde o pedido, mesmo após a análise da vulnerabilidade da família e das ações propostas para reverter o problema.

Ao total, foram realizadas 10 visitas domiciliares, durante as quais consultas médicas foram conduzidas pelo médico preceptor em domicílio, acompanhado pelos acadêmicos e pela ACS, além dos familiares da paciente central. Após todas as visitas e atendimentos, ocorreram discussões em reuniões entre a ACS, o médico preceptor e os acadêmicos sobre o andamento do PTS e novas observações que poderiam ser consideradas, bem como possíveis mudanças na abordagem estratégica. Novas demandas que surgiram foram levadas ao médico preceptor e aos acadêmicos pela ACS, que demonstrou eficiência na comunicação com a família da paciente.

4) Reavaliação:

Em continuidade às etapas previstas para um PTS, em conformidade com a PNH, entendido como um conjunto de propostas de ações terapêuticas voltadas para a gestão do cuidado, a fim de instituir o processo de trabalho das equipes para um sujeito individual ou para um grupo de sujeitos (SAMPSON et al., 2020), faz-se necessário a contínua reavaliação das metas e das intervenções propostas pela equipe multiprofissional. Dito isso, a reavaliação e o monitoramento da paciente-chave, bem como de sua família, possibilitam realizar uma análise comparativa da situação inicial com a situação final. Este acompanhamento pode ser realizado pelo tempo que for necessário, com base no consenso entre os membros da equipe multiprofissional.

No caso da paciente-chave, o monitoramento considerado de melhor aproveitamento está diretamente relacionado à equipe odontológica (Quadro 1).

Durante o acompanhamento, a paciente passou por limpezas dentárias, com o objetivo de possibilitar futuras extrações.

Ainda que a paciente-chave tenha conseguido uma consulta com a nutricionista, esta não se mostrou conclusiva até o presente momento. Houve parcialmente uma discussão da evolução, que se mostrou inconclusiva em muitos aspectos. Não foram estabelecidas correções de rumo, tampouco uma fixação da data prevista para a próxima reavaliação, principalmente devido ao pouco direcionamento oferecido aos acadêmicos e aos familiares.

Como mencionado anteriormente, a melhora da fraqueza muscular e da dificuldade motora passava principalmente pelas consultas com fisioterapeuta e pela obtenção da cadeira de rodas, respectivamente. Apenas o último item foi conseguido, juntamente à Secretaria Municipal de Saúde, como pode ser observado no Quadro 1.

A vacinação, problema crucial observado, obteve melhora efetiva, com as vacinas sendo aplicadas, de modo a minimizar a vulnerabilidade às enfermidades pela paciente, seguindo a linha da prevenção em saúde. O diagnóstico, parte crucial para o entendimento da equipe multiprofissional, não obteve êxito algum devido ao atendimento aquém do esperado oferecido pelo médico especialista. Tentou-se ainda conseguir outra consulta, com outro profissional capacitado para tanto, mas não obteve sucesso, pois teria que ser por fora do SUS, uma vez que o neurologista de referência era o profissional da consulta nada resolutive.

A vulnerabilidade socioeconômica seria minimizada juntamente ao CRAS, contando com a ajuda das assistentes sociais. Porém, mesmo com a insistência dos acadêmicos, o CRAS, embora tenha feito uma consulta no primeiro momento, não teve mais nenhum tipo de retorno, nem para os acadêmicos, tampouco para a equipe de referência da UBS. Até o fechamento deste presente artigo, não se teve conhecimento de nenhuma medida proposta de intervenção pelo CRAS, resultando em um baixo índice de monitoramento (Quadro 1).

Quadro 1. Plano terapêutico multidisciplinar segundo problemas, metas, intervenções, prazos e monitoramento.

PROBLEMAS	METAS	INTERVENÇÕES/ AÇÕES	RESPONSÁVEL	PRAZO	MONITORAMENTO
Fraqueza muscular		Aumento da f muscular Intervenção fisioterápica Fisioterapeuta 4 meses 0% Intervenção nutricional			atingido
Desnutrição		Reposição nutricional	Nutricionista	4 meses	20% atingido
Precária saúde bucal		Melhoria da saúde bucal Intervenção odontológica Dentista 4 meses 40%			atingido
Ausência de diagnóstico		Vulnerabilidade Diagnosticar com neurologista	Minimizar Conseguir com consulta pelo SUS com neurologista		Assistência social Médico Neurologista Equipe 4 meses 10% atingido
social e condição de fragilid econômica		especializada CRAS			
Possível infecção por ISTs		Testagem via busca ativa de ISTs			Exames de sangue das principais ISTs Laboratório 4 meses 100%
Ausência de cumprimento calendário vacinal socioeconômica		Ofertar vacinas conforme calendário vacinal junto ao CRAS			Vacinação das principais vacinas elegíveis para a paciente-alvo atingido UBS 4 meses 100% atingido
Dificuldade de motora		Conseguir uma ca de encaminhamento rodas para a Secretaria Realizar de Saúde Secretaria Municipal			de Saúde 4 meses 10% atingido

Fonte: Autoria própria (2023).

Considerações finais

A partir do presente PTS, foi possível aproximar o conhecimento teórico adquirido em sala de aula da realidade vivenciada no campo prático, especificamente no cotidiano da Unidade Básica de Saúde. Nesse sentido, o Projeto Terapêutico Singular se mostrou uma ferramenta de extrema importância no tocante às concepções de cuidado em saúde quando aplicado corretamente, pois, por meio dele, foi possível elaborar intervenções baseadas nas demandas em saúde de cada usuário.

Por meio do PTS, o paciente é capaz de fazer uso de sua autonomia, participando ativamente da construção das ações em saúde e exercendo tanto o papel de alvo quanto o papel de autor do próprio cuidado. Desse modo, a interação entre os profissionais de saúde envolvidos e os usuários selecionados adquire caráter estruturalmente horizontal, afastando-se do ideal de que o médico é a figura central detentora de todo o conhecimento e o único responsável pelo bem-estar dos indivíduos incluídos.

Outro ponto a ser destacado diz respeito aos desafios encontrados no desenvolvimento desse projeto. Ainda que o projeto terapêutico busque atender as demandas em saúde, sendo estas de ordem complexa ou simples, e que conte com uma equipe multidisciplinar, a fim de se vincular e coordenar as práticas e os saberes, observou-se que a comunicação - na maior parte do tempo - se mostrou ineficaz e marcada pela presença de ruídos. Assim, boa parte do desenvolvimento desse projeto foi comprometida, de modo a não concluir todas as proposições pensadas para a família alvo desde o início do semestre.

Portanto, apesar de o PTS possuir relevância enquanto ferramenta em saúde, especialmente na Atenção Primária, é necessário que sua execução seja melhor pensada e melhor trabalhada quando aplicada a nível de graduação. Fato é que, mesmo tendo contato com a estruturação teórica de um PTS, a parte prática não foi inteiramente concluída, causando - até certo ponto - um sentimento de impotência e de frustração nos acadêmicos responsáveis.

Nessa perspectiva, observa-se que, para o alcance dos resultados, todos os envolvidos devem participar ativamente do processo, desde a escolha da família até o período de reavaliação. No que concerne à proposta estabelecida na disciplina de

Medicina de Família e Comunidade, recomenda-se que as turmas seguintes deem continuidade aos projetos já existentes, pois um semestre é insuficiente para trabalhar as vulnerabilidades vivenciadas pelas famílias-alvo.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília- DF: 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pn_h_folheto.pdf. Acesso em: 28 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 2 v.: il. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTlyMA==>. Acesso em: 26 jun. 2023.

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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-14874>. Acesso em: 29 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf. Acesso em: 26 jun. 2023.

BRASIL. Saúde e sociedade [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Marta Inez Machado Verdi; Marco Aurélio Da Ros; Thaís Titon de Souza. – Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. 101 p. Disponível em: www.unasus.ufsc.br. Acesso em: 25 jun. 2023.

CAMPOS, G. W. S.; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. Práxis e Formação Paidéia: apoio e co-gestão em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013. 402 p.

CAVALCANTE, R. O.; OLIVEIRA, I. V. T. C.; SANTOS, R. S. S. A IMPORTÂNCIA DO EXAME HEMOGRAMA COMPLETO NO DIAGNÓSTICO DAS DOENÇAS. Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC), v. 8, 2021. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/eedic/article/view/4708>. Acesso em: 25 jun. 2023.

DEPOLE, B. de F.; MARCOLINO, T. Q.; OLIVEIRA, G. N. de; CUNHA, G. T.; FERIGATO, S. H. Projeto Terapêutico Singular: Uma visão panorâmica de sua expressão na produção científica brasileira. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, [S. l.], v. 14, n. 38, p. 01–25, 2022. DOI: 10.5007/cbsm.v14i38.73119. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/73119>. Acesso em: 27 abr. 2023.

NÓVOA, T. d'Avila; CORDOVID, V. R.; PANTOJA, G. M.; RIBEIRO, M. E. S.; CUNHA, A. C. dos S.; BENJAMIN, A. I. M.; SILVA, C. D. C. de C.; SILVA, T. N. da; SANTOS, F. A. Cobertura vacinal do programa nacional de imunizações (PNI)/Vaccinal coverage of the national immunization program (PNI). Brazilian Journal of Health Review, [S. l.], v. 3, n. 4, p. 7863–7873, 2020. DOI: 10.34119/bjhrv3n4-053. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/12969>. Acesso em: 26 jun. 2023.

SILVA, E. P.; MELO, F. A. B. P.; SOUSA, M. M.; GOUVEIA, R. A.; TENÓRIO, A. A.; CABRAL, A. F. F.; PACHECO, M. C. S.; ANDRADE, A. F. R.; PEREIRA, T. M. Projeto terapêutico singular como estratégia de prática da multiprofissionalidade nas ações de saúde. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 17, n. 2, p. 197-202, 2013. DOI: 10.4034/RBCS.2013.17.02.14. Disponível em: https://app.uff.br/observatorio/uploads/Projeto_Terap%C3%AAutico_Singular_como_Estrat%C3%A9gia_de_Pr%C3%A1tica_da_Multiprofissionalidade_nas_A%C3%A7%C3%B5es_de_Sa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 28 abr. 2023.

WAGNER, D.; RAMEH, C. A.; FONSECA, G. de L. F.; RIBEIRO, M. M.; ÁVILA, M. P. W. Implementação do Projeto Terapêutico Singular em um hospital universitário: relato de experiência. HU Revista, [S. l.], v. 46, p. 1–6, 2020. DOI: 10.34019/1982-8047.2020.v46.30630. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/index.php/hurevista/article/view/30630>. Acesso em: 26 abr. 2023.

Recebido em 09 de dezembro de 2024.

Aceito em 17 de janeiro de 2025.