



**Programa de Integração Comunitária**

Dezembro de 2016

Volume 3

Número 5

2016

**5<sup>o</sup> Anais** do **PTS**  
Projeto  
Terapêutico  
Singular

**São José do Rio Preto, SP**

**2016**

# 5<sup>o</sup> 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.

*Preceptorias:*

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. 5 - São José do Rio Preto: Editora  
Faceres, 2016.

31 p.;

ISSN: 2595-6523

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

# **5<sup>o</sup> Anais do PTS** **Projeto Terapêutico Singular**

Volume 3, Número 5, 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

Dezembro de 2016

# SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	6
FERNANDA APARECIDA NOVELLI SANFELICE .....	6
<b>01. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA UBS-CENTRAL</b> .....	7
BEATRIZ ABREU SILVA DE OLIVEIRA <sup>1</sup> , CAROLINE DA S. CORTEZ SANCHEZ <sup>1</sup> , RENATA P. B. VILELA <sup>2</sup> .....	7
<b>02. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS): MELHORANDO A QUALIDADE DE VIDA DAS FAMÍLIAS</b> .....	8
KASSIM GUZZON HUSSEIN <sup>1</sup> , PEDRO HENRIQUE MAGALHÃES <sup>1</sup> , RENATA P. BERETA VILELA <sup>2</sup> .....	8
<b>03. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS): IMPLANTAÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS) CENTRAL</b> ....	9
NADIANE SCHIEFELBEIN <sup>1</sup> , RAFAELA GARCIA FORTES <sup>1</sup> , RENATA PRADO BERETA VILELA <sup>2</sup> .....	9
<b>04. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS): RELATO DE CASO DE UM PACIENTE ESQUIZOFRÊNICO</b> .....	10
PAULO AFONSO ORTEGA ARAUJO <sup>1</sup> , WILLIAN TATSUYA TAJI <sup>1</sup> , RENATA P. BERETA VILELA <sup>2</sup> .....	10
<b>05. APLICABILIDADE DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) EM PACIENTE PORTADOR DE COMORRIDADES CRÔNICAS E ACAMADO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE VASCULAR ENCÉFÁLICO (AVE)</b> .....	11
ANELIS MORETTI DE ANDRADE <sup>1</sup> , RODRIGO MIRANDA RAMOS BORGES <sup>1</sup> , FERNANDA APARECIDA NOVELLI SANFELICE <sup>2</sup> .....	11
<b>06. O CUIDADO COM IDOSO VULNERÁVEL NO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)</b> .....	12
ISABELLA COSTA BRAGA <sup>1</sup> , MICHELE QUEIROZ BALECH <sup>1</sup> , FERNANDA NOVELLI SANFELICE <sup>2</sup> .....	12
<b>07. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO ESTRATÉGIA DE PRÁTICA DA MULTIDISCIPLINARIDADE NAS AÇÕES DE SAÚDE</b> .....	13
AMANDA DE MACEDO F. MACHADO <sup>1</sup> , NATALIA VIANA DE MORAIS <sup>1</sup> , FERNANDA APARECIDA NOVELLI SANFELICE <sup>2</sup> .....	13
<b>08. PLANO TERAPEUTICO SINGULAR (PTS): FAMÍLIA VULNERÁVEL</b> .....	14
JONAS EDUARDO NUNES FRANCO NETO <sup>1</sup> , MARCELA AWADA <sup>1</sup> , MÁRCIA AYRES <sup>2</sup> .....	14
<b>09. PLANO TERAPEUTICO SINGULAR (PTS): AUXILIANDO NAS VULNERABILIDADES DAS FAMÍLIAS.</b> .....	15
MARCELO JUNQUEIRA <sup>1</sup> , MARIANA CERATTI <sup>1</sup> , NATÁLIA LÓIS <sup>1</sup> , MÁRCIA AYRES <sup>2</sup> .....	15
<b>10. PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO ESTRATÉGIA DE MELHORIA DE VIDA</b> .....	16
ANA PAULA BETTINI <sup>1</sup> , HEITOR ALMAGRO <sup>1</sup> , MARCIA AYRES <sup>2</sup> .....	16
<b>11. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR – CONJUNTO DE ATOS QUE MUDARM A VIDA DE UMA FAMÍLIA VULNERÁVEL</b> 17	
GABRIELA SANCHEZ DEL FAVERO <sup>1</sup> , LUIZ GABRIEL MILANEZ ROCHI <sup>1</sup> , KARINA RUMI DE MOURA <sup>2</sup> .....	17
<b>12. PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR: CRIAÇÃO DE VÍNCULO DA FAMILIA COM A UBSF VILA MAYOR</b> .....	18
LUIZA LATORRE <sup>1</sup> , MARIAH GIULIA BENVENUTO SANTOS <sup>1</sup> , PEDRO LUIZ DE SOUZA MARANO <sup>1</sup> , KARINA RUMI DE MOURA <sup>2</sup> .....	18
<b>13. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: VIVENCIANDO UMA EXPERIÊNCIA DE IMPLEMENTAÇÃO</b> .....	20
LUIZ SERGIO MILANEZ RONCHI <sup>1</sup> , PENELOPE FRANSCISCO PEREIRA <sup>1</sup> , KARINA RUMI DE MOURA <sup>2</sup> .....	20
<b>14. A DIFICULDADE NA IMPLANTAÇÃO DO PTS EM PACIENTE COM DPOC E DOENÇA DE CROHN</b> .....	21
THALES CÂMERA <sup>1</sup> , AMÉRICO MARTINS <sup>1</sup> , KARINA RUMI DE MOURA <sup>2</sup> .....	21
<b>15. ACOMPANHAMENTO DE UMA FAMÍLIA COM O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR EM UM CASO DE IDOSO ACAMADO</b> .....	22
VINÍCIUS T. GOYA <sup>1</sup> , MATHEUS M. MUNARETTO <sup>1</sup> , JOÃO CLAUDINO F. NETO <sup>1</sup> , JANAINA BENATTI DE ALMEIDA <sup>2</sup> .....	22

<b>16. APLICAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) EM FAMÍLIAS DE CUIDADORES IDOSOS E VULNERÁVEIS</b>	<b>24</b>
AMANDA GUIMARAES AZEVEDO <sup>1</sup> , ANGELA BAGGIO MARIA <sup>1</sup> , FERNANDA CARROCINI CAPELIM <sup>1</sup> , JANAINA BENATTI DE ALMEIDA <sup>2</sup> .....	24
<b>17. APLICAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) COMO MELHORA NA QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES DE PACIENTE ACAMADO .....</b>	<b>25</b>
FLÁVIO DOS SANTOS <sup>1</sup> , MICHELLE KOYAMA <sup>1</sup> , HUGO AIDAR <sup>1</sup> , JANAINA BENATTI DE ALMEIDA <sup>2</sup> .....	25
<b>18. DESAFIOS NA IMPLANTAÇÃO DO PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR EM PACIENTES DE DIFÍCIL ADEÇÃO AO TRATAMENTO.....</b>	<b>27</b>
LUAN MARCELL DA SILVA BORGES <sup>1</sup> , LUCAS GONÇALVES NAVES <sup>1</sup> , LUIS FERNANDO BUENO DE BUENO <sup>1</sup> , FERNANDA LUCIANA CALEGARI <sup>2</sup>	27
<b>19. ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES ACAMADOS E ATENÇÃO COM A SAÚDE DOS CUIDADORES .....</b>	<b>28</b>
GABRIELA DE MARCO CUGINOTTI <sup>1</sup> , RAISA NALIN BUCATER <sup>1</sup> , FERNANDA CALEGARI <sup>2</sup> .....	28
<b>20. DIFICULDADE NA ADEÇÃO DO PTS DE UMA PACIENTE IDOSA COM FOBIAS E DISGEUSIA APÓS QUADRO DE AVC</b>	<b>29</b>
ANA CRISTYNA SAAD MURAD <sup>1</sup> , HELENA ROHDEN SERAFIM <sup>1</sup> , VANESSA NATHÁLIA PEREIRA CASTRO <sup>1</sup> , ANDIARA JUDITE ALVES ARRUDA <sup>2</sup>	29
<b>21. DIFICULDADE NA IMPLANTAÇÃO DO PTS.....</b>	<b>30</b>
CAROLINE GARCIA FRANCISCO <sup>1</sup> , LAURA MARCELINO GOMES NOGUEIRA <sup>1</sup> , LETÍCIA SANTOS BORGES <sup>1</sup> , ANDIARA JUDITE ARRUDA <sup>2</sup> .....	30
<b>22. REFLEXÕES DIANTE DO ABANDONO DE IDOSOS DURANTE A IMPLANTAÇÃO DO PTS.....</b>	<b>31</b>
ANDRESSA DAINEZI <sup>1</sup> , PEDRO VICTOR LINHARES SILVA <sup>1</sup> , RAFAEL BALI MOREIRA <sup>1</sup> , ANDIARA JUDITE ALVES <sup>2</sup> .....	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](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf) >

---

## 01. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA UBS-CENTRAL

Beatriz Abreu Silva de Oliveira<sup>1</sup>, Caroline da S. Cortez Sanchez<sup>1</sup>, Renata P. B. Vilela<sup>2</sup>

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 no desenvolvimento do Projeto terapêutico Singular (PTS) durante a disciplina de Programa de Integração Comunitária (PIC) da Faculdade Ceres. **Relato:** PTS consiste em um conjunto de medidas realizadas por uma equipe multidisciplinar para melhor acesso à saúde. Plano realizado em cinco etapas, sendo, **Primeira etapa:** foi realizada visita domiciliar (VD) no dia 16 de agosto de 2016, A. L. T. (59 anos), masculino, aposentado, mora com seu irmão I.T. (54 anos), masculino, desempregado. Por meio da anamnese e exame físico constatou-se quadro de obesidade, hipertensão arterial sistêmica (HAS), asma e dificuldade na deambulação devido atropelamento prévio (há cinco anos) que ocasionou dismetria de MMII (D>E), refere dor crônica em MIE, impossibilitando-o de realizar suas atividades de vida diária. Relata aguardar cirurgia bariátrica, no entanto, não soube informar em qual instituição de saúde. Apresenta relacionamento conflituoso e sem afeto com o irmão com quem divide o domicílio, porém apresenta bom relacionamento com os outros irmãos, que o auxiliam em sua manutenção de saúde. **Segunda etapa:** realizado o genograma, ecomapa familiar e a classificação na escala de coelho, sendo a família classificada como R1 (risco leve). **Terceira etapa:** Elaborado plano de ações compartilhado, que incluiu a identificação dos problemas, definição das equipes responsáveis por cada área e a busca pela solução. Todo o plano foi apresentado para a equipe de saúde da UBS Central demonstrando as dificuldades do paciente como o acesso à saúde, transporte e lazer, a presença de suas enfermidades em especial a obesidade e HAS. As principais propostas de ação foram a inclusão em grupos de ajuda na UBS (HAS e alimentação), avaliação da fila de espera para a cirurgia bariátrica, localização da família para esclarecimento do quadro e orientações em relação à uma dieta balanceada. **Quarta etapa:** No dia 20 de setembro de 2016, foi realizado o retorno de VD para implantação do plano terapêutico. A. L. T. estava mais animado e receptivo que anteriormente, foram feitas orientações sobre a importância de uma alimentação balanceada. **Quinta etapa:** no dia 08 de novembro de 2016 ao apresentar o relato a equipe de saúde foi verificado em prontuário eletrônico que o paciente realizou a consulta na UBS Central com generalista para controle de HAS e foi encaminhado para o grupo de reeducação alimentar (GEA) para tratamento de sua obesidade, assim como proposto. O contato com o hospital que realiza a cirurgia bariátrica foi feito, porém não houve resposta até o fechamento do trabalho. **Conclusão:** Conclui-se que a realização do PTS proporciona ao acadêmico uma experiência positiva em sua formação, fazendo uma integração entre a teoria e prática e estabelecendo um vínculo com o paciente incentivando um olhar integral e humanista. Quanto ao paciente pontua-se apesar da cirurgia bariátrica ser a solução para a maioria dos problemas do paciente, a conscientização sobre alimentação regular e regrada, a frequência no grupo de Hipertensos, a necessidade de exercícios físicos e o uso de medicamentos adequado é fundamental para melhorar sua qualidade de vida.

---

## 02. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS): MELHORANDO A QUALIDADE DE VIDA DAS FAMÍLIAS

Kassim Guzzon Hussein<sup>1</sup>, Pedro Henrique Magalhães<sup>1</sup>, Renata P. Bereta Vilela<sup>2</sup>

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 um projeto terapêutico singular (PTS) para uma família vulnerável atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) através da Unidade Básica de Saúde (UBS Central). Implantar o PTS no contexto da multiprofissionalidade. **Relato:** Este semestre durante a disciplina do Programa de Integração Comunitária (PIC), foi selecionada uma família vulnerável para a elaboração e implementação do PTS. **Primeira etapa:** No dia 16 de agosto de 2016 realizamos a visita domiciliar (VD) na residência da D.N, 74 anos, feminino, apresenta dificuldade de deambulação, necessitando de “muletas”, devido artrite reumatoide há 57 anos, apresentava edema, dor e dificuldade de movimentos nas articulações, principalmente nos joelhos, mãos e pés. Outros fatores que agravavam o problema eram a falta de acessibilidade da casa e o excesso de peso da paciente. Além disso, ao exame físico apresentava uma lesão em seu MIE, há 4 meses, sem sinais de cicatrização, devido a uma insuficiência venosa em membros inferiores. **Segunda etapa:** consistiu no desenvolvimento do genograma e ecomapa da família, para identificação dos principais problemas que se instalavam no âmbito familiar como um todo. **Terceira etapa:** realizada uma reunião com a equipe da UBS Central, onde expomos o caso vivenciado na visita e colocamos ideias para ajudar na melhoria da qualidade de vida da paciente, que foram: fisioterapia para melhora dos movimentos, retorno ao ortopedista que havia indicado cirurgia nos dois joelhos e o acompanhamento com a nutricionista para perda de peso. **Quarta etapa:** implementação do PTS através de retorno de VD, ao orientar a paciente a mesma se mostrou resistente a fisioterapia, indagando que devido cirurgia de artroplastia de quadril o ortopedista havia suspenso a fisioterapia. Foi marcado consulta ao ortopedista para acompanhamento de sua patologia e a mesma relatou já estar fazendo acompanhamento com a Nutricionista para perda de peso. **Quinta etapa:** após apresentação do relato a equipe, observou-se a desconhecimento dos problemas vivenciados pela paciente pela equipe e segundo a enfermeira da unidade será agendado VD para acompanhamento. **Conclusão:** Concluímos que o PTS é indispensável no âmbito da saúde coletiva, havendo uma melhora significativa na qualidade de vida não só da paciente mas da família como um todo, mostrando a importância da visão geral do paciente: física, mental e social.

---

### 03. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS): IMPLANTAÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS) CENTRAL

Nadiane Schiefelbein<sup>1</sup>, Rafaela Garcia Fortes<sup>1</sup>, Renata Prado Bereta Vilela<sup>2</sup>

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:** Inicialmente foi selecionada uma família vulnerável, que necessitasse de um atendimento multiprofissional e a realização do PTS. **Relato:** O PTS foi desenvolvido nas seguintes etapas, **Primeira etapa:** M.L.P de 86 anos, feminino e M.P., 59 anos, feminino (filha de M.L.P). Ambas residiam em um domicílio simplório, nível socioeconômico e educacional baixo. Domicílio apresentava boas condições de higiene e organização, atividades realizadas por M.P. A análise de prontuário de M.L.P, contatou-se a hipótese diagnóstica de Alzheimer, derrame pulmonar e acometimento de articulação do joelho. Durante a primeira visita domiciliar (VD) constatou-se deambulação por pequenas distâncias, entretanto com o decorrer da idade e fratura em osso de quadril tornou-se restrita a sua cama conseguindo sentar utilizando apoios como uma cadeira de rodas e cadeira de higienização. Além das poliqueixas em prontuário, a paciente sabidamente era hipertensa e usava medicamentos como Atenolol (25mg), Captopril (25mg) e hidroclorotiazida (25mg). **Segunda etapa:** Foi realizado genograma, ecomapa, classificação da família e levantamento de problemas. **Terceira etapa:** Discutido plano de ações com a equipe multiprofissional da UBS Central, inicialmente foi sugerido encaminhamento para geriatra, no entanto, foi inviável, avaliação da farmacêutica para melhor organização da polifarmácia, transporte para facilitar a locomoção da paciente, e visita da nutricionista do NADS (Núcleo de Apoio ao Distrito de Saúde), pois, a alimentação não era adequada. **Quarta etapa:** Foi realizada novamente VD para nova avaliação e orientação quanto a busca de auxílio. **Quinta etapa:** Foi apresentado o relato de caso aos profissionais da UBS central e realizado busca no prontuário eletrônico, onde contatou-se que a paciente foi encaminhada ao neurologista, onde estava aguardando a consulta, porém já havia sido atendida pelo generalista da unidade para controle das comorbidades. Somente essa ação havia sido realizada até o momento. **Conclusão:** Ao final do Projeto Terapêutico singular (PTS), implementamos o objetivo principal uma vez que houve a condução a um neurologista para confirmação de hipótese diagnóstica, proporcionando assim melhoria na qualidade de vida e saúde da usuária do SUS. No entanto, devido o curto período de tempo não conseguiu-se implantar todas as ações, dessa forma, foi passado a equipe o caso para que continuem assistindo a usuária e finalizando a implantação do PTS.

---

## 04. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS): RELATO DE CASO DE UM PACIENTE ESQUIZOFRÊNICO

Paulo Afonso Ortega Araujo<sup>1</sup>, Willian Tatsuya Taji<sup>1</sup>, Renata P. Bereta Vilela<sup>2</sup>

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:** Implantar o Projeto Terapêutico Simples (PTS) para auxiliar no tratamento de um portador de Esquizofrenia Paranóide. **Relato:** No segundo semestre de 2016 aprendemos sobre o PTS, que consiste em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito ou família, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. Desta forma, este foi aplicado a um paciente, masculino, de 60 anos, com diagnóstico de Esquizofrenia Paranóide (CID: F20.0). A esquizofrenia é uma doença mental crônica que se manifesta na adolescência ou início da idade adulta. No Brasil estima-se que há cerca de 1,6 milhões de esquizofrênicos, O tratamento da esquizofrenia visa o controle dos sintomas e a reintegração do paciente, a partir de medicamentos e abordagem psicossocial. Os familiares são aliados importantíssimos no tratamento e na reintegração do paciente. O PTS é dividido em cinco etapas, sendo, **Primeira etapa:** No dia 16 de agosto de 2016, realizamos a visita domiciliária (VD) na residência de J.T., 91 anos, feminino, com a intenção de verificar seu atual estado de saúde, pois a mesma havia passado por uma Osteossíntese de fêmur. Após abordagem verbal verificamos que a mesma apresentava-se hígida e com boa evolução clínica, no entanto, S.T, masculino, 60 anos, filho de J.T, portador de esquizofrenia paranóide necessitava de maiores cuidados. O mesmo não faz um acompanhamento adequado para sua doença e faz um uso excessivo de cigarros (aproximadamente 100 /dia). Houve relatos de que S.T não gosta de profissionais da saúde, fato comprovado, já que assim que chegamos na casa, ele se ausentou, também houve informações de internações forçadas em hospitais psiquiátricos fator que pode ter contribuído ao distanciamento do paciente com os profissionais de saúde. **Segunda etapa:** Foi realizado genograma e ecomapa e classificação da família. Foi proposto criar um plano terapêutico para melhorar o estado de saúde do paciente e sua família. **Terceira etapa:** No dia 30 de agosto fomos a UBS Central, onde tivemos a oportunidade de conversa com alguns profissionais da unidade, entre eles a gerente. Na atividade relatamos o caso e apresentamos o plano de ação proposto: acompanhamento psicológico, consulta ao dentista para avaliação rotineira, no entanto, a equipe nos informou que ele teve algumas consultas marcadas, mas, apresentava-se faltoso. **Quarta etapa:** No dia 20 de setembro retornamos a casa, para implementação do projeto, especialmente tentar esclarecer à S.T. os riscos do estilo de vida que ele estava levando. Assim que chegamos ele quis sair, no entanto, após abordagem verbal, conseguimos convencê-lo dialogar. Foi abordado sobre a necessidade de consultas regulares ao médico para avaliação do estado de saúde e acompanhamento da patologia. Foi verificado que o mesmo estava com uma consulta agendada ao Psiquiatra, o mesmo relatou que iria, mas, mostrou-se resistente as orientações para diminuir o tabaco. **Quinta etapa:** ao apresentar o relato a equipe de saúde e consulta em prontuário eletrônico, verificou-se que o mesmo compareceu à consulta psiquiátrica, no entanto, os exames laboratoriais solicitados não foram realizados pelo paciente na data agendada. **Conclusão:** Concluímos que devido o curto período de tempo a única ação que conseguimos implementar foi a abordagem do paciente para convencê-lo a ir na consulta com o especialista e orienta-lo sobre os riscos do seu atual estilo de vida, e o que isso poderia trazer futuramente para a sua saúde e àqueles que o cercam.

## 05. APLICABILIDADE DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) EM PACIENTE PORTADOR DE COMORDIDADES CRÔNICAS E ACAMADO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE VASCULAR ENCÉFÁLICO (AVE)

Anelis Moretti de Andrade<sup>1</sup>, Rodrigo Miranda Ramos Borges<sup>1</sup>, Fernanda Aparecida Novelli Sanfelice<sup>2</sup>

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 entendido como um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas em discussão coletiva interdisciplinar, com o objetivo de planejar as ações em saúde na Estratégia de Saúde da Família. Em nossa aplicação de PTS, foi visado uma reinserção social do usuário através de ações que envolvam a melhoria da saúde, a educação, o esporte, a cultura e o lazer, tentando assim, restabelecer os vínculos fragilizados ou perdidos ao longo do processo de adoecimento. **Relato:** Durante nossa primeira visita domiciliar no dia 16/10/2016, iniciamos a primeira fase do PTS, definindo a proposta de ação e reconhecendo a família. O paciente V.B. de 67 anos, acamado, se encontrava em casa juntamente com a esposa e a cuidadora, que relataram histórico de 4 AVEs, que o deixaram nesta situação. O Sr. V.B se encontrava bastante nervoso e irritado, tendo a esposa relatado agressões verbais de frequência diária, e até um caso de agressão física. O paciente relatava dor na perna esquerda, principalmente na articulação coxo femoral, após uma queda de sua própria altura, que acabou lesionando o fêmur. A dor piorava com movimentos. Além de todos esses infortunos, o paciente é hipertenso e diabético, o que acaba agravando mais o caso. O casal possui um filho, e o paciente mais outros dois, do seu primeiro relacionamento. O filho com a sua esposa atual ajuda nas despesas da casa, juntamente com o salário da mãe/esposa do paciente, que trabalha junto com ele em uma serralheria. Após o reconhecimento da família discutimos com a equipe de Saúde sobre os principais pontos de vulnerabilidade que poderiam ter intervenção, chegando a conclusão que o paciente necessitava de profissionais como um fisioterapeuta, um psicólogo e um médico. O primeiro atuaria de forma a reduzir os danos físicos e contribuiria na qualidade de vida do idoso, retirando a dor física. O segundo atuaria com foco na relação do marido e da esposa, melhorando também o estado de saúde mental do paciente e das cuidadoras. O médico, por último, faria as avaliações subsequentes, principalmente relacionadas às medicações, ao diabetes e a hipertensão arterial. Por fim, até a data do segundo encontro com o paciente, não havia acontecido visitas por parte de nenhum profissional, porém, mesmo assim, percebemos uma melhora na relação e no humor do mesmo, que se encontrava menos nervoso e preocupado. As dores continuavam, mas já havia sido marcada uma visita da médica da unidade para avaliação e possível encaminhamento. Alguns hábitos básicos e simples, como os relacionados com a alimentação e os banhos de sol também foram melhorados após nossas orientações na primeira visita. **Conclusão:** Tivemos diversos pontos positivos em nosso envolvimento na elaboração desse projeto. Nós, acadêmicos, pudemos desenvolver e aprender teórica e praticamente, sobre um item importantíssimo da Estratégia de Saúde da Família, além de ajudar a trazer benefícios significativos para o bem estar e a saúde de um indivíduo, em situação de fragilidade, e sua família, como um todo. É de se destacar também, a proximidade com a equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde da Família do Jardim Americano envolvida, que se empenhou e nos ajudou como pôde para alcançarmos o grande objetivo do nosso projeto, que é, sucintamente, a promoção da saúde.

---

## 06. O CUIDADO COM IDOSO VULNERÁVEL NO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)

Isabella Costa Braga<sup>1</sup>, Michele Queiroz Balech<sup>1</sup>, Fernanda Novelli Sanfelice<sup>2</sup>

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:** Introdução aos alunos do quarto semestre do curso de Medicina da Faceres ao Projeto Terapêutico Singular (PTS), no qual o paciente deixa de ser analisado como um sujeito individual, mas sim coletivo e em seu contexto familiar e social. **Relato:** Durante a quarta etapa do Programa de Integração Comunitária (PIC) os alunos vivenciam a experiência do Projeto Terapêutico Singular (PTS), o qual busca modificar os preceitos de tratar os “sinais e sintomas” do paciente, e destinar-se ao cuidado integral da família e seu contexto social. Na primeira fase, o “Diagnóstico”, visitamos S.Q.R, 73 anos, e O.F.R, 74 anos, realizamos exame físico, verificação dos sinais vitais e anamnese. A casa em que viviam era bem cuidada e com boas condições de higiene. O casal mantinha uma ótima relação, na qual S.Q.R. fazia alguns serviços domésticos e cuidava da esposa. S.Q.R é portador de Hipertensão Arterial Sistêmica, Dislipidemia, Hipotireoidismo, Hipogonadismo, Insuficiência Cardíaca e Gota. O.F.R. é portadora de Hipertensão Arterial Sistêmica, Hipotireoidismo, Dislipidemia e não consegue se locomover devido intensas dores nos membros inferiores e na coluna. Ambos possuem diagnóstico de Depressão e apresentavam-se extremamente angustiados, deprimidos e insatisfeitos com a vida, além de não manter uma boa relação com seus filhos. Durante a visita orientamos sobre cuidados diários com alimentação, lazer e a relação entre eles e seus filhos. Tentamos estimular a autoestima do casal, buscando o olhar sobre tudo o que conquistaram durante suas vidas e os desafios já ultrapassados. Após a visita construímos o Genograma e Ecomapa da Família. A segunda fase, baseou-se na apresentação da família a equipe multidisciplinar da Unidade Básica de Saúde da Família Jardim Americano, com o objetivo de buscar sugestões e apresentar melhorias para os problemas enfrentados pela família. Na terceira fase, retornamos à residência da família para implementação das ações propostas e constatamos que, infelizmente, para melhoria da qualidade de vida destes pacientes não depende de nós alunos, mas sim de um sistema mais complexo. A família estava reestabelecendo laços com seus filhos, os quais estavam procurando ajuda para melhoria da saúde da mãe e do pai. Na quarta fase, realizou-se reunião com a equipe da unidade para avaliação/reavaliação do Projeto Terapêutico Singular, desenvolvido pelas alunas, onde buscamos ressaltar a importância de uma visita para avaliação da psicóloga, fisioterapeuta e nutricionista. **Conclusão:** O Projeto Terapêutico Singular realizado no PIC, tem como o objetivo despertar o interesse pela Saúde Pública apontando para uma nova perspectiva do serviço de saúde ainda pouco aderida pelos serviços. Todavia, a atividade apresenta dificuldades em sua execução como a falta de profissionais habilitados para atender toda a população abrangente, a falta de integração e apoio familiar e falta de recursos do Estado.

---

## 07. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO ESTRATÉGIA DE PRÁTICA DA MULTIDISCIPLINARIDADE NAS AÇÕES DE SAÚDE

Amanda de Macedo F. Machado<sup>1</sup>, Natalia Viana de Moraes<sup>1</sup>, Fernanda Aparecida Novelli Sanfelice<sup>2</sup>

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 tem como objetivo impor melhorias, através de propostas, na qualidade de vida da família de acordo com o atual momento em que ela se encontra. Para isso, foram utilizados uma equipe multidisciplinar para garantir um atendimento completo. **Relato:** No dia 16/08/2016 foi realizado a primeira Visita Domiciliar, com o intuito de iniciar o Projeto Terapêutico Singular (PTS), na casa do Sr. M.Y (77 anos), da Sra. T.S.Y (69 anos) e A.Y (37 anos). Foram colhidas algumas informações referente a estrutura familiar, anamnese e exame físico. Em julho de 2015, o paciente M.Y. foi diagnosticado com Doença de Parkinson, a qual progrediu consideravelmente no ultimo ano, deixando-o acamado e vulnerável. Além de muito emagrecido, fraco e impossibilitado de suas ações diárias. Sua esposa T.S.Y relatou sobre seu quadro clínico atual e nos informou sobre como sua doença progrediu tão rapidamente tornando-a cuidadora do seu esposo. A Sra. T.S.Y foi cuidadora de sua mãe durante muitos anos, logo após ela falecer, o Sr. M.Y. iniciou os sintomas da doença e logo se tornou impossibilitado de fazer suas ações. Assim, a esposa se viu diante de um quadro de cuidadora novamente. A mesma possui algumas enfermidades, como a artrose, a qual limita seu trabalho devido as intensas dores na coluna e ombros. Ademais, a Sra T.S.Y. apresentava-se muito triste e depressiva, justificada pelo quadro do marido e cansaço pelos anos de cuidadora. O casal possui quatro filhos, porém apenas um reside no Brasil e os outros no Japão, assim a Sra T.S.Y. não recebe ajuda suficiente para os cuidados do marido, sendo que o filho é bastante distante da família, ajudando-a apenas nas aspirações das secreções, identificado na segunda visita. Após a visita, desenvolvemos o Genograma e o Ecomapa da família, para melhor entendermos as enfermidades e suas relações com a comunidade. Dessa maneira, pudemos apresentar para a equipe de saúde multidisciplinar as soluções e planos validos para a melhora do quadro em que a família se encontra. As ações propostas para a família foram: atuação de no mínimo 3 profissionais do Núcleo de Apoio Distrito Saúde (NADS), sendo eles: nutricionista, fisioterapeuta e psicólogo. O nutricionista se mostra essencial já que apesar do biótipo do paciente, este encontra-se aparentemente muito emagrecido. O fisioterapeuta atuaria na avaliação dos movimentos do acamado e na esposa que sofre de dores causadas pela osteoartrose. Já o psicólogo seria voltado para a saúde mental da esposa, que além disso também é cuidadora do próprio marido. Por fim, implantamos as ações que propomos com atenção na família. **Conclusão:** A adoção do PTS na casa do Sr. M.Y nos permitiu uma estratégia de grande alcance a curto e longo prazo para todos os moradores.

---

## 08. PLANO TERAPEUTICO SINGULAR (PTS): FAMÍLIA VULNERÁVEL

Jonas Eduardo Nunes Franco Neto<sup>1</sup>, Marcela Awada<sup>1</sup>, Márcia Ayres<sup>2</sup>

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 apresentar e descrever as etapas de um Plano Terapêutico Singular (PTS) elaborado dentro de uma visita domiciliar, visando a importância dos mesmos, tanto para a família em questão quanto para o serviço de saúde. **Relato:** No dia 16/08/2016 foi realizado a primeira etapa do PTS, composta pela identificação da família (prontuário 05/035) e posterior Visita Domiciliar na casa da Sra. A.O.M. (83 anos, mãe), Sra. L.M.S. (56 anos, filha), Sra. T.M. (50 anos, filha), Sr. P.M. (48 anos, filho), Srta. B.M.C. (11 anos, neta). Foi constatado também que a família é altamente dependente da ajuda de uma irmã que mora na casa em frete à residência visitada. Durante a visita foram colhidas informações referentes a saúde e a estrutura familiar dos mesmos. A paciente que levou a equipe ao caso, Sra. L.M.S. foi diagnosticada com câncer de língua e passava por tratamentos constantes, o que estaria dificultando a deglutição de alimentos por constante dor e contribuindo com o seu emagrecimento. A mãe, Sra. A.O.M., possui marcapasso e sofreu uma queda recentemente e está com uma lesão na perna direita com característica de escoriação, além de estar extremamente fraca e com dificuldades de deambulação. Essa recebe o auxílio idoso do governo. A irmã, Sra. T.M., apresentava convulsões no passado, passou por uma lobotomia e hoje em dia controla sua saúde com medicações, e também apresenta limitações cognitivas. O irmão, Sr. P.M., é diabético e como complicação perdeu a visão há 6 anos. Além disso faz hemodiálise 3 vezes por semana acompanhado da irmã. A sobrinha, Srta. B.M.C., não possui patologias constatadas. A segunda etapa do PTS, realizada no dia 23/08/2016 consistiu na realização do Genograma e do Ecomapa com dados referentes a família e suas principais atividades, buscando rastrear riscos e observar opções para a família. Durante a terceira etapa, no dia 30/08/2016, além da discussão do caso e possíveis propostas com a Equipe de saúde da UBSF, esses informaram aos alunos sobre como proceder com essas propostas e assim avaliarem melhor as mesmas, em conjunto com toda a unidade e as adequarem para a família, de modo que tanto a aceitação quando adaptação fossem de sucesso. A quarta etapa foi destinada a Implementação do Projeto Terapêutico Singular junto à família e nessa as principais propostas foram: orientar os moradores da residência quanto as consultas que deveriam ser marcadas com os especialistas de cada caso específico, aconselhamento quanto a busca por auxílio do CRAS para o fornecimento de leite e o auxílio doença, orientação quanto a alimentação, avaliação psicológica de membros da família e a organização de remédios para todos os moradores em caixas de remédios individuais. Vale lembrar que, uma ação como essa, que avalia as necessidades individuais em um âmbito coletivo (família), são importantes para a unidade, pois otimizam o tempo e ajudam na articulação de propostas. Nessa fase também, ao chegarem na residência os alunos se depararam com um novo morador que é irmão da dona da casa e a Agente de Saúde que os acompanhava realizou o cadastro dele perante a UBSF e os alunos puderam checar os principais sinais vitais de todos os moradores da casa. **Conclusão:** Tendo em vista a problemática que atingia a família, múltiplas ações em conjunto com a equipe foram elaboradas e informadas a equipe da unidade, para que essa possa continuar a observar a família em questão, pelo fato de que encontram-se em uma situação de alto risco e são amplamente dependentes do serviço de saúde. Em suma, a experiência é de extrema valia para o aprendizado dos alunos, que seguindo todas as etapas do plano puderam acompanhar um processo de melhora na qualidade de vida e na estruturação familiar em questão.

---

## 09. PLANO TERAPEUTICO SINGULAR (PTS): AUXILIANDO NAS VULNERABILIDADES DAS FAMÍLIAS.

Marcelo Junqueira<sup>1</sup>, Mariana Ceratti<sup>1</sup>, Natália Lóis<sup>1</sup>, Márcia Ayres<sup>2</sup>

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 pode ser definido como uma estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar e leva em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está dirigido. Este conjunto de metas auxilia nas vulnerabilidades das famílias envolvidas, afim de minimizar seus prejuízos na relação saúde-doença. **Relato:** Na primeira etapa do PTS realizamos a visita domiciliar do prontuário 05/066, identificamos a família, na qual é composta por 3 membros, O. M. S. A. (69 anos), P. V. S. (63 anos), R. S. A (23 anos). A paciente aposentada, tem Diabetes e é controlada com Metilformina 500 mg, 2 vezes ao dia; há 10 anos teve hanseníase que deixou sequelas como, a perda da sensibilidade dos membros, portanto queima-se com frequência. Durante a visita, pudemos notar que se apresentou muito triste e desiludida da vida, relatou não ter nenhum tipo de atividade de lazer com a comunidade e nem mesmo com seu marido, leva uma vida pacata, onde realiza apenas atividades de casa. O marido, aposentado, sofre de hipertensão, asma e diabetes não controladas, pois não faz uso adequado das medicações prescritas. Ademais, faz uso de bebida alcoólica diariamente, o que o deixa agressivo verbalmente com a mulher, o que o faz sair de casa e voltar apenas quando der vontade, deixando-a preocupada. O filho, auxiliar de limpeza, apresenta sífilis, mas vive em boa saúde. Não queixa-se de nada, ajuda a mãe com tudo que pode e alerta a mãe sobre os cuidados do marido. A segunda etapa do PTS consiste no desenvolvimento do genograma e ecomapa da Família, permitindo identificar, de maneira mais rápida a dinâmica familiar e suas possíveis implicações. Durante a Terceira etapa do PTS, foram realizadas discussões com a equipe multiprofissional da Unidade Básica de Saúde da Família, para nos auxiliar nas ações propostas. Conclui-se que seria necessário um controle maior das enfermidade de O. M. S. A., como alimentação adequada, acompanhamento psicológico do NASF para melhora de seu quadro melancólico. O ingresso em grupos de apoio para pessoas nessa situação também seria interessante, assim como o ingresso em atividade da comunidade. Para P. V. S., o controle na medicação é de suma importância, é necessário um quadro didático de horário de tomada das medicações e cabe ao médico, orienta-lo quanto as reações adversas ao medicamento, em combinação com bebidas alcoólicas. Já para o R. S. A., é importante orientações quanto a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis e oferecer a ele, métodos contraceptivos. Com isso, na quarta etapa, que consiste na implantação do PTS, foram aplicadas as ações propostas e com grande adesão da família. **Conclusão:** Concluímos que o plano foi de suma importância, pois a família aderiu muito bem as ações propostas e se mostrou interessada com as informações dadas por nós. Sendo assim, os objetivos do PTS foram contemplados e tornou-o eficiente, melhorando então a qualidade de vida da família.

---

## 10. PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO ESTRATÉGIA DE MELHORIA DE VIDA

Ana Paula Bettini<sup>1</sup>, Heitor Almagro<sup>1</sup>, Marcia Ayres<sup>2</sup>

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 plano terapêutico singular realizado para o paciente A.B.C. **Relato:** Os acadêmicos da quarta etapa do curso de medicina, disciplina de Projeto de Integração Comunitária (PIC), realizaram como atividade curricular o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Foi realizada visita domiciliar na residência do paciente A.B.C., 63 anos, aposentado, com histórico progresso de mielite transversa aos 22 anos, a qual deixou como sequela, intensa dificuldade para se locomover. Durante a visita, foi realizada a aferição de sinais vitais, medidas antropométricas, anamnese e exame físico do paciente, sendo que, os dados colhidos, que refletem anormalidade, se referem à circunferência abdominal, Índice de Massa Corpórea (IMC) e à pressão arterial com os respectivos valores: 145cm, 32Kg/m<sup>2</sup>, 150/70mmHg. Durante a anamnese, o paciente referiu o histórico citado de mielite transversa e hipertensão arterial, sendo tratada pelo uso de Enalapril 10 mg. Durante o histórico familiar, o paciente informou sobre a morte de seu pai por câncer de próstata e de sua mãe por “diabetes”. Também referiu 5 irmãos falecidos, sendo 2 referidos de câncer, 1 de infarto e os outros 2 irmãos não soube citar a causa da morte. Negou tabagismo ou alcoolismo atualmente. Porém, referiu parar o uso de tabaco aos 30 anos de idade. Informou possuir bom sono e como atividade de lazer, pesca com os amigos ao menos uma vez por mês. Como trabalho informal, atua na manutenção de equipamentos domésticos, onde reportou gostar muito do trabalho do qual realiza. Como atividades físicas, o paciente referiu fazer unicamente levantamento de peso em sua própria residência. O mesmo relatou ainda não fazer fisioterapia, e, como principal fator limitante ao acesso à saúde, informou dificuldade de locomoção. Após a visita, mediante aos dados coletados, foram construídos o ecomapa e genograma do paciente, além da sua classificação na escala de coelho, como risco moderado (R2), devido a hipertensão e a deficiência física. Acadêmicos apresentaram o caso para a equipe multidisciplinar da Unidade Básica de Saúde da Família Jardim Simões/Renascença e debateram perante o caso para analisá-lo, a fim de propor melhorias na condição de vida do paciente A.B.C. **Conclusão:** Concluímos que as principais ações a serem tomadas para o paciente em questão são principalmente, apoio nutricional para a perda de peso e consequente diminuição do risco cardiovascular e melhora da locomoção. Outra ação relevante foi o encaminhamento do paciente para a Rede de Reabilitação Lucy Montoro, para melhora na dificuldade de locomoção, além das orientações quanto à importância dos exames para prevenção do câncer de próstata anualmente. Essas propostas foram apresentadas ao paciente e implantadas, contando com auxílio da equipe multidisciplinar, como principalmente nutricionista e fisioterapeuta do NASF.

---

## 11. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR – CONJUNTO DE ATOS QUE MUDAR A VIDA DE UMA FAMÍLIA VULNERÁVEL

Gabriela Sanchez Del Favero<sup>1</sup>, Luiz Gabriel Milanez Rochi<sup>1</sup>, Karina Rumi de Moura<sup>2</sup>

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 - foi criar soluções para os problemas enfrentados pela família vulnerável acompanhada. **Relato:** Na primeira fase do PTS constatamos as muitas dificuldades que a família tinha e que não eram solucionadas já que todos os membros da família eram idosos. Após a primeira visita à família alcançamos a segunda fase do PTS, conhecemos a casa da família e percebemos que esta necessitava de uma ajuda extra no que dizia respeito a saúde familiar: necessidade de acompanhamento com psicólogo, acompanhamento médico domiciliar, cadeira de rodas para transporte, enfermeira para curativos, além de visitas dos agentes de saúde para acompanhar e relatar a evolução do caso. A família era composta por 3 membros: APT 74 anos feminino, JT 99 anos masculino e LP 69 anos masculino. Juntamente com a equipe da unidade completamos a terceira etapa do PTS: marcamos visita domiciliar com o médico da unidade; constatamos a necessidade de recorrer ao SAD para avaliação de cuidados fisioterápicos e de curativos no paciente JT. Em conjunto com a Igreja Sagrado Coração de Jesus, conseguimos a cadeira de rodas tão almejada pela família para movimentar o paciente JT na própria casa. Na quarta etapa do PTS expusemos as soluções encontradas para a família, que rejeitou apenas a ajuda psicológica. Infelizmente, na data da visita domiciliar, o paciente JT estava internado na Santa Casa de Misericórdia de São José do Rio Preto/SP, vindo a óbito alguns dias depois, de causas naturais, aos 100 anos e 19 dias. **Conclusão:** Finalizamos o PTS com uma última visita à família, reiterando o convite para usufruírem da ajuda de um psicólogo, que rejeitaram novamente. O projeto foi bem-sucedido conseguimos suprir as necessidades da família e da melhor forma possível ampará-la frente a perda de um membro querido.

## 12. PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR: CRIAÇÃO DE VÍNCULO DA FAMÍLIA COM A UBSF VILA MAYOR

Luiza Latorre<sup>1</sup>, Mariah Giulia Benvenuto Santos<sup>1</sup>, Pedro Luiz de Souza Marano<sup>1</sup>, Karina Rumi de Moura<sup>2</sup>

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 visa promover a humanização e o atendimento integral dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Este trabalho teve como objetivo elaborar estratégias de ação e produção de cuidados que coloquem o usuário no centro da atenção e sua saúde como fim. Assim, providenciar a intervenção de outros profissionais da saúde ou serviços de apoio se necessário, e, finalmente, assegurar a alta e continuidade do acompanhamento em outra instância do sistema. **Relato:** A visita domiciliar da primeira etapa do PTS mostrou a realidade de uma família suscetível e vulnerável, que há dois anos trocou o meio rural pela vida urbana em São José do Rio Preto. O reconhecimento da família e de sua individualidade, evidenciou uma desproporção entre os oito moradores (um casal e seis filhos) e a residência de apenas 3 cômodos. A realização da Clínica Ampliada e da Escuta Qualificada forneceu informações importantes - a dona de casa R. L. O. (43 anos) por mais que apresentasse queixas como: fortes dores no tornozelo; hipertrofia das mamas; pressão arterial elevada (sem diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica), verminose e obesidade grau II (IMC= 38 Kg/m<sup>2</sup>), nunca havia frequentado os serviços de saúde oferecidos pela UBSF Vila Mayor. O marido L. J. (61 anos) era tabagista crônico, ex-etilista, portador de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e vítima recente de um AVE, que lhe causou grande dificuldade de deambulação e perda do emprego. As gêmeas G. O. e J. O. (5 anos), filhas do casal, apresentaram grande atraso no desenvolvimento, baixo peso e baixa estatura para a idade, além de distúrbios da fala. Pensando na individualidade e na complexidade da família, a discussão com a Equipe de Saúde da Família resultou em propostas que visavam a melhoria da qualidade de vida e projetos terapêuticos para as patologias apresentadas. Para a paciente R. L. O. foi recomendado um acompanhamento na UBSF para controle da pressão arterial, agendada uma consulta com ginecologista para se estudar a possibilidade de uma mamoplastia redutora, além de acompanhamento com nutricionista para perda de peso e controle da obesidade. Ao paciente L. J. foi proposto um acompanhamento com fisioterapeuta para reabilitação, além da orientação a respeito dos riscos do tabagismo e a possibilidade da participação de um grupo de Tabagistas. Para as meninas, o plano foi baseado na correção do atraso do desenvolvimento, que incluiu avaliação com fonoaudiólogo, fisioterapeuta e nutricionista, para readequar qualitativa e quantitativamente a dieta, dentro da realidade financeira da família. Com o apoio de um Equipamento Social (igreja) a família conseguiu ajuda de uma cesta básica mensal. Além disso, foi feito o cadastramento do programa Viva Leite durante uma visita à UBSF Vila Mayor. Entretanto, no retorno para colocar as ações em prática e definir as tarefas com clareza notou-se um grande afastamento do vínculo criado na primeira visita pela falta de interesse dos usuários em alterar seus estilos de vida. As propostas não foram bem aceitas por mais que tenhamos insistido e explicado a importância delas. **Conclusão:** Concluímos que ao apresentar o plano terapêutico, a integração e parceria no tratamento para usuários, a família sofreu uma certa resistência às propostas apresentadas, não querendo alterar o cenário no qual estão inseridos. A dificuldade de se dispor a mudanças de hábitos alimentares e de vida, fizeram com que as propostas fossem recusadas. Entretanto, o entendimento da gravidade e das futuras manifestações das patologias, assim como da necessidade de uma reabilitação contínua e integrada fizeram com que a família criasse um vínculo

---

importante com a UBSF. Dessa forma, o PTS se mostrou efetivo por permitir a aproximação de uma família vulnerável aos cuidados de saúde da UBSF Vila Mayor.

---

### 13. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: VIVENCIANDO UMA EXPERIÊNCIA DE IMPLEMENTAÇÃO

Luiz Sergio Milanez Ronchi<sup>1</sup>, Penelope Franciscos Pereira<sup>1</sup>, Karina Rumi de Moura<sup>2</sup>

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 implementação do PTS em uma família na disciplina Programa de Interação Comunitária (PIC), no curso de Medicina na Faculdade Ceres. **Relato:** Para aplicar o PTS, selecionamos uma família que já havíamos visitado no semestre anterior. A família é composta por um casal de idosos, Sr O. R.C., 75 anos, e Sra. D.N., 68 anos, aparentemente sem agravos, porém se encaixaram no projeto devido a vulnerabilidade que identificamos no semestre anterior. Essa vulnerabilidade foi identificada por ambos serem portadores de doenças crônicas, ele com diabetes e ela com hipertensão, além de uma polifarmácia importante; somou-se a isso o fato de o casal não ter apoio familiar, fator que foi notado quando da confecção do genograma durante execução em etapa do PTS. Ao realizar a primeira visita para dar início ao PTS, percebemos que a dinâmica familiar mudou, pois o Sr. O. havia sido agredido em uma tentativa de assalto, que provocou uma debilitação drástica em sua saúde. Conforme referido pelo paciente, a agressão ocorreu na cabeça e no tronco, tendo também os membros superiores afetados na tentativa de defesa. Esse episódio provocou alterações psicológicas, como esquecimento, comportamentais, como raiva, e físicas com a perda do equilíbrio e ataxia, que culminaram no paciente acamado por um pequeno período. Toda essa situação com o Sr O.R.C. teve forte impacto na esposa, pois além de cuidar dele, ela teve seu contato com a sociedade mais limitado, pois dependia dele para levá-la aos locais; visto que os filhos ou moram em outra cidade ou tem vidas muito atribuladas e por isso não priorizam o cuidado dos pais. Ao analisar a nova realidade da família, propusemos algumas ações para melhorar sua qualidade de vida, sendo elas: condução do caso com a médica da família na Unidade para o Sr O. R. C. e referenciamento para o geriatra para a Sra. D. N visando uma orientação para a hipertensão e uma adequação da polifarmácia. Na sequência nos reunimos com a equipe da UBSF, para relatar o caso e receber auxílio nas ações propostas. As ações propostas foram colocadas em prática conforme segue: o sr O. R. C. foi atendido pela médica da família na UBSF, que por sua vez referenciou para o neurologista, solicitou uma tomografia e realizou o mini mental, levantando a hipótese de o paciente estar iniciando um processo de demência; já para a Sra. D. N. o referenciamento para o geriatra foi feito, porém ainda aguardamos a consulta. A quarta etapa do PTS consistiu no retorno da visita a família com a aplicabilidade das ações propostas, porém a visita não foi possível em virtude de outros compromissos da mesma. **Conclusão:** Ao fim da implementação, todas as ações propostas foram executadas. Foi notória a diferença e o impacto do PTS na vida da família, pois a situação do sr O. R. C. exigia um acompanhamento próximo, que viabilizou a detecção rápida do seu provável estágio inicial de demência. Identificamos que o vínculo previamente estabelecido com a família foi um diferencial para que pudemos notar e entender a mudança drástica sofrida na dinâmica da família após o incidente com o sr O. R. C.

---

## 14. A DIFICULDADE NA IMPLANTAÇÃO DO PTS EM PACIENTE COM DPOC E DOENÇA DE CROHN

Thales Câmera<sup>1</sup>, Américo Martins<sup>1</sup>, Karina Rumi de Moura<sup>2</sup>

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 construção de um projeto terapêutico singular(PTS) pressupõe a participação coletiva e uma concepção de sujeito que contemple os aspectos biopsicossocial, espiritual e cultural. O objetivo do projeto é melhorar a qualidade de vida do paciente contribuindo com fatores relacionados à saúde, como bem-estar físico e emocional. **Relato:** Na primeira etapa do PTS- momento em que se estabeleceu o primeiro contato com a família, percebeu-se a limitação do senhor AAL, 61, natural de Val Paraíso onde trabalhou por boa parte da vida. Casado com EL, 58, diarista, natural de São José do Rio Preto. Na realização da Clínica Ampliada e Escuta Qualificada, o que mais nos chamou a atenção foi o estado de saúde do senhor AAL, ex-etilista e ex-tabagista com queixa de dispnéia aos médios esforços, tratado com oxigenoterapia domiciliar para alívio dos sintomas respiratórios. Além disso, paciente já sofreu dois episódios de infarto agudo do miocárdio, dando entrada na UTI, na qual permaneceu por dois meses. No momento está bem acompanhado pelo cardiologista e faz uso regular dos medicamentos. Relata como principal queixa a presença de fezes na urina há dois anos, sendo diagnosticado com Doença de Crohn. O senhor AAL tornou-se sedentário por conta dessas duas patologias( DPOC; Doença de Crohn). Sai de casa apenas para ir ao médico, não possuindo nenhuma atividade de lazer. A senhora, EL, hipertensa, não apresenta nenhuma queixa e ao exame físico, apresenta-se hígida. Faz acompanhamento regular na UBSF Vila Mayor. No segundo momento, para garantir a melhoria da qualidade de vida da família - um dos objetivos do projeto terapêutico singular- realizamos uma discussão com a equipe de saúde da família da UBSF Vila Mayor na qual foram levantadas alternativas. A primeira alternativa proposta para o senhor AAL foi um acompanhamento regular com um fisioterapeuta para que ele não permanecesse sedentário. A segunda alternativa proposta para AAL seria o encaminhamento semanal a um lar de idosos, no qual poderia interagir com outras pessoas e ter um momento de lazer. Para se tratar a Doença de Crohn, o médico solicitou uma ressonância magnética de abdome inferior e pelve, que deveria ser feita para a realização da cirurgia. Portanto, a terceira proposta seria a tentativa de agilizar a realização do exame e da posterior cirurgia. No entanto, o paciente não aderiu à fisioterapia e à atividade de lazer devido ao desconforto uretral relacionado aos episódios de fezes na urina durante a micção. A ressonância não pôde ser marcada com rapidez devido a sobrecarga do serviço de saúde. Foi feita a marcação de uma consulta com um médico generalista da UBSF Vila Mayor para que o médico fizesse uma melhor avaliação do seu estado geral. **Conclusão:** Inferimos que à apresentação do PTS, houve resistência por parte da família devido as limitações físicas do paciente. Para que a adesão das propostas que visam assegurar uma melhor qualidade de vida para a família fosse efetivada, seria necessário o tratamento da principal queixa do paciente, que é a Doença de Crohn. Não se pôde, portanto, colocar em prática a realização do PTS devido ao problema maior que ainda não foi resolvido.

---

## 15. ACOMPANHAMENTO DE UMA FAMÍLIA COM O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR EM UM CASO DE IDOSO ACAMADO

Vinícius T. Goya<sup>1</sup>, Matheus M. Munaretto<sup>1</sup>, João Claudino F. Neto<sup>1</sup>, Janaina Benatti de Almeida<sup>2</sup>

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 uma família com idosos acamados e assistida pelo serviço público em conjunto com o privado, observando a eficiência dessa junção de iniciativas e o quanto pode melhorar e aumentar a expectativa de vida do idoso acamado. **Relato:** O PTS incorpora a noção interdisciplinar que recolhe a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões. Cada profissional de referência terá o encargo de acompanhar as pessoas ao longo de todo o tratamento, providenciando a intervenção de outros profissionais ou serviços de apoio necessário e, assegurando a alta e continuidade de acompanhamento em outra instância do sistema. Visando isso, visitamos a casa de dona R.J.S., filha do nosso paciente inicial, J.B.J.S., a fim de implementar as medidas adequadas à realidade da família acompanhada. Paciente J.B.J.S., chagásico, vítima de um trauma físico gerado por acidente automobilístico caracterizado por um atropelamento em Dezembro de 2014. Paciente desde então fora envolvendo em funções cognitivas, até necessitar de uma sonda nasogástrica. Perdeu a capacidade de falar, mantendo movimentos oculares à estímulos mecânicos, sonoros e pouca movimentação muscular, se mantendo em decorticação constantemente, apresentando ainda, úlceras de pressão de variados estados, que ora cicatrizam e ora agravam. Sua filha D.R., é responsável pela maioria dos cuidados. Ao visitarmos a casa, notamos os cuidados extremos de ótima higiene em que D.R., seu pai e sua mãe F.J.S., vítima de um AVE, habitam. A família vive um problema social, onde o irmão mais velho de D.R. habita o fundo de sua casa e há 5 anos, usuário de drogas, já a tendo ameaçado por mais de duas vezes de morte e, por conta disso, D.R. o isolou, não mais prestando assistência à seu irmão. Por já ter sido vítima de D.R. conta que é bastante assistida pelo plano de saúde que seu pai possuía em seus benefícios enquanto trabalhava. Quando acontece algo inesperado, a mesma tem assistência do SAD e ainda assistência integral do Home Care privado. Tudo o que necessita pra cuidados consegue resolver facilmente com tal assistência integral à família. Durante a segunda etapa do PTS, nos reunimos da faculdade para construir o genograma e o ecomapa depois de termos realizado a visita domiciliar e analisarmos a família e seus vínculos, apresentamos a relação do J.B.J.S com seus familiares tendo assim uma visão geral de seus possíveis conflitos e afinidades dentro da família. O caso foi levado a Unidade Básica de Saúde do bairro Parque Industrial, na qual discutimos com a equipe, na busca de meios de intervenção, os quais: oferecer assistência do CAPS ao irmão que se encontra no narcotráfico além de usuário crônico; prestar assistência a saúde mental da cuidadora; prestar assistência na parte de materiais de curativo necessários para os cuidados de. As propostas de intervenção foram levadas até a família através de VD, com enfoque na cuidadora D.R e a mesma relatou já frequentar os programas destinados a saúde mental. D.R. também revelou que nos finais de semana, sua irmã ou a auxiliar doméstica cuidam de Seu J.B.J.S e de D.F, para que ela possa desfrutar de um lazer. Quanto a seu irmão, usuário de drogas, a assistência integrada ao CAPS já fora oferecida e este se negou duas vezes a aceitá-la. A mesma se queixou da demora para obter receituário médico e ter acesso aos medicamentos pela unidade básica de saúde e as vezes o material para curativo acaba sem ainda ter vencido o prazo para recebimento de nova leva, então. Procuramos na unidade básica um meio de intervir em suas dificuldades e ficou decidido que seria necessária nova visita médica para reavaliação das úlceras. Após concluir essa etapa, apresentamos para a equipe da

---

UBS o passo a passo de como tentamos implantar o PTS na família, porém, pelo fato da família ser bem assistida pelos serviços públicos e privados não tinha o que ser feito. Diante disso a equipe da UBS relatou que mandaria uma equipe para fazer uma visita e reavaliar o caso e a saber se a família necessita de algum tipo de apoio. **Conclusão:** A prática atual por vezes ainda está centrada no desenvolvimento de tarefas, as quais são realizadas de forma isolada, muitas vezes sem articulação e comunicação. A construção de novas práticas, como o PTS é essencial, por possibilitar a aquisição de ferramentas para a melhoria do cuidado prestado ao paciente e, portanto, se deve buscar favorecer a organização do trabalho da equipe de saúde de modo a contemplar tal demanda.

---

## 16. APLICAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) EM FAMÍLIAS DE CUIDADORES IDOSOS E VULNERÁVEIS

Amanda Guimaraes Azevedo<sup>1</sup>, Angela Baggio Maria<sup>1</sup>, Fernanda Carrocini Capelim<sup>1</sup>, Janaina Benatti de Almeida<sup>2</sup>

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 aplicar o PTS em famílias com cuidadores idosos e vulneráveis. **Relato:** O projeto terapêutico singular (PTS) é fundamental para a abordagem de famílias vulneráveis, pois ele permite acolher a família como um todo, de forma ampla, contemplando tanto os aspectos sociais quanto pessoais que influenciem na saúde dos pacientes sendo uma estratégia que articula ações escolhidas por meio de uma equipe multidisciplinar. Assim, durante o quarto semestre do Programa de Integração Comunitária (PIC) da faculdade de medicina CERES realizamos o PTS e utilizamos suas 4 fases. A primeira é a definição da proposta de ação, e para que fosse cumprida fizemos uma primeira visita domiciliária com o intuito de conhecer nossa família, a situação na qual se encontrava e as queixas que possuía. Nos deparamos com o senhor F.S.A, com sua esposa (A.S.A) e seu cunhado (P.S), sendo o primeiro acamado, todos idosos e com depressão. F.S.A apresenta certo grau de demência devido ao etilismo, e por isso ficou acamado, quando sofreu queda a própria altura e fraturou o fêmur. Sua esposa apresentava-se triste, e seu cunhado sempre agitado e preocupado com as contas da família. Assim, foi um grande desafio para nós conseguirmos entender as queixas de cada um e achar uma solução que fosse satisfatória para os três, ao nosso ver a melhor proposta de ação era institucionalizar seu F.S.A pois sua condição de acamado fazia com que sua esposa e seu cunhado vivessem em torno de ajudá-lo e ainda assim com muita dificuldade, uma vez que devido a idade não conseguiam cuidar adequadamente de F.S.A. A partir disso, seguimos para segunda fase do PTS na qual construímos o genograma e o ecomapa passando a visualizar melhor a relação da família entre si e da família com a sociedade, conseguindo fazer com que a equipe de saúde da UBS visualizasse a situação da família, e dessa forma após discussão com a equipe chegou-se a conclusão que seria ideal que a família ligasse para o Lar do Idoso e solicitasse institucionalização de F.S.A. Assim, nos encaminhamos para a terceira fase do PTS onde realizamos visita domiciliária pela segunda vez e apresentamos a solução decidida pelo grupo juntamente com a equipe de saúde e nos deparamos com o fato de que a esposa e o cunhado não aceitaram a proposta de institucionalização e que apesar de todas as dificuldades enfrentadas pelos três eles preferiam continuar como seus cuidadores. Além disso, durante esta segunda visita descobrimos fatos antes omitidos pela família, como o fato de F.S.A e A.S. serem tabagistas. Na quarta fase do PTS, a reavaliação, percebemos que mesmo a família não aderindo a proposta de intervenção que estabelecemos eles continuam necessitando de acompanhamento cauteloso dado a sua vulnerabilidade. Por fim, durante a quinta fase do PTS, apresentamos para a equipe de saúde nosso relato contendo o desfecho do caso, e a partir dessa apresentação definimos que a família tem necessidade de acompanhamento contínuo das equipes de saúde da UBS, mesmo não aderindo a proposta de intervenção. **Conclusão:** A implantação do PTS é complexa, pois depende de todos os envolvidos: pacientes, equipe de saúde e familiares. Por isso, nem sempre é possível o alcance das metas traçadas, e dessa maneira precisamos aprender como futuros médicos a respeitar a autonomia de nossos pacientes e não nos frustrar com a decisão da família, que sempre é soberana, mas nem sempre se adequa a terapêutica prescrita e ao que julgamos como melhor para a família.

## 17. APLICAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) COMO MELHORA NA QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES DE PACIENTE ACAMADO

Flávio dos Santos<sup>1</sup>, Michelle Koyama<sup>1</sup>, Hugo Aidar<sup>1</sup>, Janaina Benatti de Almeida<sup>2</sup>

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 PTS em uma família cujos principais problemas encontrados estavam voltados aos cuidadores de um paciente acamado, encontrando formas desta família conseguir manter suas atividades diárias e os cuidados ao paciente simultaneamente, sem que os mesmos tenham sua saúde prejudicada por conta da sobrecarga de tarefas pessoais e coletivas. **Relato:** Na quarta etapa do curso de medicina da Faculdade CERES, foi realizado Plano Terapêutico Singular (PTS), em que fomos direcionados à família do paciente AP, no âmbito da UBS Parque Industrial. Foram realizadas visitas domiciliares com o intuito de estudar o caso clínico apresentado pelo paciente, assim como a dinâmica familiar envolvida no processo saúde-doença dos membros envolvidos. Na Etapa 1 do PTS, o reconhecimento, contou com a realização da visita domiciliária. O paciente-alvo da VD foi AP, 51 anos, portador de Síndrome de Down com história pregressa de depressão há 3 anos, fator influenciador no declínio em sua qualidade de vida, com agravo do déficit cognitivo próprio da Síndrome, assim como atrofia muscular aliada a mioclonias. O mesmo encontra-se acamado. Residem na casa além de AP, PP (irmão), 61 anos; NP (cunhada, esposa de PP), 60 anos; e JP (sobrinho), 38 anos. AP e NP são responsáveis diretos pelo cuidado do paciente. Constatou-se que o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) fornece apoio semanalmente à família. Desse modo, a maior dificuldade da família em relação à doença encontra-se na compra de medicamentos, fraldas geriátrica e algumas atividades técnicas quanto aos cuidados ao paciente. Na segunda fase, definição de metas, montamos um ecomapa, contido nele o genograma, que permitiram identificar a dinâmica familiar e suas implicações. No genograma destacamos os 4 residentes do domicílio e suas comorbidades, AP com as enfermidades supracitadas, PP hipertenso, NP diabética tipo II e depressiva e JPP tabagista, com diagnóstico de esquizofrenia e depressão. Evidenciamos o forte vínculo da família com a UBS e a relação de NP com a igreja e o grupo de diabetes e hipertensão da unidade. Na estratificação de risco, através da Escala de Coelho, constatamos Risco 3, e a partir de então elaboramos plano de ações compartilhado. No plano de ações compartilhadas, correspondente a Etapa 3 do PTS, propusemos, a priori, medidas como: estabelecer uma forma de comunicação mais eficaz entre os membros da família com o paciente, uma vez que este é incapaz de falar; inserir no ambiente doméstico, meios que ajudem e facilitem os cuidadores nos cuidados diários do AP, destacando os medicamentos a serem ministrados com os devidos horários e dosagens e representar, esquematicamente, como devem ser realizados os procedimentos de troca das sondas, aspiração, inalação e higienização das mesmas; investigar a história clínica de JP, criando meios para torná-lo mais ativo no cuidado à AP, incentivá-lo a trabalhar, combatendo o tabagismo, e inseri-lo no grupo de saúde mental da unidade, uma vez que possui distúrbios comportamentais; pesquisar junto ao CRAS a possibilidade de conceder recursos assistenciais para o paciente AP, por ser ele incapaz de exercer funções ocupacionais; contatar o GADA para a possibilidade da aquisição de fraldas geriátricas. Para a quarta fase empenhamo-nos em buscar os benefícios citados e os meios para a execução dos mesmos. Orientamos na segunda visita domiciliária o endereço e telefone dos órgãos competentes para a aquisição dos benefícios e demos orientações a respeito. Também propomos a participação de JPP no grupo de saúde mental da UBS e dar seguimento ao tratamento. Na quinta etapa, foi repassado para a equipe da unidade a situação da família e

---

as medidas tomadas pelo grupo para resolução dos problemas encontrados. A equipe dará continuidade aos cuidados da família com base no relato feito. **Conclusão:** Além de acrescentar conhecimentos aos acadêmicos como a importância de uma escuta ativa, sentimos uma grande satisfação em auxiliar a família durante a elaboração de propostas para melhorar sua qualidade de vida. Durante os dois anos de PIC, fizemos várias VDs e deparamo-nos com diversos casos, mas com a sabedoria adquirida pelo PTS, fomos abençoados com uma visão mais generalista e humana que nos deu suporte durante todas as etapas do projeto. Infelizmente, não foi possível completar o PTS, devido a impossibilidade de verificar se as propostas que elaboramos foram úteis e praticadas. Por fim, as atividades envolvidas no PTS, de forma geral, foram muito elucidativas e esclarecedoras, uma vez que pudemos desvincular a visão centrada no paciente para uma avaliação mais ampla, de toda a família e sua dinâmica tanto entre si, em relação aos processos de saúde-doença, quanto com a comunidade.

## 18. DESAFIOS NA IMPLANTAÇÃO DO PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR EM PACIENTES DE DIFÍCIL ADESÃO AO TRATAMENTO

Luan Marcell da Silva Borges<sup>1</sup>, Lucas Gonçalves Naves<sup>1</sup>, Luis Fernando Bueno de Bueno<sup>1</sup>, Fernanda Luciana Calegari<sup>2</sup>

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 o caso da família acompanhada ao longo da quarta etapa do PIC, propondo medidas de intervenção através da elaboração e efetivação do Plano Terapêutico Singular (PTS) com a finalidade de proporcionar uma melhoria significativa em sua qualidade de vida. **Relato:** Durante a primeira visita domiciliar, realizada na residência localizada na área de abrangência da UBSF Anchieta e predeterminada pela preceptora, foi feito o reconhecimento e identificação da família estabelecida no local. A paciente, M.M.F., de 65 anos, reside com seu irmão (e cuidador) W.M.N., de 51 anos, relatou inúmeras queixas, dentre elas mialgia e dispnéia, sintomas que comprometem acentuadamente sua locomoção e obrigavam – na a permanecer deitada em sua cama, durante a maior parte do dia. Além disso, M.M.F. é hipertensa, obesa, e não adere ao tratamento farmacológico prescrito pelos médicos da UBSF (que esporadicamente comparecem à sua residência para acompanhar o quadro clínico da paciente). Com os dados coletados através da anamnese, exame físico e roteiro de visita domiciliar, o genograma e o ecomapa foram elaborados posteriormente com a finalidade de destacar os principais problemas relacionados à família, possibilitando uma discussão sucinta com a equipe de saúde, visando criar medidas de intervenção para melhorar a qualidade de vida da paciente e de sua família. Tais medidas consistiram em sugerir aos profissionais da UBSF que aumentassem a frequência das visitas realizadas na residência, visando monitorar com maior intensidade o quadro clínico da paciente, e verificar se a adesão ao tratamento estaria ocorrendo adequadamente. A implantação de profissionais do NADS também foi considerada. A atuação de um psicólogo realizando visitas semanais à residência terá caráter fundamental no tratamento da paciente, visto que a mesma permanece boa parte do dia ociosa e solitária (o irmão sai da residência para trabalhar), podendo vir a desenvolver um quadro de depressão gradativamente. A convocação de um nutricionista torna – se indispensável, podendo auxiliar na obesidade da paciente. Em relação aos medicamentos ingeridos de maneira incorreta pela paciente, foi viável a orientação de seu irmão a monitorá – la de forma constante, ajudando – na a realizar a adequada administração dos fármacos. Outra possibilidade seria contratar um outro cuidador para desempenhar esta função, caso W.M.N. fique sobrecarregado em suas atividades. Além da implementação destas medidas é importante pensar em introduzir a família em programas e atividades que os incluam de maneira mais direta na sociedade, visto que tanto a paciente quanto o irmão praticamente não costumam interagir com a comunidade na qual estão inseridos. Caso as propostas não surtam efeitos positivos no tratamento da paciente, é estudada a possibilidade de encaminhá-la para um local de referência ou casa de repouso apropriada. Enquanto resultados obteve-se a visita do médico, do psicólogo e do nutricionista em domicílio. **Conclusão:** A aplicação de todas as medidas de intervenção se mostram relevantes para melhorar as condições de vida não somente da paciente, mas também da família como um todo. A efetivação de todas as etapas do PTS conseguiu ser bem-sucedida, com resultados que irão se mostrar a longo prazo. É necessário que os profissionais se empenhem com seriedade, mantendo a frequência no acompanhamento da família para que todas as metas propostas possam ser cumpridas.

## 19. ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES ACAMADOS E ATENÇÃO COM A SAÚDE DOS CUIDADORES

Gabriela de Marco Cuginotti<sup>1</sup>, Raisa Nalin Bucater<sup>1</sup>, Fernanda Calegari<sup>2</sup>

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:** Compreender as necessidades da família como um todo, criando desta maneira um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas em discussão coletiva interdisciplinar, com a finalidade de proporcionar melhor qualidade de vida para todos os membros da família. **Relato:** A primeira etapa do PTS, foi de reconhecimento da família para a identificação dos problemas e principais necessidades. Realizou-se a anamnese da J. (70 anos) e da M. (85 anos, acamada), que eram as únicas presentes no local no dia 16/08/2016. Na mesma visita abordou-se todo o exame físico e a história da família como um todo com uma visão singular. Entende-se também que a J. é cuidadora da irmã M., e não recebe apoio e ajuda de nenhum integrante da família. A cuidadora relata intensas dores nas costas e apresenta cansaço excessivo. Os outros integrantes da família são: B., marido da J. que é tabagista, seu neto M. que possui diabetes tipo I e sua filha L., sem nenhum problema de saúde relatado. Na etapa 2 do PTS construí-se o Genograma e o Ecomapa da família, identificou-se que não há uma relação concreta entre a família, parentes e a comunidade, sendo que lazer estar comprometido pela situação familiar. Na terceira etapa realizou-se a apresentação e discussão do caso com a enfermeira responsável pela área de abrangência da família e foi apresentado o plano de ações de acordo com os problemas identificados. Na quarta etapa, ao realizar o retorno da VD as ações propostas foram colocadas em prática. Entregou para J. um relógio de mudança de decúbito para ser aplicado para M. de forma a evitar novas úlceras por pressão. Além de orienta-la sobre outros cuidados necessários. A consulta médica que colocado como importante meta para a equipe, devido as alterações da pressão arterial de M. já tinha sido realizada e sua pressão controlada. Implantou-se também várias maneiras de alongamento para a cuidadora, com propósito de alívio de suas dores nas costas. Além disso foi feito também orientação sobre alimentação, mostrado em uma pirâmide alimentar a maneira correta de uma alimentação saudável, essas medidas visam melhor qualidade de vida da família, devido a obesidade, e as histórias das patologias. Nesta última etapa ficou claro o quanto a cuidadora esta sobrecarregada com os cuidados que exigem irmã acamada, tanto pela fisionomia quanto pelo o próprio relato da paciente. Na última etapa discutiu-se com a equipe de saúde da unidade, as ações que foram realizadas e as medidas que devem ser mantidas para a melhor qualidade de vida da família. **Conclusão:** É essencial em um Projeto Terapêutico singular compreender a família, sua estrutura e integração. Abordagem domiciliar permite o conhecimento dos possíveis problemas que influenciam o bem-estar biopsicossocial de seus membros. Desta maneira, podemos intervir de diversas maneiras através de uma análise sistêmica da família e singular dos membros, propondo medidas que tragam melhorias para suas vidas. Foi possível melhorar o bem-estar tanto da M. com medidas que evitem o surgimento de UPP, tanto quanto a qualidade de vida da J. com técnicas de alongamento e orientações sobre sua saúde mental, para que diminua seu cansaço físico e mental.

---

## 20. DIFICULDADE NA ADESÃO DO PTS DE UMA PACIENTE IDOSA COM FOBIAS E DISGEUSIA APÓS QUADRO DE AVC

Ana Cristyna Saad Murad<sup>1</sup>, Helena Rohden Serafim<sup>1</sup>, Vanessa Nathália Pereira Castro<sup>1</sup>, Andiara Judite Alves Arruda<sup>2</sup>

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 construir e implementar o Projeto Terapêutico Singular (PTS) em uma paciente de 70 anos com fobia em sair de casa e perda do paladar após quadro de AVC. **Relato:** O caso chegou ao conhecimento da UBSF através do relato de uma agente de saúde que, em uma visita de rotina, soube que a paciente M.B.S.A de 70 anos havia sido assaltada em sua casa por duas pessoas que se passaram por agentes de saúde. Após esse episódio os quadros de fobia da paciente se agravaram, uma vez que ela não se sentia segura em receber outros profissionais da saúde em sua casa, não saía de sua residência com facilidade, sentia medo e angústia de situações corriqueiras. Apesar deste ter sido o motivo que levou as acadêmicas de medicina a acompanharem o caso, durante a anamnese feita na primeira etapa do PTS, foi constatado que a problemática do caso não se limitava a fobia: a paciente, idosa, apresentava emagrecimento e grande dificuldade e angústia para se alimentar, uma vez que perdera o paladar após Acidente Vascular Encefálico (AVC) que tivera há 5 anos. Na terceira etapa, o Plano Terapêutico foi apresentado para a Equipe de Saúde da UBSF, onde as propostas foram discutidas. Após a definição das metas a serem alcançadas, a quarta etapa do PTS foi realizada através de sua implantação prática, com retorno de visita pelas alunas e intervenção dos profissionais da própria UBSF após o acompanhamento das acadêmicas. A paciente, mora sozinha, mas é assistida pela filha, que se esforça em cuidar da mãe. Porém, mesmo com o apoio da filha, a paciente demonstrou grande resistência na adesão das propostas de intervenção. Das propostas feitas pelas acadêmicas, a Equipe de Saúde achou pertinente e possível, levando em conta as limitações e disponibilidades da unidade, o acompanhamento com a psicóloga da UBSF. Porém, mesmo diante do esforço de tentar conseguir uma vaga na agenda da profissional em questão, a paciente ainda apresenta resistência em ir até a unidade de saúde para o tratamento, pois a mesma relata que não acredita que isso solucionaria seus problemas. Foi também sugerido à paciente que ela participasse de atividades distrativas na UBSF, como o grupo de artesanato para melhora do convívio social e qualidade de vida. **Conclusão:** Concluímos com a implantação deste PTS que apesar de o objetivo ser a melhoria da qualidade de vida de um indivíduo, e por mais que nos dediquemos a isso, pode acontecer de as propostas não serem bem aceitas pelo paciente, portanto não devemos nos frustrar por isso e precisamos continuar dando o melhor de nós em todos os casos que nos envolvermos.

---

## 21. DIFICULDADE NA IMPLANTAÇÃO DO PTS

Caroline Garcia Francisco<sup>1</sup>, Laura Marcelino Gomes Nogueira<sup>1</sup>, Letícia Santos Borges<sup>1</sup>,  
Andiara Judite Arruda<sup>2</sup>

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 implantar um plano terapêutico singular para a família acompanhada durante visita domiciliar, visando a aderência dos pacientes para proporcionar melhor qualidade de vida aos mesmos. **Relato:** O projeto foi realizado em 5 etapas: Na primeira etapa foi realizado anamnese e exame físico e análise domiciliar, onde obtivemos informações sobre a família. Foram identificadas as seguintes moléstias na família: Alzheimer, esquizofrenia, acidente vascular cerebral, infecção urinária, hipertensão arterial, ulcera por pressão, depressão em idoso e diabetes. Além disso, ao primeiro contato a família mostrou-se bem estruturada, com cuidador (marido) consciente e preocupado com as moléstias de sua esposa (acamada). Posteriormente foi realizado a elaboração do ecograma e genograma, onde pudemos observar mais facilmente a relação entre os familiares e o meio social, para a melhor elaboração do plano terapêutico. Após a aquisição destas informações necessárias foram estipuladas as metas a serem atingidas em curto, médio e longo prazo pela família, do PTS. Com o plano elaborado foi realizada uma reunião com o NASF, no qual obtivemos novas informações a respeito da família que foram de encontro com as obtidas anteriormente em VD. Segundo a agente de saúde, o ambiente familiar não era estável e a paciente encontrava-se descompensada, já que seu cuidador tinha grande descaso com seus remédios, fato evidenciado por ter sido encontrado remédios viáveis da paciente, com sua receita, jogados em um terreno ao lado de sua casa. Diante desses fatos, na quarta etapa do PTS foi realizada uma segunda anamnese, mas desta vez mais direcionada. Foi possível constatar real estado da paciente e o desprezo do cuidador. A cadeira de rodas, que deveria ser utilizada para transporte da paciente encontrava-se em um cômodo, contendo entulhos em cima, e encontrava-se empoeirada, evidenciando sua falta de uso. Outro fato foi a piora do estado geral da úlcera e quando solicitado para realizar a manobra necessária para mudar a paciente de posição o mesmo não soube realizá-las, embora tenha dito que as realizava diariamente. Portanto, diante dos fatos expostos, não foi possível implantar o PTS de forma efetiva, pois na família acompanhada ocorreram mudanças drásticas, difíceis de serem amparadas por acadêmicas de medicina. Logo, o caso está sob supervisão do NASF que se comprometeu a acompanhar com uma frequência maior. **Conclusão:** O Projeto Terapêutico Singular em sua elaboração e implantação mesmo com seus entraves que mudaram os rumos de estudos e desenvolvimento do projeto, proporcionou experiência e muito conhecimento perante as situações extremas e de dificuldade para o estabelecimento de vínculo médico-paciente e aderência às metas propostas. Ademais, o olhar crítico perante detalhes muitas vezes tomados como de menor importância, conjuntamente com a atuação de uma equipe empenhada no bem-estar da família acompanhada, foram requisitos que proporcionaram a mudança em nosso olhar diante de situações vivenciadas, por uma família que encontra-se em uma situação conturbada expondo os próprios envolvidos em risco uns com os outros.

---

## 22. REFLEXÕES DIANTE DO ABANDONO DE IDOSOS DURANTE A IMPLANTAÇÃO DO PTS

Andressa Dainezi<sup>1</sup>, Pedro Victor Linhares Silva<sup>1</sup>, Rafael Bali Moreira<sup>1</sup>, Andiará Judite Alves<sup>2</sup>

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 na implantação do PTS para melhora na qualidade de vida dos indivíduos da família em que foi realizada visita domiciliar, com base na busca de amparo e apoio a estes pacientes. **Relato:** Ao realizar a visita domiciliar na casa de T.S e T.S, observou – se uma fragilidade emocional nos integrantes da família devido ao abandono de parentes e filhos. Tal situação acarretou na dificuldade para que estes realizassem o devido cuidado com sua saúde, provocando uma piora significativa na qualidade de vida dos pacientes. Ao examinar o paciente T.S do sexo masculino, 81 anos, observou – se que este apresentava doença pulmonar obstrutiva crônica que acarretava em dificuldades respiratórias, o impossibilitando de realizar outras atividades, ficando as vezes acamado sem sair de casa, sem o amparo de sua família, extremamente fragilizado. A paciente T.S do sexo feminino, 77 anos, por sua vez, realizava as atividades domésticas necessárias, porém apresentou um forte indicio de depressão uma vez que relatou magoa de sua filha adotiva que a abandonou, falando na mesma durante quase toda a visita. Tem como queixa, dor intensa na perna direita com presença de sinais flogísticos e úlcera com presença de crosta. Relatou ser hipertensa apresentando pressão arterial de 180x100. Ao retornar a casa, para realizar a implantação do PTS o paciente T.S do sexo masculino não estava presente, mas sua esposa relatou que havia ocorrido uma melhora no quadro de dificuldade respiratória do paciente, e que agora ele estava realizando tarefas que antes estava impossibilitado, como sair de casa por exemplo. Por outro lado, a paciente T.S do sexo feminino, estava presente e não apresentou melhora no seu quadro de tristeza e possível depressão, estando extremamente frágil, vulnerável e sem o amparo de sua filha para ajudá-la na resolução de seu problema, o qual vem piorando a sua qualidade de vida. A dor na perna direita apresentou um quadro de piora, com permanência dos sinais logísticos e aumento da ulceração, apresentando-se bastante edemaciada. Lhe foi passado sugestões terapêuticas, como o uso de meia elástica para evitar a formação de trombos e mantê-la em posição elevada quando repouso, além de uma maior interação com a população do Maria Lucia e atividades de lazer que possam proporcionar o mesmo, as quais foram orientações dadas pelos alunos juntamente com a preceptora visando a melhora do quadro. Ao aferir a pressão arterial, esta se apresentou estável, 130x90. Com a UBSF Maria Lucia, ficou combinado que o NASF irá convocar a filha da referida paciente para orientação de sua responsabilidade legal e, caso não haja mudança em sua postura, a UBSF irá denuncia-la por maus tratos ao idoso. **Conclusão:** Logo, ao observar a situação da família, fica evidente a necessidade de intervenção por meio da equipe de saúde para o amparo e apoio do caso, uma vez que é ausente a ajuda por parte dos familiares. Essa intervenção através do PTS visa a melhora da qualidade de vida destes, tratando também as outras enfermidades que aflige a família, colocando deste modo em pratica o Plano Terapêutico Singular (PTS).