

Utilização de Projetos Terapêuticos Singulares no Enfrentamento às Doenças Crônicas não Transmissíveis: Relato de Experiência

The use of Singular Therapeutic Projects for Chronic Non-communicable Diseases: An Experience Report

ARTHUR JAPIASSÚ SEVERO¹
HÍDRIA MARIA BERNARDINO RIBEIRO²
JULIANA FEITOSA DA CUNHA²
MICKELLA DE FARIAS SILVA³
PATRÍCIA VASCONCELOS LEITÃO MOREIRA⁴
TALITHA RODRIGUES RIBEIRO FERNANDES PESSOA⁵

RESUMO

Introdução: Tem-se no Projeto Terapêutico Singular (PTS) uma possibilidade de mudança de enfrentamento e organização dos serviços de saúde, principalmente os referentes à atenção primária, pois favorece a mudança no olhar dos profissionais frente à complexidade dos indivíduos e à importância de cuidar. Desta forma, o PTS se constitui como uma ferramenta particular no enfrentamento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), especialmente pelo número elevado de portadores, além das limitações funcionais decorrentes do processo de adoecimento. **Objetivo:** Esse trabalho tem o objetivo de apresentar um relato de experiências desenvolvido a partir da construção de PTS com pacientes portadores de DCNT restritos a domicílio, como atividade do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE). **Relato de Experiência:** Percebeu-se como desafio a formação de vínculo com os cuidadores e adoecimento destes: devido à tensão vinda do cuidar; o cuidado integral com os portadores de DCNT fez refletir sobre a prevenção e tratamento, em especial da população em risco social, bem como, a necessidade de mobilização de uma rede de atendimento em saúde; A construção do PTS possibilitou uma relação constante e contínua com os usuários, a equipe e os estudantes, e, a partir do fortalecimento dos vínculos, foi possível modificar visões e efetivar mudanças; A percepção do valor e a eficiência de construir um plano de cuidado pela discussão coletiva contribuíram para um considerável envolvimento da equipe da USF, levando-se em conta a singularidade de cada indivíduo.

DESCRITORES

Doença Crônica. Saúde Pública. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Singular Therapeutic Projects (STP) provide the possibility of changing the way how the health services are managed and organized, especially with regard to primary care, as they favor a change in the perspective of the professional on the individual's complexity and on the importance of care. Thus, the STP is constituted as a particular tool to combat Chronic Non-Communicable Diseases (CNcD), considering the large number of patients and their associated comorbidities and functional limitations. **Objective:** This study aims to present an experience report based on the STP of patients with CNcD restricted to home, as part of the activities of the Education Program for Health Work (PET-SAÚDE). **Experience Report:** We observed difficulty in the establishment of bond with the caregivers, and these were found to be sickened due to the stress of caring. The comprehensive care of CNcD patients made us reflect about the prevention and treatment modalities, particularly for the population at social risk, as well as about the need to mobilize a health care network. The development of the STP allowed a constant and continuous relationship with the users, team and students; and after the strengthening of bonds, it made possible to modify their perspectives and implement changes. The perception of the value and the efficiency of building a care plan collectively contributed to a considerable involvement of the family health unit team by taking into account the individuality of each person.

DESCRIPTORS

Chronic Disease. Public Health. Primary Health Care.

- 1 Acadêmico de Medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-SAÚDE/UFPB) Estratégia Saúde da Família e Redes João Pessoa/PB, Brasil.
- 2 Bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-SAÚDE/UFPB) Estratégia Saúde da Família e Redes João Pessoa/PB, Brasil.
- 3 Acadêmica de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-SAÚDE/UFPB) Estratégia Saúde da Família e Redes João Pessoa/PB, Brasil.
- 4 Professora Doutora Adjunto do Departamento de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Tutora do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-SAÚDE/UFPB) Estratégia Saúde da Família e Redes, João Pessoa/PB, Brasil.
- 5 Professora Assistente do Departamento de Clínica e Odontologia Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Tutora do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-SAÚDE/UFPB) Estratégia Saúde da Família e Redes, João Pessoa/PB, Brasil.

O PTS teve sua prática iniciada no campo da saúde mental como uma proposta de auxiliar os trabalhos desenvolvidos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dando suporte ao movimento antimanicomial, dentro da Reforma Psiquiátrica. Este surge também como uma alternativa para aperfeiçoar o atendimento aos usuários na Estratégia de Saúde da Família, já que, os indivíduos serão considerados em toda sua complexidade, ou seja, serão levados em conta não só os aspectos do processo saúde-doença, como também os aspectos biopsicossociais. Visa estabelecer as problemáticas de cada sujeito e criar linhas de cuidado, tendo como instrumentos de suporte a clínica ampliada¹ dentro da política nacional de humanização.

Nessa perspectiva de condutas terapêuticas articuladas, insere-se o PET-SAÚDE, iniciativa dos Ministérios da Saúde e Educação que visa qualificar a formação acadêmica e a ação de profissionais que atendam às necessidades e as políticas de saúde do país, fomentando a relação ensino-serviço-comunidade. Regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010, consiste na formação de grupos tutoriais que desenvolvem atividades na rede de serviços do Sistema Único de Saúde.

O PET-SAÚDE objetiva a interação com o cotidiano para a formação de profissionais cientes das necessidades dos serviços de saúde. Além de estimular a constante capacitação dos trabalhadores já inseridos nos campos de trabalho, tornando-os coprodutores na construção de conhecimentos que deem conta das diferentes demandas da população². Podendo configurar-se como espaço de promoção do cuidado aos portadores de DCNT, frente à proposta do PTS.

Nas últimas décadas, as DCNT passaram a liderar as causas de óbito no Brasil, ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (DIP)³. A elaboração do plano de cuidado das DCNT se justifica pela magnitude destas doenças, a crescente morbimortalidade, pelos custos que agrega e por gerar eventos crônicos e que, com frequência, tornam-se agudos, especialmente quando não bem cuidados, podendo ser um tema analisador das situações de fragmentação da linha de cuidado³.

Mostra-se emergente a necessidade de se estabelecer políticas públicas de acompanhamento e apoio aos portadores de DCNT, como a ampliação do atendimento aos que estão restritos ao domicílio e a capacitação das equipes da Atenção Primária, sendo a construção do PTS uma importante possibilidade, pois é elaborado de acordo com as necessidades sociais, culturais e econômicas da população. As intervenções de saúde pública têm sido atribuídas ao enfoque na vigilância de fatores comuns de risco e na promoção de modos de viver favoráveis à saúde e à qualidade de vida, tendo menor custo e maior efetividade do que a abordagem para as doenças específicas⁴.

Assim, para essa abordagem se faz necessário um olhar diferenciado por parte dos profissionais de saúde. A estratégia do PTS é inovadora na medida em que busca ampliar o trabalho já existente, aprimorando estratégias para produzir saúde, gerando melhora na relação entre a tríade: trabalhadores, usuários e gestão. Desta maneira, consegue-se potencializar a intervenção dos trabalhadores de saúde⁵, em que o PTS busca proporcionar uma experiência singular de analisar, discutir e construir uma nova realidade frente aos diferentes posicionamentos, questionamentos e fazendo um contraponto à forma de protocolar que sustenta o funcionamento de muitas equipes. São condutas e orientações (os diferentes saberes) que se unem em um só espaço, em busca de uma resolução coletiva para um só caso em questão⁵.

Este artigo tem como objetivo relatar o desenvolvimento de PTS com portadores de DCNT restritos a domicílio e suas respectivas famílias, dando ênfase às conquistas e às dificuldades, principalmente na criação de vínculo entre os usuários, suas famílias e a Equipe de Saúde da Família, dentro das atividades do PET-SAÚDE.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiências, elaborado a partir de vivências em uma Unidade de Saúde da

Família (USF), no município de João Pessoa-PB, dentro das atividades do grupo tutorial Estratégia Saúde da Família e Redes PET-SAÚDE. O grupo tutorial foi formado por uma tutora, seis preceptoras - inseridas em unidades de saúde da família do município de João Pessoa - e doze alunos da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), que realizavam reuniões quinzenais, nas quais discutiam sobre as atividades semanais desenvolvidas nos locais de atuação e sobre as Redes de Atenção. Compõe-se como atividade desse grupo tutorial a construção de PTS para usuários portadores de DCNT restritos a domicílio, juntamente com as respectivas equipes multiprofissionais de Saúde da Família. Na USF explicitada neste relato, o grupo tutorial foi representado pela preceptora enfermeira e três alunos dos cursos de Medicina, Serviço Social e Nutrição.

A construção dos PTS se deu na perspectiva de investigação científica, cujo projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba com número de parecer 170.051 e CAAE09800912.9.0000.5188.

A eleição dos casos a serem discutidos ocorreu a partir da apresentação do projeto à equipe da USF, onde foi explicado qual o perfil dos usuários que fariam parte da construção dos PTS, sendo os critérios de inclusão: indivíduos acometidos por DCNT, restritos a domicílio e com pelo menos um cuidador. Os agentes comunitários de saúde identificaram então o número de portadores de DCNT que residiam na área adstrita à USF, em seguida, ocorreu à verificação de quantos eram restritos a domicílio. A partir das informações coletadas, foram elencadas as principais queixas dos usuários e quais se encaixavam no perfil da pesquisa e da construção do PTS. Foram escolhidos três usuários que aceitaram participar do projeto por meio da assinatura do termo de consentimento.

Posteriormente, realizaram-se a análise dos prontuários e visitas domiciliares pela equipe multiprofissional e pelos estudantes, que possibilitaram a coleta de dados - como renda familiar, escolaridade, medidas antropométricas, comorbidades - por meio de

entrevistas com os usuários, cuidadores e familiares. Diante das problemáticas apresentadas, foram elaboradas metas e seus respectivos executores, como seria a articulação com as Redes de Atenção, estruturou-se o plano de ações de cuidado, bem como o prazo para a execução dessas ações.

As metas traçadas foram elaboradas com base nas características físicas e culturais dos indivíduos. Para isso, foi imprescindível a discussão da história clínica dos pacientes com a equipe da USF. O prontuário familiar também foi importante para a compreensão das particularidades dos pacientes. Teve-se como meta principal do PTS o controle do diabetes nos três usuários e da hipertensão e da obesidade apenas em dois - com o objetivo de se evitar complicações orgânicas e piora da qualidade de vida - para isso, todos necessitavam de uma mudança no estilo de vida. Assim, foi feita uma avaliação nutricional e recomendações para se ter uma alimentação saudável e adequada. Como todos os usuários apresentavam limitações de movimento, foi realizada avaliação por fisioterapeuta viabilizada a partir da articulação com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

O cronograma das atividades propostas no PTS dependeu da complexidade da realização das ações, algumas foram definidas como contínuas (controle da hipertensão e diabetes), já outras tiveram um prazo curto, de dois a quatro meses, como a realização de consultas e exames. Os maiores desafios se davam na criação de vínculo com a família e aceitação de algumas medidas propostas que proporcionariam melhoria na qualidade de vida. Supôs-se que visitas rotineiras poderiam gerar constrangimento pela presença de outras pessoas no ambiente familiar, além de questionamentos sobre renda, hábitos alimentares e estilo de vida. Ao longo das visitas, tanto os usuários quanto as famílias entenderam que a execução do projeto também dependia deles, sendo então participantes ativos no processo do cuidado. Além disso, o compromisso da equipe e dos profissionais de realizar as visitas domiciliares regularmente, em horários combinados com os usuários, foi muito importante para a criação do vínculo. Outra

importante dificuldade se dava na articulação com as Redes de Atenção, sendo o tempo fator preponderante, pois a demora para realização das ações frustrava os pacientes, a equipe da USF e o grupo tutorial. Contudo algumas ações foram exitosas e realizadas em curto prazo, como: a consulta e procedimentos realizados pela odontóloga; regulação das imunizações dos pacientes; e a aferição regular da pressão arterial e glicemia realizada pela técnica de enfermagem.

No período de mais de dois anos de execução das atividades do PET-SAÚDE, as visitas domiciliares foram realizadas frequentemente, com o objetivo de avaliar a evolução dos indivíduos, estabelecer um melhor vínculo com a família, construir novas metas de acordo com as necessidades. O acompanhamento foi singular, já que as questões sociais, econômicas, culturais foram imprescindíveis na determinação das metas. Ao longo do projeto, o desenvolvimento dos PTS foi apresentado tanto para o grupo tutorial quanto para a equipe da USF, sendo importante as discussões sobre as ações realizadas com os usuários, pois a partir delas foram avaliadas as condutas realizadas e sugeridas novas possibilidades de enfrentamento.

COMENTÁRIOS

Foram desenvolvidos PTS na USF com três usuários que foram selecionados a partir da proposta de trabalho. Essa proposta de intervenção surge a partir do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, segundo o Ministério da Saúde, que busca:

Preparar o Brasil para enfrentar e deter, nos próximos dez anos, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre as quais: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. No país, essas doenças constituem o problema de saúde de maior magnitude e corresponde a cerca de 70% das causas de mortes, atingindo fortemente camadas pobres da população e grupos mais vulneráveis, como a população de baixa escolaridade e renda⁶.

O PTS é uma ferramenta para realizar ações de cuidado em saúde com base na abordagem centrada na pessoa. É importante ressaltar que quando se “focaliza” um indivíduo no PTS, não se deve fazer disto um “recorte” que descontextualize o sujeito de sua realidade. Não há sentido em discutir o caso de um indivíduo em situação de sofrimento sem considerá-lo inserido em um contexto social, familiar, em certo território. É realizado por uma equipe multiprofissional, pelo usuário e sua família, em um movimento de co-produção e de co-gestão do processo terapêutico de um sujeito singular, individual ou coletivo, em situação de vulnerabilidade⁷.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram personagens de extrema importância na construção do projeto terapêutico, tanto na escolha dos usuários, quanto na mediação das relações entre a comunidade e a equipe. Pelo fato de morar perto da área na qual atua, o ACS tem conhecimento sobre as práticas de saúde locais, tornando-se um representante da comunidade no serviço de saúde. Ele estreita as relações entre a equipe e a comunidade, pois domina a cultura, linguagem e os costumes da população, além de saber dos dilemas e dificuldades dos moradores, contribuindo para a prevenção e promoção da saúde⁸.

“Outro aspecto importante na construção do projeto terapêutico é o seu alicerce nas tecnologias leves em saúde (acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomia), que favorecem a adesão do usuário/família ao tratamento”⁹. Percebeu-se que os usuários que participaram do projeto, de início, não aceitavam bem algumas sugestões, principalmente, no tocante à mudança de hábitos alimentares. A partir do fortalecimento do vínculo, houve a possibilidade de discutir alternativas para combater a hipertensão, a obesidade e o diabetes, uma das metas do PTS. O estabelecimento de vínculo possibilita uma parceria, fundamentada na sinceridade e responsabilidade, permitindo a elaboração de intervenções terapêuticas que estejam em consoante com as necessidades dos usuários e suas famílias¹⁰.

Quanto à orientação para a modificação de

comportamentos e hábitos também houve bastante dificuldade na criação de vínculo com os cuidadores leigos (não profissionais), caracterizados pela rede de apoio familiar, principalmente quando se tentava estabelecer educação em saúde. Este fato pode estar relacionado à tentativa de se colocar o conhecimento científico como puro e único, não levando em consideração as particularidades dos indivíduos e sua cultura. A partir do entendimento da dimensão social das famílias, percebeu-se, então, o conhecimento popular como importante instrumento de aproximação e de acolhimento. Outro ponto muito discutido no grupo tutorial foi quanto ao adoecimento desses cuidadores. Geralmente leigos, estes sofrem desgaste em sua saúde física, emocional e social¹, principalmente devido à tensão vinda do cuidar, podendo vir a se apresentarem como uma nova demanda e desafio para os serviços de saúde, devido a complexidade do suporte a essas pessoas.

A construção do PTS, através do PET-ESF e Redes, possibilitou uma relação constante e contínua com os usuários e a equipe, e a partir do fortalecimento dos vínculos foi possível modificar visões e efetivar mudanças. A experiência do cuidado integral a usuários portadores de DCNT fez refletir sobre as doenças crônicas que vem aumentando e são causa de altas taxas de mortalidade da população, em especial da população

em risco social, bem como inferir que o cuidado a estes pacientes requer mobilização por toda uma rede de atendimento em saúde.

A sua elaboração permitiu, ainda, a percepção do valor e da eficácia da construção de um plano de cuidado através de uma discussão coletiva entre os membros da equipe, considerando também a opinião, os anseios e os limites dos usuários. Percebeu-se que as histórias se repetiram na comunidade, desta forma as estratégias utilizadas na construção do PTS puderam ser reproduzidas com outros usuários.

A execução do projeto acendeu a discussão do quanto é importante a promoção de saúde para prevenção das DCNT, visto que as sequelas que podem ser causadas por tais doenças requerem um cuidado especial, podendo ter repercussões graves na qualidade de vida do paciente e de sua família, sendo necessárias intervenções por parte dos serviços de saúde³.

Todo o processo de elaboração e execução proporcionou aos alunos um olhar diferenciado em relação aos usuários dos serviços da atenção primária, fator essencial à sua formação profissional. Além de que, contribuiu para um grande envolvimento da equipe da USF, que se dedicou ao cuidado com os indivíduos, o que levou à reflexão de quão relevante é considerar a singularidade de cada indivíduo nas ações de cuidado à saúde.

REFERÊNCIAS

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da saúde, 2009.
- 2- Moraes FRR, Jales GML, Silva MJC, Fernandes SF. A importância do PET-Saúde para a formação acadêmica do enfermeiro. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2012; 10(3): 541-551.
- 3- Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface-Comunicação, Saúde e Educação*. 2010; 14: 593-605, 2010.
- 4- Brasil. Ministério da Saúde. *A vigilância e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- 5- Linassi J, Strassburger D, Sartori M, Zardin MV, Righi LB. Projeto terapêutico singular: vivenciando uma experiência de implementação. *Rev Contexto e Saúde*. 2011; 10(20): 425-434.
- 6- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- 7- Oliveira GN. *O Projeto Terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde* [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2007. 176p. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/72502661/Projeto-Terapeutico-Singular>. Acesso em 20 dez 2013.

- 8- Silva PR, Ribeiro GTF. ACS: Elo de ligação entre comunidade carente e a ESF. *Vitas et Sanitas*. 2009; (3): 1-20. Disponível em: http://fug.edu.br/revista_3/pdf/asc_elodeligacao.pdf. Acesso em 20 dez 2013.
- 9- Pinto DM, Jorge MSB, Pinto AGA, Vasconcelos MGF, Cavalcante CM, Flores AZT *et al.* Projeto Terapêutico Singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(3): 493-302.
- 10- Carvalho LGP, Moreira MDS, Rezio LA, Teixeira NZF. A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. *O mundo da Saúde*. 2012; 36 (3): 521-525.
- 11- Benjumea CC. Cuidado familiar em condiciones crônicas: uma aproximación a La literatura. *Texto Contexto Enferm*. 2004; 13 (1): 137-46.

Correspondência

Arthur Japiassú Severo
Rua: Cassiano Pereira, 1352. Bairro: Jardim Paulistano.
Campina Grande – Paraíba – Brasil
CEP: 58.415-295
E-mail: arthurjapiassu@hotmail.com