



Programa de Integração Comunitária

Junho de 2016

Volume 3

Número 4

2016

4^o Anais do PTS

**Projeto
Terapêutico
Singular**

São José do Rio Preto, SP

2016

4^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. 3, N. 4 - São José do Rio Preto: Editora
Faceres, 2016.

31 p.;

ISSN: 2595-6523

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

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

Volume 3, Número 4, 2016 – 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

Junho de 2016

SUMÁRIO

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| APRESENTAÇÃO | 6 |
| FERNANDA APARECIDA NOVELLI SANFELICE | 6 |
| 01. A RELEVÂNCIA DA INTEGRAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E O ÊXITO NA IMPLANTAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) | 7 |
| ANA LAURA C. ACHKAR ¹ , ANDREIA E. ISHII ¹ , FERNANDA APARECIDA NOVELLI SANFELICE ² | 7 |
| 02. A LINHA TÊNUE ENTRE SAÚDE X DOENÇA: UM RELATO SOBRE A VIDA | 8 |
| LISANDRA DATYSGELD DA SILVA ¹ , ISABELA DE SOUZA UCHÔA ¹ , FERNANDA APARECIDA NOVELLI SANFELICE ² | 8 |
| 03. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: QUESTÕES EMOCIONAIS E COMPLICAÇÕES DA OSTEOARTRITE | 9 |
| RAFAEL GUENA ¹ , MELANIE CARBONIERI ¹ , FERNANDA APARECIDA NOVELLI SANFELICE ² | 9 |
| 04. PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR: ESPELHANDO-SE EM UMA GUERREIRA | 11 |
| MURILO ROMANO DE OLIVEIRA ¹ , PEDRO NOGAROTTO CEMBRANELI ¹ , MÁRCIA CRISTINA AYRES ² | 11 |
| 05. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) “LUTA A FAVOR DA VIDA” | 12 |
| JULIA B. DE FARIA CAVALCANTE ¹ , RENATO A. L. SIMÕES ¹ , MÁRCIA CRISTINA AYRES ² | 12 |
| 06. PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS): EFICIENTE E CONCLUSIVO | 14 |
| AMANDA CRISTINA NETTO GUERRA ¹ , GIOVANNI MELONE JUNIOR ¹ , MÁRCIA CRISTINA AYRES ² | 14 |
| 07. APLICAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO EM PACIENTE IDOSO COM AMNÉSIA | 15 |
| RAFAEL DA SILVA ZORATTO ¹ , RICARDO VINÍCIUS BRUNETO ¹ , KARINA RUMI DE MOURA ² | 15 |
| 08. APLICAÇÃO DO PLANO TERAPÊUTICO EM UM CASAL DE IDOSOS DA ÁREA DA UBSF VILA MAYOR | 16 |
| AMANDA SILVA NASCIMENTO ¹ , JOÃO PEDRO LOT DONA ¹ , KARINA RUMI DE MOURA ² | 16 |
| 09. PROJETO TERAPÊUTICO FAMILIAR: AUXÍLIO AO PACIENTE COM PARALISIA CEREBRAL | 17 |
| DANYELLA DA SILVA ¹ , NAOMI CARRARA MATSUURA ¹ , KARINA MOURA RUMI ² | 17 |
| 10. POTENCIALIDADES E DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR | 18 |
| LUCAS RODRIGUES MELO ¹ , SAMUEL BORGES BASSETTI ¹ , JANAINA BENATTI DE ALMEIDA ² | 18 |
| 11. A APLICAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR PARA IDOSOS VULNERÁVEIS | 20 |
| FERNANDA PEREIRA ¹ , LISSA NAKAZATO ¹ , JANAINA BENATTI DE ALMEIDA ² | 20 |
| 12. A EXPERIÊNCIA DE CUIDAR DE QUEM CUIDA COM A UTILIZAÇÃO DO PTS NA ATENÇÃO BÁSICA | 22 |
| LAURA JUNQUEIRA SILVA MOREIRA ¹ , SANDRINE DA SILVA MIRANDA ¹ , JANAINA BENATTI DE ALMEIDA ² | 22 |
| 13. A IMPLANTAÇÃO DO PTS NO CONTEXTO DE MORTE E DISTÚRBIOS NEUROLÓGICOS | 24 |
| ANA CAROLINA SCHINCARIOL GIRARDI ¹ , CAROLINA PIMENTEL BERTASSO ¹ , MARIANA VIEIRA ALVES ¹ , FERNANDA CALEGARI ² | 24 |
| 14. DESAFIOS PARA IMPLANTAÇÃO DO PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR EM PACIENTES VULNERÁVEIS | 26 |
| GLAYBER FALCÃO GARCIA FILHO ¹ , LUTIANA LOBO BENITES VILLAMAIOR ¹ , FERNANDA LUCIANA CALEGARI ² | 26 |
| 15. UM OLHAR DIFERENTE AO PACIENTE: A IMPLANTAÇÃO DO PTS POR ALUNOS DA ÚLTIMA ETAPA DO PIC ... | 27 |
| JOSÉ VÍCTOR MACIEL ¹ , MARIANA MORAIS OLÍMPIO ¹ , FERNANDA CALEGARI ² | 27 |
| 16. DIFICULDADES NA EXECUÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO PTS DIANTE DE SUSPEITA DE NEGLIGÊNCIA AO IDOSO . | 28 |
| EURADIR VITORIO ANGELI JR. ¹ , LARA GODELA DELATORE ¹ , ANDIARA J. A. ARRUDA ² | 28 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 17. DIFICULDADES NA IMPLANTAÇÃO DO PTS DEVIDO EFEITOS PSICOLÓGICOS NEGATIVOS APÓS AMPUTAÇÃO DE MEMBRO EM IDOSA: UM OLHAR SOB O PONTO DE VISTA ACADÊMICO | 29 |
| ROBERTA MOLINARI GAZOLA ¹ , JOÃO PEDRO DE SOUSA ARAUJO ¹ , ANDIARA ALVES ARRUDA ² | 29 |
| 18. CUIDADOS PALIATIVOS COMO PILAR DO PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR AO PACIENTE ONCOLÓGICO..... | 31 |
| AMELY COVALERO ¹ , ENZO CARVALHO ¹ , RODRIGO PILOTO DE O. BATANERO ¹ , ANDIARA ARRUDA ² | 31 |

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. A RELEVÂNCIA DA INTEGRAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E O ÊXITO NA IMPLANTAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)

Ana Laura C. Achkar¹, Andreia E. Ishii¹, 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 importância da integração da equipe multiprofissional e conhecimentos dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) para a aplicabilidade do PTS, em uma família atendida pela Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Jardim Americano. **Relato:** Inicialmente, recebemos orientações por parte da equipe técnica da UBSF Jardim Americano para a abordagem do caso de B.A.S.. Através do prontuário levantamos diversas hipóteses para o motivo da seleção desse caso para que fosse realizado o PTS. Uma senhora de mais idade, talvez? Portadora de doença crônica? Portadora de doença psiquiátrica? Ou com limitações devido dor no braço direito há anos? Após estudo do caso fomos realizar o trabalho em campo através da visita domiciliar. Foram realizados reconhecimento da família e relação dos membros, do ambiente físico, anamnese e exame físico geral. A partir das informações colhidas, concluímos que o caso a nós indicado, ia além de uma patologia crônica, ou qualquer outra limitação imposta pela dor no braço, relatada no prontuário, se tratava da falta de adesão ao tratamento medicamentoso e a automedicação. Com base nas identificações realizadas, foi construído o genograma e o ecomapa, que nos permitiram uma visão ampla dos vários segmentos inter-relacionados, inerentes à situação a qual nos deparamos. E a partir de então, foi elaborado o Plano de Ação Compartilhado para uma futura intervenção e resolução, apoiado nos princípios doutrinários do SUS. Princípios estes que se fazem essenciais na construção e implantação do PTS. Todos esses aspectos foram apresentados para a equipe da Unidade com a finalidade de, por meio da integração da equipe, da presença multiprofissional, ser possível a implantação dos planos de intenções propostos. Com base nos apontamentos e levantamentos realizados, foi possível a abordagem da paciente pelo farmacêutico Marcelo em uma posterior visita. Utilizando-se, como ferramenta, do Teste de Morisky- Green (em anexo), foi comprovada a falta de adesão ao tratamento medicamentoso para hipertensão arterial, no caso relatado. Na ocasião, foram fornecidos os medicamentos prescritos e realizadas orientações sobre a administração e posologia corretas dos medicamentos em uso. **Conclusão:** O êxito do PTS foi alcançado em função do comprometimento de todos os segmentos que envolveram o processo: equipe multiprofissional da UBSF Jardim Americano, acadêmicos do curso de medicina da Faceres e supervisão da preceptora Fernanda Novelli. A visão integralista proposta pelos princípios do SUS foi ferramenta essencial para o reconhecimento da problemática e meio importante para a intervenção multiprofissional, a fim de, evitar um desfecho trágico para B.A.S.

02. A LINHA TÊNUE ENTRE SAÚDE X DOENÇA: UM RELATO SOBRE A VIDA

Lisandra Datysgeld da Silva¹, Isabela de Souza Uchôa¹, 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: Nós, acadêmicas do curso de Medicina da Faculdade Ceres, juntamente com nossa preceptora, tivemos como objetivo, através da aplicabilidade do Projeto Terapêutico Singular (PTS), estudar, observar, discutir e analisar, como a ‘saúde’ está inserida em um contexto onde não se trata apenas da doença em si, mas também de tudo que a cerca e que dificulta na sua cura plena, sendo desde conflitos familiares, dificuldades financeiras e até mesmo dificuldade em reconhecer que há a necessidade de ajuda. Durante esse projeto, utilizamos como instrumentos de trabalho, anamnese, exames físico, genograma e ecomapa, além da discussão com os profissionais da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) do Jardim Americano e equipe do Núcleo de Apoio Distrito Saúde (NADS), que colocaram em prática o plano de ação compartilhado. **Relato:** No início da visita, nos foi passado que o problema era com J.R.S., uma vez que já sofreu três acidentes vasculares cerebrais (AVCs), mas hoje se encontra recuperado. Está deambulando, alimentando-se e fazendo tarefas diárias que antes lhe eram difíceis. J.R.S. era casado com G.S., que tinha doença de chagas e veio a óbito por infarto. Neste momento da primeira visita, nos deparamos com dificuldades relacionadas a M.A., filha de J.R.S., que se desdobra para cuidar do pai, principalmente por ser filha única. M.A. sente falta de trabalhar, porém faz faxina uma vez na semana, em troca de drenagem linfática. Ela é obesa e, em virtude da hipertensão arterial, é portadora de edema nos membros inferiores. Muito embora faça dieta e lute contra o sobrepeso, M.A. precisa ser operada de hérnia umbilical. A.R., marido de M.A., teve hanseníase e, por força dessa doença, foi afastado do emprego e hoje é aposentado. A.R. não se relaciona muito com a família e se mantém muito afastado de todos depois da descoberta da doença. M.A. e A.R. tem três filhos: V.S., V.M. e R.S. V.S., sofre dentro do lar. Seu esposo, por ser ciumento, não permite que ela faça nenhuma atividade fora da residência. Ainda, V.S. crê que seu cônjuge é capaz de fazer mal a ela, à família ou seus filhos. Por temer esse mal injusto, ela não vê outra opção, senão obedecer às ordens de seu esposo. V.M., filha de A.R. e M.A., mora na mesma residência com seus dois filhos. Relata que sofreu muito e já teve muitas tragédias em sua vida. Hoje, aparenta ter câncer de mama, mas fica receosa de se cuidar e submeter-se à consulta médica aflita de que possa acontecer algo mais grave com ela. Por fim, R.S., o terceiro filho do casal, também padece de obesidade. No entanto, não se preocupa com a sua saúde, e não procura ajuda médica, temeroso, desde já, dos resultados que seus exames possam revelar. **Conclusão:** Concluímos que, apesar de sempre tentarmos tratar a doença, visando ela como um problema, nem sempre é possível, uma vez que existem mais fatores envolvidos para a cura. Vale frisar que saúde, não é ausência de doença, mas sim um equilíbrio mental, psicológico, social, nutricional e emocional. Podemos ainda ressaltar que, o trabalho em conjunto com os vários agentes e profissionais da saúde é extremamente importante para bons resultados e pode-se dizer, que é o que caracteriza o PTS, uma vez que o paciente, sua enfermidade e sua família são avaliados e cuidados por uma equipe multiprofissional de maneira homogênea. Ficamos muito satisfeitas em poder fazer parte de algo tão nobre e que traz resultados tão visíveis para os que participam do projeto, esperamos que os cuidados com os pacientes sejam mantidos, e que a longo prazo, tenham resultados altamente satisfatórios para os participantes, de maneira contínua.

03. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: QUESTÕES EMOCIONAIS E COMPLICAÇÕES DA OSTEOARTRITE

Rafael Guena¹, Melanie Carbonieri¹, 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: O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva com uma equipe multiprofissional. Geralmente é dedicado a situações mais complexas, de famílias mais vulneráveis. E, no fundo é uma variação da discussão de “caso clínico”. Ainda, o projeto visa, incluir ações específicas para a realidade da família, que aumentem a autonomia do sujeito emergente, e da rede social/comunidade/território inserido, sobre o seu problema, no sentido do cuidado de si e da capacitação de cuidadores, com a transferência de informações e técnicas de cuidados, visando que o indivíduo e família incorporem ativamente às ações propostas. Culminando, em um atendimento integral, universal e de qualidade, com melhorias na qualidade de vida dos pacientes envolvidos. **Relato:** No dia 23/02/2016 realizamos visita domiciliar na residência da Sra. M. E. S. M. (sujeito emergente), 75 anos, acamada, referindo aumento da sensibilidade da articulação do joelho direito há seis meses, que evoluiu com aumento de volume, imobilidade e progressão para joelho esquerdo, fato que a deixou em situação de dependência (acamada, utilizando fralda geriátrica e necessitando de ajuda para atividades básicas diárias). Negou demais alterações. Possui diabetes mellitus tipo 2, hipotireoidismo e HAS, todos controlados com medicações orais, ainda, sofreu mastectomia devido câncer de mama há 3 anos e mantém quimioterápico por via oral. Mora com o filho M. J., 48 anos, tabagista, que exerce papel de cuidador da mãe. M. Jr. referiu não ter tempo para lazer ou atividades físicas e recebe pouca ajuda dos irmãos com os cuidados da mãe. Na mesma residência, mora também o marido da Sra. M. E., o Sr. M., 84 anos, hipertenso, faz tratamento para hepatite e teve Guillain-Barré com melhora total (não tivemos oportunidade de conhecê-lo). A família aparentava ser bem estruturada e estabilizada, com integrantes com bom grau. escolar e cultural, moradia em ótimas condições e usuários de convênio médico (Austa). Frente as necessidades da Sra. M. E. e condição de osteoartrite avançada (já em tratamento por médico especialista), sugeriu-se através de visitas domiciliares com clínica compartilhada, a realização de sessões de fisioterapia reabilitadora e treinamento de M. Jr., enquanto cuidador, para o ideal exercício da atividade. Também sugeriu-se a visita da nutricionista para efetuar cardápio balanceado para família. Além disso, a visita médica, para acompanhamento dos estados de saúde de todos moradores, visto que nem o filho, nem o marido, fazem acompanhamento médico adequado. Percebemos durante a visita que a Sra. M. E., estava bastante ansiosa, pois queria saber se voltaria a andar logo; nos perguntando várias vezes, se demoraria muito tempo para ela melhorar. Visto isso, a vulnerabilidade, a dependência e a preocupação da paciente, nos mostrou que, apesar de ela ter ajuda constante do filho, que aparentou ser bem carinhoso, ela necessita de várias sessões de fisioterapia, a fim de evitar a evolução do seu quadro de osteoartrite, além de um acompanhamento médico para melhor eficácia e adesão ao tratamento. **Conclusão:** Concluiu-se que, após o acompanhamento das condições da família e, principalmente da nossa paciente, realização da discussão do caso com a equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) do Jardim Americano e as propostas de medidas de ações, infelizmente, não tivemos a oportunidade de observar se houve adesão às ações propostas ou uma visita de algum profissional da saúde, visto que a família encontrava-se ausente no dia da segunda visita domiciliar (de retorno) e o prontuário da paciente não foi encontrado na UBSF. Assim, a implementação e avaliação do nosso PTS ficou

comprometida e esperamos, que mesmo assim, a Sra. M. E. e seus familiares estejam seguindo as nossas recomendações da primeira visita e realizando acompanhamento médico adequado.

04. PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR: ESPELHANDO-SE EM UMA GUERREIRA

Murilo Romano de Oliveira¹, Pedro Nogarotto Cembraneli¹, 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: Intervir na realidade da família, de forma a propor melhoras terapêuticas visando o bem estar da familiar, além de promover o vínculo entre os profissionais e esse núcleo familiar, bem como proporcionar maior conhecimento do caso pela equipe. **Relato:** Primeiramente, fizemos uma visita de reconhecimento, para identificação da família e de suas necessidades. Trata-se de uma mulher de 33 anos, solteira e com 2 filhas que há cinco meses enfrenta um câncer de mama, e sua mãe, que passou por um tratamento do mesmo tipo de câncer recentemente. Foram realizadas anamnese, exame físico e preenchido o roteiro de visita, além de análise do prontuário da família, que consta histórico familiar de câncer. Notamos que a relação com a comunidade e o lazer precisava de atenção (necessidade de introdução ao meio social), bem como a alimentação da família, um suporte psicológico e um planejamento financeiro. Por meio de Genograma, Ecomapa, Escala de Coelho (risco 1 – leve) e discussão, pensamos em propostas para melhoria da qualidade de vida dessas pessoas, baseado nas áreas de vulnerabilidade. Assim sendo, sugerimos uma orientação nutricional, psicológica e assistência social. Posteriormente, nos reunimos com a equipe da unidade de saúde para vermos a aplicabilidade de nossas sugestões. Ao saber que nossas propostas eram viáveis, realizamos a segunda visita a família onde foram apresentadas. Notamos que haverá adesão, pois a família ficou satisfeita e esperançosa diante as medidas. Por fim, muito contentes, passamos essas novas informações novamente para a equipe da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), para que continue o interesse ao acompanhamento do caso. Cabe ressaltar, ainda, que o acompanhamento de apenas uma família promoveu o vínculo estudante-população por permitir que refletíssemos a fundo sobre a realidade daquela pessoa, e, em paralelo, para melhor entendimento da doença, tivemos o suporte teórico na faculdade, tornando a experiência muito gratificante e enriquecedora. **Conclusão:** Diante do acompanhamento desta família vulnerável, nós acadêmicos podemos perceber a importância do Plano Terapêutico Singular, que visa atender às particularidades de cada caso, no atendimento amplo a uma pessoa, levando em consideração os aspectos biopsicossociais de cada indivíduo.

05. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) “LUTA A FAVOR DA VIDA”

Julia B. de Faria Cavalcante¹, Renato A. L. Simões¹, 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: O objetivo do PTS foi realizar propostas terapêuticas tanto para o indivíduo doente como para a sua família (clínica ampliada) abordando tanto aspectos patológicos quanto biopsicossociais. Para isso, utilizou-se de uma equipe multidisciplinar garantindo um atendimento completo e universal, porém nunca esquecendo-se de colocar o ser humano enfermo como elemento ativo de seu tratamento. **Relato:** O PTS foi realizado na família do Sr. J.G localizada na área de abrangência da UBSF Jd.Simões/Renascença. Os outros integrantes dessa família são a Sra. L (esposa, 63 anos), C. (filho, 38 anos) e G. (neta do casal, 6 anos). Na primeira visita domiciliar, realizamos a coleta de dados sobre a estrutura familiar com relação a questões socioeconômicas, culturais e religiosas. Além disso, foi realizada uma anamnese do paciente vulnerável, entretanto sem deixar de avaliar os demais integrantes da família. Por meio dessas informações, observou-se que o paciente vulnerável era o Sr. J.G (65 anos), que possui um Adenocarcinoma gástrico, diagnosticado em Agosto de 2014, data em que iniciou um tratamento no Hospital de Base de São José do Rio Preto – SP em parceria com um grupo de pesquisa americano relacionado ao câncer. Com a evolução do diagnóstico, o Sr. J.G apresentou dores epigástricas, odinofagia, disfagia, dispepsia, anemia e astenia resultando na perda ponderal de 20 kg. Devido a sua dificuldade na ingestão de alimentos sólidos, faz sua refeição baseada em alimentos de fácil digestão, complementando a dieta com Nutrison® adquirido por meio de uma ONG. Em relação a Sra. L., foi identificado um quadro depressivo de longa data, porém agravou-se após o diagnóstico de câncer gástrico do Sr. J.G, visto que sente-se sobrecarregada com os afazeres domésticos, além de ter que trabalhar como costureira de forma extenuante para garantir o sustento econômico da residência. Relatou estar sendo responsável por cuidar da neta G., que possui um distúrbio de comportamento social em tratamento com terapia comportamental. Considerando os fatos mencionados, realizamos posteriormente uma reunião com a equipe multiprofissional da UBSF Jd. Simões/Renascença para definir as melhores estratégias terapêuticas para a família e com isso realizar propostas de atenção a saúde que sejam benéficas e viáveis de serem executadas. Sendo assim, optou-se pela a visita domiciliar de uma nutricionista e uma psicóloga do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) na tentativa de resolução dos problemas encontrados. A nutricionista foi a residência e avaliou a dieta do Sr. J.G como solicitado, porém não fez alterações, pois em sua análise, observou que a mesma estava adequada, visto que a equipe responsável pelo seu tratamento de câncer se responsabilizou pela prescrição de uma dieta adequada a realidade terapêutica do Sr. J.G. Por outro lado, obtivemos a notícia que a psicóloga do NASF até o presente momento não tinha comparecido a residência para a avaliação da Sra. L., fato este que nos impediu de ter acesso a um diagnóstico mais elaborado para as suas necessidades. Em conversa com o Sr. J.G em uma segunda visita domiciliar, o mesmo apresentou-se feliz com a nossa visita e com a consulta da nutricionista do NASF, mostrando-se agradecido pela atenção prestada por nossa equipe e mencionou estar satisfeito e motivado em seu tratamento devido a todo o apoio recebido. Em relação a Sra. L, a mesma relatou novamente os problemas discutidos na primeira visita, porém atualmente está seguindo em um tratamento quinzenal de ajuda psicológica por meio de plano de saúde particular. Referiu estar satisfeita com a atenção prestada aos seus familiares e sente-se confiante para lutar junto com os demais membros da casa por uma melhor recuperação de todos. **Conclusão:** A adoção do PTS na residência do Sr. J.G e família permitiu ser uma estratégia de grande alcance e frutos preventivo-terapêuticos, pois preconizou-se nos moldes da clínica ampliada obter saúde física e mental não somente aos enfermos, mas também aos seus pares familiares.

Nesse sentido, conseguimos completar as etapas do projeto de forma satisfatória, garantindo-se uma assistência digna a família mencionada. Além disso, foi uma excelente estratégia de ensino médico, pois permitiu uma inserção completa do aluno no contexto do “cuidar”, proporcionando uma visão ampla do seu objeto de estudo (o paciente) em seus aspectos patológicos e biopsicossociais garantindo um olhar mais humanizado em seu atendimento baseado nos termos do seguinte aforismo: “Curar algumas vezes, aliviar muitas vezes, consolar sempre”.

06. PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS): EFICIENTE E CONCLUSIVO

Amanda Cristina Netto Guerra¹, Giovanni Melone Junior¹, 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: O PTS é importante, pois pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar a busca pela singularidade (a diferença) como elemento central de articulação. Este plano visa reavaliar, dividir as responsabilidades, definir metas e realizar o diagnóstico (avaliação orgânica, psicológica e social). Este conjunto de metas auxilia nas vulnerabilidades das famílias envolvidas, afim de minimizar seus prejuízos na relação saúde-doença. **Relato:** Realizamos a primeira visita domiciliar para iniciar o PTS e observamos adversidades que mostraram a vulnerabilidade da paciente, M. A. S. (63 anos). A paciente nos relatou que foi tabagista por mais de 30 anos, possuía hábitos etilistas, patologias crônicas (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e Hipertensão Arterial) e câncer de vulva, o qual realizou vulvectomia. Ao realizar a anamnese e exame físico notamos que a paciente possui grave patologia psiquiátrica, por este motivo é interdita há muitos anos e recebe apoio financeiro da família. Relatou que não se alimentava qualitativamente nem quantitativamente bem. Possui limitação física para realizar suas atividades básicas de vida devido ao seu DPOC e possui dependência do cilindro de oxigênio. Ao analisar o quadro clínico e da paciente inserido na sua realidade de vida foram propostas ações para melhorar sua qualidade de vida, sendo elas: auxílio alimentação, auxílio com orientação nutricional para complementar a sua dieta com alimentos qualitativamente adequados, cilindro portátil de oxigênio e apoio psicológico. Foram realizadas discussões com a equipe multiprofissional da Unidade Básica de Saúde da Família, para nos auxiliar nas ações propostas. As ações propostas que foram realizadas para a paciente são: receberá mensalmente um auxílio alimentação de um instrumento social (Igreja), auxílio alimentício para enriquecer sua dieta de uma cooperativa do bairro, recebeu cilindro de oxigênio portátil para facilitar suas atividades diárias. Foi oferecido a paciente um apoio psicológico com uma profissional da área, mas ela recusou por não ver necessidade. A quarta etapa do PTS foi a aplicabilidade das ações propostas, e na visita domiciliar observamos que a paciente já havia melhorado muito suas condições de saúde devido as ações que foram propostas e realizadas. A M. A. S. aparentava uma melhora física e psicológica notável em comparação ao início do plano, o qual foi relatada por ela também. **Conclusão:** Concluímos ao final do plano que todas as ações foram contempladas tornando o nosso projeto um sucesso, pois todas as propostas foram bem atendidas e aplicadas. Sendo assim, o PTS foi eficiente, isto é, melhorando a qualidade de vida e fazendo com que a paciente tenha uma sobrevivência mais ampla.

07. APLICAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO EM PACIENTE IDOSO COM AMNÉSIA

Rafael da Silva Zoratto¹, Ricardo Vinícius Bruneto¹, 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: Melhorar a qualidade de vida do paciente contribuindo com fatores relacionados à saúde, como bem-estar físico, funcional, emocional e mental. O projeto terapêutico incorpora a noção interdisciplinar que recolhe a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões. Assim, depois de uma avaliação compartilhada sobre as condições do usuário, são acordados procedimentos a cargo de diversos membros de equipe multiprofissional. **Relato:** Paciente B.S 89 anos, viúvo, aposentado. Reside sozinho, é hipertenso, já sofreu AVE, relata trombose e importante dificuldade de locomoção, com quedas frequentes, ficando horas deitado no chão. A avaliação de todas as comorbidades foram feitas e levantadas informações para a construção do Genograma e Ecomapa; através deste determinou-se as metas e todas as divisões de tarefas, a cada nova visita uma reavaliação da situação do paciente era feita e passada para todos os membros que faziam parte do PTS. Na primeira visita foi relatado o abandono por parte da família, que os filhos roubam o dinheiro da sua aposentadoria e apenas a sua neta auxiliava no seu dia a dia, desde a limpeza da casa, alimentação e até buscar sua aposentadoria. Porém na última visita, sua filha estava lá e ajudou a compreender melhor a vida e sua relação com seus filhos. Foi descoberto que na verdade era ela quem sempre o visitava e o auxiliava com dinheiro e alimento. Através dela também foi possível elucidar melhor sobre a árvore genealógica e o os ocorridos com o restante da família. O fato de ele ter episódios de perda de memória, foi um obstáculo, prejudicando obter informações mais precisas da sua vida e do seu passado. Sua moradia é precária, com chão em partes de terra e em partes de concreto, teto com buracos, janelas quebradas, portas que não fechavam direito e muito entulho ao redor da casa. Visto esta situação difícil a proposta inicial era encaminhá-lo para o Lar Esperança pois lá existe o serviço de transporte diário não necessitando que ele dormisse no local. Foi debatido o caso com a gerente da UBSF Vila Mayor, e até o momento não havia uma resposta concreta. Buscou-se através de ligações para o CRAS e CREAS uma solução. O problema é que, o Lar Esperança (mais próximo a sua residência) não tinha mais vaga, e o outro lar de idosos que havia vaga era muito longe e seria necessário que alguém o levasse. Diante dessa situação a proposta mais plausível baseou-se no acolhimento por uma equipe da unidade e o NASF para acompanhar e dar seqüência ao caso. **Conclusão:** O entendimento preciso da história e comorbidades do paciente foi dificultado por vários fatores, como as poucas visitas, o grande intervalo entre esses encontros, o fato do paciente morar sozinho e ter pouco contato com os familiares. Uma outra dificuldade foi o fato do paciente ter um certo grau de deficiência auditiva e, principalmente, amnésia recorrente. Esta, impossibilitou o entendimento da sua vida e a elaboração da árvore genealógica, importante pra efetivar o PTS. O paciente apresentava-se com manifestações e queixas diferentes a cada visita, o que inviabilizou a concretização do plano pré-estabelecido, sendo necessário alterá-lo a cada encontro. O primeiro Plano Terapêutico para este caso visava o encaminhamento para o Lar Esperança. Foi bem aceito pelo paciente, no entanto o estabelecimento estava lotado, e assim não pode-se concluir o caso. Deste modo, a segunda alternativa para o Sr. B. consta do acompanhamento pela equipe da UBSF e do NASF para dar seguimento ao caso.

08. APLICAÇÃO DO PLANO TERAPÊUTICO EM UM CASAL DE IDOSOS DA ÁREA DA UBSF VILA MAYOR

Amanda Silva Nascimento¹, João Pedro Lot Dona¹, 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: Relatar a experiência dos acadêmicos do quarto semestre do curso de medicina durante a aplicação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) em uma família na área da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Vila Mayor. **Relato:** Durante os encontros realizados no Programa de Integração Comunitária (PIC) na UBSF Vila Mayor foram ministradas visitas domiciliares (VD) pelos alunos de Medicina da turma V da Faculdade Faceres, com o intuito de conhecer a realidade do indivíduo e fortalecer os vínculos com a família assistida, atuando assim na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. O objetivo dessa etapa era implantar o Projeto Terapêutico Singular (PTS), um programa da Estratégia Saúde da Família, que consiste em um conjunto de propostas terapêuticas para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar, sendo dividido em quatro etapas. Na primeira etapa, foi feita a coleta de dados da família e de seus integrantes, tais como: hábitos alimentares, crenças, costumes, enfermidades e informações sobre a residência, bem como anamnese e exame físico. Os integrantes da família são: L.C.E, 68, etilista e tabagista crônico, vítima de um tumor de faringe há alguns anos, o qual teve de ser retirado; e M.F.E, 59, obesa grau 1 e portadora de várias comorbidades, como hipertensão, diabetes tipo 2, hipotireoidismo, gota úrica, osteoporose, osteoartrose e recentemente acometida por dengue hemorrágica. O casal possui três filhos, dois homens e uma mulher, mas estes não moram com eles. Na segunda etapa, foram debatidas as informações adquiridas na primeira etapa, a fim de montar um Genograma da família, com todos as relações familiares, e também um Ecomapa, para elucidar quais as interações do casal com os vizinhos, instituições e também com a UBSF. Na terceira etapa, conversou-se com a equipe da UBSF Vila Mayor a respeito das possíveis intervenções que poderiam ser feitas para melhorar as condições de vida da família em questão. Depois da discussão, foi decidido que seria mais fácil para L.C.E transferir seu acompanhamento do Hospital de Barretos para São José do Rio Preto, e para M.F.E seria ideal a implementação de uma dieta feita por uma nutricionista. Na quarta etapa, visitou-se novamente a casa do casal para a implantação do PTS. L.C.E negou a mudança, pois se acostumou com Barretos, e gosta muito de participar do Coral do Papo Furado, apesar do tempo gasto com as viagens. M.F.E concordou com a ajuda da nutricionista, e gostou muito da ideia. **Conclusão:** Por fim, essa experiência foi muito gratificante para os acadêmicos da quarta etapa do curso de medicina. Aprendeu-se na prática a importância da implantação de um plano terapêutico específico para uma família, baseando-se em suas particularidades e levando em consideração suas vulnerabilidades, e a maneira como cada paciente enfrenta sua doença, buscando a singularidade entre cada um.

09. PROJETO TERAPÊUTICO FAMILIAR: AUXÍLIO AO PACIENTE COM PARALISIA CEREBRAL

Danyella da Silva¹, Naomi Carrara Matsuura¹, Karina Moura 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: Esse projeto tem como objetivo melhorar a qualidade de vida da família visitada, levando em conta não só as patologias mas também a condição financeira e o relacionamento familiar. As propostas de intervenção são discutidas por uma equipe multiprofissional e é efetivada com ajuda de algum apoio matricial. **Relato:** No quarto período do Programa de Interação Comunitária (PIC) foi implantado nas atividades, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), um programa da Estratégia de Saúde da Família, dividido em quatro etapas. Na primeira etapa, foi feita a identificação da família, escuta dos problemas e a coleta de dados. Foi acompanhado F.B.L., uma criança de 4 anos que sofre de paralisia cerebral e com sérias complicações decorrentes dessa patologia: não se locomove, afásico e usa fraldas. A mãe do paciente relata que ele sofre desse problema por conta de uma anóxia neonatal, provavelmente causada por negligência médica. Composta por 4 pessoas, a família de FBL apresenta problemas financeiros e dificuldades para dar uma boa qualidade de vida à ele. Somente seu pai tem renda fixa e esta não é suficiente para sanar todas as despesas. A mãe tem dificuldade financeira para comprar fraldas e o leite Nutrem (é o que o paciente tem melhor aceitação e ganho de peso), visto que F.B.L. consome muito tais produtos. Na segunda etapa, discutiu-se os dados e construiu-se o Genograma e o Ecomapa. A família tem boa relação entre si, aceitando bem a condição patológica de F.B.L., o paciente frequenta fisioterapia, equoterapia e fonoaudióloga e está aguardando para ser chamado para uma nova reabilitação chamada PediaSuit. Na terceira etapa, foi realizada uma reunião com a equipe da UBSF para discutir a respeito das possíveis intervenções e propostas terapêuticas que poderiam ser feitas para melhorar a qualidade de vida da família. Mediante ao estado financeiro da família, pensou-se em oferecer ajuda para conseguir fraldas e leite. Na quarta etapa, nova visita foi feita à família para implantar o PTS. Instruiu-se a mãe a marcar uma consulta com a nutricionista para que esta fizesse uma carta onde indicasse a necessidade do F.B.L. tomar o leite, de preferência o Nutrem, além de sugerir que ela recorra ao GADA para conseguir fraldas. Tanto a fralda quanto o leite só podem ser conseguidos judicialmente, através de comprovação médica e financeira da sua necessidade. A mãe marcou a consulta para julho com a nutricionista do núcleo de reabilitação de São José do Rio Preto e esta ficará encarregada de fazer o relatório para solicitação judicial. Desde do início das visitas, foi possível perceber grande evolução do paciente, por conta das fisioterapias. Ele já consegue ter maior rigidez na coluna e melhorou a coordenação de seus movimentos. Foi relatado todo o caso à preceptora e equipe da UBSF que darão continuidade ao projeto. **Conclusão:** Com as visitas pode-se concluir que há várias maneiras de se ajudar uma família a ter uma qualidade de vida melhor. A cada etapa do PTS mais evidente ficou os agravos da família e com a ajuda da equipe da UBSF pode-se planejar uma intervenção. Foram deixadas instruções de como conseguir cada benefício e dentro de alguns meses a família contemplará essa ajuda.

10. POTENCIALIDADES E DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Lucas Rodrigues Melo¹, Samuel Borges Bassetti¹, 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: Relatar as potencialidades e dificuldades da implantação do Projeto Terapêutico Singular na atenção básica. **Relato:** Com o Projeto Terapêutico Singular (PTS) o tratamento pode tornar-se muito mais eficaz, já que interfere além da enfermidade principal nos diversos aspectos que possivelmente agravariam o quadro principal do paciente. O PTS apresenta-se de forma fascinante e, se aplicado corretamente, oferece o tratamento mais adequado e humanizado ao paciente. Durante o semestre, acompanhamos uma única família a fim de estabelecer um vínculo maior para que conseguíssemos propor um projeto terapêutico singular, visando melhoria na qualidade de vida. Na primeira visita realizada fomos recebidos por Dona MA, uma senhora de 78 anos, viúva, que morava com outras seis pessoas: sua filha MR, seus filhos S e P e três sobrinhos. Quando chegamos à residência, a filha nos atendeu e pediu que ficássemos na garagem, não permitindo que adentrássemos nas dependências da casa. Após alguns minutos de espera, Dona MA veio até nós. A paciente apresentava muitos tremores, principalmente nos membros superiores e inferiores, relatando ter sido diagnosticada com Mal de Parkinson há cerca de 17 anos, e que, por isso, costuma fazer aulas semanais de hidroginástica para aliviar o sintoma. Ademais, na anamnese, relatou apresentar hipertensão arterial e ser diabética, tomando todas as medicações rigorosamente nos horários prescritos pelo seu médico. Por fim, lembrou-se de contar que realizou inúmeras cirurgias no olho, tendo hemianopsia esquerda. Devido à resistência da família em deixar que entrássemos na casa, não conseguimos realizar um exame físico bem detalhado. Ela relatou sobre atividades ocupacionais anteriores, e que estava aposentada há alguns anos. Contou sobre a família, que o marido tinha falecido há 5 anos e seus filhos também eram aposentados. Baseando-se pelo que observamos da garagem as condições de moradia eram relativamente precárias: a casa é própria, mas necessita de reformas. O quintal estava um pouco desorganizado e a presença de vários cachorros aparentemente doentes poderia ser um fator que prejudicasse a higiene do local e servisse como fonte para transmissão de doenças, reduzindo assim a qualidade de vida da família. Após a primeira visita, discutimos com a equipe de saúde da UBS Parque Industrial algumas possíveis opções para um projeto terapêutico de Dona MA. Além do fato de necessitar de uma higiene um pouco mais qualificada, sobretudo pelo fato dos animais de estimação dificultarem a organização, destacamos outros pontos importantes. Primeiramente, seria interessante a orientação de uma nutricionista na alimentação da casa, visto que ao contar sobre seus hábitos de vida, disse que costuma comer pão com linguiça durante o café da manhã. Conversamos com a equipe da UBS e eles informaram que junto com os agentes de saúde fariam uma visita para a família no intuito de ver as condições dos animais e se eles podem transmitir alguma doença, como a toxoplasmose, tomando assim as medidas necessárias. Também chamou a atenção o fato do filho ter algum problema psiquiátrico, o qual aparentemente é negligenciado pela família. Quando terminamos a visita encontramos uma vizinha na rua. Ela relatou que as brigas na família são recorrentes. Talvez fosse necessário ter um acompanhamento mais específico nesse sentido como, por exemplo, ajuda de um psicólogo. Outro ponto importante diz respeito à filha. Ela contou que não é hipertensa, mas quando aferimos sua pressão, notamos um valor de 150/100 mmHg. Isso associado ao histórico da mãe nos deixou alertas pela possibilidade dela também ter a doença. Por isso, instruímos Dona MR a monitorar melhor esse quadro mesmo sendo assintomática através do Monitoramento Ambulatorial de Pressão Arterial (MAPA).

Fomos à segunda visita com essas orientações para a família. No entanto, ao procurar seu prontuário na UBS, percebemos que o mesmo não se encontrava na prateleira. Foi então que descobrimos que a paciente estava na unidade para uma consulta com o médico. Mesmo assim, conversamos um pouco e pudemos observar que a presença na unidade era por rotina, não apresentando nenhuma queixa aparente. Aproveitamos a oportunidade e perguntamos se a filha havia realizado o MAPA. Ela relatou que as duas primeiras aferições estavam normais e que por isso parou de checar a pressão arterial, evidenciando a negligência com a própria saúde. Portanto, orientamos que ela continue cuidando da saúde com frequência. **Conclusão:** A experiência de um contato com uma família composta por membros idosos e com diversas patologias, na qual a Doença de Parkinson se faz presente, é de grande valia para nós acadêmicos de medicina, uma vez que além do aprendizado da doença em si, aprendemos a lidar com empatia diante de tal situação. Isso nos torna pessoas melhores, uma vez que nos colocamos no lugar dos pacientes, passando a ver com outros olhos as dores, angústias e medos destes. Infelizmente não conseguimos realizar todas as fases do PTS devido a não realização da segunda visita. Porém, mesmo com todas as dificuldades criamos vínculo com a paciente, permitindo nosso crescimento pessoal e profissional.

11. A APLICAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR PARA IDOSOS VULNERÁVEIS

Fernanda Pereira¹, Lissa Nakazato¹, 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: Acompanhar família de idosos vulneráveis através do Projeto Terapêutico Singular (PTS). **Relato:** O PTS é compreendido como uma estratégia de cuidados organizado por meio de ações articuladas desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar e definida a partir da singularidade do indivíduo, considerando suas necessidades e o contexto social em que está inserido. O PTS se desenvolve em quatro momentos: no diagnóstico onde deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social que deve tentar captar como o “sujeito singular” se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, como também o trabalho, a cultura, a família. Na definição de metas uma vez que a equipe fez os diagnósticos, faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor. Na divisão de responsabilidades em que é importante definir as tarefas de cada um com clareza e, por fim na reavaliação, um momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo. Para o diagnóstico foi realizada a primeira visita domiciliária, fomos recebidas por J.A., 84 anos, aposentado, que mora com sua mulher também aposentada, Y. C. A., 80 anos. Moram numa casa própria com boas condições estruturais e higiênicas. Apesar de nos falarem que esse casal tinha Síndrome de Diógenes, que é uma alteração comportamental que ocorre entre pessoas idosas, caracterizada pelo isolamento social, pela autonegligência (descuido pelo autocuidado, com a higiene pessoal e do lar), pelo comportamento paranoico e pelo colecionismo, não observamos sinais característicos da síndrome no casal. Os mesmos apresentaram isolamento social devido a dificuldade de deambulação e buscaram atendimento na Unidade Básica de Saúde quando necessário. Na anamnese ambos relataram ser hipertensos e negam alterações nos diversos aparelhos. Ao exame físico do casal não houve alterações, e ambos são hipertensos. Conversamos também com a vizinha M., que nos ajudou a entender a história da aposentada, pois ela apresenta sinais de demência. Segundo a vizinha, Y.A. operara de um câncer de tireoide e teve complicações, acarretando em uma grave perda de memória. Nesse período, uma das filhas (3 no total) faleceu, porém os mesmos evitam o assunto. O casal possui boa alimentação, são católicos, porém não frequentam a Igreja. Percebemos que J.A. e Y.A. são um casal de idosos muito unidos e fazem tudo que for preciso juntos. Segundo J.A. “Começamos nessa vida juntos e terminaremos juntos”. Para acrescentar em nosso conhecimento, aprendemos a fazer o Genograma e Ecomapa que possibilitou obter informações sobre a família de forma prática para o cuidado da saúde centrado na família. Na divisão de responsabilidades, apresentamos nossas propostas direcionadas a família na UBS para os agentes de saúde e gerente do local para podermos em conjunto ajudar J. e Y. Nós retornamos à família para implementar as ações, que consistiam em tentar contato com os filhos do casal e orientar sobre o uso contínuo da medicação para hipertensão arterial. A agente de saúde nos acompanhou nessa visita. Observamos que a relação com os filhos é distante mas ainda há contato. Uma faleceu e as outras duas vivem em outras cidades. Conseguimos o contato das filhas e orientamos sobre o uso contínuo da medicação. Por fim apresentamos o ocorrido na visita para a equipe que entrará em contato com as filhas do casal e dará continuidade no PTS. **Conclusão:** O PTS entendido como um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas em discussão coletiva interdisciplinar, configura-se como um dispositivo potencial para o planejamento das ações em saúde na Estratégia de Saúde da Família. Porém, algumas dificuldades foram encontradas na sua execução, como discrepância entre o relatado na

visita e pela equipe, esclarecida a real situação com a reunião de equipe. Apesar das dificuldades de receber informações dos pacientes eles foram receptivos e com isso conseguimos estabelecer um vínculo e implementar o PTS.

12. A EXPERIÊNCIA DE CUIDAR DE QUEM CUIDA COM A UTILIZAÇÃO DO PTS NA ATENÇÃO BÁSICA

Laura Junqueira Silva Moreira¹, Sandrine da Silva Miranda¹, 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: Acompanhar a família composta por A.V.P e M.A.P para implantação do projeto terapêutico singular em idosos cuidadores de idosos. **Relato:** O projeto terapêutico singular é compreendido como uma estratégia de cuidado organizada por meio de ações articuladas desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar e definida a partir da singularidade do indivíduo, considerando suas necessidades e o contexto social em que está inserido. Para realizá-lo é necessário primeiramente a visita domiciliária, depois discussão com a equipe de Saúde da Família, avaliação do plano de intervenções e apresentação dos resultados para a equipe. Na primeira visita domiciliária fomos recebidos pelo A.V.P (78), que foi muito receptivo e simpático. Ele é aposentado como carpinteiro e sua esposa, M.A.P (75) é acamada devido a AVC (acidente vascular cerebral). Moram apenas os dois na residência, sendo que ele é quem arca com as despesas da casa, serviços domésticos e é seu cuidador. Recebem auxílio doméstico diário de uma vizinha e amiga do casal. Possuem casa própria, em boas condições de estrutura e higiene. Durante a visita, comentou ficar a maior parte do tempo em casa pela dificuldade de locomoção da esposa devido a sequelas motoras do AVC. Senhor Antônio relata não ir ao médico, não apresenta queixas e também não faz uso de nenhum medicamento. É tabagista e relatou diminuição da acuidade visual esquerda devido a acidente em sua antiga ocupação. (relata um maço a cada 3 dias), não ingere bebida alcoólica e não possui alergias. Faz três refeições ao dia, se alimenta de café, leite e pão ao acordar; arroz, feijão, carne e ovo no almoço e janta. Relata não fazer nenhuma atividade física. No exame físico não apresentou alterações significativas exceto pela PA =160/50 mmHg. Apresentou hipertensão arterial durante a visita e apesar de constar em prontuário eletrônico que ele fazia acompanhamento no grupo de HAS, o mesmo negou durante a visita sobre sua doença anteriormente diagnosticada. Quanto a M.A.P, não foi possível realização de anamnese e exame físico pois ela estava repousando e A.V.P não autorizou que a acordássemos pois alegou que ficaria inquieta, seu esposo relatou que o AVC foi há dois anos e que está acamada desde então, é hipertensa e diabética, na qual seu filho diariamente a visita para auxiliar na aplicação de insulina e faz acompanhamento na Unidade Básica de Saúde. Ela faz uso de fraldas geriátricas, sente dor no membro inferior esquerdo desde a interrupção de fisioterapia. Também relatou que a esposa se queixa de dor abdominal devido constipação intestinal. Assim foi concluída a primeira fase do PTS. A família aparenta estabilidade emocional e financeira, união e bom estado geral, são bem cuidados tanto pelo filho que visita-os todos os dias para aplicar insulina em M.A.P como pela vizinha e amiga que ajuda-os com os serviços domésticos. Além da ajuda externa, A.V.P e M.A.P parecem possuir enorme companheirismo, sendo ele seu principal cuidador. A.V.P aparenta ter aceitado e acostumando-se com a situação, cuida de sua esposa e da casa com carinho e atenção. Posteriormente foram levantados todos os problemas da família e as possíveis soluções: não possuir assistência social, dificuldade para comprar fraldas geriátricas e financiar a fisioterapia de M.A.P, dificuldades na locomoção apesar de possuírem carro, não realizarem atividade de lazer e principalmente o fato de A.V.P não frequentar consultas médicas há anos e apresentar quadro de hipertensão arterial durante a visita. Todas essas informações juntamente com Genograma, Ecopama e Escala de Coelho foram passadas para a Equipe de Saúde e gerente da UBS em reunião, na qual ficou decidido que explicaríamos para A.P sobre o

funcionamento do GADA e tentaríamos convence-lo de agendar uma consulta na UBS, concluindo assim a segunda fase do PTS. No retorno a visita domiciliária, fomos novamente muito bem recebidas pelo A.V.P, aparentemente não houve nenhuma mudança relevante na família, explicamos a ele o que poderíamos fazer para ajudá-lo e novamente fomos bem recebidas. Foi falado sobre o GADA e como funciona o procedimento para conseguir as fraldas geriátricas pelo governo. Também conseguimos convencê-lo de ir ao médico para avaliação do seu estado de saúde e se for preciso, iniciar o tratamento de HAS e orientamos a aumentar a ingestão de água, alimentar-se mais vezes ao dia e inserir frutas na sua alimentação e fazer caminhada pelo menos três vezes por semanas. Concluímos assim a terceira fase do PTS. **Conclusão:** O PTS entendido como um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas em discussão coletiva interdisciplinar, configura-se como um dispositivo potencial para o planejamento das ações em saúde na Estratégia de Saúde da Família. Algumas dificuldades foram encontradas na execução do PTS, como não poder realizar a anamneses e exame físico de M.A.P por estar repousando no momento das duas visitas e seu marido não autorizar que a acordássemos, a burocracia para o requerimento de fraldas geriátricas pelo GADA pois há a necessidade de autorização médica, preenchimento do requerimento pela família e entrega deste a instituição e o obstáculo no agendamento de consultas na Unidade Básica de Saúde pelo fato de A.V.P ter um histórico de faltas no grupo de hipertensos. A humanização da atenção e da gestão no Sistema Único de Saúde (SUS) é uma prioridade inadiável. Humanizar significa valorizar o usuário do serviço de saúde como sujeito de direitos, capaz de exercer sua autonomia, rompendo com o conceito antigo da lógica da caridade, compreendendo a possibilidade de dar condições para que o usuário seja para este ser participante no processo terapêutico, o que conseguimos na com o PTS atendendo sendo esse o principal resultado que obtivemos, conseguindo através da humanização proporcionada pelo PTS abranger uma família que necessita de atenção e de soluções individuais o que trouxe satisfação para nós, tanto pelas informações quanto pela atenção oferecida durante o processo. sobre o GADA, agendamento para possível consulta ou mesmo pela visita e atenção que lhes foi oferecida.

13. A IMPLANTAÇÃO DO PTS NO CONTEXTO DE MORTE E DISTÚRBIOS NEUROLÓGICOS

Ana Carolina Schincariol Girardi¹, Carolina Pimentel Bertasso¹, Mariana Vieira Alves¹,
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 do Projeto Terapêutico Singular (PTS) é elaborar recomendações de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. Esse projeto busca a singularidade de cada paciente como elemento central de articulação a fim de definir propostas de ações. **Relato:** O acompanhamento da família do PTS foi dividido em 4 etapas. Na 1ª etapa: realizou-se o reconhecimento da família de seu R., anamnese e exame físico. R., aposentado, 75 anos, ex-tabagista, portador de câncer de fígado, histórico de diabetes, tratada com Gliface e Azukon, hipertensão e neoplasia de cólon sigmoide; seu estado de saúde era grave. O paciente estava fraco (fato que o fez parar as quimioterapias), com irritabilidade intensa, sem apetite, caquexia e não conseguia realizar as atividades básicas de vida diária sozinho. Dona A., aposentada, 71 anos, esposa, apresentava uma arritmia que era controlada com Propranolol. Além do marido doente, A. cuidava ainda de seus 2 filhos: Ra., 33 anos e portador de esclerose múltipla (faz uso de Glatiramer) e P., 40 anos e esquizofrênica (faz uso de Olanzapina). A 2ª etapa foi caracterizada pela construção de um genograma e ecomapa com o intuito de identificar as necessidades da família, bem como os programas de lazer e locais que frequentavam para que assim fosse possível entender a dinâmica familiar e os principais pontos a serem identificados na melhoria da qualidade de vida. A 3ª etapa baseou-se em compartilhar as necessidades da família em acompanhamento no PTS com a equipe de saúde (enfermeiros, médicos, agentes de saúde) e propor qualidade àquela família. As propostas levantadas foram que a família recebesse uma visita da equipe de saúde com o intuito de ponderar o estado de saúde dos doentes, conseguir um acompanhamento nutricional, e ir até o CRASS para tentar os benefícios monetários para os filhos. Além de entrar em contato com o Núcleo de Reabilitação, conseguir uma cadeira de rodas e procurar o Sistema de Apoio ao Domicílio (SAD) para que as fisioterapias de Ra. fossem realizadas em domicílio. A 4ª etapa, de volta à casa da família, teve-se a triste notícia que seu R. havia falecido há 1 mês. Apesar do luto, dona A. apresentava-se serena mantendo seu equilíbrio emocional. A moradora foi indagada se as propostas foram colocadas em prática e ela relatou que a fisioterapia do filho que estava sendo realizada no serviço de atendimento, teve que ser finalizada, devido as dificuldades de locomoção. Já no caso de sua filha P., foi descoberto que o remédio que tomava estava em falta na farmácia. O processo da aposentadoria de seus filhos estava em andamento na Justiça. A equipe de Saúde havia visitado a família como foi proposto, contudo, não teve-se tempo de colocar algumas necessidades em prática, como o auxílio nutricional e a obtenção da cadeira de rodas, devido o falecimento. Mesmo sem necessidade iminente, foram passadas as orientações e o contato do Núcleo de Reabilitação caso dona A. necessitasse futuramente. 5ª etapa: Apresentação para equipe, o acompanhamento foi finalizado com todos os recursos que poderia se alcançar, concluindo o objetivo do PTS. **Conclusão:** A implantação do Projeto Terapêutico Singular, é de suma importância pois difere da consulta médica trivial que só trata a patologia do ser humano, sendo que o PTS observa todos os problemas que envolvem o paciente, seja ele patológico, emocional ou financeiro. Dessa forma consegue-se um resultado clínico satisfatório, com ênfase na qualidade da saúde. Afinal, a resolução

das questões que não se referem à doença em si, faz com que a pessoa sinta-se disposta a dedicar-se em seu cuidado.

14. DESAFIOS PARA IMPLANTAÇÃO DO PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR EM PACIENTES VULNERÁVEIS

Gláuber Falcão Garcia Filho¹, Lutiana Lobo Benites Villamaior¹, Fernanda Luciana 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: Relatar a experiência da implantação do Plano Terapêutico Singular(PTS) em uma família com um portador de neoplasia metastática na atenção primária por acadêmicos do curso de medicina. **Relato:** Visando a integração comunitária e a experiência na atenção básica, alunos do 4º período do curso de medicina da Faculdade Ceres, em conjunto com a equipe multidisciplinar implantou o PTS. Inicialmente realizou-se uma Visita Domiciliar com o objetivo de reconhecer a família como um todo, observando suas particularidades, estado de saúde dos membros, relacionamento com a comunidade e ambiente domiciliar. Na família em questão o membro de maior vulnerabilidade era um adulto de 57 anos, portador de neoplasia metastática com sítio primário na região cervical, realizava radioterapia diariamente e quimioterapia a cada 21 dias. Devido ao tratamento o paciente passou a apresentar necessidades de cuidados especiais, uma vez que tinha dificuldades de deambulação, distúrbios alimentares, astenia, dispnéia e dores difusas. Essas necessidades recebiam a atenção de sua esposa e cuidadora, uma adulta de 60 anos. Ela, por sua vez, era portadora de Diabetes Mellitus tipo 2(DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS). Ambas patologias controladas. Nesse primeiro contato com a família, identificou-se suas necessidades, através do reconhecimento, anamnese e exame físico. Após esse primeiro encontro, alunos se reuniram para analisar as relações interpessoais e com a comunidade da família em questão. Criou-se o Genograma e o Ecomapa com objetivo de compreender e inter relacionar as informações obtidas. Em continuidade, criou-se propostas que iriam proporcionar melhorias para a qualidade de vida dos membros da família. Essas propostas posteriormente foram apresentadas à equipe de saúde da unidade, envolvendo profissionais das diversas áreas compreendidas na atenção básica para que os indivíduos fossem amparados em toda a sua complexidade. Após essa etapa, caminhou-se para a fase de implantação prática das propostas do PTS. Porém, na visita de retorno não encontrou nenhum membro da família na residência. Informados pela vizinhança que o paciente portador de neoplasia metastática havia sido institucionalizado no Hospital de Base há alguns dias por motivo de agravamento do quadro, deixando assim a atenção básica. Nessas circunstâncias, não foi possível a finalização do PTS nesta família, porém a informação da institucionalização do paciente foi transmitida à equipe de saúde. **Conclusão:** Por tanto, apesar de não ter sido possível a implantação completa do PTS, acredita-se que essa experiência foi de extrema importância para aprimorar a relação de acadêmicos de medicina com a comunidade e com a equipe da unidade de saúde da família. Cientes de que nem sempre projetos de saúde têm o final esperado, mesmo assim há certa frustração por não alcançar o objetivo. Todavia, essa frustração faz parte do aprendizado e crescimento como futuros profissionais de saúde.

15. UM OLHAR DIFERENTE AO PACIENTE: A IMPLANTAÇÃO DO PTS POR ALUNOS DA ÚLTIMA ETAPA DO PIC.

José Victor Maciel¹, Mariana Moraes Olimpio¹, 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: Traçar uma estratégia de intervenção para o usuário e todos a volta, tendo uma visão integral, considerando os recursos disponíveis pela equipe, o território a que pertence a família e as suas próprias necessidades. Também planejar, desenvolver e avaliar o cuidado na continuidade da assistência ao paciente, auxiliando no reestabelecimento das relações sociais e estimulando a autonomia, estendendo para além dos momentos de crise, de remissão de sintomas ou ideais de cura. **Relato:** A primeira etapa do PTS com a paciente R.A.G., 88 anos, nascida em 13/12/1927, sexo feminino, branca, viúva, aposentada, brasileira. A paciente apresentava períodos de confusão, e perda de memória, com suspeita de Alzheimer, morava sozinha, com visitas esporádicas do filho N.A.G, o mesmo estava sobre tratamento quimioterápico após retirada da próstata, e tratamento oncológico. Ao exame físico R.A.G; PA 130x80 mmHg; FC: 80 bpm; FR: 16 irpm; Peso: 46 kg; Altura: 1,52 cm; IMC: 19,9. Dificuldades de locomoção, fazia uso de andador, com risco de quedas. Na ausculta; murmúrios vesiculares sem sons adventícios e a ausculta cardíaca apresentou bulhas norofonéticas sem alterações, sopros ou arritmias. Sua moradia era cedida por uma empresa e apresentava um cachorro agressivo que alterava seu estado emocional, e por conseguinte sua PA. Referente a organização da casa; bagunçada com caixas por toda a sala, o que dificultava a locomoção da paciente. Na segunda etapa utilizou-se os instrumentos genograma e ecomapa, para sistematizar as informações e propor melhoria na qualidade de vida da família. Terceira etapa: realizado discussão e apresentação das propostas para a equipe de saúde, dentre elas avaliação odontológica, paciente faz uso de prótese dentária. O fisioterapeuta ajudará na deambulação, e na marcha, avaliação médica, devido os quadros de confusão mental e uso inadequado dos anti-hipertensivos. Além da presença assídua do filho no seu cotidiano, se não possível uma cuidadora ou clínica de cuidados para idosos, devido seu quadro clínico de dependência. Na quarta etapa ao retornar no domicílio, depara-se com a presença do filho, como cuidador e morador e com a melhora significativa do quadro clínico de R.A.G, apresentava-se mais ativa, comunicativa e com memória recente preservada. Fato de mudança, após a notificação pela equipe de saúde de abandono pela família. Na quinta etapa, discutido os resultados obtidos com a equipe de saúde e finalizado com sucesso o PTS. **Conclusão:** Viabilizar do dispositivo PTS no último semestre de PIC na UBSF é um papel fundamental dos acadêmicos de medicina juntamente com as equipes de saúde e que devem contar com o apoio da gestão, garantindo a continuidade da avaliação e da reavaliação do processo terapêutico. Que cada profissional tenha conhecimento do problema e a propriedade de repassar as informações quando necessárias tornando o PTS dinâmico garantindo melhor assistência ao paciente. E para isso o envolvimento dos alunos, da equipe de saúde, do usuário ou os familiares é fundamental para uma boa condução do PTS.

16. DIFICULDADES NA EXECUÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO PTS DIANTE DE SUSPEITA DE NEGLIGÊNCIA AO IDOSO.

Euradir Vitorio Angeli Jr.¹, Lara Godela Delatore¹, Andiará J. A. 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: Esse projeto tem como objetivo descrever a experiência e dificuldades dos acadêmicos de medicina na construção e implantação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) criar vínculos com a família visitada para conhecer suas queixas e solucioná-las através do PTS. **Relato:** Durante a primeira fase do PTS, recebemos o prontuário da família a ser visitada. Já sabíamos que seria um caso difícil, pois esse é o intuito do PTS. Ao analisarmos o prontuário do JRS, vimos que ele era um idoso de 79 anos portador de Alzheimer e fazia uso de medicação controlada (galantamina 8mg + quetiapina 25mg). Segundo o seu prontuário, ele morava com a esposa, JGS. Dando seguimento a essa primeira fase fomos realizar a visita domiciliar para executar a anamnese e exame físico. Ao chegarmos na residência do paciente fomos surpreendidos por ele estar trancado dentro de sua casa com o portão sem a chave. Ele aparentava estar desorientado no tempo e espaço. Então decidimos ficar ao lado de fora da residência, a espera de que algum familiar aparecesse para conseguirmos realizar uma anamnese adequada. Como ninguém apareceu, surgiram as primeiras dificuldades. Conversamos com o paciente sobre suas queixas e problemas na tentativa de colher alguma informação sobre o seu estado. O exame físico foi feito da maneira que pode, com ele do outro lado do portão, o que foi uma grande dificuldade. Para finalizar a fase 1 agendamos uma visita com o filho do nosso paciente, para podermos conhecer a verdadeira realidade desse paciente e realizar a anamnese, bem como passar orientações para melhoria da qualidade de vida do JRS, assim orientamos a não deixarem-no sozinho em casa. Alertamos sobre o abandono de incapaz. Durante essa visita, notamos uma ausência de vínculo entre pai e filho, apesar do filho dizer que mesmo com o pai sozinho, ele leva comida a ele todos os dias, assim como dá a medicação diariamente. Esse filho relata que a esposa do paciente, JGS, passa a metade da semana com o paciente, cuidando dele. Porém, o que visualizamos na residência é um cenário de descuido generalizado, tanto com o paciente e sua higiene pessoal, quanto em relação a salubridade da casa, sendo um lugar sem cuidados, apresentando forte odor. Na 2ª fase do PTS, elaboramos o Genograma e Ecomapa discutimos os achados da anamnese e exame físico com a Preceptora, assim como a situação de possível abandono desse senhor. A 3ª fase foi dividida em dois momentos: 1º passamos o caso para a equipe de agentes de saúde, incluindo o da microárea do paciente. O feedback dos agentes foi importante, já que o vínculo que eles possuem com a família é maior. Posteriormente, passamos o caso para o gerente da UBSF, o qual marcou uma consulta para o JRS. Ligamos para o filho do paciente com antecedência para avisar sobre a consulta médica. No dia agendado, iríamos acompanhar a consulta junto com o médico da família e estávamos animados pois ele poderia receber intervenções para melhoria de sua saúde. Entretanto, no dia da consulta, o paciente compareceu com seu filho a UBSF, realizou a coleta de sangue (já marcada) e não esperou ser atendido. Na última fase do PTS, passamos o caso para o NASF. A equipe então iria realizar notificação e visita para tomar as medidas cabíveis. **Conclusão:** Tendo em vista o relato apresentado, nota-se que a execução e implantação do PTS tornou-se extremamente difícil por uma série de fatores como a falta de vínculo dentro da família do paciente bem como perante a equipe de estudantes e da UBFS; a falta de interesse e cooperação da família em resolver e melhorar a qualidade de vida do JRS; a escassez e lentidão do Sistema em realizar intervenção; além da dificuldade em se trabalhar em equipe para abraçar o paciente de maneira integral. Devido a isso, o PTS torna-se uma estratégia limitada a teoria. Vê-se escassa na prática.

17. DIFICULDADES NA IMPLANTAÇÃO DO PTS DEVIDO EFEITOS PSICOLÓGICOS NEGATIVOS APÓS AMPUTAÇÃO DE MEMBRO EM IDOSA: UM OLHAR SOB O PONTO DE VISTA ACADÊMICO

Roberta Molinari Gazola¹, João Pedro de Sousa Araujo¹, Andiarra Alves 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 as dificuldades encontradas pelos acadêmicos de Medicina bem como suas conquistas durante a elaboração e aplicabilidade do Plano Terapêutico Singular (PTS) em uma família atendida pela Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Jardim Maria Lucia. **Relato:** Para a elaboração do PTS, inicialmente realizamos uma Visita Domiciliar, para reconhecimento da família acompanhada, bem como suas necessidades principais e pontos de maior fragilidade. No caso em questão, a família acompanhada tinha como indivíduo que carecia de maiores cuidados, uma idosa, de 74 anos, que há 7 meses apresentava uma ferida de difícil cicatrização em membro inferior esquerdo, decorrente de amputação advinda de Diabetes mal controlada. Nesse primeiro momento, realizamos a anamnese e parte do exame físico, este não foi realizado integralmente pois a paciente se apresentava chorosa e introspectiva, já que estava temerosa diante da sua nova realidade, ou seja, a deficiência física. A partir dessa etapa, foi possível perceber a relação que a idosa mantém com seus dois filhos, cuidadora e com a USBF, além das suas necessidades individuais, pois todos esses dados juntos, foram extremamente necessários para que pudéssemos elaborar um PTS focado no que a família realmente precisava. Após essa primeira etapa, transmitimos todos os dados obtidos tais como: relações interpessoais da idosa com o serviço de saúde e comunidade. A partir dessas informações, confeccionamos uma representação gráfica, através dos instrumentos Genograma e Ecomapa. Além disso, elaboramos o Plano de intervenções com base no estudo sobre a família e suas comorbidades, traçamos metas, como aumentar o consumo de água, diminuir o consumo de alimentos ricos em carboidratos e trocar o tipo de adoçante para um específico de pacientes diabéticos. Postulamos itens que nós em conjunto com a unidade de saúde iríamos implantar, como conseguir um acompanhamento com o médico de saúde da família, através de visita domiciliar, para acompanhamento mais próximo, devido sua situação de fragilidade. O plano foi repassado aos demais integrantes da equipe de saúde da família, que juntamente com o gerente da USBF nos propiciou meios para obter os resultados esperados. Ficando evidente a importância do trabalho multidisciplinar preconizado pelo PTS. Seguindo as etapas do PTS, carecíamos retornar à casa da paciente para finalizar o exame físico e consequentemente implementar o plano de ações que apresentamos à equipe na etapa anterior. No entanto, houve um contratempo no qual a cuidadora não permitiu a nossa presença, alegando descontentamento com o serviço de saúde da USBF e despejando toda sua intemperividade sobre nós. Nesse momento, nos sentimos frustrados e não almejávamos o sucesso na implementação do plano, pois temíamos que nossa paciente não aceitasse nossa ajuda. Após algumas semanas, em um novo contato com nossa paciente, a mesma mais receptiva, aceitou nossa presença e assim pudemos concluir concomitantemente a 1ª e 4ª etapa do PTS. Nessa última a paciente apresentava-se com lesão completamente cicatrizada e bem vascularizada, além do fato de que, empolgada, nos informou que conseguiu acompanhamento específico para a futura colocação de prótese. **Conclusão:** Durante a elaboração e implementação do Plano Terapêutico Singular, nos deparamos com momentos que jamais imaginávamos presenciar, como foi com a nossa paciente ao negar nosso apoio em um momento de falta de saúde e que ela carecia de ajuda. Em alguns momentos, chegamos a crer que não conseguiríamos finalizar o nosso PTS e que ao final do estágio não teríamos material suficiente para

apresentar o resumo de nosso trabalho feito durante semanas. No entanto é compreensível que vivenciando a situação de fragilidade, cria-se uma desconfiança, uma autodefesa e que diante disso, devemos aprender a conviver com esse tipo de paciente, visando moldar nossa capacidade de lidar com os mais variados tipos de pacientes objetivando sempre a sua qualidade de vida.

18. CUIDADOS PALIATIVOS COMO PILAR DO PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR AO PACIENTE ONCOLÓGICO

Amely Covalero¹, Enzo Carvalho¹, Rodrigo Piloto de O. Batanero¹, Andriara 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 de acadêmicos de medicina na elaboração e implantação do plano terapêutico singular através de visitas domiciliares para um paciente oncológico. **Relato:** Durante as visitas domiciliares foi acompanhado o caso de G.C., de 79 anos, que possui, além do câncer metastático outras doenças crônicas tais como: diabetes (insulina dependente) e hipertensão. Aferimos a pressão arterial, verificamos sinais vitais e a glicosimetria capilar, além de realizamos todo o processo de anamnese e exame físico, constatando que as enfermidades estavam todas sob controle e que o paciente mantinha eficazmente a terapêutica, realizando acompanhamento e tratamento através da quimioterapia do câncer (intestinal como foco primário) no Hospital de Base. Sua queixa principal, além da situação econômica desfavorável, era de que vinha experimentando episódios de hipotensão, portanto, a medicação para a HAS seria prejudicial nesses momentos. Com o auxílio da UBSF Maria Lúcia, e a equipe de enfermagem, foram arranjadas visitas 3 vezes por semana para a aferição da pressão. Entretanto, devido a importância desse sintoma, a família do paciente se dispôs a comprar um aparelho para que fosse feito diariamente. Durante as duas visitas ele se apresentava estável, lúcido, e sem queixas maiores. Desse modo, a implantação do Projeto Terapêutico singular se mostrou trabalhosa e árdua visto que os únicos cuidados que poderiam ser oferecidos aquele paciente se encontravam na classificação de paliativos. Após diversas reuniões onde foi analisado o perfil da família, o genograma, escala de Coelho e a discussão com a equipe, priorizou-se a melhora da qualidade de vida do paciente, sendo esse o foco do PTS, e trabalhamos com orientações no sentido de cuidar das necessidades emocionais, sociais e espirituais do paciente e de sua família, respeitando sempre seus valores e crenças, prevenindo uma possível depressão e ajudando-o a aceitar e lidar melhor com a sua doença. Apesar de a opção de agendar sessões com um psicólogo não ter sido necessária, recomendamos, não só a ele como aos outros membros da família, o centro de inclusão solidária nasce a esperança (CISNE) para a prática de atividades de lazer na medida do possível, pequenas caminhadas no bairro, e o apoio dos familiares, afim de que o cuidado integral, não apenas medicamentoso, seja alcançado para que o paciente possa desfrutar da vida nos próximos anos. **Conclusão:** Concluimos, portanto, que o PTS na teoria e o PTS na prática são enormemente diferentes, visto a dificuldade de implantação do projeto, seja por parte do paciente, por dificuldades técnicas, falta de suporte governamental ou ainda todas as causas juntas. No PTS a dificuldade existe também por não olhar exclusivamente para o paciente, mas para o entorno social em que ele vive e para seus familiares. No nosso caso relatado, a grande dificuldade que tivemos foi ter a maturidade de enxergar meios de auxiliar nosso paciente, um idoso de 79 anos com diagnóstico de metástase. No entanto com embasamento científico do estudo que nos foi confiado e com o auxílio e experiência daqueles que nos orientam, descobrimos meios de auxiliar nosso paciente e o fizemos com nossa maior dedicação e vontade. Assim finalizamos nosso projeto, no qual passamos por dificuldades e descrenças, com ar de vitória, com sentimento de dever cumprido e com sensação de que o PTS nos trouxe enormes conhecimentos práticos e teóricos que levaremos por toda a vida profissional.