



## ELABORAÇÃO DE UM PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR PARA UMA FAMÍLIA DE ALTO RISCO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, MACAÍBA - RN: RELATO DE EXPERIÊNCIA

### RESUMO:

**Introdução:** O projeto terapêutico singular representa o conjunto de propostas de condutas terapêuticas destinadas a um sujeito individual ou grupo populacional sendo elaborado e discutido a partir de uma equipe interdisciplinar. Essa forma de cuidado em saúde resgata alguns dos princípios do SUS - Sistema único de Saúde, como a integralidade e a equidade. O presente estudo teve como objetivos: descrever a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para uma família de alto risco procedente da micro-área de Lagoa das Pedras, Macaíba, RN; organizar um plano de ação interdisciplinar para todos

os membros e avaliar os resultados obtidos com a implantação do PTS. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência realizado a partir de vivências teórico-práticas sobre visita domiciliar, clínica ampliada e PTS do Internato em Saúde Coletiva do curso de Medicina da UFRN. Foi identificada a família de maior risco a partir do uso da escala UFES-Coelho aplicada à ficha A, cuja pontuação foi conferida a partir de visita domiciliar e, caso necessário, retificada. Para isso, foi essencial o papel do agente comunitário de saúde (ACS), o qual foi apresentado à escala e, a partir dos seus parâmetros, pode identificar as mais

Carla Souza Macedo (causmacedo@ibest.com.br - Médica da UBS Campo da Mangueira, Macaíba/RN), Isabel Cristina Araújo Brandão (isabrandao\_ab@hotmail.com - Professora do DSC/UFRN), Joice Aparecida de Deus Leal (joice\_aparecidaleal@hotmail.com - Enfermeira da UBS Campo da Mangueira, Macaíba/RN), Luiz Gonzaga de Oliveira Júnior (luizgo@live.com - Medicina UFRN), Lyane Ramalho Cortez (lyane@superig.com.br - Professora do DSC/UFRN), Mônica Larissa Padilha Honório (monicalarissa14@gmail.com - Medicina UFRN), Vilani Medeiros de Araújo Nunes (vilani.nunes@gmail.com - Professora Adjunta do DSC/UFRN), Vyna Maria Cruz Leite (vynaleite@gmail.com - Professora do DSC/UFRN), Yuri Araújo de Souza (yuriaraujox@gmail.com - Medicina UFRN)

vulneráveis para se aplicar a escala, comparar suas pontuações e eleger aquela de maior risco para a construção do PTS. Desse modo, o questionário foi realizado com 10 famílias, das quais uma se sobressaiu por atingir 22 pontos e foi escolhida para a execução do PTS. Para a criação desse projeto terapêutico, foi realizado o diagnóstico de saúde coletiva, sendo estudados e avaliados os problemas relacionados à saúde de cada membro, além daqueles de ordem habitacional, social, biológico e hábitos de vida. A partir disso, foi possível desenvolver o PTS abrangendo áreas como planejamento familiar, estrutura domiciliar e peri-domiciliar, saneamento básico e saúde da criança. Tudo foi realizado a partir de visitas domiciliares e da articulação tanto com a Unidade Básica de Saúde quanto com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) sobre as necessidades dessa família procurando ter resolutividade em cada ação planejada. Após isso, foi construído um PTS individual para o indivíduo que toda a equipe considerou ser o mais vulnerável.

**Resultados e Discussão:** Foi realizada uma visita domiciliar com a participação dos doutorandos juntamente com todos os profissionais do NASF integrantes da ação: nutricionista, educador físico, fisioterapeuta, psicólogo e

assistente social. Após análise e discussão do caso em estudo, a equipe do NASF pôde intervir em diversos problemas da família, tais como: o erro na dieta, necessidade de atendimento psicológico, fisioterapia motora, viabilizar transporte das crianças deficientes ao centro de reabilitação e encaminhamento para a neuropediatria. Dessa forma, a partir da realização da visita domiciliar foram estabelecidas medidas resolutivas para os principais problemas identificados.

**Conclusões:** Para a execução de um PTS, é necessário considerar os aspectos organizacionais, subjetivos e sociais, riscos e vulnerabilidades, limites e potencialidades dos sujeitos, discutindo-os com uma equipe interdisciplinar, gerando um conjunto de condutas terapêuticas articuladas, que objetivam um melhor cuidado. A elaboração de um projeto terapêutico singular representa uma experiência resolutiva dos princípios do SUS, porém não é costumeiramente colocado em prática e, portanto, necessita de maior incentivo para a execução real e rotineira daquilo que é mostrado na teoria.

**Palavras-chaves:** Projeto Terapêutico Singular; Equipe Interdisciplinar; Visita Domiciliar.

## INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) representa um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos que demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população. Caracteriza-se, sobretudo, pela continuidade e integralidade da atenção, além de coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais (STARFIELD, 2004).

A ESF vem provocando um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil, a exemplo do que ocorreu com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante Portaria Ministerial nº 154, de 24 de janeiro de 2008, no intuito de ampliar a abrangência e ações da ESF, aumentar sua abrangência, resolutividade, territorialização e regionalização (BRASIL, 2004).

O NASF deve ser constituído por uma equipe de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que atua em conjunto com os profissionais da ESF, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidades da ESF. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes da ESF, mediante critérios de prioridades identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações (BRASIL, 2007).

Assim, a organização dos processos de trabalho do NASF, tendo sempre como foco o território sob sua responsabilidade prioriza o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos. Intervenções diretas do NASF frente a usuários e famílias podem ser realizadas, mas sempre sobre encaminhamento das equipes da ESF com discussões e negociações a priori entre os profissionais responsáveis pelo caso da ESF (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Nesse sentido, a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF dependem de algumas ferramentas já amplamente testadas na realidade brasileira, como é o caso do Apoio Matricial, da Clínica Ampliada, do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e a Pactuação do Apoio (CAMPOS, 1999).

Um dos eixos de trabalho da Clínica Ampliada diz respeito às construções compartilhadas de diagnósticos e terapêuticas. Justamente o reconhecimento da complexidade deve significar o reconhecimento da necessidade de compartilhar problemas, assim como propor soluções. Esse compartilhamento caminha tanto na direção da equipe de saúde, dos serviços de saúde e da ação intersetorial, como também dos usuários, o que significa dizer que frequentemente não seja possível resultados ideais. Aprender a fazer algo em várias dimensões do problema de forma compartilhada é infinitamente mais potente do que insistir em uma abordagem unilateral e pontual (MENDES, 1998).

Outro recurso utilizado pela Clínica Ampliada é a utilização de um PTS para abordar casos clínicos familiares mais complexos (OLIVEIRA, 2008). O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou para uma coletividade, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial da equipe do NASF, se necessário. A elaboração desse tipo de projeto acontece por meio da atuação singular do profissional-referência do usuário/família e, desse profissional com toda a equipe, por meio de discussões e estudos de casos (CUNHA, 2005).

O PTS compreende quatro momentos: diagnóstico multiaxial, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação. Representa, portanto, uma ação da equipe de saúde interdisciplinar em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito que necessita de um cuidado em saúde

e, conseqüentemente, para a definição de propostas de ações (PAGANI; ANDRADE, 2012).

Dessa forma, o presente estudo objetiva relatar a experiência da construção de um PTS por meio de uma ação interdisciplinar

destinado à família de maior risco da micro-área de Lagoa das Pedras, da Unidade Básica de Saúde (UBS) de Campo da Mangueira, Município de Macaíba-RN.

## METODOLOGIA

Este trabalho trata de um relato de experiência de ensino-aprendizagem ocorrido na UBS de Campo da Mangueira, município de Macaíba-RN. Tal vivência é elemento do internato em saúde coletiva, do curso de Medicina-UFRN. A experiência seguiu as seguintes etapas: seleção da família de maior vulnerabilidade a partir dos escores obtidos ao aplicar a escala de Coelho-UFES; planejamento da ação interdisciplinar pela criação de um PTS, visando à atenção integral da família através articulação entre as equipes da ESF e do NASF; e avaliação dos resultados da aplicação do PTS.

### *Descrição da Experiência:*

#### *Seleção de Famílias de Risco*

A avaliação da vulnerabilidade das famílias pode ser realizada de várias formas. Um dos instrumentos mais utilizados pelas equipes da ESF é a escala de Coelho-UFES (NASCIMENTO et al., 2010) por meio da qual se pode realizar uma leitura prévia das famílias do território adscrito de uma UBS. Com base

nos critérios de risco identificados na ficha A, o mesmo pode ser classificado em: Risco 1 (leve), Risco 2 (moderado) ou Risco 3 (grave). Com a aplicação da escala a todas as famílias, a equipe passa a ter maior compreensão sobre a relação entre os determinantes de saúde e as situações vividas por elas. Além disso, a escala fornece subsídio para a equipe adequar o tempo de trabalho e planejar metodologias de intervenção diferenciadas, conforme os riscos apresentados pelas famílias de seu território de abrangência, buscando ter uma agenda de prioridades de acordo com o princípio da equidade.

As famílias da micro-área estudada foram submetidas à escala de Coelho-UFES, a fim de estratificar o risco familiar, objetivando o reconhecimento daquela em estado mais crítico. Os dados foram obtidos a partir da ficha “A”, informações fornecidas por Agente Comunitário de Saúde e visitas domiciliares. Foi possível selecionar as 10 famílias que mais pontuaram na escala de Coelho-UFES, consideradas de maior vulnerabilidade, conforme observado a seguir (figura 1).

Escala UFES - Coelho	Pontos	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10
Acamado	3	3	0	0	0	0	0	0	0	3	3
Deficiência física	3	3	0	3	0	0	0	0	0	3	3
Deficiência mental	3	0	0	0	0	3	3	0	3	3	3
Baixas condições de saneamento e/ou higiene	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Risco para desnutrição >P10	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Uso de drogas lícitas e ilícitas	2	0	2	0	2	0	2	2	2	2	2
Desemprego	2	0	0	0	0	2	2	0	0	0	2
Doença crônica	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Violência familiar	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
Analfabetismo	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1
Menor de um ano	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maior de setenta anos	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0
Relação morador/cômodo	1-3	2	1	0	1	0	0	1	0	2	3
<b>TOTAL DE PONTOS</b>	<b>28</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>19</b>	<b>22</b>

Figura1: Pontuação das famílias estudadas usando a escala UFES-Coelho.

Fonte: Autoria própria (2014).

A partir dos escores obtidos, percebe-se que a família F10 se destacou atingindo 22 pontos. Diante da necessidade evidenciada tanto pelo escore obtido, quanto por problemas não contemplados nessa escala relatados pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), decidiu-se pela construção de um PTS para essa família, na tentativa de oferecê-la uma melhor qualidade de vida, por meio de uma ação interdisciplinar.

#### O Genograma da Família de Maior Risco

A fim de se obter um conhecimento mais aprofundado sobre a família escolhida, identificar pontos passíveis de ações de promoção à saúde e traçar uma ação mais coerente com suas peculiaridades, lançou-se mão de uma ferramenta para estratégia de avaliação e intervenção: o genograma, que é uma representação gráfica da família, utilizando símbolos padronizados para identificar seus componentes e suas relações, formando um desenho ou mapa (WENDT; CREPALDI, 2008).

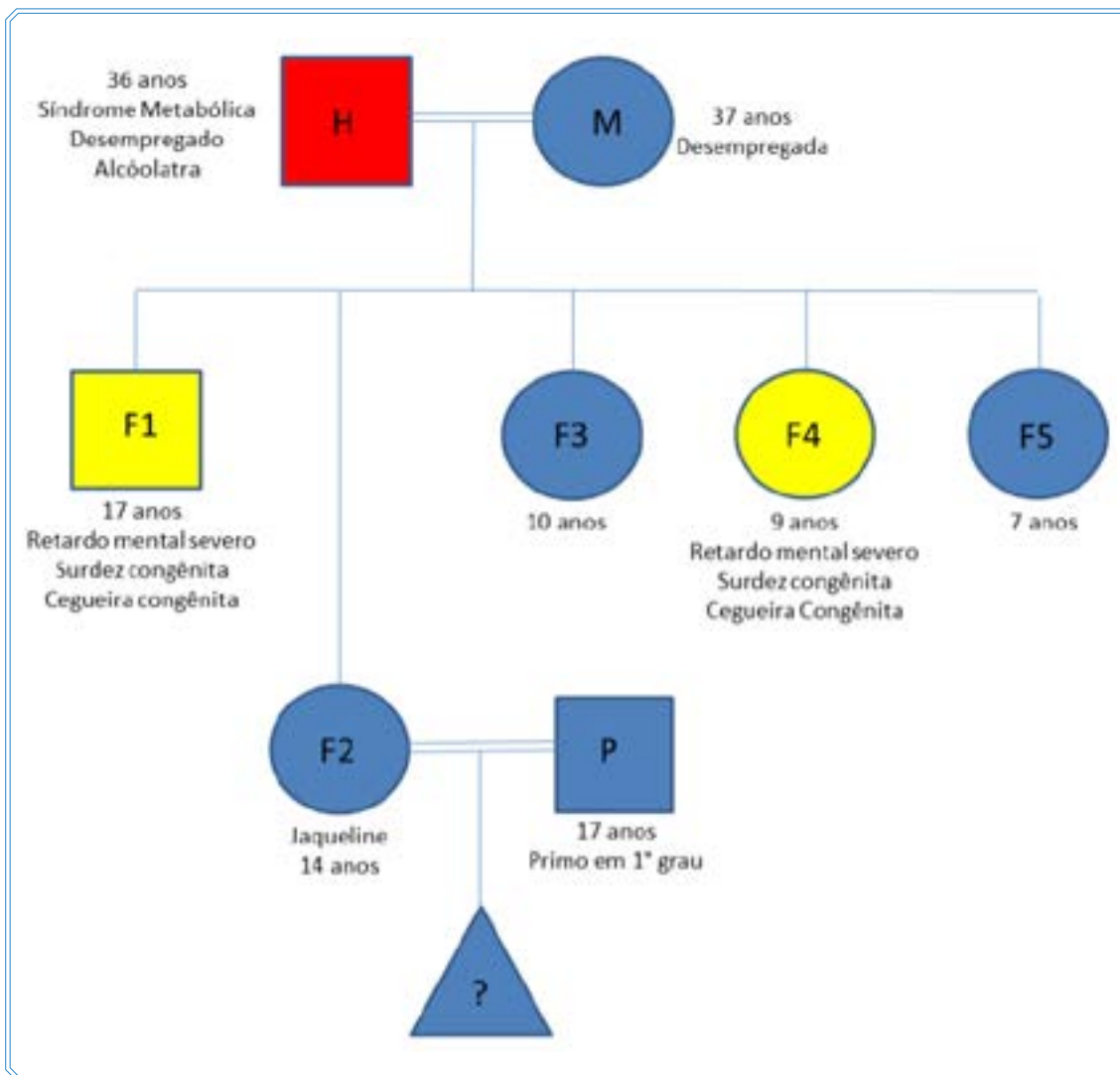


Figura 2: Genograma.

Fonte: Autoria própria (2014).



Na família contemplada pelo PTS, estão presentes duas gerações. Há o primeiro casal consanguíneo, formado por um homem (H) e uma mulher (M), ambos primos em primeiro grau. H é etilista casual e portador de síndrome metabólica (obesidade, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia) secundária ao uso de anabolizantes; M, por sua vez, também é desempregada, não apresentando morbidades. A segunda geração familiar é formada por 5 filhos: F1, F2, F3, F4 e F5. O mais velho deles, F1, é do sexo masculino, tem 17 anos e é portador de uma síndrome congênita, caracterizada por retardo mental severo, cegueira e movimentos estereotipados; por se restringir à posição de cócoras, F1 desenvolveu anquiloses em articulações de membros inferiores. Há vários outros casos da mesma síndrome genética na família, em gerações anteriores.

F2, por seu turno, é do sexo feminino, 14 anos, sem morbidades, gestante do primeiro filho, cujo pai é o primo (P), um adolescente de 17 anos, saudável. F3 é uma criança do sexo feminino, 10 anos, saudável, porém ainda analfabeta. F4 é uma criança do sexo feminino, com uma síndrome congênita semelhante à F1, porém sem sequelas articulares e estereotípias do movimento, apresentando mobilidade consideravelmente melhor. Por fim, o membro familiar F5 é uma criança de 7 anos, saudável, também analfabeta e com baixo rendimento escolar.

#### *Relações Sociais da Família*

A família estudada apresentou relações frágeis com o meio e a comunidade. O membro familiar H apresenta uma tênue relação com o trabalho, pois não possui qualificação profissional, encontra-se desempregado, exercendo atividades informais e esporádicas, tendo ainda dificuldade em conseguir emprego devido às limitações físicas secundárias à sua obesidade mórbida. Além disso, H possui um vínculo débil com os serviços de saúde, visto que reluta em ter suas morbidades crônicas acompanhadas. O lazer de H restringe-se a participar de

encontros casuais com amigos para ingerir bebidas alcoólicas e comprar aparelhos de som. H não participa de atividades artísticas ou culturais.

O membro da família M, por sua vez, também é desempregada, com dificuldade em encontrar emprego, analfabeta funcional e, seu papel familiar, é cuidar das crianças e do lar. Ao contrário dos demais, M é quem apresenta o vínculo mais estreito com os serviços de saúde, participando de ações de promoção à saúde e visitas regulares à atenção básica. M também não se envolve em quaisquer atividades laborais e artísticas.

Os membros F1 e F4, por apresentarem necessidades especiais, não frequentam escola convencional. Ambos foram acompanhados em algumas ocasiões de forma pontual por Centro de Reabilitação Infantil (CRI), porém houve perda de seguimento devido a dificuldades de agendamento do carro fornecido pela prefeitura municipal. F1 e F4 apresentam retardo mental tão severo a ponto de impossibilitá-los de se comunicar adequadamente até mesmo com os familiares.

A filha F2 abandonou precocemente a escola devido à ocorrência de uma gravidez planejada pelo novo casal. F2 não tem planos em curto prazo de voltar aos estudos; na verdade, deseja construir uma nova família com P, seu primo, em outra cidade do interior. As crianças F3 e F5 estão matriculadas em escola pública do município, contudo, ainda não foram alfabetizadas, a despeito de serem aprovadas na escola ano após ano.

#### *Diagnóstico de Saúde Coletiva*

Quanto ao aspecto habitacional, merecem destaque a ausência de saneamento básico e a presença de ruas não-pavimentadas; quintal com esgoto a céu aberto, areia fofa e presença de lixo orgânico com armazenamento inadequado permitindo contato direto com moradores; casa de alvenaria sem reboco e com teto não lajeado, presença de determinados

cômodos pouco arejados e mal iluminados, além de haver apenas 5 cômodos abrigando 8 moradores. Além disso, a água utilizada para preparo de alimentos e ingestão é proveniente de açude e não passa por tratamento prévio; quando usada, a água é despejada no quintal e na fossa séptica. Há utensílios domésticos limpos e sujos no mesmo local; acomodação de mais de três pessoas em um único quarto; cama suspensa do piso por tijolos; colchão em contato direto com o chão.

Também há problemas sociais, uma vez que o pai está desempregado, limitado fisicamente devido à obesidade mórbida; mãe com dificuldade para conseguir emprego devido às atribuições domésticas; relativa negligência em relação aos filhos e ao lar; baixo rendimento escolar e evasão precoce da escola; analfabetismo infantil em criança de 10 anos sem retardo mental; gravidez na adolescência (filha de 14 anos grávida do primo); filhos com retardo mental sem frequentar o CRI, o que foi justificado pela mãe a partir da falta de condições financeiras para transportá-los até a instituição, uma vez que esta se localiza em outro município (Natal).

Diante desse problema, uma representante do NASF alegou ter disponibilizado um automóvel para realizar o transporte das crianças, porém a mãe relata que o motorista costumemente atrasava horas ou simplesmente não comparecia, apesar do agendamento prévio do serviço. Outro problema percebido, é que a figura materna precisa se manter na residência para cuidar do lar e dar assistência aos demais filhos e esposo, não podendo se deslocar à instituição sem se preparar previamente, para não deixar as demais crianças sem cuidados.

Os hábitos de vida não citados anteriormente que merecem destaque são evidenciados pela presença de adultos sedentários; não cumprimento das orientações oferecidas anteriormente pela nutricionista resultando em erro alimentar importante, devido a uma dieta não adaptada ao contexto social. A família

justifica essa falta de adesão às recomendações nutricionais em decorrência das dificuldades financeiras que enfrentam.

A renda familiar provém, em grande parte, de programas de transferência de renda do governo federal e do benefício financeiro das crianças limitadas física e mentalmente. Os trabalhos eventuais de H são apenas um complemento financeiro e sem vínculo empregatício.

Dessa forma, a família apresentou disfunções nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, necessitando de uma abordagem interdisciplinar e multifocal.

#### *Projeto Terapêutico Singular*

Para a construção do PTS, é necessário conhecer as adversidades do ambiente onde se pretende trabalhar. Diante disso, durante a realização das visitas domiciliares foram percebidos diversos problemas extras e intradomiciliares na família escolhida. Foram adotadas, desse modo, medidas que abrangessem todos os membros da família, atingindo-os direta e indiretamente.

#### *Planejamento Familiar*

No que diz respeito à saúde da família, é necessário instituir medidas de planejamento familiar a fim de esclarecê-los acerca dos riscos inerente às relações consanguíneas. Não no sentido de evitar o nascimento de novos filhos, mas de, caso a família deseje, propiciar condições minimamente aceitáveis para promover o crescimento e desenvolvimento adequados dessas crianças. Portanto, urge a ação conjunta de psicólogo e médico da família a partir de psicoterapias em grupo, envolvendo os dois principais casais de risco: H com M, e F2 com P.

#### *Saneamento Básico*

É necessária também uma reestruturação do sistema sanitário daquela família, incluindo rede de esgoto e abastecimento de água. Assim, torna-se premente articular com o profissional de serviço social do NASF para intermediar

ações Inter setoriais com as secretarias de Meio Ambiente e Urbanismo de Macaíba. A magnitude dessa problemática é tamanha que aflige todas as famílias da microárea de risco de Lagoa das Pedras, conforme verificado durante a territorialização.

#### *Estrutura Domiciliar e Peri-domiciliar*

Também considerando a participação do assistente social e a integralidade do cuidado, é importante uma reestruturação da residência. Rebocar as paredes da casa, prováveis fontes de vetores de doenças; construir novos cômodos para as crianças, visando uma adequada relação cômodos por habitantes e privacidade da família, promover medidas de higiene doméstica com o intuito de uma casa mais limpa para todos os habitantes; pavimentar a rua principal da casa; criar um lajeamento para a casa, o que consiste em uma outra provável fonte de infecções por ratos, baratas, barbeiro e outros insetos.

#### *Saúde da Criança*

No que tange aos cuidados específicos para as crianças, é premente a atenção continuada às doenças crônicas congênitas: cegueira e retardo mental, por meio de um acompanhamento em longo prazo pela equipe médica da UBS e, paralelamente, articular com serviços especializados de assistência à criança deficiente, como o Centro de Reabilitação Infantil, que funciona em Natal, por meio de viagens regulares e programadas por toda a equipe de saúde.

No contexto da nutrição, é essencial a adoção de uma dieta individualizada para todas as crianças da residência, a fim de possibilitar um adequado crescimento e desenvolvimento. Vale ressaltar que a dieta deve estar de acordo com a renda familiar e com os hábitos alimentares da família. Conforme citado pelo senhor H, a nutricionista já esteve presente em outra ocasião e prescreveu uma dieta sem coerência com o poder aquisitivo da família.

Percebeu-se ainda que F1 necessita de um cuidado especializado para as anquiloses apresentadas em membros inferiores. Há, desse modo, a necessidade de acionar o fisioterapeuta do NASF.

Em relação às atribuições do psicológico, é importante um acompanhamento conjunto das crianças saudáveis, já que todas apresentaram um baixo rendimento escolar e uma pobre adesão à escola.

Na esfera habitacional, torna-se manifesta a necessidade de reajustar o ambiente domiciliar, tornando-o mais aprazível e adequado para um bom desempenho social das crianças. Medidas de higiene doméstica, melhora das condições de lazer, como destinar um espaço adequado para atividades lúdicas, com brinquedos mais limpos e higiênicos, separar quarto dos adultos do quarto das crianças e criar um ambiente favorável aos estudos, contando com pelo menos com uma mesa e uma cadeira. Para se tornarem exequíveis, a participação da assistente social é de importância máxima. O serviço social, além disso, pode viabilizar as idas das crianças com deficiência ao CRI, eliminando as dificuldades de transporte relatadas pela mãe ou até mesmo acionar os serviços de transporte da prefeitura, facilitando as viagens para o CRI.

#### *PTS Individual*

Para o nosso PTS individual, escolhemos aquele que é considerado o familiar de maior risco, o membro H. Para a elaboração de seu PTS, precisaremos da participação efetiva da ESF aliada aos seguintes profissionais do NASF: educador físico, assistente social, psicóloga e nutricionista. Além disso, será necessário o referenciamento para um serviço de maior complexidade para avaliação por cardiologista.

Quanto às ações da ESF, será fundamental a participação do médico da família, aplicando medidas não-farmacológicas para o tratamento da síndrome metabólica, além do tratamento



farmacológico crônico da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Melitus (DM) e dislipidemia.

No que concerne às atribuições do educador físico do NASF, espera-se que este elabore um programa de exercícios físicos, visando um peso adequado e também um controle continuado de suas comorbidades.

A psicóloga poderá investigar se há algum grau de dependência alcoólica e, caso seja confirmada, submetê-lo a uma terapia cognitiva comportamental. Além disso, é necessário resgatar o sentimento de provedor do lar, afastando a

ideia de invalidez ou investigar uma possível dependência dos benefícios financeiros dos filhos inválidos. Outro ponto importante é reforçar a importância da adesão aos cuidados da equipe.

No que tange à assistente social, esta pôde contribuir com orientações acerca da necessidade de um emprego, visando a não dependência do aposento das crianças inválidas.

Quanto ao cardiologista, este profissional terá um importante papel na estratificação do risco cardiovascular de H através de avaliação específica e exames complementares como eletrocardiograma, teste ergométrico, dentre outros.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A proposta do PTS foi apresentada à equipe do NASF, que após análise e discussão com a equipe da ESF, planejou e agendou uma visita domiciliar para tal família no dia 26/08/2014. A visita foi realizada com a participação dos doutorandos juntamente com todos os profissionais do NASF que foram solicitados para o projeto: nutricionista, educador físico, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social.

Após análise e discussão de cada nuance do caso familiar, o NASF ficou encarregado das seguintes atribuições:

Coube a assistente social realizar uma visita para conversar com a mãe, em um momento subsequente, pretendendo propor usar os benefícios das crianças para contratar uma pessoa para cuidar da casa e das crianças saudáveis quando ocorrerem às visitas ao CRI; também ficou encarregada de viabilizar um transporte. Forneceu ainda a alternativa de encaminhar as crianças para um centro de neurociências no próprio município de Macaíba-RN, o qual dispõe de neuropediatra para acompanhar as crianças.

A psicóloga, por seu turno, pretende trabalhar na provável negligência da mãe em relação à situação de F1 e F3. Afirma que o baixo rendimento escolar das crianças é um problema inveterado do município de

Macaíba-RN, comum a todas as escolas públicas. Portanto, há necessidade de uma ação estrutural e intersetorial.

A nutricionista se incumbiu de insistir na introdução de alimentação igual à da família para F1, o qual atualmente ingere apenas alimentos pobres em proteínas, como papas. Ressaltou a importância de trabalhar em conjunto com a psicóloga a questão da resistência da mãe à introdução dessa alimentação em futuras visitas.

Por sua vez, a fisioterapeuta avaliou F1, considerando que não é uma prioridade submetê-lo a um programa de reabilitação física no momento, devido às suas estereotípias motoras. Na verdade, julgou como mais importante uma avaliação inicial por um neuropediatra para, em seguida, haver a realização de terapias de reabilitação físicas. Para F4, a fisioterapeuta considerou que está em tempo de iniciar um programa de reabilitação por meio de fisioterapia motora.

Devido à ausência no momento da visita do membro H, foi agendada uma consulta conjunta da equipe do NASF na UBS de Campo da Mangueira, ocasião em que serão realizados exames, elaboração de uma dieta para perda ponderal e encaminhamento para serviço de cardiologia em nível de atenção secundário.

Um problema identificado durante a visita é que a filha F4 evadiu-se da residência juntamente com seu parceiro e foi morar em outra cidade. Diante disso, não será possível aplicar o PTS para esse componente da família, já que não será possível estabelecer o contato.

O presente relato de experiência evidenciou que o PTS não se trata de um plano pré-definido formado por muitos profissionais que agem de forma segregada e individual, mas na verdade um conjunto de propostas terapêuticas pensadas para um sujeito, uma família ou um grupo que possui características únicas e diferentes de todos os demais (BOCCARDO et al., 2011).

As propostas de um PTS devem resultar de uma discussão coletiva do caso e dos vários olhares e saberes sobre a situação, inclusive a do próprio sujeito (BRASIL, 2010) gerando um conjunto de condutas terapêuticas articuladas, que objetivam a melhoria de sintomas e a ampliação da rede social para modificar o curso do adoecimento (MORORÓ, 2010).

Para construir um PTS, portanto, foi preciso compreender a situação do ponto de vista do paciente e de cada membro da equipe da ESF, levantar hipóteses diagnósticas que contemplem os aspectos orgânicos, subjetivos e sociais, os riscos e as vulnerabilidades, os limites e as potencialidades dos sujeitos (BRASIL, 2011), (OLIVEIRA, 2007). Além disso, foi necessário levantar as propostas de ações e discuti-las com toda a família, de forma interdisciplinar; afinal, não se muda algo para alguém, mas com esse indivíduo, uma vez que ele precisará de acompanhamento pela equipe de saúde. Diante disso, conclui-se que é necessário refletir com o próprio sujeito, alvo da intervenção: até onde a família deseja

as ações? Que mudanças a equipe quer produzir? O que será feito para tanto?

Ficou patente também que um PTS pode envolver profissionais de várias áreas. No caso, viu-se a necessidade de uma articulação inter setorial com serviços de rede de esgotos, abastecimento de água e urbanismo para atingir a integralidade do cuidado para a referida família. Contudo, o ponto de convergência de todas as ações é sempre a atenção básica à saúde, devido à sua maior proximidade com o paciente, havendo um vínculo mais estreito e também pelo seu papel de coordenadora na realização das ações idealizadas (BRASIL, 2010).

O PTS acima de tudo é um projeto de mudança de uma situação, por isso deve ser flexível às transformações dinâmicas que os sujeitos da família e o território sofrem ao longo do tempo. Isso pôde ser observado pela emancipação da filha F2 do ambiente familiar a fim de construir uma nova família em outra cidade.

Contudo, foi observada certa indiferença da equipe do NASF diante da situação de analfabetismo da filha F3, uma vez que a psicóloga afirmou se tratar de uma situação comum, ocorrendo com várias outras crianças de Macaíba, devido a falhas nas escolas, tanto em termos estruturais como na forma de ensino. Diante de tal alegação, não houve proposta de atuação do NASF quanto à situação de F3.

Além disso, no projeto elaborado pelos doutorandos, esperava-se uma articulação da assistente social com as secretarias de Meio Ambiente e Urbanismo de Macaíba para buscar melhorias como reestruturação habitacional e rede de esgotos para tal família. Entretanto, não houve posicionamento do serviço social diante de tal problema.

## CONCLUSÕES

A vivência apresentada mostrou categoricamente que o ser humano é constituído por uma interação de aspectos internos e externos. Além de sua condição orgânica, o ser humano é definido por seus afetos, desejos, interesses, contexto social, econômico, cultural, entre outros. Dessa forma, é preciso identificar os aspectos mais relevantes de cada situação para deliberar acerca do tipo de intervenção.

Identificou-se, que nenhum saber isolado é capaz de arcar com toda a complexidade dos problemas de saúde. Para lidar com a interação dos parâmetros que influenciam o processo saúde-doença, o profissional de saúde precisa contar com o apoio de outros saberes e trabalhar em equipe.

Assim, para a construção de práticas ampliadas e compartilhadas na assistência à saúde o mais importante é assumir que todo saber possui limites e, por isso, o trabalho em equipe interdisciplinar é fundamental para a elaboração de um PTS, propiciando um melhor cuidado.

Percebeu-se também que a saúde e a doença são processos dinâmicos, que ora irão demandar uma intervenção mais focada nos aspectos biológicos ou psicossociais e ora irão requisitar maior integração entre esses aspectos. Contudo, sempre será preciso transformar o saber sobre o padrão das doenças em um saber sobre a pessoa doente, considerando sua singularidade e toda a invisibilidade e as contradições inerentes ao ser-humano.

Por fim, a experiência mostrou um aspecto positivo na interação da equipe da ESF com o NASF, resultando na melhoria do cuidado para a família estudada, a qual se encontrava, anteriormente desassistida. Entretanto para que haja uma atenção integral, ainda há pontos a serem superados, como a indiferença do NASF frente à situação de analfabetismo de F3 e aos problemas habitacionais da família.

## LABORATION OF A SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT FOR A HIGH RISK FAMILY IN A BASIC HEALTH UNITY, MACAÍBA - RN: EXPERIENCE REPORT

### ABSTRACT

**Introduction:** The Unique Therapeutic Project (UTP) represents a set of propositions of therapeutic approaches aiming achieve a single person or a population group being drafted and discussed from an interdisciplinary team. This kind of health care rescues some of the principles of “Sistema Único de Saúde - SUS” (the Brazilian health system), as completeness and fairness. The present study aims to describe a building of a UTP to a high-risk family from the microarea of Lagoa das Pedras, Macaíba-RN; to organize a action plan the family and to evaluate the results obtained with implementation of the UTP. **Methods:** it is an experience report conducted from theoretical and practical experiences about home visit, expanded clinic and UTP from internship in public health from the medical course of UFRN. The family of the biggest risk was identified from use of UFES-Coelho scale applied to the record A, where a score was checked from home visit and, if necessary, rectified. Thus, it was essential a rule of community health worker, who was presented to the scale and, from its parameters, it was possible identified the most vulnerable families to apply the scale, to compare its score and to elect the one of greatest risk to whom build a UTP. Thus, the questionnaire was administered to 10 families, from which one stood out due to achieve 22 points and was chosen for the implementation of UTP. For the creation of this UTP, the health collective diagnosis was held, in order to study and evaluate health-related problems of each familial member, beyond those of housing, social, biological and lifestyle. From this it was possible to develop a UTP, covering areas such as family planning, domestic and

peri-domiciliary structure, sanitation and child health. Everything was done from home visits and linkage with either the Basic Health Unit and with the Support Center for Family Health (SCFH) about the needs of this family aiming at solving have each planned action. After that, it was built a single UTP for the individual that the entire team be considered the most vulnerable within the family. **Results and Discussion:** A home visit with the participation of internal students was conducted with all staff members of the SCFH action: nutritionist, physical educator, physiotherapist, psychologist and social worker. After review and discussion of familiar case, the team SCFH could intervene in various family problems, such as: the error in diet, need for psychological care, physical therapy, facilitate the transport of disable rehabilitation center and referral to neurologist children. Thus, from familial visit, was established remedial measures for the major problems identified in the family of high-risk. **Conclusions:** to execution of a UTP, s necessary to consider the organizational, social and subjective, risk and vulnerability aspects, limits and potential of the subject, discussing them with an interdisciplinary team, generating a set of articulated therapeutic approaches that aim to better care. The development of a therapeutic project represents a unique experience solving the SUS principles, but is not routinely put into practice and therefore needs further incentive for real and routine execution of what is shown in theory.

**Key-words:** Unique Therapeutic Project; Interdisciplinary Team; Home Visit.

## PREPARANDO UN DISEÑO SINGULAR TERAPEUTICO PARA UNA FAMILIA DE ALTO RIESGO EN UNA UNIDAD BÁSICA DE SALUD, MACAÍBA - RN: RELATO DE EXPERIENCIA

### RESUMEN

**Introducción:** El Proyecto Terapéutico Único representa el conjunto de aproximaciones terapéuticas propuestas destinadas a un sujeto o grupo de población individuo que está siendo redactada y discutida desde un equipo interdisciplinario. Esta forma de atención de la salud rescata algunos de los principios del SUS - Sistema Único de Salud, y la integridad y la imparcialidad. Este estudio tuvo como objetivo describir la construcción de un Proyecto Terapéutico Único (PTU) para una familia de alto riesgo micro-fundó la zona de Lagoa das Pedras, Macaíba, RN; organizar un plan interdisciplinario de acción para la familia y evaluar los resultados obtenidos con la aplicación de la PTU. **Metodología:** Se trata de un relato de experiencia llevada a cabo a partir de experiencias teóricas y prácticas sobre visita domiciliar ampliada/PTU de Internado en Medicina y Salud Pública curso UFRN/clínica. Familia en mayor riesgo de la utilización de UFES-Coelho se identificó la escala aplicada a la clavija, donde la puntuación fue dada de visita a la casa y, si es necesario, rectificar. Para eso era el papel esencial de agente comunitario de salud (ACS), que fue presentado a la escala y, a partir de sus parámetros, puede identificar a las familias más vulnerables de aplicar la escala, comparar sus puntuaciones y elegir a uno de los mayores riesgo para la construcción de la PTU. Por lo tanto, el cuestionario fue realizado con 10 familias, de las cuales se destacó por sumar puntos y 22 ha sido elegido para la ejecución del PTU. Para la creación de este proyecto terapéutico, el diagnóstico de la salud pública, con el fin de estudiar y evaluar los problemas relacionados con la salud de cada miembro de la familia se llevó a cabo, además de los de la vivienda, el orden social, biológica y estilo de vida. A partir de esto fue posible desarrollar PTU abarcan ámbitos tales como la planificación familiar, la estructura interna y peri-domiciliaria,

el saneamiento y la salud infantil. Todo estaba hecho de las visitas domiciliarias y la vinculación, ya sea con la Unidad Básica de Salud y con el Centro de Apoyo a la Salud de la Familia (CASF) sobre las necesidades de esta familia tienen firmeza mirando cada acción planificada. Después de eso, hemos construido una sola PTU para la persona que todo el equipo se considerará a los más vulnerables dentro de la familia. **Resultados y Discusión:** una visita a la casa con la participación de los estudiantes de doctorado se llevó a cabo con todos los funcionarios de la acción CASF: nutricionista, educador físico, fisioterapeuta, psicólogo y trabajador social. Después de la revisión y discusión de evento familiar, la CASF equipo podría intervenir en diversos problemas de la familia, tales como: el error en la dieta, la necesidad de atención psicológica, terapia física, lo que permite el transporte de centro de rehabilitación de personas con discapacidad y la remisión a los niños neurólogo. Así, desde el día de visitas a domicilio de las medidas correctivas para los principales problemas identificados en el riesgo familiar fueron establecidos. **Conclusiones:** Para es necesaria la ejecución de un PTU considerar los aspectos, de riesgo y vulnerabilidad, los límites organizativos, sociales y subjetivos y el potencial de la materia, de discutirla con un equipo interdisciplinario, la generación de un conjunto de enfoques terapéuticos articuladas que apuntan a una mejor atención. El desarrollo de un proyecto terapéutico representa una experiencia única solución de los principios del SUS, pero no se pone en práctica de forma rutinaria y por lo tanto requiere de mayor incentivo para que real y lo que se muestra en la rutina de ejecución teoría.

**Palabras clave:** Proyecto Terapéutico Único; Equipo Interdisciplinario; Visita domiciliaria.



## REFERÊNCIAS

BOCCARDO, A. C. S. et al. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

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**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CUNHA, G. T. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

MENDES, E. V. A Descentralização do Sistema de Serviços de Saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: MENDES, E. V. (Org.). **A organização da Saúde no Nível Local**. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 17.

MORORÓ, M. E. M. L. **Cartografias, desafios e potencialidades na construção de projeto terapêutico em Centro de Atenção Psicossocial**. 2010. 110 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

NASCIMENTO, F. G. do et al. Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória (ES). **Ciênc. saúde coletiva**. v. 15, n. 5, p. 2465-2472, 2010.

OLIVEIRA, G.N. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.

OLIVEIRA, G. N. **O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. 2007. 176 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2007.

PAGANI, Rosani; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Preceptoría de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, Ceará-Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 94-106, maio 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000500008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 ago. 2016.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

WENDT, N. C.; CREPALDI, M. A. A Utilização do Genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. **Psicol. Reflex. Crit.** v. 21, n. 2, p. 302-310, 2008.



Extensão &  
Sociedade &