



Programa de Integração Comunitária

Dezembro de 2015

Volume 2

Número 3

2015

3^o Anais do **PTS**
Projeto
Terapêutico
Singular

São José do Rio Preto, SP

2015

3^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 · medicina@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.

Preceptoria:

Allini Mafra da Costa

Andiara Judite Alves

Fernanda Luciana Calegari

Janaina Benatti de Almeida

Karina Rumi de Moura

Larissa de Melo Kuil

Márcia Cristina Ayres Alves

Renata Prado Bereta Vilela

F614

Anais do PTS - Projeto Terapêutico Singular /
Fernanda Aparecida Novelli Sanfelice (Org.); -
Vol. 2, N. 3 - São José do Rio Preto: Editora
Faceres, 2015.

28 p.;

ISSN: 2595-6523

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

3^o Anais do PTS **Projeto Terapêutico Singular**

Volume 2, Número 3, 2015 – ISSN: 2595-6523

CORPO EDITORIAL

ORGANIZAÇÃO

Fernanda Aparecida Novelli Sanfelice, M.e.

COMISSÃO AVALIADORA

Allini Mafra da Costa
Andiara Judite Alves
Fernanda Luciana Calegari
Janaina Benatti de Almeida
Karina Rumi de Moura
Larissa de Melo Kuil
Márcia Cristina Ayres Alves
Renata Prado Bereta Vilela

São José do Rio Preto, SP

Dezembro de 2015

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
FERNANDA APARECIDA NOVELLI SANFELICE	6
01. DESAFIOS E LIMITAÇÕES DOS ACADÊMICOS DE MEDICINA NA IMPLANTAÇÃO DO PTS	7
ANA THERESA SOARES DE OLIVEIRA ROSA ¹ , FERNANDO NESPATTI COLUCCI ¹ , LANNA FERNANDES MIGLIOLI ¹ , ANDIARA ARRUDA ²	7
02. IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL PARA O SUCESSO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR	8
CAIO IKUHARA GONÇALVES ¹ , ISABELLE DAHER ¹ , ANDIARA ARRUDA ²	8
03. DESAFIO FAMILIAR: ATÉ ONDE PODEMOS INTERFERIR NA NEGLIGÊNCIA COM O IDOSO	9
ANNA LUÍSA L. S. RAMOS ¹ , NÚBIA CAROLINE RODRIGUES ¹ , FERNANDA CALEGARI ²	9
04. A EVOLUÇÃO DA VULNERABILIDADE NO PACIENTE IDOSO	10
GABRIELA F. TOGNI ¹ , JULIANA C. CARVALHO ¹ , LUÍSA MARQUES ¹ , FERNANDA CALLEGARI ²	10
05. A EXPERIÊNCIA DE ASSISTIR INTEGRALMENTE ACAMADOS E VULNERÁVEIS DURANTE AS VISITAS DOMICILIÁRIAS 11	11
ANNA KOGUT ¹ , MAYARA CARLETTO ¹ , VINICIUS RIZZO ¹ , JANAINA DE ALMEIDA ²	11
06. APLICAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR À FAMÍLIAS CUIDADORAS DE IDOSOS COM DEMÊNCIA .	12
LAURA BIAZI DE CAMARGO ¹ , LUCAS CANÇADO JUNQUEIRA ¹ , JANAINA BENATTI DE ALMEIDA ²	12
07. A EXPERIÊNCIA DE CONSTRUIR O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE 14	14
NATHÁLIA SIMÕES ARTÍBALE ¹ , VICTOR HUGO MANZANO GONÇALVES DE SOUZA ¹ , JANAINA BENATTI DE ALMEIDA ²	14
08. IMPLANTAÇÃO DO PTS: RELATO DE CASO	15
ANA CRITHINA JUVÊNCIO HONORATTO ¹ , NYARA LYSIA BARBOSA MENDONÇA ¹ , KARINA RUMI ²	15
09. PROJETO DE INTERVENÇÕES DOMICILIARES EM SAÚDE DA FAMÍLIA	17
NAYARA DE ABREU ¹ , NICOLE RODRIGUES DA CUNHA RESENDE MIRANDA ¹ , KARINA RUMI ²	17
10. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS): SUPERANDO O LUTO	19
BRUNA MARIA AREDE PACHECO ¹ , ISABELA ROMANIA BALBINO ¹ , JOÃO VICTOR POLEGATO BERNICHI ¹ , KARINA RUMI DE MOURA ²	19
11. PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR EM SEU ÂMBITO PRÁTICO	20
IZADORA MACEDO ¹ , MATHEUS CANTON ¹ , MARCIA AYRES ²	20
12. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) E SUA APLICABILIDADE	22
GUSTAVO RODRIGUES DA CUNHA ¹ , MELISSA BRASIL ¹ , MARCIA CRISTINA AYRES ALVES ²	22
13. IMPLANTAÇÃO DO PTS PARA PACIENTE EM TRATAMENTO PALIATIVO	23
BEATRIZ DE MENEZES DOBBERT ¹ , LETÍCIA BRITO ¹ , MÁRCIA C. AYRES ALVES ²	23
14. PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR: FALANDO COM OS OLHOS	24
ISABELA RIBEIRO BIGLIASSI ¹ , MUNIQUE LOUISE SANTANA DE SOUZA ¹ , MÁRCIA CRISTINA AYRES ²	24
15. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: A EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DE MEDICINA APLICÁ-LO COM SUCESSO 25	25
AMANDA BARECELOS MORI ¹ , ANTÔNIO LOURENÇO P. NETO ¹ , FERNANDA NOVELLI SANFELICE ²	25
16. A DIFICULDADE DE IMPLANTAÇÃO DO PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR DEVIDO À MUDANÇA DE CIDADE DO PACIENTE: UM OLHAR SOB O PONTO DE VISTA DO ACADÊMICO DE MEDICINA	26

ISABELA CRISTINA BUENO SANT'ANNA ¹ , JOÃO VITOR HONORATO VOLLET ¹ , FERNANDA APARECIDA NOVELLI SANFELICE ²	26
17. RELAÇÃO CONFLITUOSA ENTRE MÃE E FILHA VIVENCIADA DURANTE O DESENVOLVIMENTO DO PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR	28
BÁRBARA MARIA TARRAF MOREIRA ¹ , MARINA PIRES MARANGONI ¹ , FERNANDA APARECIDA NOVELLI SANFELICE ²	28

APRESENTAÇÃO

Fernanda Aparecida Novelli Sanfelice

Este documento contempla os resumos dos relatos de casos apresentados no Fórum Relato de Experiência, sobre elaboração e aplicabilidade do Projeto Terapêutico Singular, no ano de 2014, por graduandos de Medicina da etapa 4 da disciplina Programa de Integração Comunitária (PIC), sob orientação de suas preceptoras. 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.

Referencia:

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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf >

01. DESAFIOS E LIMITAÇÕES DOS ACADÊMICOS DE MEDICINA NA IMPLANTAÇÃO DO PTS

Ana Theresa Soares de Oliveira Rosa¹, Fernando Nespatti Colucci¹, Lanna Fernandes Miglioli¹, Andiara Arruda²

1. Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade Ceres – FACERES / São José do Rio Preto (SP). 2. Preceptora do Curso de Medicina da Faculdade Ceres – FACERES / São José do Rio Preto (SP).

Objetivo: Relatar a experiência dos acadêmicos de medicina na implantação do Projeto Terapêutico Singular considerando os aspectos biopsicossociais por meio da estratégia de saúde da família. **Relato:** A família acompanhada, foi escolhida pela UBSF baseada nos critérios de necessidade para a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS); sendo composta por dois integrantes, senhor P. L. colocar a idade com diagnóstico de câncer de Próstata e senhora R. G, colocar a idade poliqueixosa, obesa e depressiva com amputação do membro inferior esquerdo. Na primeira etapa do PTS visitamos a família acompanhados de nossa preceptora. Neste encontro, colhemos todos os dados dos dois pacientes, fizemos uma anamnese e exame físico. O contexto social, cultural e familiar foi considerado conjuntamente com as particularidades de cada indivíduo. No primeiro encontro foram colhidas as informações necessárias para chegar a possíveis ações que foram estudados por cada acadêmico. Para definição das metas visando propostas de curto, médio e longo prazo, percebemos que o foco do PTS deveria ser direcionado a senhora R.G, pois seu esposo apresentava-se hemodinamicamente estável, com bom estado geral de saúde é ativo. Após discussão em grupo e com gerente da UBSF foram definidas as metas. Na segunda visita, implantamos o plano terapêutico singular, porém apenas o senhor P.L estava presente no qual recebeu todas as orientações oralmente e por escrito. Dentre elas estavam a importância na continuidade do tratamento pós prostatectomia radical com o urologista que o acompanha desde a descoberta do câncer de próstata. Para a sua esposa orientamos procurar um serviço de terapia psicológica oferecido na UBS Santo Antônio, começar uma atividade de hidroginástica no Cisne Foi marcada uma consulta com o médico da família na UBSF para que este à encaminhe para o neurologista a fim de tratar da dor fantasma no membro inferior amputado e para uma guia de referência para acompanhamento com psiquiatra para tratar o quadro depressivo instalado na vida da paciente após o acidente e amputação. **Conclusão:** A análise do grupo em relação à experiência vivida durante esse último semestre é positiva no que tange o nosso desempenho como equipe, aplicamos o PTS respeitando todas suas particularidades e etapas. Por outro lado, encontramos como limite a pouca participação e integração dos médicos da equipe na construção do PTS, além disso, a conhecida lentidão do Sistema Único de Saúde impede em diversas vezes uma maior adesão dos usuários, levando muitas vezes a frustração.

02. IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL PARA O SUCESSO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Caio Ikuhara Gonçalves¹, Isabelle Daher¹, Andiara Arruda²

1. Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade Ceres – FACERES / São José do Rio Preto (SP). 2. Preceptora do Curso de Medicina da Faculdade Ceres – FACERES / São José do Rio Preto (SP).

Objetivo: O presente relato tem como objetivo descrever as experiências dos acadêmicos de Medicina da FACERES na realização de visitas domiciliares como parte integrante do PTS. **Relato:** Neste semestre realizamos o PTS com a família do Sr. A.S 70 anos. Através de duas visitas domiciliares, com agente de saúde e preceptora. Foi um caso “obscuro”, pois em seu prontuário, constava apenas uma suspeita de câncer. Durante a primeira fase do PTS para melhor avaliação da família, realizamos a anamnese e exame físico, encontrando problemas que se mostravam já evoluídos e preocupantes. A princípio a visita estava voltada para o Sr. A, entretanto como o projeto deve atender a família, foi dada atenção à sua esposa, que apresentava sinais de instabilidade emocional; a mesma relatou que ficaria totalmente desamparada sem seu esposo, pois não tem bom relacionamento com seus filhos, não podendo depender da ajuda dos mesmos, que se dizem muito ocupados. Sr. A, relata ser tabagista, hipertenso controlado por medicamentos, possuir furúnculos em região glútea, sendo tratado com antibiótico. Ao exame físico constatamos nódulo hipertrófico em região retroauricular fixo, lesão cutânea assimétrica, com bordas irregulares e hipercrômica em região lombar, abdome globoso, hepatomegalia e massa palpável em região periumbilical. Baseando-se na anamnese e no exame físico dos pacientes foi possível levantar os principais problemas e discuti-los com a equipe de saúde da UBSF para a elaboração de um plano terapêutico e propostas de intervenções, A segunda visita foi reservada para a Implementação do PTS junto à família, foram feitas as seguintes intervenções: Agendamento de visita domiciliar com o médico da família para acompanhamento de seu estado de saúde e diagnóstico de sua condição para tratamento adequado com prioridade máxima. Encaminhamento para o centro de referência de assistência social (CRAS), para avaliação social, visita domiciliar com psicóloga do NASF para intervenção psicológica e encaminhamos Sr. A para o grupo de tabagista. **Conclusão:** Concluímos que esse caso se demonstrou de muita complexidade, adversidade e lentidão no Sistema Único de saúde o que associado a falta de informação da família comprometem o andamento do caso, fizemos todo o possível para ajudar essa família, porém para que aja eficácia na implantação do projeto terapêutico singular, se faz importante o papel da equipe multiprofissional, permitindo a troca de saberes e responsabilidades, levando a promoção da atenção integral, centralizada nas necessidades das pessoas em seu contexto social.

03. DESAFIO FAMILIAR: ATÉ ONDE PODEMOS INTERFERIR NA NEGLIGÊNCIA COM O IDOSO

Anna Luísa L. S. Ramos¹, Núbia Caroline Rodrigues¹, Fernanda Calegari²

1. Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade Ceres – FACERES / São José do Rio Preto (SP). 2. Preceptora do Curso de Medicina da Faculdade Ceres – FACERES / São José do Rio Preto (SP).

Objetivo: O objetivo deste trabalho foi colocar em prática o Projeto Terapêutico Singular (PTS) em uma família, que negligencia o idoso, situada na área de abrangência da UBSF Anchieta e avaliar os resultados, sendo eles positivos e negativos. **Relato:** Neste semestre no Programa de Integração Comunitária (PIC) a proposta foi realizar um Plano Terapêutico Singular (PTS) com a família cadastrada na UBSF Anchieta em 4 etapas. A família acompanhada constitui-se da Senhora C., 78 anos, que mora com sua filha M., 37 anos, e seus netos, I., 13 anos, L., 11 anos e J., 10 anos. Na primeira etapa, realizou-se o reconhecimento da família, Dona C. acamada, hipertensa, diabética e obesa, sua filha M. responsável pelos cuidados com a mãe, apresentou períodos de confusões, e descaso não sabendo relatar o estado de saúde da mãe, e o agravamento da patologia, e a neta I. era responsável em ministrar as doses de insulina, ressalta-se que não possuía glicosímetro para medir a glicemia capilar. A família morava em um único cômodo, com precária situação de higiene e a renda a aposentadoria da Dona C. Realizou-se anamnese, exame físico completo, ecomapa, genograma, e a análise do prontuário. Na segunda etapa apresentou-se o caso para a equipe de saúde da família, e foi proposto o plano de intervenções. Solicitou-se uma avaliação médica a Senhora C. para diagnóstico e orientação medicamentosa, e avaliação para M., indagando sua saúde mental, além da orientação nutricional. Para a neta, orientação de métodos preventivos e doenças sexualmente transmissíveis. Por fim, após a ajuda da equipe foi construído o plano de ações. Na terceira etapa, implantou-se em parte o PTS, pois a Senhora C. havia se mudado de residência, devido a falta de cuidados, pois durante este período foi internada, com suspeita de seqüela de erro medicamentoso, porém I. foi orientada sobre educação sexual e a importância dos estudos. E por fim na quarta etapa, concluiu-se o PTS através da apresentação do trabalho realizado para a equipe de saúde da família. Espera-se que a equipe continue com o trabalho, para que no futuro possa-se conseguir mais resultados satisfatórios com a família. **Conclusão:** A construção do Projeto Terapêutico Singular transforma as práticas de cuidado e também fortalece o papel da equipe multiprofissional ao permitir a troca de saberes e ao promover uma atenção integral centralizada nas necessidades do indivíduo em seu contexto social e ambiental. Tem-se uma oportunidade única ao visitar uma família vulnerável, em uma situação de risco familiar e ao poder colocar em prática o PTS. Com a participação de toda a equipe de saúde da UBSF Anchieta desde o início da implantação do PTS, deixa-se a família sabendo que os que ficam darão a continuidade da assistência, e cuidados conforme tudo aquilo que foi proposto no PTS e assim pode se finalizar esta etapa com sensação de dever cumprido e trabalho concretizado.

04. A EVOLUÇÃO DA VULNERABILIDADE NO PACIENTE IDOSO

Gabriela F. Togni¹, Juliana C. Carvalho¹, Luísa Marques¹, Fernanda Callegari²

1. Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade Ceres – FACERES / São José do Rio Preto (SP). 2. Preceptora do Curso de Medicina da Faculdade Ceres – FACERES / São José do Rio Preto (SP).

Objetivo: O objetivo deste trabalho foi colocar em pratica o Projeto Terapêutico Singular em uma família cuja paciente, já idosa, apresentou progressiva vulnerabilidade ao decorrer do tempo de estudo. **Relato:** 1 Etapa: Visita-se a família pela primeira vez. Conhece-se R.C., paciente já idosa que apresentava a Doença de Chagas e um grande medo de cair; Sua filha V., hipertensa crônica que recusa o tratamento; Sua cuidadora, a qual possui um grande carinho e é hipertensa controlada M. 2 Etapa: Discuti-se o caso com a equipe de saúde da família e o apresenta para a agente de saúde. Constroi-se a ideia de como adquirir um andador para ajudar no medo de R.C.; Apresenta-se para V. os grupos de Hipertensão e Nutrição da unidade, já que o uso de remédios é recusado por ela. 3 Etapa: Retorna-se à família e apresenta-se as ideias, porém ocorrem empecilhos: V. não quis escutar; R. apresentava-se acamada agora e já havia conseguido um andador. 4 Etapa: Para continuidade do acompanhamento, foi discutido com a médica generalista a situação da R. C. e a solicitação de uma avaliação neurológica. Ela informa que os exames já foram realizados, porém há uma resistência da família em aceitar o diagnostico de Alzheimer. 5 Etapa: Retorna-se à unidade relatando a piora da família e a tristeza em não ter conseguido ajudá-la. Pede-se às agentes que continuassem as visitas agora que o estágio na UBSF Anchieta chagava ao fim. **Conclusão:** Primeiramente, depara-se com uma situação diferente da referida pela unidade de saúde: R. no prontuário era acamada, porém de início não se encontrava tal fato. Volta-se à residência um tempo depois e vê-se o quadro de vulnerabilidade estabelecido, com a paciente acamada. Como positivo, leva-se o exemplo da importância do cuidado à família e de seu acompanhamento até o final, pois quadros de piora repentina podem acontecer. De negativo, vê-se a involução de R., e a resistência da V., a qual banaliza sua saúde visando apenas a da mãe.

05. A EXPERIÊNCIA DE ASSISTIR INTEGRALMENTE ACAMADOS E VULNERÁVEIS DURANTE AS VISITAS DOMICILIÁRIAS

Anna Kogut¹, Mayara Carletto¹, Vinicius Rizzo¹, Janaina de Almeida²

1. Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade Ceres – FACERES / São José do Rio Preto (SP). 2. Preceptora do Curso de Medicina da Faculdade Ceres – FACERES / São José do Rio Preto (SP).

Objetivo: Relatar a experiência do desenvolvimento do Plano Terapêutico Singular junto à família de pacientes vulneráveis e acamados. **Relato:** Durante o quarto semestre do curso de Medicina da Faculdade Faceres, foi realizado Plano Terapêutico Singular (PTS), o qual abrange a família de modo geral, e não apenas o paciente e sua doença. Outra novidade para nós alunos, foi a elaboração do genograma e do ecomapa. O plano foi efetuado em 4 fases. A primeira é selecionada para a realização do reconhecimento da família através de coleta de dados na Visita Domiciliar (VD). Foram efetuados anamnese e exame físico nos membros ali presentes, como M.P., o pai A.P., a mãe L.P. e F., diarista e cuidadora de M.P. Essa se mostrou bastante atenciosa com o paciente. Um dos assistidos, M.P., 58 anos, afásico, era acamado devido à uma condição patológica desconhecida pelos pais. M. P. possui condições neurológicas anormais, provavelmente devido à uma paralisia cerebral desde à infância. M.P. encontrava-se com dores, desidratado, sem evacuar há 7 dias e com úlcera por pressão de grau I na região inguinal. Foi de suma importância termos inseridos neste contexto familiar para entendermos as dificuldades vivenciadas pela família e obter uma maior percepção sobre a saúde do paciente. Após este primeiro contato foi realizada a construção do genograma e ecomapa, a partir da instruções das preceptoras, para apresentar as características da rotina e dos laços familiares. Esta fase é essencial para o esclarecimento de dúvidas das profissionais de saúde e para a implementação das mudanças propostas por nós alunos. Na segunda fase, fizemos uma reunião com a equipe da UBS Parque Industrial (enfermeira e farmacêutica) para apresentação e discussão do caso, e direcionamento de propostas. O caso foi repassado pela equipe para o SAD, que compareceu a residência de M.P para observação de seu quadro clínico. Na terceira fase foi realizada uma segunda visita à família, acompanhados pela preceptora, para a implementação do projeto terapêutico, onde orientamos a família sob a importância de cuidados com a nutrição e hidratação do paciente, além dos cuidados com a mudança de decúbito. Complementamos também as indicações de sonda nasogástrica feitas pelo SAD, porém, como vimos melhora do quadro de saúde de M.P, consideramos um procedimento não muito vantajoso para o momento por ser invasivo. Na quarta fase nós apresentamos os resultados obtidos para a equipe da UBS Parque Industrial. Observamos a possibilidade da continuação do nosso projeto pela equipe de saúde, assim como a implementação de nossas intervenções pela família do paciente M.P. **Conclusão:** Conclui-se que o PTS ajuda de maneira efetiva na melhoria da qualidade de vida da família, pois após as ações sugeridas por nós, houve um ótimo retorno desta, apesar das limitações existentes. O acompanhamento da família seguindo os passos do PTS revelou a importância de um olhar mais próximo e mais dinâmico do caso. Além disso, conseguimos aprimorar nossa relação profissional-paciente, o que é de extrema importância em nossa vida profissional e na saúde da família.

06. APLICAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR À FAMÍLIAS CUIDADORAS DE IDOSOS COM DEMÊNCIA

Laura Biazi de Camargo¹, Lucas Cançado Junqueira¹, Janaina Benatti de Almeida²

1. Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade Ceres – FACERES / São José do Rio Preto (SP). 2. Preceptora do Curso de Medicina da Faculdade Ceres – FACERES / São José do Rio Preto (SP).

Objetivo: Colocar em prática o projeto terapêutico singular e relatar a experiência com famílias cuidadoras de idosos com demência. **Relato:** Durante este semestre foi desenvolvido o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que visa a melhoria da qualidade de vida dos pacientes por meio da observação dos seus problemas com propostas de ação, priorizando famílias com casos de poliqueixosos e algumas deficiências que precisam ser acompanhadas de perto. Nós buscamos observar a família como um todo, desde as suas enfermidades até a sua colocação e hábitos na comunidade e a partir montamos um plano de assistência para a família. Na primeira fase do PTS, foi realizado reconhecimento da família, anamnese e exame físico. Na família em que foi aplicado vivem dona Z. F., 87 anos, que mora com sua filha, J. F., 63 anos. Z.F., apesar de ser muito bem cuidada pela filha e sempre estar indo nas consultas tinha dificuldades em introduzir alimentos rico em ferro para melhorar um quadro de anemia. Além disso, J. F. nos relatou também que a mãe andava esquecendo as coisas e também estava tendo alucinações, porém já estava sendo cuidada pelo geriatra e tomando os medicamentos necessários. Ao tentar conversar com a dona Z. F., notamos sinais de demência, como dificuldade ao pronunciar palavras, sendo difícil entender o que falava, e também se apresentou confusa. Ela não nos permitiu realizar o exame físico pois não levantava da cadeira de rodas, então obtivemos apenas alguns sinais vitais. Essa fase foi extremamente importante para um contato inicial com a família, para entender as relações familiares e ter uma percepção do ambiente. Após este primeiro contato construímos o genograma e o ecomapa com a ajuda das preceptoras. Essa construção é de extrema importância para sintetizar os dados da família e nos permitir visualizar a família como um todo e suas relações familiares e com o meio em que vivem. Na segunda fase do PTS discutimos o caso com a equipe de saúde da UBS, onde estavam presentes uma enfermeira e uma farmacêutica, porém não houve a participação de ninguém do NASF, mesmo sendo solicitada e achamos que a presença seria essencial. Apresentamos o genograma e o ecomapa com os principais problemas da família e a relação entre os familiares. Discutimos qual seria a melhor conduta para essa família, e solicitamos levar uma nutricionista na próxima visita domiciliar, o que foi aceito pela equipe, para nos ajudar nas orientações para a dona Z. F. Essa fase nos ajudou a ver o caso como um todo e a ter uma segunda opinião sobre a conduta que deveria ser tomada. Na terceira fase do PTS, realizamos a implementação do projeto junto à família. Fomos para uma segunda visita domiciliar a fim de implementar o plano de cuidados. A nutricionista não pode participar, portanto nós apenas sugerimos que a dona J. F. introduzisse uma refeição a mais durante o dia para a mãe, pois esta ficava muito tempo sem comer, e também sugerimos a ideia de bater um suco rico em frutas e outros alimentos com ferro, para melhorar o quadro da anemia da mesma. Dona J. F. relatou melhora no quadro da mãe, que agora estava aprendendo a comer novos alimentos e que também tinha parado de ter alucinações. Não houve nenhuma nova queixa, ou piora do quadro. Percebemos a importância de levamos sugestões para melhoria das queixas, com ações fáceis a serem realizadas, além disso, foi de muita importância acompanhar a evolução do quadro da paciente. Na quarta fase do PTS que é a mostra de resultados obtidos com a família para a equipe da unidade, foi discutido o que conseguimos observar na segunda visita e a evolução da família até o momento, para que entendessem melhor o que foi feito. Com essa explicação é possível que os agentes de saúde continuem o acompanhamento da família, porém, como em nossa caso houve um melhora

significativa, foi optado por manter os cuidados rotineiros já disponibilizados a elas. **Conclusão:** O PTS nos permitiu entender e atender melhor as famílias, montando um plano específico de atendimento para cada indivíduo e para a família como um todo. Porém, também encontramos algumas dificuldades como a necessidade de adesão da família ao plano montado e a carência de equipamentos e disponibilidade da equipe. Esse acompanhamento durante todo o semestre a essa família nos ensinou a ter humanização e sempre nos preocupamos com nossos pacientes. Nos mostrou que quando fazemos algo com dedicação, nossos resultados são positivos em reflexo de nossa conduta.

07. A EXPERIÊNCIA DE CONSTRUIR O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Nathália Simões Artívale¹, Victor Hugo Manzano Gonçalves de Souza¹, Janaina Benatti de Almeida²

1. Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade Ceres – FACERES / São José do Rio Preto (SP). 2. Preceptora do Curso de Medicina da Faculdade Ceres – FACERES / São José do Rio Preto (SP).

Objetivo: Este projeto tem como objetivo relatar a experiência de construir o Projeto Terapêutico Singular (PTS) em uma Unidade Básica de Saúde. **Relato:** Durante o 2o semestre de 2015, os estudantes da 4a etapa do Programa de Integração Comunitária construíram o projeto terapêutico singular, que busca transformar as práticas de cuidado e também fortalecer o papel da equipe multiprofissional ao permitir troca de saberes e promover uma atenção integral centralizada nas necessidades das pessoas em seu contexto social. Na primeira fase, visitamos a família e fomos muito bem recebidos. A casa era muito bem cuidada, e moravam J. 51 anos, sua irmã C. de 67 anos e sua mãe de 87. J. L., portador de diabetes mellitus tipo 1 e hipertensão arterial sistêmica, há seis meses passou por uma amputação do membro inferior direito, decorrente à complicação diabética. Ele realiza tratamento de reabilitação no Lucy Montoro, onde conseguiu a sua prótese e foi recomendado o tratamento de emagrecimento para usá-la. Ele havia perdido oito quilos. Conversamos sobre a alimentação da família, lazer e como era a relação entre as pessoas. C. relatou que se sentia sobrecarregada com os cuidados do irmão que são sua responsabilidade. Sugerimos opções de lazer e organização da rotina para a mesma. Após a primeira visita construímos o genograma e o ecomapa da família. A segunda fase baseou-se na apresentação da família à enfermeira e a farmacêutica da Unidade com objetivo de buscar sugestões e alternativas para soluções dos problemas encontrados pelos alunos na visita à família. Na terceira fase, realizou-se a visita à família, para implementar o plano terapêutico. Nosso paciente havia engordado o que havia perdido desde o dia em que o visitamos. O excesso de peso pode ser prejudicial ao diabetes e também para o uso da prótese. Aconselhamos mudanças no hábito alimentar, onde ouviram com atenção e se comprometeram às mudanças propostas. Na quarta fase, realizou-se a reunião para apresentação do Plano Terapêutico Singular, com a gerente, enfermeira e agente de saúde da Unidade, com a finalidade de propor a continuidade do acompanhamento da família e solicitar as implementações necessárias, como o acompanhamento com a nutricionista, sendo considerado importante pela equipe presente. **Conclusão:** O Projeto Terapêutico Singular possui como ponto positivo, o despertar nos futuros médicos o interesse para o aprofundamento do conhecimento na área de saúde pública e executá-la com grande responsabilidade e amor. Entretanto, essa atividade apresenta dificuldades em sua execução, como adesão de toda Equipe de Saúde da Família e dos pacientes, e ainda necessita de profissionais habilitados para atender toda a população, a qual é muito abrangente.

08. IMPLANTAÇÃO DO PTS: RELATO DE CASO

Ana Crithina Juvêncio Honoratto¹, Nyara Lysia Barbosa Mendonça¹, Karina Rumi²

1. Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade Ceres – FACERES / São José do Rio Preto (SP). 2. Preceptora do Curso de Medicina da Faculdade Ceres – FACERES / São José do Rio Preto (SP).

Objetivo: O projeto tem por objetivo analisar minuciosamente o caso do senhor A.A.L., um paciente portador de DPOC com complicação para insuficiência cardíaca. Baseando-se nas dificuldades apresentadas, principalmente relacionadas ao transporte do paciente, o qual é dependente de tubo de oxigênio, foram propostas medidas para melhorar sua qualidade de vida. **Relato:** O Plano Terapêutico Singular (PTS) objetiva melhorar a qualidade de vida do paciente através de um conjunto de propostas e condutas terapêuticas discutidas pelos alunos do curso de Medicina da Faculdade Ceres, e por múltiplos profissionais, como médicos, psicólogos, nutricionista e assistentes sociais. A fim de concretizar essa teoria, foi escolhido o prontuário, referente a família do senhor A.A.L., 59 anos, casado com E.D., 62 anos. Realizou-se a primeira visita domiciliar para cumprir a primeira etapa do PTS, que inclui o reconhecimento da família por meio de discussões sobre situação socioeconômica, estado de moradia, vida social e principais problemas enfrentados pela família. Durante a visita, o senhor A.A.L. se prontificou a responder os itens de uma anamnese completa, incluindo sua principal queixa, sintomas associados, uso de medicamentos, doenças anteriores e histórico familiar. Além disso, o paciente foi submetido ao exame físico completo, encontrando como principais alterações diminuição na expansibilidade do tórax, sibilos na ausculta e abdome globoso, características da principal enfermidade apresentada pelo paciente: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Essa doença costuma ser progressiva e é causada por uma resposta inflamatória anormal dos tecidos pulmonares após exposição crônica a partículas ou gases nocivos, como o cigarro – senhor A.A.L. foi tabagista por 42 anos – resultando na limitação da passagem de ar pelas vias respiratórias dentro dos pulmões, principalmente durante a expiração. Devido a essa situação, o paciente é totalmente dependente do tubo de oxigênio, soma-se a isso a complicação do caso de DPOC para a insuficiência cardíaca, devido à demora para procurar atendimento médico. Em seguida, através dos dados obtidos nos roteiros já mencionados foi possível construir o Genograma e o Ecomapa, instrumentos importantes para análise da situação familiar do convívio social e dos fatores que influenciam nas patologias que acometem o paciente (A.A.L.). Assim, esses mapas foram utilizados na segunda etapa do PTS, caracterizada pela definição de metas, ou seja, discussão com a gerente da Unidade Básica de Saúde da Família Vila Mayor, a qual auxiliou no planejamento de propostas e condutas para melhorar, principalmente, a forma de transporte, principal dificuldade relatada pelo senhor A.A.L.. De acordo com a humanização proposta pela clínica ampliada que prioriza o paciente, a família a doença e o contexto social em que vive retornou-se a casa do senhor A.A.L. para execução da terceira etapa do PTS. Foi explicado à ele o funcionamento do Centro de Remoção de São José do Rio Preto e o orientado a procurar os serviços do SAMU em casos de crise de DPOC. Finalizando o Plano Terapêutico Singular, em nova reunião com a gerente Celeste realizou-se a quarta e última etapa do PTS, definida como a reavaliação do caso do Senhor A.A.L., abrangendo a análise das medidas criadas para os problemas levantados e a eficácia destas. Conclui-se que para a questão do transporte, o Centro de Remoção foi suficiente. Entretanto, para aumentar a capacidade pulmonar do paciente, caso seja do seu interesse, ele poderá conseguir um encaminhamento para o Núcleo de Reabilitação Pulmonar. **Conclusão:** O PTS torna a visita domiciliar mais proveitosa, preparando melhor o estudante de Medicina para as situações profissionais e para enxergar o paciente como um conjunto de fatores interligados. Todavia, para que todas as etapas fossem minuciosamente cumpridas e existisse um maior vínculo entre o estudante e o paciente, principal característica da Clínica Ampliada, seria necessário maior número de visitas domiciliares, com curto intervalo

de tempo entre elas. Ressaltando os inconvenientes mencionados, as visitas realizadas ao Senhor A.A.L., além de melhorarem a qualidade de vida do paciente, ofereceram ensinamentos e experiência sobre à pratica da Saúde da Família.

09. PROJETO DE INTERVENÇÕES DOMICILIARES EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Nayara de Abreu¹, Nicole Rodrigues da Cunha Resende Miranda¹, Karina Rumi²

1. Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade Ceres – FACERES / São José do Rio Preto (SP). 2. Preceptora do Curso de Medicina da Faculdade Ceres – FACERES / São José do Rio Preto (SP).

Objetivo: A intervenção domiciliar de saúde na família tem como finalidade efetivar as propostas relacionadas ao HumanizaSUS, que propõe a realização do Plano Terapêutico Singular (PTS). O PTS tem como função colher dados da família em questão, discutir tais problemas com uma equipe multiprofissional e sugerir soluções viáveis que ajudem na melhoria de vida desses pacientes. Essas propostas vão desde aspectos psicológicos, que envolvem todo o ambiente social em que o indivíduo vive, à questões de doenças físicas, que prejudicam a autonomia dos indivíduos. **Relato:** No dia 18 de agosto de 2015, foi realizada a primeira visita domiciliar na casa do senhor JAA, de 63 anos, onde vive com sua esposa VA e sua filha CA. Na visita, VA relatou que, há aproximadamente três anos, o senhor JAA começou a apresentar comportamentos estranhos, como alucinações, perda de memória e agressividade. Logo buscou ajuda no Hospital Bezerra de Menezes, onde a recomendaram fazer a internação de seu marido no local para diagnosticarem e tratarem o mesmo. Contudo, relatou que os profissionais não sabiam fechar o diagnóstico do paciente e que aplicavam muitas medicações, que não especificou. Após 6 meses internado, VA afirmou que houve piora do quadro do senhor JAA, que já não conseguia mais falar, andar, além de apresentar desnutrição. Então, ela o retirou desse hospital e o levou para uma consulta no Hospital de Base de São José do Rio Preto (HB), onde foi diagnosticado com Demência de Corpos de Lewy, uma doença neurodegenerativa com o declínio progressivo das funções cognitivas. Um paciente que apresenta essa neuropatia perde, ao longo dos anos, a capacidade de realizar atividades diárias, se tornando cada vez mais dependente. O senhor JAA, hoje, é considerado acamado e completamente dependente. Ele já realizou laparotomia, tendo de se alimentar por sonda, além de ser hipertenso. VA é quem cuida do esposo em sua casa e afirma que seu filho AA ajuda muito o pai, o levando para consultas, comprando remédio, ajudando-o a se levantar e deitar. Em contrapartida, relata que sua filha tem dificuldade em lidar com a situação, ajudando menos nos cuidados do senhor JAA. AA tem 29 anos, é casado e mora com sua esposa e filho, enquanto CA mora com os pais e tem 30 anos. VA apresenta Transtorno Bipolar e faz acompanhamento psiquiátrico semanal no SAD. Todos esses dados adquiridos na primeira visita gerou uma preocupação maior em relação a filha de VA, que pouco ajudava sua mãe, por apresentar dificuldades em aceitar a realidade de seu pai. O quadro se agrava pelo fato de estar próxima de se casar e continuar morando na casa com os pais. No retorno da visita domiciliar, dia 27 de outubro, estavam todos presentes, inclusive o esposo da filha que agora também mora na casa do senhor JAA. Ao ser questionada sobre o comportamento da filha, VA afirmou que ela agora estava ajudando. Contudo, não é possível afirmar ser uma certeza a nova postura da filha, devido ao fato de todos estarem presentes na casa na hora da visita. Ao ser questionado sobre a situação de JAA, AA afirmou que os materiais para a manutenção das feridas do senhor JAA estavam acabando antes do final do mês e que o governo começou a cobrar pelas fraldas geriátricas. O caso foi levado para a gerência da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) do Vila Mayor, que se comprometeu a aumentar a quantidade dos materiais requeridos. Contudo, foi orientado que para a família conseguir fraldas geriátricas sem pagar, é necessário entrar na Justiça. Sobre o questionamento do que poderia ser feito em relação à filha, sabe-se que o NASF não reconhece o caso como grave o suficiente para ser oferecido atendimento psicológico. Assim, ficou encarregado para a agente de saúde continuar acompanhando a família e a evolução do caso, uma vez que com duas visitas não foi possível estabelecer um vínculo suficiente para ajudar a resolver tal questão. **Conclusão:** A realização de apenas duas visitas domiciliares dificulta o estabelecimento de vínculos e o melhor entendimento do que acontece em

uma família. Além disso, com a distância entre as datas das visitas, podem ocorrer muitas mudanças e surgir diferentes problemas; sendo, às vezes, o primeiro plano terapêutico elaborado não mais aplicável. Contudo, a visita realizada expõe a realidade de uma família que demonstra muito carinho e prontidão para com o senhor JAA, o que facilita a aplicação de um Plano Terapêutico Singular; ou de qualquer medida que vise o bem estar do paciente. Foi possível atender ao pedido do AA de reposição dos materiais de manutenção de curativos. Também foi orientado como fazer o requerimento de fraldas geriátricas sem a necessidade de gastos. No caso da menor contribuição da filha em relação aos outros membros da família, entretanto, demandaria mais tempo para poder intervir de forma efetiva e sem demais complicações.

10. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS): SUPERANDO O LUTO

Bruna Maria Arede Pacheco¹, Isabela Romania Balbino¹, João Victor Polegato Bernichi¹, Karina Rumi de Moura²

1. Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade Ceres – FACERES / São José do Rio Preto (SP). 2. Preceptora do Curso de Medicina da Faculdade Ceres – FACERES / São José do Rio Preto (SP).

Objetivo: O objetivo como acadêmicos de medicina foi acompanhar e intervir na realidade da família, a fim de suprir suas necessidades e ajudá-los, tentando promover melhoria na qualidade de vida de todos os integrantes da mesma. **Relato:** Na primeira visita encontra-se uma família muito receptiva de duas pessoas: N.S e T.S. N.S, de 96 anos, havia fraturado o fêmur há alguns meses, situação na qual se fez necessária a realização de cirurgia para a colocação de gaiola. A cirurgia ocorreu bem, contudo a paciente apresentou quadro de pneumonia no pós-operatório, o que a fez ficar internada por algumas semanas a mais. Em decorrência da cirurgia, Nair estava acamada, com dor e apresentava quadro de Delirium. T.S mostrou-se esclarecida quanto aos cuidados que deveriam ser administrados à N.S e também revelou-se muito dependente emocionalmente de sua mãe. Desta forma, esquecia de cuidar de si mesma, deixando, por exemplo, de tomar medicamento para hipertensão. Relatou também que estava realizando exames pré-operatórios para a realização da cirurgia bariátrica pelo IELAR, todavia cessou o acompanhamento em decorrência do ocorrido com N.S, situação na qual passou a se dedicar integralmente aos seus cuidados. Nessa primeira visita, durante a anamnese e exame físico de N.S, a mesma passou a apresentar taquipnéia, hipotensão e bradicardia. Seus membros inferiores foram elevados e fora oferecido alimento salgado com o intuito de aumentar sua pressão. Neste momento chegou uma enfermeira do SAD que ao realizar a oximetria observou um valor abaixo do esperado. Diante disso foi chamado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Alguns dias após do ocorrido, recebe-se a triste notícia de que N.S falecera. Diante desta notícia, somado à dependência emocional de sua filha em relação à N.S, concentra-se o foco em T.S para ajudá-la a enfrentar o luto, além de dar continuidade à sua cirurgia e ao tratamento de sua hipertensão. Após algumas semanas, retorna-se à casa de T.S, ainda muito abalada quanto ao falecimento de sua mãe. Ela relatou suas tristezas e angústias devido ao seu momento de luto, contudo estava disposta a superar esta fase. Desta forma, propôs-se auxílio psicológico para ajudá-la a enfrentar esta etapa. Além disso, mostrou-se ansiosa a realizar sua redução de estômago, até mesmo utilizando a cirurgia como fator crucial para sua melhora emocional. Terminada essa segunda visita, realizou-se uma reunião com a equipe e gerencia da Unidade Básica de Saúde da Família Vila Mayor na qual se decidiu encaminhar T.S a dar prosseguimento à sua cirurgia, além de acompanhamento psicológico, com o clínico geral – para assistir sua hipertensão arterial – e com um nutricionista – este incluso no pré-operatório da bariátrica. Marcadas as consultas, passou-se os horários para T.S. **Conclusão:** O Plano Terapêutico Singular é uma proposta de melhora na vida do paciente muito formidável, pois insere-se no contexto familiar e, ao mesmo tempo, individualiza-se o problema de cada um. Entretanto, na prática existiram os pontos negativos: poucas visitas domiciliares e um espaçamento grande entre elas. Deste modo, torna-se difícil formar um vínculo com a família e, conseqüentemente, agir em seus problemas. Apesar destes infortúnios, conseguiu-se conquistar a confiança da T.S, inserir-se em sua realidade e elaborar ações para colaborar com sua qualidade de vida.

11. PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR EM SEU ÂMBITO PRÁTICO

Izadora Macedo¹, Matheus Canton¹, Marcia Ayres²

1. Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade Ceres – FACERES / São José do Rio Preto (SP). 2. Preceptora do Curso de Medicina da Faculdade Ceres – FACERES / São José do Rio Preto (SP).

Objetivo: Aplicar o plano terapêutico singular, auxiliando a família no que tange aos problemas de saúde e dificuldade com o tratamento de suas doenças, mudar a maneira como as enfrentam e por fim garantir que utilizem todos os serviços oferecidos pelo governo para melhorar suas qualidades de vida. **Relato:** 1ª fase: nós fomos conhecer a família do senhor J.G. e senhora I.G., ele é um senhor acamado analfabeto e de difícil comunicação, pois esta quase surdo. Então nosso maior contato era com a senhora, que apresentava um pouco desesperada e desorientada devido as condições da família. Ele teve câncer de próstata e fez prostatectomia em 2013 e usa SVD desde então, mas ainda necessita ir a cada 6 meses no INCA para exames de rotina, ele também estava com uma úlcera no pênis sem diagnóstico. Na anamnese eles relataram que ambos tinham hipertensão arterial e ela tem diabetes mellitus. No exame físico realizado nele foi auscultado som adventício de estertor fino associado a dispnéia e foi visualizado manchas hipocrômica com halo eritematoso e prurido intenso na região da virilha e pênis, mas o médico da UBSF já tinha receitado pomada antifúngica que não estava resolvendo, e dor a palpção na fossa ilíaca esquerda. Ela nos contou que ele aposentou em 2003 por invalidez, mas já tinha trabalhado como caminhoneiro e ela se aposentou em 2011. Eles tiveram quatro filhos, e ela teve uma filha fora do casamento durante sua separação. E esta é a única que mora na casa. A família faz dieta balanceada devido a hipertensão arterial e diabetes que ela possui, portanto a alimentação é bem controlada. 2ª fase: Depois da primeira visita foi discutido com a equipe do UBSF Renascer a situação da família para então ser aplicado o plano terapêutico singular. Conclui-se que para ela será proposto uma consulta com o clínico geral, pois tinha muito tempo que ela não passava por consulta médica e encaminha o caso para o NASF para que possa ser discutido a parte psicológica. Já para ele era aguardar, pois tinha consulta agendada com dermatologista e urologista para tentativa de diagnostico do seu problema. 3ª fase: Então, realizamos a segunda visita e propomos para ela o que foi discutido durante a reunião e mostramos a importância da realização. Mas ao conversar com a senhora I.G. percebemos que a situação estava grave, ela nos relatou que o senhor J.G. não foi as consultas que estavam agendadas, pois esteve internado durante quatro dias onde foi detectado infecção do trato urinário, após alta houve intensificação da dispnéia e da constipação. Com isso foi prescrito medicações para serem tomadas em casa (ciprofloxacina e metronidazol) e durante a visita percebemos que esta não estava sendo dada de forma correta para ele, estavam sobrando vários comprimidos mesmo após o término do período indicado para administração da medicação. Com isso a orientamos ir no medico no UBSF para uma reformulação da medicação e pedimos para a enfermeira ligar em sua residência para esclarecer dúvidas até a próxima consulta. Nossas orientações foram rejeitadas a primeiro momento devido ao estado de fragilidade que a senhora I.G. se encontrava, chorou em vários momentos durante a visita alegando que J.G. não aceitava o tratamento e por isso a dificuldade com os medicamentos, demonstrando até certa desistência. 4ª fase: Foi realizado a terceira visita com intuito de verificar a aplicação do que foi proposto na visita anterior. E tivemos um resultado muito satisfatório. O estado do senhor J.G. melhorou, as manchas na virilha, a úlcera no pênis e a infecção do trato urinário sarou, evidenciando que se tratava apenas de infecção fúngica. Ele estava com uma aparência bem melhor que anteriormente. Ela nos contou também que ele estava sendo acompanhado pelo SADE em casa, com nutricionista, fisioterapeuta, enfermeira e médico. após os problemas de saúde que faziam ele correr risco de vida serem sanados nos concentramos em melhorar a qualidade de vida deles, aconselhamos dona I.G. a ir nas consultas de rotina com o GO e pedir encaminhamento para o oftalmologista

para acompanhar evolução de sua catarata e J.G. ir ao um otorrinolaringologista para avaliação de sua surdez.

Conclusão: Por fim, o Senhor J.G. estava curado das infecções, tanto do trato urinário quanto das lesões genitais, apresentava melhora da dispnéia e da constipação, com a melhora de dele, I.G. se apresentou mais calma e determinada em cuidar do companheiro. O nosso trabalho teve êxito na sua conclusão, pois conseguimos atingir os objetivos de todas as etapas. Conhecemos a história e os problemas do senhor J.G. e da senhora I.G. e depois de discutir com a equipe suas histórias levamos a eles planos que foram seguidos o suficiente para finalizar o PTS com ótimos resultados para a família.

12. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) E SUA APLICABILIDADE

Gustavo Rodrigues da Cunha¹, Melissa Brasil¹, Marcia Cristina Ayres Alves²

1. Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade Ceres – FACERES / São José do Rio Preto (SP). 2. Preceptora do Curso de Medicina da Faculdade Ceres – FACERES / São José do Rio Preto (SP).

Objetivo: O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de diversas propostas e medidas que visa ajudar o paciente e sua família como um todo, em seu contexto social, familiar, econômico, sanitário, religioso e psíquico. As medidas propostas foram discutidas por uma série de profissionais que elaboraram um plano terapêutico respeitando a capacidade financeira e psicológica da família. **Relato:** Foram realizadas visitas domiciliares, juntamente com os agentes de saúde, na família composta por J.G., 64 anos, L.G., 62 anos, G.G., 5 anos e C.G. 36 anos. Foram realizadas os roteiros de visita domiciliar, exame físico e anamnese, para podermos conhecer a família e suas principais dificuldades. Como o Sr. J.G. possui um câncer gástrico, que estava bem avançado, as visitas foram voltadas mais para ele, mas como o PTS trabalha com toda família, também foi dada uma atenção para os outros membros. Dona L. possui dislipidemia, osteoporose, osteoartrose, hipotireoidismo, depressão, e é pré-diabética. Foi percebido que a família é bem estruturada e sabe da importância de um acompanhamento médico e um tratamento adequado para cada enfermidade. Como as ações que foram discutidos com a equipe da unidade para serem propostos, na verdade, já eram executados pela família, foi reforçado a importância da prevenção da saúde do homem e da mulher e para que a família continue com o acompanhamento médico e o tratamento proposto e também foi informado a J.G. da possibilidade de um acompanhamento psicológico do NASF no processo de tratamento do câncer. **Conclusão:** Pôde ser percebido uma grande evolução de J.G. a respeito da patologia. No início, ele estava bem prostrado, com dificuldade para andar e comer, tinha perdido muito peso. Ao decorrer das visitas domiciliares, foi observado uma significativa melhora, ganho de peso e mudança de humor. Essa melhora foi tão grande, que no dia da última visita ele nos relatou que iria voltar a trabalhar naquele mesmo dia. Também foi percebido uma melhora no estado geral da Dona L., que estava bem abatida com a doença de seu marido. Esse trabalho é muito interessante pois demonstra muitos resultados positivos e o vínculo que pode ser obtido com a família.

13. IMPLANTAÇÃO DO PTS PARA PACIENTE EM TRATAMENTO PALIATIVO

Beatriz de Menezes Dobbert¹, Letícia Brito¹, Márcia C. Ayres Alves²

1. Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade Ceres – FACERES / São José do Rio Preto (SP). 2. Preceptora do Curso de Medicina da Faculdade Ceres – FACERES / São José do Rio Preto (SP).

Objetivo: Elaborar e aplicar um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas de acordo com as necessidades do paciente, com o objetivo de melhoria da qualidade de vida do mesmo. **Relato:** O PTS foi constituído por etapas, na qual tivemos a oportunidade de conhecer o paciente R.L 50 anos, portador de câncer de cólon retal metastático em tratamento paliativo ineficiente. A primeira etapa foi constituída pela visita domiciliar que identificamos os problemas, colhemos dados, queixas, hábitos de vida, condições de moradia, realizamos anamnese e exame físico completo do paciente, com o propósito de elaborar o Genograma e o Ecomapa. O paciente apresentava em estado crítico com desequilíbrio emocional, alimentação incorreta, postura inadequada, dor generalizada, negação da doença, falta de higiene, dificuldade de deambulação e comunicação. Contudo, é importante ressaltar que R.L. é acompanhado pelo tratamento paliativo trimestralmente sem qualquer auxílio médico adjacente. A partir disso, tivemos subsídios para construir propostas de ações, a fim de melhorar a qualidade de vida de R.L., que posteriormente apresentamos para equipe multiprofissional da UBSF Renascer, completando a etapa 2. Identificamos a necessidade da abordagem do NASF quanto à orientações de uma alimentação adequada e quanto ao manuseio da bolsa de colostomia, visto que o paciente está impossibilitado de locomover-se até ao ambulatório de ostomias. Além de um acompanhamento psicológico e a necessidade imprescindível de uma consulta médica domiciliar. Com as propostas elaboradas, realizamos a segunda visita domiciliar, etapa 3 do PTS, na qual propusemos ao paciente e cuidadora as ações de saúde, ressaltando a importância e a necessidade da realização das mesmas. Por fim, a última etapa do PTS foi a apresentação da aplicabilidade das ações para equipe multiprofissional da UBSF, com o enfoque na necessidade da visita médica imediata e acompanhamentos futuros. A elaboração e implantação do PTS foi um trabalho em equipe que contou com o elo existente entre acadêmicos de medicina e a UBSF Renascer/Jardim Simões. **Conclusão:** Foi de extrema relevância a realização do PTS, devido à aceitação do paciente e cuidadora. Além da atuação da atenção primária complementando o tratamento paliativo. Portanto, foi de suma importância propor intervenções e medidas terapêuticas direcionada para melhor qualidade de vida do paciente.

14. PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR: FALANDO COM OS OLHOS

Isabela Ribeiro Bigliassi¹, Munique Louise Santana de Souza¹, Márcia Cristina Ayres²

1. Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade Ceres – FACERES / São José do Rio Preto (SP). 2. Preceptora do Curso de Medicina da Faculdade Ceres – FACERES / São José do Rio Preto (SP).

Objetivo: Relatar a experiência de acadêmicos de medicina quanto a elaboração de um plano terapêutico singular através de visitas domiciliares, discussão do caso com a equipe de saúde da família, avaliação do plano de intervenções e apresentação dos relatos para a equipe. **Relato:** Iniciou-se o Plano Terapêutico Singular (PTS) com a primeira visita domiciliar (VD) na qual foram preenchidos roteiros de VD, anamnese e exame físico completo, geral e específico. Paciente A.S.A., 30 anos, apresenta-se tetraplégico há 10 meses, em circunstância de um acidente automobilístico. Ao exame físico, constatou-se paciente emagrecido, nutrição via gastrostomia, higiene oral comprometida, úlcera sacral infectada e paciente choroso. As principais problemáticas levantadas foram quanto ao apoio psicológico, reabilitação da linguagem, acompanhamento fisioterapêutico, orientações para o cuidador e auxílio financeiro. Além disso, desenvolveu-se instrumentos gráficos como genograma e ecomapa a fim de auxiliar a compreensão das relações familiares e biopsicossociais. Na segunda etapa do PTS, explanou-se o levantamento de problemas para a equipe multiprofissional de saúde da UBSF Jd. Simões Renascer. Contamos com a presença das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e da gerente da unidade. Durante a próxima etapa, realizou-se uma segunda VD com o objetivo de implantar o PTS à família. Nessa atividade, orientou-se quanto aos cuidados de higienização bucal incluindo dentes, gengiva, língua e da ostomia bem como sobre mudanças de decúbito adequada a um paciente acamado e tetraplégico. Foi obtido um “feed-back” da reunião realizada na segunda etapa em que a nutricionista e a assistente social do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) realizaram uma visita e tomaram algumas medidas necessárias para o caso, propostas anteriormente por esse PTS. Entre a primeira visita e a última, a incisão da traqueostomia cicatrizou mas o paciente permaneceu sem emissão de voz por falta de estímulo externo ou dele próprio. Com relação à movimentação, notou-se que membros e pescoço estão rígidos mesmo com fisioterapia duas vezes na semana (particular). Diante disso, discutiu-se a possibilidade de uma órtese para mãos e também para os pés a fim de evitar alterações irreversíveis futuras. Quanto à úlcera por pressão sacral, houve melhora com relação ao diâmetro porém, não com a profundidade. Mas, identificamos uma nova úlcera no trocânter maior do fêmur direito. Esse é um ponto crítico para a implementação e efetividade do nosso Plano Terapêutico, pois limita a recuperação do movimento, o ingresso desse paciente no Lucy Montoro e o tempo fora da cama que o ele pode ser submetido. Porém, de modo geral, houve concordância e aceitações da família e cuidadora com relação às ações sugeridas por nós. Por fim, na quarta etapa discutimos a atual situação clínica do paciente com a equipe multiprofissional da UBSF Jd. Simões Renascer e propusemos orientações quanto a realização de visitas médicas mensais com o médico da equipe bem como demais orientações futuras para a reabilitação da família e continuidade do plano. **Conclusão:** Concluímos que o PTS trouxe mais experiência positiva do que negativa para nós como alunas, pois adquirimos habilidades práticas de relação médico-paciente e entendemos a situação clínica de um indivíduo perante ao meio social em que ele vive. Com isso, tornou-se possível desenvolver um plano frente as necessidades fisiológicas e sociais tanto do paciente quanto da família. Além disso, percebemos que a ajuda multidisciplinar será fundamental para a reabilitação de Almir. Sendo assim, esperamos obter um feed-back futuro do plano que foi elaborado. Apesar disso, temos consciência que existe muito a ser feito ainda por essa família. Portanto, acreditamos que depois desse passo inicial, a UBSF Jd. Simões Renascer dará continuidade e o suporte necessário.

15. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: A EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DE MEDICINA APLICÁ-LO COM SUCESSO

Amanda Barecelos Mori¹, Antônio Lourenço P. Neto¹, Fernanda Novelli Sanfelice²

1. Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade Ceres – FACERES / São José do Rio Preto (SP). 2. Preceptora do Curso de Medicina da Faculdade Ceres – FACERES / São José do Rio Preto (SP).

Objetivo: Identificar principais problemas vivenciados pela família acompanhada durante o semestre, afim de elaborar ações que proporcionam uma melhor qualidade de vida. **Relato:** No primeiro momento, as agentes da unidade básica de saúde da família (UBSF) Jardim Americano comunicaram quais famílias careciam de visitas domiciliares. Feita a escolha, realizamos a primeira visita com o objetivo de coletar dados (anamnese, exame físico) e finalizando com uma discussão entre acadêmicos da Faceres e preceptora Fernanda Novelli. A família selecionada era composta por mãe, 81 anos, diagnosticada com doença de Alzheimer e filho, de 40 anos, diagnosticado com depressão. Além dos problemas biopsicossociais, chamou-nos a atenção pelas precárias condições higiênicas da casa. Foi realizada uma reunião com a equipe da UBSF Jardim Americano para compartilhar as ações planejadas que proporcionassem uma melhor qualidade de vida à família. De acordo com os profissionais disponíveis na unidade, chegamos ao consenso de realizar a visita pelo médico da Saúde da Família, psicólogo (Núcleo de Apoio Distrito Saúde – NADS) e enfermeiro. Ao retornar a família para verificação da implantação das ações, o filho (presente nessa visita) e a mãe desconheciam qualquer tentativa de contato pela UBSF e declararam que a família passava por dificuldades econômicas e sociais referindo a falta de alimentos. Ao término desse retorno, relatamos a gerência da unidade quanto a segunda visita pelos acadêmicos e questionamos a falta de intervenção pela equipe, que então nos informou que a visita estava agendada para a próxima semana. Nessa visita foi acionado uma instituição de caridade local, no qual providenciou cesta básica para a família. O caso já havia sido comunicado ao CREAS e CRAS, que propuseram a internação da mãe em uma instituição de longa permanência, porém negado por ambos usuários. Foi relatada então que o filho já faz acompanhamento em ambulatório de saúde mental. Na quinta fase do PTS, na discussão do caso com a equipe, foram apresentadas as medidas tomadas e a resolução do principal problema vivenciado pela família: dificuldades sociais e econômicas. **Conclusão:** Apesar das dificuldades enfrentadas quanto a disposição da equipe para execução do plano terapêutico, medidas foram implantadas e objetivos alcançados. Quanto ao problema da subalimentação vivenciado pela família, obtivemos a doação de cesta básica por uma instituição religiosa local, amenizando assim, sua dificuldade socioeconômica.

16. A DIFICULDADE DE IMPLANTAÇÃO DO PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR DEVIDO À MUDANÇA DE CIDADE DO PACIENTE: UM OLHAR SOB O PONTO DE VISTA DO ACADÊMICO DE MEDICINA

Isabela Cristina Bueno Sant'Anna¹, João Vitor Honorato Vollet¹, Fernanda Aparecida Novelli Sanfelice²

1. Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade Ceres – FACERES / São José do Rio Preto (SP). 2. Preceptora do Curso de Medicina da Faculdade Ceres – FACERES / São José do Rio Preto (SP).

Objetivo: Relatar as dificuldades encontradas pelos acadêmicos de Medicina durante a elaboração e aplicabilidade do Plano Terapêutico Singular (PTS) em uma família atendida pela Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Jardim Americano. **Relato:** Como parte da proposta de ensino, na disciplina do curso que prevê a integração do acadêmico com a comunidade, foi incumbida a nós, estudantes do segundo ano de Medicina, a tarefa de elaborarmos, juntamente com a orientação dos preceptores, um Plano Terapêutico Singular, a partir de um contato com uma família pertencente à área de abrangência do local de estágio. Para a elaboração do PTS, inicialmente realizamos uma Visita Domiciliar, para reconhecimento da família acompanhada, bem como de suas necessidades principais, pontos de maior fragilidade e casos mais graves. No nosso caso, a família acompanhada tinha como indivíduo de maior fragilidade, um adulto jovem, de 34 anos, que há 3 anos está em cuidados paliativos devido a um tipo de tumor benigno, o qual não apresenta respostas terapêuticas. Nesse primeiro momento, nós realizamos a Anamnese com o paciente e Exame Físico, dentro das limitações da casa e do próprio paciente. A partir dessa etapa, já foi possível perceber as relações familiares e as necessidades da família, em geral e do paciente, individualmente, todos esses dados, juntos, foram extremamente necessários para que pudéssemos elaborar um PTS condizente com os pontos mais importantes dessas pessoas. Após essa etapa, nós transmitimos todas as relações da família, tanto interpessoais quanto com a comunidade em uma representação gráfica através dos instrumentos Genograma e Ecomapa. Além disso, elaboramos o Plano de Ações Compartilhado, que foi repassado aos demais integrantes da equipe de saúde da família, no caso, estavam presentes, a gerente da Unidade, o farmacêutico e a enfermeira. Nesse momento, é importante que todos os dados colhidos e todas as relações observadas sejam apresentadas de forma fidedigna aos componentes da equipe, e ficou muito claro para nós a importância do trabalho em equipe interdisciplinar, e somar o olhar e experiência de cada área de atuação, para um bem maior, que é a saúde dessa família. Seguindo as etapas do PTS, chegamos a fase em que retornamos à casa para uma nova visita domiciliar e implantação do plano de ações que apresentamos à equipe na etapa anterior. Nessa fase, nós nos deparamos com um acontecimento. Segundo a família, o paciente que estávamos acompanhando, se mudou de cidade para morar com outro familiar. Não conseguimos nenhuma informação adicional e não conseguimos implantar nosso plano de ações. Desde o começo do projeto, nós sabíamos que intercorrências poderiam acontecer e que muitas vezes fogem do nosso controle. Com essa situação, inicialmente ficamos com uma sensação de frustração, pois nosso Plano, elaborado há semanas, com o apoio da equipe multidisciplinar, não pode ser colocado em prática, e além disso, e mais importante, não teríamos a oportunidade de ver, pelo menos em parte, a melhoria das condições da família. **Conclusão:** Enfim, dentro de todas as expectativas e anseios que nós criamos em torno do PTS e em como ele poderia influenciar no estado saúde-doença do paciente, jamais imaginamos nos depararmos com essa situação. Mas, o que aconteceu conosco durante a realização PTS, poderia ter acontecido com qualquer outro acadêmico, pois é uma situação que o profissional de saúde passa

rotineiramente, já que é grande a quantidade de pacientes que se mudam de cidade ou de residência e não informam os profissionais e a UBSF, interrompendo o vínculo do profissional com o paciente, prejudicando o trabalho da equipe e a recuperação do paciente.

17. RELAÇÃO CONFLITUOSA ENTRE MÃE E FILHA VIVENCIADA DURANTE O DESENVOLVIMENTO DO PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR

Bárbara Maria Tarraf Moreira¹, Marina Pires Marangoni¹, Fernanda Aparecida Novelli Sanfelice²

1. Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade Ceres – FACERES / São José do Rio Preto (SP). 2. Preceptora do Curso de Medicina da Faculdade Ceres – FACERES / São José do Rio Preto (SP).

Objetivo: Relatar a experiência das acadêmicas de medicina durante o desenvolvimento das cinco etapas do Plano Terapêutico Singular (PTS). **Relato:** De acordo com o referencial teórico, a escolha da família baseiou-se em uma com maior vulnerabilidade da qual faz parte Dona Diovanda, idosa que reside com sua filha Rosângela e sua neta Ana Clara. Na primeira etapa do Plano foi realizada uma Visita Domiciliária (V.D.) com enfoque no reconhecimento da família, anamnese e exame físico. Através desta, podemos elaborar o Genograma familiar, Ecomapa e classificar a família de acordo com a Escala de Coelho. Em continuidade às fases do PTS, tivemos uma reunião com a Equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Jardim Americano na qual apresentamos o Plano de Ações Compartilhado. Neste Plano, destacamos a importância da avaliação de uma fisioterapeuta e fonoaudióloga para a Dona Diovanda, devido ela demonstrar certa dificuldade em se locomover e em falar. Também indicamos uma avaliação psicológica para a filha da Dona Diovanda, Rosângela, a qual se mostrou muito impaciente e estressada com a atual realidade de lidar com os cuidados com sua mãe e também de exercer um trabalho profissional. Durante essa reunião também foi levantada a possibilidade da idosa apresentar quedas devido a faixa etária, como também em relação às associações medicamentosas (Losartana, Cinarizina e Clonazepam) da qual faz uso. Em uma posterior reavaliação, notamos que a Equipe de Saúde não havia seguido algumas orientações e que apenas em uma visita observaram como a Dona Diovanda estava sendo medicada. A filha, Rosângela, continuava alterada, dizendo não querer mais continuar naquela situação, e tentava colocar a mãe em um asilo por pelo menos meio período do dia. Também observamos que a Dona Diovanda tinha sofrido uma queda, como previsto anteriormente. Finalizando a última etapa do Plano Terapêutico Singular, foi apresentado à Equipe de Saúde da Família o Relato de Experiência, elencando toda experiência vivida durante a realização com a família da Dona Diovanda. **Conclusão:** Concluímos que todo problema enfrentado pela família baseia-se na relação conflituosa entre a filha, Rosângela, e sua mãe, Diovanda. Portanto, verificamos que não é necessário apenas cuidar da saúde física da paciente Diovanda, mas também de toda a saúde psíquica da família.