



Programa de Integração Comunitária

Maio de 2022

Volume 12

Número 16

2022

16^o Anais do PTS

“Projeto Terapêutico Singular”

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP

MAIO DE 2022

16^o Anais do PTS

“Projeto Terapêutico Singular”

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte Anais do PTS – Projeto Terapêutico Singular

É uma publicação do:

Programa de Integração Comunitária

Medicina Faceres

Avenida Anísio Haddad, 6751
São José do Rio Preto · SP · Brasil · 15090- 305
Tel.: 55 17 3201 8200
www.faceres.com.br · picmed@faceres.com.br

FACERES

Diretor da Instituição:

Toufic Anbar Neto, M.e.

Coordenação de curso:

Patricia Maluf Cury, Dra.

Coordenação de Área:

Fernanda Aparecida Novelli Sanfelice, M.e.

Programa de Integração Comunitária

Coordenação:

Fernanda Aparecida Novelli Sanfelice, M.e.

Professoras:

Janaina Benatti de Almeida Oliveira, M.e.

Karina Rumi de Moura Santoliquido, M.e.

Natália Salvador Banhos, Esp.

Renata Prado Bereta Vilela, M.e.

F614

Anais do PTS - Projeto Terapêutico Singular /
Fernanda Aparecida Novelli Sanfelice (Org.); - Vol. 12, N. 16 - São José do Rio
Preto: Editora
Faceres, 2022.
34 p.;
ISSN: 25956523

1. Projeto Terapêutico Singular. 2.
Programa de Integração Comunitária. I. Título.

16^o Anais do PTS

“Projeto Terapêutico Singular”

Volume 12, Número 16, 2022 – ISSN: 2595-6523

CORPO EDITORIAL

ORGANIZAÇÃO

E COMISSÃO CIENTÍFICA

Fernanda Aparecida Novelli Sanfelice
Janaina Benatti de Almeida Oliveira
Karina Rumi de Moura Santoliquido
Natália Salvador Banhos
Renata Prado Bereta Vilela

COMISSÃO AVALIADORA

Bruno Henrique Ribeiro
Luiza Latorre
Nayara Perozini Vettorasso
Paula Cintra Dantas

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP

MAIO DE 2022

SUMÁRIO

Apresentação	05
1. Os desafios da implementação do Projeto Terapêutico Singular em família de idosa acamada, no período pós-pandemia: relato de experiência	07
2. O impacto da vulnerabilidade de um idoso assistido através de um Projeto Terapêutico Singular (PTS): relato de experiência	10
3. A contribuição do Projeto Terapêutico Singular na promoção da saúde e prevenção de agravos em paciente com Mal de Parkinson: um relato de experiência	13
4. Os desafios da aplicação do Projeto Terapêutico Singular em paciente com transtornos mentais: um relato de experiência	16
5. Implantação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) em paciente portador de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA): relato de experiência	20
6. Relato de experiência: a recusa do paciente no Projeto Terapêutico Singular (PTS) ...	23
7. Execução do Projeto Terapêutico Singular por alunos do quarto período de Medicina para promoção de qualidade de vida	27
8. Desenvolvimento de um Projeto Terapêutico Singular na Atenção Básica durante o curso de Medicina: um relato de experiência discente	30
Premiações	34

Apresentação

Fernanda Aparecida Novelli Sanfelice

Este documento contempla os resumos apresentados no Fórum Projeto Terapêutico Singular, sobre elaboração e aplicabilidade do mesmo, no primeiro semestre do ano de 2022, por graduandos de Medicina da etapa 4 da disciplina Programa de Integração Comunitária (PIC), sob orientação de suas professoras. O documento tem a finalidade de tornar público todo conteúdo apresentado, deixando acessível a todos.

O graduando em Medicina está inserido no contexto da Atenção Básica, e tem o objetivo de desenvolver trabalhos em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) estabelecendo contato com a realidade por meio de Visitas Domiciliárias e acompanhamento de atendimento em serviços e atividades em espaços comunitários.

De acordo com o Ministério da Saúde, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), é um conjunto de condutas/ações/medidas, de caráter clínico ou não, propostas para dialogar com as necessidades de saúde de um sujeito individual ou coletivo, geralmente em situações mais complexas, construídas a partir da discussão de uma equipe multidisciplinar. É importante ressaltar que a construção de um PTS, sempre que possível e necessário, deve ser realizada com a participação de membros das equipes de Atenção Básica (AB) quando o paciente em atendimento domiciliar (AD) se encontrar em sua área de abrangência. Dessa forma, o projeto terapêutico é enriquecido por informações e conhecimentos que só o acompanhamento transversal prestado pela AB poderia fornecer, além de favorecer o cuidado partilhado entre as equipes de AD e as de AB, fortalecendo, assim, vínculos, e não os quebrando(1).

O Anais é uma ótima fonte de pesquisa, é uma forma de disseminar o conhecimento de novas descobertas e contribuir com a divulgação científica no país.

Referência:

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, v. 2, p. 07-204. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf.

OS DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR EM FAMÍLIA DE IDOSA ACAMADA, NO PERÍODO PÓS-PANDEMIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

THE CHALLENGES OF IMPLEMENTING THE SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT IN THE FAMILY OF POST-PANDEMIC BEDRIDDEN ELDERLY: EXPERIENCE REPORT

Abiézer Lair Braga¹; Aglaupe Chagas¹; Georgeos Lucca Daher Rodrigues Suleiman¹; Giulia Grotto¹; Larissa Alvarenga Rodrigues¹; Mariana Frias¹; Vinicius Rezende¹; Renata Prado Bereta Vilela²

*1 – Acadêmico de medicina, Faculdade Ceres (FACERES), São José do Rio Preto/SP.

*2 – Docentes da Faculdade Ceres (FACERES), São José do Rio Preto/SP.

E-mail do autor correspondente: abiezerlair@icloud.com

Introdução: O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é definido como “um conjunto de condutas/ações/medidas, de caráter clínico ou não, propostas para dialogar com as necessidades de saúde de um sujeito individual ou coletivo, geralmente em situações mais complexas”⁽¹⁾. É muito importante ressaltar que o PTS é uma construção conjunta, que se faz entre os membros da equipe de saúde da atenção básica, equipes de referência, os usuários, famílias e comunidades. Busca sempre a individualidade do sujeito, trabalhando suas necessidades evidenciando suas fortalezas. Para a sua construção podem ser realizadas visitas domiciliares, consultas na própria unidade de saúde da atenção básica, na atenção secundária e terciária, promovendo dessa forma a maior efetividade da resolução de problemas e maior impacto na vida dos usuários. Sua realização acontece em quatro fases⁽¹⁾. A primeira é o diagnóstico, onde é feita a avaliação e problematização da situação do usuário, sempre buscando uma visão integral. A segunda é a definição de metas, são trabalhadas propostas a curto, médio e longo prazo. A terceira fase é a divisão de responsabilidades, são definidas as tarefas que cada um irá realizar e se responsabilizar, nessa etapa também é escolhido o profissional de referência, que é o membro da equipe que apresenta o maior vínculo com o usuário, família ou grupo. Por fim a reavaliação é o momento de verificar o andamento do projeto e corrigir o curso para a resolutividade do caso⁽¹⁾. Essa ferramenta sistematizada pode auxiliar em casos complexos⁽¹⁾, como por exemplo, proporcionar uma melhor atenção à saúde a idosos acamados e seus cuidadores. **Objetivo:** Relatar a experiência e os desafios de

acadêmicos de medicina na construção de um PTS para família de uma idosa acamada, no período pós-pandemia. **Relato de experiência:** A aplicabilidade do PTS iniciou com a primeira visita domiciliar. Foi realizada uma anamnese, incluindo a história de vida, costumes, rotinas, hábitos da paciente e de sua cuidadora informal (filha). A paciente em questão, era J., sexo feminino, 90 anos, acamada, com dificuldade de deglutição, possui histórico de Alzheimer com piora após o início da pandemia, porém em tratamento medicamentoso. A sua filha A., com 68 anos, apresentava bom estado geral, porém havia suspenso o tratamento para o câncer de mama devido a pandemia, relatou que realizava apenas uma refeição diária (almoço) sem a ingestão de proteína animal, no restante do dia se alimentava com frutas e faz uso de suplementação vitamínica. Seguindo as etapas do PTS foram feitas as definições de metas e a divisão de responsabilidades a partir de uma reunião com a equipe multiprofissional da atenção básica. Foi proposto seguimento médico com neurologista para controle do Alzheimer da paciente J., oncologista para A., além disso, foi proposto um plano alimentar personalizado que atendia melhor as necessidades de ambas pacientes. Foi elaborado um cardápio com alimentos mais saudáveis que podem ser usados e substituídos quando necessário e foi ressaltada a importância de fazer mais refeições durante o dia. Foi orientado quanto à importância do acompanhamento médico contínuo e verificado a possibilidade de a família adquirir a ajuda de um cuidador formal. Na última fase, a reavaliação percebeu-se que mesmo após as orientações, A. não aderiu completamente a proposta do cardápio alimentar e negou a possibilidade da contratação do cuidador formal. **Reflexão sobre a experiência:** Por meio da Visita Domiciliar e da aplicação do Projeto Terapêutico Singular foi colocado em prática todas as propostas para as pacientes. Ao realizar a anamnese, o exame físico e após desenvolver um diálogo com as pacientes, conseguiu-se estabelecer uma relação de confiança, e essa foi a primeira barreira a ser quebrada, pois segundo a Clínica Ampliada e o Projeto Terapêutico Singular a parte mais significativa é o vínculo estabelecido entre membros da equipe e o usuário e/ou família, e dessa forma, através desse vínculo foi possível estabelecer uma relação segura com as pacientes⁽²⁻³⁾. Notamos certa resistência da paciente que exercia o papel da cuidadora, principalmente relacionado a mudança dos hábitos alimentares. Todavia, hábitos requerem tempo e dedicação para serem modificados, e a orientação do profissional de saúde se mostra uma peça fundamental para propiciar essas mudanças importantes⁽⁴⁾. **Conclusões ou recomendações:** Diante de toda a experiência, concluímos que o PTS é uma ferramenta que possui o intuito de propor uma melhora para o paciente de uma maneira integral. Dessa forma, ficou evidente que a prática da visita domiciliar pode trazer inúmeros benefícios e mostrar as mudanças que essas ações trazem para as famílias. Porém, a pandemia, acarretou como umas das consequências à necessidade de reorganização e readequação do sistema de saúde, para que houvesse continuidade do cuidado. Ademais, essa experiência proporcionou a oportunidade de poder acompanhar a evolução das pacientes e também corroborou para se colocar em prática todo o aprendizado teórico da graduação. Por fim, ressaltamos que o desafio de implementar o PTS favoreceu a experimentação da humanização e empatia no cuidado, sendo estes essenciais para o crescimento pessoal e desenvolvimento profissional dos acadêmicos envolvidos. **Palavras-chave:** Projeto Terapêutico Singular; Visita Domiciliar; Atenção Primária a saúde; Qualidade de Vida.

Referências bibliográficas:

1. Brasil. Caderno de Atenção Domiciliar. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013 [Acesso em 06 de maio de 2022]. 2 v. Pág 28-31. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf
2. Brasil. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico]. Brasília : Ministério da Saúde, 2020 [Acesso em 06 de maio de 2022]. 98 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf
3. Brasil. Clínica ampliada e compartilhada. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/155/158> da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009 [Acesso em 06 de maio de 2022]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf
4. Toledo MTT, Abreu MN, Lopes ACS. Adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissional de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2013 [Acesso em 06 de maio de 2022].; 47(3):540-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/g6V6K9ccKBWP5q9R4hBWWQz/?format=pdf&lang=pt>

Instituições: Faceres; CS Central - Guapiaçu (SP).

Conflito de interesse: Nenhum conflito de interesse.

O IMPACTO DA VULNERABILIDADE DE UM IDOSO ASSISTIDO ATRAVÉS DE UM PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS): RELATO DE EXPERIÊNCIA

THE IMPACT OF AN ELDERLY MAN'S VULNERABILITY ASSISTED THROUGH A SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT (STP): EXPERIENCE REPORT

Beatriz Campos Primo¹, Gabriel Camargo Aparício¹, Giovana Navarro¹, Laura Stefano¹
Marcos Tadeu Guardia Júnior¹, Maria Fernanda Marin Machado Silveira¹ Mateus Pelegrin¹
Renata Prado Bereta Vilela²

1 – Acadêmico de medicina, Faculdade Ceres (FACERES), São José do Rio Preto/SP.

2 – Docentes da Faculdade Ceres (FACERES), São José do Rio Preto/SP.

E-mail do autor correspondente: beatrizccamppos@gmail.com

Introdução: A saúde é um direito fundamental de todos, sendo dever do Estado garantir os meios de provê-la para a sociedade, assim como previsto no Artigo 196 da Constituição Federal Brasileira de 1988⁽¹⁾. Para tanto, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), é uma ferramenta que pode promover esse direito, sendo utilizada pelos profissionais de saúde em casos de vulnerabilidade. Ela tem o objetivo de organizar um atendimento humanizado, visando a integralidade biopsicossocial que circundam e afetam a saúde do indivíduo, sua família e/ou a coletividade⁽²⁾. **Objetivos:** Relatar a experiência de acadêmicos de medicina sobre sua vivência acerca do impacto da vulnerabilidade de um idoso assistido através de um Projeto Terapêutico Singular. **Relato de Experiência:** Nosso primeiro contato com o PTS foi durante as aulas no curso de graduação em medicina, onde recebemos orientações sobre a sua importância, a maneira de elaborá-lo e desenvolvê-lo. O PTS é subdividido em 4 etapas, inicialmente, durante a primeira etapa conhecida como diagnóstico, foi realizada uma visita domiciliar (VD) a um paciente, do sexo masculino e idoso, que residia em uma cidade do interior paulista. A VD aconteceu em conjunto com a Agente Comunitária de Saúde (ACS) responsável pela área de abrangência do domicílio deste paciente. Foram coletados dados através da anamnese, também foram elaborados um genograma e ecomapa, bem como feita a sua classificação através da Escala de Coelho & Savassi, permitindo nos orientar a respeito dos problemas que afetam a sua saúde e qualidade de vida, além de visualizar as redes de apoio com quem o paciente contava. Como problemas foram identificados, tabagismo crônico, asma, disúria e catarata, além da condição social precária. Com esses dados, já na segunda etapa, foi realizado um *brainstorming* para propor melhorias através de um plano terapêutico com consequente

definição de ações e metas. Em seguida iniciou-se a terceira etapa, denominada divisão de responsabilidades, e esta foi realizada através de uma reunião com as ACS e gerente da unidade de saúde. As intervenções pactuadas foram, acompanhamento das doenças respiratórias, encaminhamento para um oftalmologista a fim de solucionar a catarata; além de verificar a possibilidade de ação conjunta com a prefeitura municipal para adequações e melhorias sanitárias na residência do paciente e inserção em programas sociais. Para implementação foi realizada uma nova VD. Neste momento foi possível verificar que o paciente já havia comparecido à consulta médica, e já havia recebido informações sobre a situação do encaminhamento da sua cirurgia para correção da catarata, também a profissional do serviço social já havia visitado o paciente. Porém, na última etapa que seria a reavaliação, necessária para finalizar e readequação do projeto, nos foi comunicado que o senhor acompanhado havia sido vítima de um atropelamento e que havia falecido devido a complicações. **Reflexão sobre a experiência:** A saúde é um direito fundamental de todo ser humano, e esperamos a igualdade em relação a esse quesito no país⁽¹⁾. Porém, a realidade é outra, em que milhares de indivíduos vivem em situações precárias e de vulnerabilidade, sem conhecer os seus próprios direitos⁽³⁾. Diante disso, realizamos a implementação do PTS na vida de um paciente idoso, para buscar a integralidade e qualidade de vida em todos aspectos biopsicossociais, visto a fragilidade em que esse indivíduo vivia. A fragilidade do idoso engloba padrões multifatoriais e envolvem domínios físicos, psicológicos e sociais. Essa fragilidade predispõe à vulnerabilidade e ao risco de morbimortalidade⁽⁴⁾. Com isso, pode-se afirmar que a implementação do PTS foi desafiadora para os acadêmicos, proporcionando aprimoramento do conhecimento sobre empatia, além de entender como o estilo e qualidade de vida de um paciente podem influenciar diretamente em sua saúde. Por fim, observa-se como o PTS sendo uma ferramenta da gestão do cuidado pode impactar na vida das pessoas, organizando o cuidado e acompanhando pacientes que se encontram em vulnerabilidade⁽⁵⁾. **Conclusão ou recomendações:** Conclui-se que, a realização do projeto, propiciou a oportunidade de compreender que as vulnerabilidades às quais os idosos estão expostos, devem ser observadas com olhar crítico, pelo potencial de se tornarem fatores de risco ou agravantes à saúde destes indivíduos e devem ser tratadas com urgência pelos profissionais de saúde e de áreas correlatas. Com isso, ressaltamos a importância de se levar em conta não apenas as patologias nas quais os idosos estão expostos, mas também identificar as fragilidades que esta população está sujeita.

Palavras-chave: Projeto Terapêutico Singular, Visita Domiciliar, Atenção Primária à Saúde, Idoso Fragilizado.

Referências Bibliográficas:

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. [acesso em 06 de maio de 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
2. Brasil. Caderno de Atenção Domiciliar Volume 2. Ministério da Saúde. Brasília-DF; 2012:14p. [Acesso em 06 de maio de 2022]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/CAD_VOL2_CAP1.pdf
3. Carmo ME, Guizardi FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. Cadernos de Saúde Pública. 2018 [acesso em 06 de maio de 2022]; 34(3). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ywYD8gCqRGg6RrNmsYn8WHv/?lang=pt#>
4. Gobbens RJ, van Assen MA, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. Determinantes da fragilidade. J Am Med Dir Assoc. 2010 [acesso em 06 de maio de 2022]; 11(5):356-64. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20511103/>
5. Brasil. Clínica ampliada e compartilhada. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. [Acesso em 06 de maio de 2022]; Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf

Instituições: Faceres; CS Central - Guapiaçu (SP).

Conflito de interesse: Nenhum conflito de interesse.

A CONTRIBUIÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE AGRAVOS EM PACIENTE COM MAL DE PARKINSON: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

THE PERSONALIZED THERAPY PLAN CONTRIBUTION TO HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION IN PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE: AN EXPERIENCE REPORT

Lara Stéphane Vieira Melo¹, Ana Júlia Munhoz Pereira¹, Bruna Aléssio Rovaris¹, Camila Locali Couto Elias¹, Guilherme Gonçalves Andrade Silva¹, Kamila Brandão Porto¹, Marina Kerber Reda¹, Natália Salvador Banhos²

*1 - Acadêmico de medicina, Faculdade Ceres (FACERES), São José do Rio Preto/SP

*2 - Docentes da Faculdade Ceres (FACERES), São José do Rio Preto/SP

E-mail do autor correspondente: larasvm@gmail.com

Introdução: O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma construção coletiva que abrange várias áreas multidisciplinares envolvendo quatro pilares significativos: hipótese diagnóstica, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação.¹ Prioriza-se as particularidades de cada usuário, porém o reconhecimento da essencialidade do núcleo familiar é imprescindível, principalmente quando seu cuidador possui laços de parentesco. É de suma importância a busca pelo conhecimento do que ocorre no âmbito mental e comportamental do cuidador, requerendo substancial atenção e compreensão que tal fato pode revogar ou auxiliar na busca das metas traçadas no PTS, considerando que algumas enfermidades necessitam de cuidados especiais que demandam zelo e complacência, como por exemplo, o mal de Parkinson. Essa doença tem como característica a degeneração do sistema nervoso central, crônica e progressiva, podendo levar ao desenvolvimento de enfermidades secundárias como depressão e desnutrição, tornando-se evidente a necessidade do apoio de um cuidador.² Para obtenção de bons resultados na execução do PTS, é importante priorizar valores como a empatia, o cuidado e a determinação, transmitindo confiança e tornando sólido o vínculo com o paciente. A oportunidade na aplicação do PTS foi importante na formação dos acadêmicos de medicina, através do contato direto do paciente e sua família, oportunizando a aplicação na prática dos conceitos teóricos, aumentando o vínculo de confiança entre a família e os

acadêmicos. As condutas necessárias são multilaterais, envolvendo paciente, família e coletividade.³ **Objetivos:** Relatar a experiência em aplicar o PTS na promoção da saúde e prevenção de agravos em paciente com mal de Parkinson. **Relato de Experiência:** Como parte da realização do PTS, iniciamos as visitas domiciliares na casa da paciente assistida pela unidade de saúde, situada no município de Guapiaçu, pertencente à região de São José do Rio Preto, no estado de São Paulo. Previamente às visitas, o grupo foi inteirado sobre o caso acompanhado da agente comunitária de saúde (ACS) designada para assistência e orientação. Trata-se de uma mulher de 56 anos, restrita em domicílio, que possui doença parkinsoniana, osteoporose, depressão profunda refratária, insônia, gastrite, dores lombares, fobia social e encontra-se em estado de subnutrição fazendo uso de diversas medicações, sendo classificada como paciente polimedicamentosa. Na primeira visita, aplicamos o roteiro de anamnese, incluindo queixas e sintomas, nos inteiramos da história de vida, costumes, rotina e hábitos da família. Na Escala de Coelho, a paciente foi classificada como R3, risco máximo, devido ao seu quadro de desnutrição grave e a falta de condição para realização de determinadas atividades cotidianas. Foi realizada como intervenção na rotina familiar a entrega de uma tabela lúdica, didática e ilustrativa, com os horários e nomes de cada medicamento, a fim de garantir a correta administração medicamentosa para o tratamento farmacológico. Na última visita realizada, ficou evidente a adesão ao plano farmacoterapêutico proposto, pois a paciente apresentava-se bastante comunicativa, bem-disposta, alegre e com boa aparência. Constata-se que esse resultado está diretamente relacionado à adesão da intervenção proposta e ao vínculo criado entre a paciente e os acadêmicos. **Reflexão sobre a experiência:** Com a realização da Visita Domiciliar e aplicação do PTS foi possível alcançar na prática tudo o que foi proposto, saindo da posição de acadêmicos e nos tornando indivíduos responsáveis pela saúde do outro. Essa experiência representou nosso primeiro contato com pacientes, nos dando a oportunidade de colocar em prática os conhecimentos de anamnese e exame físico adquiridos nas aulas teóricas. Entretanto, ao longo das visitas domiciliares descobrimos que ter clareza da sintomatologia e estado físico do paciente é fundamental, mas a ligação de confiança, o vínculo, a proximidade construídos durante o processo são inegavelmente necessários para a consecução de bons resultados. O PTS foi de extrema importância para nossa paciente, visto que sua filha é a cuidadora e sofre de esquizofrenia, relatando episódios de alucinações, mostrando-se confusa e insegura com relação a administração dos medicamentos, podendo comprometer o seguimento da mãe. Por isso, nosso plano buscou facilitar o manejo dos medicamentos pela cuidadora, deixando-a mais segura mediante as orientações levando a mudanças no hábito de vida.⁴ **Conclusão ou recomendações:** De forma abrangente, concluímos que o PTS mostrou-se uma ferramenta fundamental na atuação da promoção à saúde. O desafio proposto nos trouxe uma experiência

transferencial, promovendo para nós a aquisição de uma vivência única de crescimento pessoal e para a paciente uma melhor qualidade de vida. Portanto, é essencial enfatizar a necessidade da utilização de recursos multifatoriais na busca por resultados satisfatórios, unindo empatia e humanização no ato de cuidar.

Palavras- Chave: Promoção da Saúde; Prevenção de Agravos; Visita Domiciliar.

Referências bibliográficas:

1. Oliveira CA, Fonseca FCA, Do Carmo JC, Braga KKL, De Lima MF, Mamed MCdO, et al. Projeto terapêutico singular (PTS): instrumento de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2021.
2. Biblioteca Virtual em Saúde, Ministério da Saúde. Doença de Parkinson [acesso em 10 mai 2022]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/doenca-de-parkinson/#:~:text=O%20que%20%C3%A9%3A%20%C3%A9%20uma,do%20c%C3%A9rebro%20chamada%20subst%C3%A2ncia%20Onegra>
3. Da Silva EP, De Melo FABP, De Sousa MM, Gouveia RA, Tenório AA, Cabral AFF, et al. Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde. Revista Brasileira de Ciências Médicas, 2013.
4. Manso MEG, Pagotto MUN, Torres RL. Percepções de alunos de Medicina sobre as potencialidades e limitações para o cuidado humanizado. Interface (Botucatu), 2021.

Instituições: Faceres; ESF Antonieta - Guapiaçu (SP).

Conflito de interesse: Nenhum conflito de interesse.

OS DESAFIOS DA APLICAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR EM PACIENTE COM TRANSTORNOS MENTAIS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

THE CHALLENGES OF THE APPLICATION OF THE SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT IN PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS: AN EXPERIENCE REPORT

Luisa Delgado Dadalt¹, João Vitor Zeituni¹, Mariana Orikassa Ribeiro¹, Danielle de Faria Mariano¹, Juliana Cordeiro Salomão¹, Ana Clara de Avila Ferreira¹, Maria Louise Talarico¹, Natália Salvador Banhos²

*1 - Acadêmico de medicina, Faculdade Ceres (FACERES), São José do Rio Preto/SP

*2 - Docentes da Faculdade Ceres (FACERES), São José do Rio Preto/SP

E-mail do autor correspondente: luisa.dadalt@gmail.com

Introdução: O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, faz parte da atenção básica à saúde e busca promover o máximo de resolubilidade dentro da atenção primária. É uma extensão do atendimento às famílias elegíveis, trazendo melhora a saúde e qualidade de vida do paciente². A deficiência e o transtorno mental causam impacto na qualidade de vida da pessoa em termos de morbidade, prejuízos funcionais e baixa qualidade de vida, além de sofrerem com a exclusão social decorrente do preconceito¹. A esquizofrenia é uma doença de caráter mental que, segundo a Organização Mundial de Saúde, atinge cerca de 21 milhões de pessoas no mundo⁴. No Brasil, já são mais de dois milhões de pacientes doentes, e deve-se levar em consideração que é uma condição que afeta não só um indivíduo, mas também a de familiares em volta, uma vez que exige uma conduta especial para com o portador de esquizofrenia. A diminuição dos cuidados pessoais, a agressividade, o isolamento social, mudanças de humor, comportamentos maníacos e delirantes são algumas manifestações da enfermidade. Sendo assim, trata-se de uma condição que impõe dificuldades não só ao paciente, mas também a família, que vivencia essa condição, de forma sobrecarregada³. A compreensão da família pode levar tempo, pois além de todo o estresse que o cuidar desencadeia, estamos falando de uma doença que não existe perspectiva de cura³. Nesse contexto, foi evidenciado a necessidade da

interação do núcleo familiar no cuidado da paciente em questão. Entretanto, a família nem sempre se compromete com o tratamento da forma adequada, gerando dificuldades para a aplicação do PTS. **Objetivos:** Relatar os desafios da aplicação do PTS em paciente com transtornos mentais negligenciados pela família. **Relato de Experiência:** Iniciamos o ano de 2022, abordando o conteúdo teórico sobre o PTS e a saúde no âmbito familiar, através do Programa de Integração Comunitária (PIC). Após a abordagem teórica, iniciamos o estágio em uma unidade de saúde do município de Guapiaçu, e através dos critérios de elegibilidade, se deu início as visitas domiciliares. A paciente, sexo feminino, 47 anos, apresenta um quadro de saúde frágil, necessitando de diálise peritoneal, portadora de diabetes mellitus e, diagnosticada com esquizofrenia. Todos os dados foram abordados e discutidos com a equipe da unidade de saúde. Então, cientes do caso, fomos até a residência da paciente para realizar a primeira visita, a paciente estava ausente e nos deparamos com sua filha e cuidadora. Logo no primeiro contato diversos questionamentos surgiram, pois, a filha afirmou que sua mãe pulava o muro e que não conseguia mantê-la em regime domiciliar, mas em breve análise, surgiu um questionamento de como a paciente conseguiria pular um muro com sua situação de saúde fragilizada? Já na segunda visita, que tinha como objetivo a aplicação de um plano de intervenção elaborado, mais uma vez não foi possível ser concluída pela mesma condição já apresentada anteriormente, pois a paciente estava ausente do domicílio. Não tivemos contato com a paciente, mas experienciamos a dificuldade de prestar o cuidado, visto que para tal se faz necessário o contato com a mesma, o envolvimento familiar e a criação de um vínculo. Assim, um tema pouco discutido na saúde, a negligência no cuidado, foi observada por nós acadêmicos, que na última visita constatamos a mudança da família/paciente para outra área de abrangência do mesmo município, quebrando o vínculo e impossibilitando o cuidado oferecido por essa unidade de saúde. **Reflexão sobre a experiência:** Ao nos depararmos com as atividades práticas, trabalhando em conjunto com a visita domiciliar e o PTS, tínhamos uma ideia superficial do que seria o contato direto com o paciente, como aplicar o roteiro da anamnese, exame físico, desenvolver um vínculo com a paciente e os familiares. Como a paciente estava ausente, todas as perguntas de coletas de dados foram respondidas pela filha, cuidadora. Foi a partir desses dados coletados que o caso foi delineado, tanto o quadro sintomático quanto a vulnerabilidade familiar. Notou-se que há uma negligência no âmbito do cuidado, pois a paciente, não recebia a assistência e o cuidado necessário para seu tratamento. Essa suspeita foi confirmada pela agente comunitária de saúde (ACS) que já acompanha o caso há tempos e relatou a dificuldade no vínculo e adesão ao tratamento com a família em questão. A paciente, esquizofrênica, realiza diálise peritoneal e necessita fazer uso de medicação contínua para controle do Diabetes Mellitus. A falta de adesão medicamentosa bem como o tratamento irregular e descontínuo de diálise peritoneal agravam todos os sintomas da paciente, e a cuidadora

não demonstra comprometimento com o cuidado para reverter essa situação. Na segunda visita domiciliar a paciente também não se encontrava em casa e fomos alertados pela equipe da unidade de saúde que há algum tempo a paciente não retirava seu medicamento de uso contínuo. Ao deparar com esse quadro de negligência, a expectativa de acolher o caso com um plano terapêutico elaborado foi quebrada, pois quaisquer propostas medicamentosas ou não, não seriam aderidas. Além disso, ao realizar a última visita domiciliar, foi informado que a família havia se mudado para uma área não pertencente a área de abrangência da unidade de saúde, o que impossibilitava qualquer intervenção. **Conclusão ou recomendações:** O desafio da aplicação do PTS foi uma experiência enriquecedora para nosso grupo. Planejamos a visita domiciliar repletos de expectativas com intuito de promover o cuidado a paciente e a família assistida. Contudo, entendemos que para que isso aconteça, são necessários o vínculo e o envolvimento da família no cuidado da paciente, o que não experienciamos. Como acadêmicos de medicina foi possível observar que a progressão e melhora do paciente não depende apenas da assistência de saúde, mas também do apoio e disposição familiar do paciente. Prova disso é a mudança repentina de residência antes da última visita domiciliar, como uma maneira de desviar das propostas de melhoria e supervisão da unidade de saúde, a qual preza pela integridade e assistência da paciente.

Palavras-chave: Negligência, Atenção Primária, Saúde Mental.

Referências Bibliográficas:

1. Alves, J. F. M., Almeida, A. L., Mata, M. A. P., & Pimentel, M. H. (2018). Problemas dos cuidadores de doentes com esquizofrenia: A sobrecarga familiar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (19), 08-16. doi: 10.19131/rpesm.0197
2. Ministério da Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília – DF 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf.
Pagina 40, acesso em 03 de maio de 2022.
3. Rotoli A, Silva MRS, Santos AM, Oliveira AMN, Gomes GC (2018). Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. *Esc Anna Nery* 2019;23(2), 1-9. doi: 10.1590/2177-9465/ean.20180303

4.Tv Senado. A esquizofrenia e psicopatia atingem cerca de 21 milhões de pessoas no mundo. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/tv/programas/inclusao/2020/03/a-esquizofrenia-e-psicopatia-atingem-cerca-de-21-milhoes-de-pessoas-no-mundo>

Acesso em: 05 de Maio de 2022.

Instituições: Faceres; ESF Antonieta - Guapiaçu (SP).

Conflito de interesse: Nenhum conflito de interesse.

IMPLANTAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) EM PACIENTE PORTADOR DE ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA): RELATO DE EXPERIÊNCIA

IMPLEMENTATION OF SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT (PTS) IN PATIENT WITH AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS (ALS): EXPERIENCE REPORT

Victória Becker Marin Fernandez¹, Pedro Henrique Correa Vilela¹, Eugênia Vilela¹, Arthur Henrique Avelino Sousa¹, Livia Caiel¹, Mariana Martinelli¹, Sara Mazon Bastos¹, Karina Rumi de Moura Santoliquido²

*1 – Acadêmico de medicina, Faculdade Ceres (FACERES), São José do Rio Preto/SP.

*2 – Docentes da Faculdade Ceres (FACERES), São José do Rio Preto/SP.

E-mail do autor correspondente: victoriabecker06@gmail.com

Introdução: A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma doença neurodegenerativa que ocorre, principalmente, pela perda gradativa dos neurônios motores do mesencéfalo e da medula espinhal ou, em sua forma familiar, por mutações genéticas associados na maioria dos casos ao padrão autossômico dominante. Essa patologia é descrita pelo comprometimento físico, psíquico e comportamental nos pacientes, especialmente após o quadro de insuficiência respiratória. A doença foi descrita pela primeira vez por Jean-Martin Chacot, em 1874¹ e tem seu curso e progresso muito variável, podendo refletir na disfunção de vários sistemas do organismo, por essa razão os pacientes portadores de ELA devem ser tratados por uma equipe multidisciplinar. Os danos causados pela ELA podem se relacionar desde a distúrbios das funções executivas, como a memória operacional e de trabalho até a disfunções na linguagem, no comportamento e na cognição social. Também é muito comum o relato de transtornos psicológicos como ansiedade e depressão, que estão intimamente relacionados ao estado que o paciente se encontra e a progressão vertiginosa da doença, que causa impactos emocionais no mesmo². Nesse sentido, o tratamento multidisciplinar mostra-se bastante eficaz, pois é um dos fatores fundamentais para promoção de uma melhor qualidade de vida para o doente, refletindo na sua evolução³. **Objetivo Geral:** Relatar a experiência da implantação do PTS para paciente diagnosticado com ELA. **Objetivos Específicos:** Apresentar a importância do tratamento

multidisciplinar na conduta da doença; pontuar as principais contribuições do caso para o ensino médico. **Relato de Experiência:** Tendo em vista o cenário dessa enfermidade, o presente relato visa apresentar um sujeito masculino, 77 anos, que havia sido diagnosticado com ELA há 8 meses, apresentou piora progressiva, alimentação por sonda nasogástrica, perda da motilidade e da fala e sem alterações cognitivas significativas, abordado por uma visita domiciliar e acompanhado por todo o semestre. Esta foi a primeira vez em que realizamos uma visita domiciliar (VD) e, chegando na casa do AP e de RP, nos deparamos com uma doença que até então nunca tínhamos tido contato, a Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) que aparecera em AP há cerca de 1 ano. Neste primeiro momento, fizemos uma anamnese completa de todos os moradores da casa, tentando extrair o máximo de informações possíveis sobre cada um deles. Além de AP e RP, sua filha LP, também mora com eles, porém no dia da VD a mesma não se encontrava em casa. Depois de uma longa conversa, examinamos os sinais vitais de RP E AP para finalizar a primeira fase do PTS. Logo após, nos reunimos para dar continuidade ao projeto levantando os problemas observados e tentando buscar soluções que seriam plausíveis para o momento, portanto, fizemos um genograma e ecomapa para ser apresentado e discutido durante a reunião com a gerente da Unidade e as agentes comunitárias de saúde. Fizemos uma reunião com a equipe para divisão de tarefas e posterior retorno a VD. Na reunião tivemos a notícia de que o AP havia tido piora significativa desde a última visita. Após a reunião, seguimos para o domicílio e reavaliamos o paciente. Neste dia, além de sua esposa, havia uma sobrinha que nos passou todas as informações sobre a piora do quadro e os cuidados que estavam sendo tomados em relação ao paciente. Infelizmente, uma semana após nosso retorno, recebemos a notícia de que AP tinha sido internado e evoluiu para óbito. Passados 15 dias retornamos a casa dos pacientes para reavaliação de RP, para sabermos como ela estava, sobre sua nova rotina e possível ajuda em relação a morte de seu marido. **Reflexão sobre a experiência:** A abordagem da equipe multidisciplinar como vários estudos apresentam, é eficaz em proporcionar uma melhoria na sobrevivência de pacientes portadores de doenças degenerativas, como ocorreu com AP.⁴ Neste sentido, outro aspecto que se mostrou relevante na experiência foi a percepção de que a formação médica influencia na forma como os acadêmicos lidam com situações de frustração e perda de seus pacientes, uma vez que a formação médica não valoriza tanto a abordagem psicoemocional dos estudantes durante a faculdade de medicina e enfatiza o ensino técnico-científico.⁵ **Conclusão ou recomendações:** Com essa experiência, podemos concluir o quanto é difícil para nós, profissionais de saúde, lidarmos com a morte de nossos pacientes, que é algo tão frequente em nossa rotina, pois somos “treinados” para ajudarmos o quanto podermos e evitar um fim como este, mas em alguns casos, é inevitável e sentimos uma certa impotência. Nosso PTS não foi concluído como esperávamos devido a morte do paciente, visto que seu caso era o problema central do nosso projeto, porém foi muito importante para nosso grupo pois além de ter sido um dos nossos primeiros pacientes e contribuir muito para nossa formação, aprendemos a lidar um pouco com a frustração devido não ter saído da maneira que esperávamos e também com a morte, pois não temos controle e é uma situação cotidiana no meio médico.

Palavras-chave: Esclerose Lateral Amiotrófica; Visita Domiciliar; Atenção Básica.

Referências Bibliográficas:

1. Gama, Natália Araújo Sundfeld da. Memória emocional na esclerose lateral amiotrófica [manuscrito] / NatáliaAraújo Sundfeld da Gama. – 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/35173/3/Disserta%20a7%20a3o%20final%20-%20Mem%20emocional%20na%20esclerose%20lateral%20amiotr%20%20%b3fica.pdf>
2. Schlindwein-Zanini R, Queiroz LP, Claudino LS, Claudino R. Aspectos neuropsicológicos da esclerose lateral amiotrófica: relato de caso. Arq Catarin Med [Internet]. 23 de agosto de 2016; 44(1):62-70. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/11>
3. Rowland L, Shneider N. Amyotrophic Sclerosis. N Engl J. Med 2001; 344:1688-99
4. Maemura, LM et al. Evaluation of a multidisciplinary team in chronic pain treatment: interventional and prospective study. BrJP [online]. 2021, v. 4, n. 4. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/dkMLdy4yxqFfnmnkPfR9tgm/?format=html&lang=en>
5. Bifulco, VA, Iochida, LC. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. Revista Brasileira de Educação Médica [online]. 2009, v. 33, n. 1 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/kDV7gH4whY3zdFX8pTbFF5J/abstract/?lang=pt>

Instituições: Faceres; ESF CAIC- Guapiaçu (SP).

Conflito de interesse: Nenhum conflito de interesse.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: A RECUSA DO PACIENTE NO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)

EXPERIENCE REPORT: THE PATIENT'S REFUSAL IN THE SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT (PTS)

Amanda Duro Marques¹, Adriely Resende Ramos¹, Leo Vittor Ferreira Santos¹, Jéssica Rocha¹, João Victor Campos Arid Alves¹, Guilherme Rempel Picanço¹, Karina Rumi de Moura Santoliquido²

*1 – Acadêmico de medicina, Faculdade Ceres (FACERES), São José do Rio Preto/SP.

*2 – Docentes da Faculdade Ceres (FACERES), São José do Rio Preto/SP.

E-mail do autor correspondente: amandaduromarques@gmail.com

Introdução: O PTS é um instrumento utilizado para construir uma relação entre o usuário e o profissional de saúde, avaliando as necessidades individuais do paciente a ser atendido. São discutidos, de forma coletiva, a elaboração de propostas de condutas terapêuticas para solução de problemas, composto por quatro momentos: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação.¹ Justamente por isso, casos complexos demandam soluções complexas que revelam a necessidade de considerar questões transversais na produção de cuidado, exigindo a articulação entre diferentes profissionais e a utilização de reuniões de equipe para refletir sobre e buscar possíveis soluções.² A visita domiciliar (VD), uma categoria da atenção à saúde, é também uma das etapas do PTS. Sua importância está associada com a vivência da realidade do paciente, visando a observação e utilização como um subsídio de intervenções ou planejamento de ações.³ Além disso, a VD é uma atividade complexa, uma vez que observar os hábitos, relações intrafamiliares e rotina cotidiana de um indivíduo é extremamente rico para o planejamento e execução de ações sanitárias. Entretanto, se não for efetuada respeitando a individualidade da família e em acordo com os objetivos estabelecidos pelo PTS, pode se tornar um instrumento de controle e vigilância da população. O plano e as estratégias de ação a serem desenvolvidas pela equipe junto à família são traçados a partir das visitas domiciliares.⁴ Contudo, para que a VD e o PTS tenham sucesso é preciso que o paciente adere ao tratamento/conjunto de ações propostos, uma vez que é fundamental para o controle de comorbidades e outras doenças. Todavia, esse é um fenômeno que implica em questões relacionadas ao paciente, o meio onde está inserido, a doença, seu tratamento e sua relação com os serviços de saúde,

sendo esses fatores determinantes na decisão em aderir ou não ao conjunto de ação que será proposto para ele.⁵ **Objetivos:** Relatar a vivência de acadêmicos de medicina durante a realização de visitas domiciliares e as dificuldades encontradas para a implantação do projeto terapêutico singular. **Relato de Experiência:** Esse presente relato é sobre a experiência de acadêmicos do curso de medicina, os quais, por meio do eixo do Programa de Integração Comunitária (PIC) – responsável por inserir os estudantes na Atenção Básica – realizaram PTS com um casal hipertenso. Na primeira visita domiciliar (VD) ao casal, o grupo foi bem recebido pelos moradores. Nos dividimos em dois grupos, cada grupo responsável pela anamnese de um paciente. Durante essa primeira visita, percebemos uma falta de adesão aos tratamentos para a hipertensão por parte do casal. Além disso, notamos a dependência que o marido, que se apresentava muito debilitado (estava edemaciado, com ascite, comprometimento no fígado, atrofia em membro superior esquerdo e não conseguia se movimentar sem ajuda), tinha da esposa. Na segunda visita, realizamos uma reunião com a equipe de saúde, em que estavam presentes a enfermeira gerente da unidade de saúde e as agentes comunitárias de saúde. Nessa reunião, apresentamos todas as nossas percepções decorrentes da primeira visita e o plano de ação que elaboramos para ajudar o casal. Durante a reunião, descobrimos que a falta de adesão ao tratamento é um problema recorrente, por isso abordamos sobre a possibilidade de acompanhamento com psicólogo, aplicação de um teste de depressão, ansiedade e estresse e teste de alcoolismo, tendo em vista que começamos a suspeitar da quantidade de álcool que estava sendo ingerida pelo casal. Em seguida, entramos em contato com a paciente solicitando a VD, que foi recusada por ela. Por fim, fomos realizar a última visita ao casal, ainda iríamos discutir sobre as possibilidades de se colocar o plano de ação que montamos em prática. Entretanto, ao entrar em contato por telefone com a paciente, tivemos novamente uma recusa por parte dela, tanto o atendimento presencial quanto por via telefone. Respeitando a autonomia da paciente não fizemos o atendimento e, por fim, não conseguimos colocar o PTS em prática. **Reflexão sobre a experiência:** Com base na experiência descrita, é necessário refletir sobre estratégias de se esgotar todos os recursos disponíveis a fim de colocar o PTS em prática, “desviando” das dificuldades enfrentadas consequente da recusa do paciente. Sabe-se que o Projeto Terapêutico Singular é decorrente do conjunto de ações de caráter clínico ou não, que são construídas com uma equipe multidisciplinar e propostas para dialogar com as necessidades de saúde de um coletivo.¹ Dessa forma, é preciso elaborar meios de fazer o plano de ação ser colocado em prática respeitando a autonomia deste paciente. Conforme a Resolução nº 2.232/19, artigo 1º, a recusa terapêutica é um direito do paciente que deve ser respeitado pelo médico, cabendo a este informar apenas sobre as consequências e risco dessa decisão.⁶ Visando à promoção da saúde da comunidade, a visita domiciliar (VD) é uma oportunidade diferente de cuidado, sendo utilizada para minimizar ou intervir o processo saúde-doença.⁷ Ademais, quando o médico visita o paciente e sua família outras questões envolvendo o cuidado são abordadas, dentre elas é possível citar os problemas da vida cotidiana, o conhecimento do paciente e da família desse paciente. Essa experiência é importante para o profissional refletir e investigar novas formas de “solucionar o problema” daquele domicílio.⁸ Diante disso, ao ocorrer a recusa por parte do paciente do atendimento domiciliar para implantação do PTS, além da perda de benefícios – como o acompanhamento com uma

equipe multidisciplinar e a “solução do problema” –, o médico também sai prejudicado, perdendo uma experiência enriquecedora e se sentindo frustrado por não conseguir ajudar a família. Por fim, é preciso reafirmar a importância da VD tanto para a aplicação do projeto terapêutico para auxiliar um sujeito individual ou coletivo, quanto para a crescimento profissional do médico que irá realizá-la. **Conclusão ou recomendações:** Conclui-se que é de suma importância a consumação do projeto terapêutico, visto que beneficia a família a ser visitada e o médico/equipe multidisciplinar que irá dar assistência necessária. Ademais, a não realização do plano de ação elaborado por conta da recusa do paciente, desperta sentimentos de frustração, mas respeito e aceitação da autonomia desse.

Palavras- chave: Visita Domiciliar; Dificuldade; Recusa de paciente.

Referências Bibliográficas:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 98 p.: il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf
2. Ferreira, MG et al. Singular Therapeutic Project in the management of complex cases: experience report in PEW-Health Interprofessionality. Revista Brasileira de Educação Médica [online]. 2022, v. 46, n. 01 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/jKYt846dMk87wWY4GLffwWd/#>
3. Graças Padilha de Carvalho L, Dias de Sousa Moreira M, de Almeida Rézio L, Zamariano Fanaia Teixeira N. A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações: DOI: 10.15343/0104-7809.2012363507520. Mundo Saúde [Internet]. 1º de julho de 2012. 36(3):521-5. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/489>
4. ABRAHÃO, Ana Lúcia; LAGRANGE, Valéria. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 151-171. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39173?locale=pt_BR
5. Brasil. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM Nº 2.232/2019. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico – paciente. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2232>
6. Bessa MM, Carvalho MF, Souza JO de, Silva SW dos S, Trigueiro JG, Freitas RJM de. A visita domiciliar como instrumento de atenção à saúde. RSD [Internet]. 16 de

-
- junho de 2020; 9(7):e811974884. Disponível em:
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4884>
7. BORGES, R.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. The medical home visit as a space for interaction and communication in Florianópolis - Santa Catarina. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.15, n.37, p.461-72, abr./jun. 2011. Disponível em:
<https://scielosp.org/pdf/icse/2011.v15n37/461-472/pt>

Instituições: Faceres; ESF CAIC- Guapiaçu (SP).

Conflito de interesse: Nenhum conflito de interesse.

EXECUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR POR ALUNOS DO QUARTO PERÍODO DE MEDICINA PARA PROMOÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

EXECUTION OF THE SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT TO PROMOTE QUALITY OF LIFE BY STUDENTS OF THE FOURTH PERIOD OF MEDICINE

Mateus Moreira Aldrighi¹, Ana Vitória Castilho Salgueiro¹, Bruna Carolina Cardoso Rocha¹, Gustavo Flor Barbosa, Maria Fernanda Gonçalves¹, Rafaela Chaves Meirelles¹, Fernanda Aparecida Novelli Sanfelice²

*1 – Acadêmico de medicina, Faculdade Ceres (FACERES), São José do Rio Preto/SP.

*2 – Docente da Faculdade Ceres (FACERES), São José do Rio Preto/SP.

E-mail do autor correspondente: mateusaldrighi@hotmail.com

Introdução: O Projeto Terapêutico Singular (PTS) consiste em um conjunto de propostas e condutas terapêuticas - de caráter clínico ou não -, voltadas para um indivíduo, família ou grupo, a qual considera sua singularidade (1). Esse tem o objetivo de articular um plano para melhorar as condições de vida, considerando as necessidades e a complexidade da situação. Trata-se de um trabalho realizado entre a equipe interdisciplinar de saúde conjuntamente com o usuário, a qual visa a construção da melhor proposta que impactará positivamente na qualidade de vida do usuário. A equipe procura entender o sujeito não só nas suas relações interpessoais e seus desejos e interesses; mas também sua relação com o trabalho, a cultura, a família e a rede social que o afetam. Uma atenção especial deve estar voltada para as potencialidades, as vitalidades do sujeito. Considerando o aspecto singular de cada projeto, é imprescindível ressaltar que esse é enriquecido por informações e conhecimentos fornecidos por um acompanhamento transversal prestado pela Atenção Básica, o qual oferece o cuidado partilhado entre as equipes de Atenção Básica e as equipes de Atenção Domiciliar (2). Dessa forma, há um fortalecimento de vínculos da saúde para entender o sujeito individual e coletivo em seu contexto e por meio de discussões e do diálogo, definir propostas e ações, que oferecerão melhora na qualidade de vida. Analisando o caso avaliado na Visita Domiciliar, o propósito deste relato é explicar como o PTS foi implementado e entrevistado positivamente, traçou metas e conseguiu ser benéfico para esta família em questão, cumprindo cada etapa descrita na Atenção Básica e Domiciliar.

Objetivos: Relatar a experiência de estudantes de medicina na execução do PTS. **Relato de Experiência:** A família foi selecionada pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) de uma unidade de saúde onde se desenvolvem as atividades práticas da disciplina Programa de Integração Comunitária (PIC) e a primeira visita domiciliar (VD) foi realizada

no dia 22/03/2022. Primeiramente, foi permitido o acesso ao prontuário da família e posteriormente, ocorreu o direcionamento até a residência. Nessa casa residem oito pessoas: N., feminino, mãe; E., feminino, filha; H., masculino, filho mais velho; W., masculino, filho mais novo; R., masculino, neto; Y., feminino, neta; J., masculino, neto e K., masculino, neto. Notou-se duas queixas principais, as quais acreditamos ser de maior importância para aplicar o PTS: o primeiro destes problemas se aplica a mulher E.; jovem; desempregada; mãe e que se recusa ao tratamento psicológico mesmo sendo encaminhada há um ano para atendimento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), devido ao seu quadro depressivo; e a segunda mulher N., idosa, a qual trabalha como cuidadora e que possui diabetes e hipertensão, porém não utiliza os medicamentos de forma correta. Notou-se que a relação entre as citadas não era harmoniosa e que afetava a dinâmica familiar. Logo, é fundamental uma intervenção em ambos os casos a fim de uma melhora na qualidade de vida dessa família. Dessa forma, após a escuta qualificada realizada na primeira VD foi possível a elaboração do genograma, ecomapa e escala de Coelho, conjuntamente com os dados do prontuário, o qual identificou fatores de risco individuais e familiares. Logo, houve a elaboração do plano de ação compartilhado e apresentação para a equipe da ESF durante uma reunião de equipe. Após o término da apresentação e explicação do plano, a médica que acompanha a família em questão, ressaltou a importância da orientação para a adesão medicamentosa e tratamento psiquiátrico. Dessa forma, decidimos que além de colocar em prática o que já havíamos planejado, seria fundamental reforçar sobre os riscos da hipertensão, diabetes e cuidados psicológicos. Nesse sentido, a realização do plano de ação para intervenções permitiu adequar o atendimento de acordo com as necessidades daqueles indivíduos, a fim de promover uma qualidade de vida para os integrantes da família. Na última visita realizada, para reavaliação do PTS, conclui-se que o plano foi bem sucedido, visto a aderência tanto de E. ao tratamento psicológico; quanto de N. aos seus cuidados medicamentosos.

Reflexão sobre a experiência: O Sistema Único de Saúde (SUS) é rico em programas e projetos com objetivo de promover a saúde e prevenir as doenças, todos eles seguindo os princípios e diretrizes de acordo com a Lei 8080/90 que os dispõe (3). O SUS oferece o serviço de Atenção Domiciliar que é a forma de atenção à saúde oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde (2). Além disso, com o PTS, há o estabelecimento do vínculo, devido ao conhecimento da estrutura residencial e consequente dinâmica familiar, bem como a identificação das características ambientais, problemas socioeconômicos e culturais da família (1). Devido a necessidade apresentada pela família explicou-se que a hipertensão arterial é um fator de risco para eventos cardiovasculares, que quando diagnosticada necessita de cuidados, tratamento e prevenção das complicações, sendo elas acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca; insuficiência renal; infarto agudo do miocárdio e retinopatias - que podem levar perda visual (4). Além disso, orientou-se também sobre a diabetes mellitus, a qual é uma síndrome decorrente da falta de insulina, que resulta em altas taxas de glicose no sangue, podendo ser classificada em tipo 1 - causada pela destruição das células pancreáticas produtoras de insulina; e tipo 2 - resultado resistência periférica à insulina, levando à deficiência na secreção pancreática

desse hormônio. A diabetes mellitus também pode levar a complicações, caso não tratada corretamente, como polineuropatias; infecções de pele; retinopatias; cetoacidose diabética; estado hiperosmolar hiperglicêmico; entre outros (5). Quanto à adesão ao tratamento psiquiátrico, possibilita uma melhora na qualidade de vida do paciente e deve ser incluído na avaliação e no planejamento da assistência (6). **Conclusão ou recomendações:** Conclui-se que a experiência demonstrou como a união entre a assistência médica e a autonomia do paciente torna-se indispensável na busca para um cuidado humanizado e a promoção de qualidade de vida tanto para o indivíduo; quanto para a família.

Palavras-chave: Visita Domiciliar; Atenção Básica; Projeto Terapêutico Singular; Hipertensão; Transtornos Mentais

Referências Bibliográficas:

1. 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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf Acesso em: 17/04/2022
2. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acesso em: 12/04/2022.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 09/04/2022
4. Brasil. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao_arterial_sistematica_cab37.pdf Acesso em 01/05/2022
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36) Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf Acesso em 03/05/2022.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental: o que é, doenças, tratamentos e direitos. Portal do Governo Brasileiro. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental> Acesso em 03/05/22.

Instituições: Faceres; ESF São Marcos- Guapiaçu (SP).

Conflito de interesse: Nenhum conflito de interesse.

DESENVOLVIMENTO DE UM PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NA ATENÇÃO BÁSICA DURANTE O CURSO DE MEDICINA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DISCENTE

DEVELOPMENT OF A SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT IN PRIMARY CARE DURING THE MEDICINE COURSE: A STUDENT EXPERIENCE REPORT

Hugo Pezatti Martin¹, Alessa Teixeira¹, Helena Victorio¹, Lívia Santi¹, Yanna Carrelo Monari¹, Pedro Miguel Albuquerque¹, Sara Albuquerque¹, Fernanda Aparecida Novelli Sanfelice²

*1 – Acadêmico de medicina, Faculdade Ceres (FACERES), São José do Rio Preto/SP.

*2 – Docente da Faculdade Ceres (FACERES), São José do Rio Preto/SP.

E-mail do autor correspondente: hugopezatti@hotmail.com

Introdução: A saúde é um direito fundamental do ser humano e compete ao Estado provê-la à população [1]. Para isso, o Sistema Único de Saúde (SUS) está estruturado de maneira a abranger diversos setores que garantam, direta ou indiretamente, saúde para os brasileiros [2]. Atenção Domiciliar (AD) destaca-se como importante possibilidade de resposta do SUS frente ao crescente aumento dos atendimentos à população idosa, às pessoas com doenças crônicas degenerativas ou com sequelas provenientes de doenças ou acidentes, além da dificuldade de acesso aos serviços de saúde [3]. Está respaldada em dispositivos legais desde 2002, Lei n.º 10.424, de 15 de abril [4], e tem contribuído para a diminuição dos custos hospitalares e das internações desnecessárias. A AD é uma extensão do SUS e tem como papel executar princípios e diretrizes desse sistema, assim como desafogar leitos e recursos hospitalares, buscando a máxima resolutividade ainda nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) [3]. A AD tem em vista a ampliação da autonomia do usuário, família e cuidador [5] e tem no Projeto Terapêutico Singular (PTS), um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para indivíduos ou grupos, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, elaborada em conjunto com o paciente e sua família/cuidadores. Especificamente, o PTS consiste em definir as demandas da família sob cuidados domiciliares e envolvê-la no processo de tomada de

decisões [6]. **Objetivos:** Relatar a experiência de estudantes de medicina durante o desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular (PTS). **Relato de Experiência:** Seleccionada pela equipe de saúde da família de uma unidade de saúde onde se desenvolvem as atividades práticas da disciplina Programa de Integração Comunitária (PIC), a família acompanhada é composta por quatro pessoas: mãe (85 anos), filha (55 anos), filho (42 anos) e marido da filha (39 anos). A mãe é hipertensa, diabética, possui dificuldade locomotora e, no início das visitas domiciliares (VD), possuía um nódulo na mama esquerda, que mais tarde foi diagnosticado como câncer. A filha é poliqueixosa, deprimida e representa a base familiar, vive em conflito com a mãe e o marido, alegando não sair de casa porque a mãe a impede e não largar do marido por medo dele tirar a casa da família. O marido passa boa parte do tempo trabalhando fora de casa. Já o filho é servente de pedreiro, mas está afastado do trabalho devido a sua recuperação do vício etílico. Ainda assim, o problema principal está na relação mãe e filha. Elas se respeitam, mas ambas precisam de apoio e tratamento psíquico para que a harmonia familiar seja restabelecida. Inicialmente foi feito um diagnóstico baseado na avaliação biopsicossocial dos indivíduos envolvidos, suas situações frente aos problemas e suas interações sociais dentro e fora de casa, utilizando-se de instrumentos como genograma, ecomapa e escala de Coelho-Savassi. Depois foi elaborado um plano de ação compartilhado para traçar metas e definir prazos com os usuários em tratamento. Paralelamente, foi feita a divisão de responsabilidades entre os profissionais da saúde e os membros da família. Também foi definido como membro da equipe de saúde com maior vínculo com a família, uma das médicas da unidade de saúde. Por fim, foi feita uma reavaliação dos resultados visando analisar a evolução do caso e possíveis correções e sugerir novas propostas de intervenção. Dessa reavaliação, conclui-se que não houve melhoras significativas na evolução do caso, tendo em vista a baixa aderência dos indivíduos da família e a recente notícia do câncer de mama. **Reflexão sobre a experiência:** O SUS oferece um amplo espectro de serviços [2] e, além disso, a Constituição Federal dá suporte para que serviços de assistência à saúde cheguem às famílias biopsicossocialmente mais vulneráveis [1]. Assim, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde, baseando-nos no Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), que consiste em atendimento multidisciplinar nas necessidades de cada paciente [7], propusemos que mãe e filha priorizassem a recuperação delas próprias, para que então, num segundo momento, se preocupassem com os demais problemas. Observamos que as plantas que a filha tanto gosta estão associadas a lembranças ruins. Sugerimos que ela substitua as lembranças ruins por lembranças boas; sugerimos também que mãe e filha cuidassem das plantas juntas, como forma de “esquecer” os problemas para dar suporte à saúde psicológica de ambas. Ainda sugerimos que elas continuassem o tratamento psicológico. Notamos que a filha carece da atenção da mãe, sendo então necessário que a equipe de saúde fique atenta a este problema daqui pra frente. Portanto, este Projeto Terapêutico Singular se mostra relevante e viável na condução dos problemas familiares diagnosticados. **Conclusão ou recomendações:** Por se tratar de um primeiro contato na elaboração e implantação de um PTS, essa experiência servirá de base para futuras aplicações bem como para melhorar a eficiência e a aderência dos usuários nos próximos projetos. Esta foi uma experiência única e a intervenção se provou possível e viável em uma família com problemas

biopsicossociais. Outrossim, a experiência expôs os alunos às realidades da Medicina de Família e Comunidade e do SUS, essenciais para a formação do médico generalista.

Palavras-chave: Projeto Terapêutico Singular; Medicina de Família e Comunidade; Médico generalista; Atenção Básica e Atenção Domiciliar.

Referências Bibliográficas:

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p. Artigos 196 a 200. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 07/04/2022.
2. Brasil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 18/04/2022.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 98 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf. Acesso em: 20/04/2022.
4. Brasil. Lei 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo à Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, recuperação da saúde, a organização e funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10424.htm Acesso em 16/04/22.
5. Brasil. Caderno de Atenção Domiciliar. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 2 v. Pág 28-31. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf. Acesso em: 13/04/2022.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência – Brasília, Ministério da Saúde, 2020. 48 p. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf

Acesso em 17/04/22.

7. Fuzikawa AK. O Método Clínico Centrado na Pessoa, um resumo. UFMG. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3934.pdf>. Acesso em 14/04/2022.

Instituições: Faceres; ESF São Marcos- Guapiaçu (SP).

Conflito de interesse: Nenhum conflito de interesse.

Premiações

Foram premiados os quatro melhores relatos apresentados no Fórum, sendo o melhor de cada docente. Todos os trabalhos foram apresentados oralmente e o evento foi organizado de forma presencial. O prêmio foi um certificado de “honra ao mérito” para os alunos e orientadoras.

Premiados:

Título: A contribuição do Projeto Terapêutico Singular na promoção da saúde e prevenção de agravos em paciente com Mal De Parkinson: um relato de experiência

Autores: Lara Stéphane Vieira Melo, Ana Júlia Munhoz Pereira, Bruna Aléssio Rovaris, Camila Locali Couto Elias, Guilherme Gonçalves Andrade Silva, Kamila Brandão Porto, Marina Kerber Reda, Natália Salvador Banhos.

Orientadora: Natália Salvador Banhos.

Título: O impacto da vulnerabilidade de um idoso assistido através de um Projeto Terapêutico Singular (PTS): relato de experiência

Autores: Beatriz Campos Primo, Gabriel Camargo Aparício, Giovana Navarro, Laura Stefano Marcos Tadeu Guardia Júnior, Maria Fernanda Marin Machado Silveira, Mateus Pelegrin, Renata Prado Bereta Vilela.

Orientadora: Renata Prado Bereta Vilela.

Título: Desenvolvimento de um Projeto Terapêutico Singular na Atenção Básica durante o curso de medicina: um relato de experiência discente

Autores: Hugo Pezatti Martin, Alessa Teixeira, Helena Victoria, Lívia Santi, Yanna Carrelo Monari, Pedro Miguel Albuquerque, Sara Albuquerque, Fernanda Aparecida Novelli Sanfelice.

Orientadora: Fernanda Aparecida Novelli Sanfelice.

Título: Implantação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) em paciente portador de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA): relato de experiência

Autores: Victória Becker Marin Fernandez, Pedro Henrique Correa Vilela, Eugênia Vilela, Arthur Henrique Avelino Sousa, Livia Caiel, Mariana Martinelli, Sara Mazon Bastos, Karina Rumi de Moura Santoliquido.

Orientadora: Karina Rumi de Moura Santoliquido.