



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ  
ÁREA DE CIÊNCIAS AMBIENTAIS, BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO, PESQUISA E DESENVOLVIMENTO  
TECNOLÓGICO  
COORDENAÇÃO DE PÓS GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM SAÚDE -  
EDUCAÇÃO MÉDICA

GABRIEL NOGUEIRA GAIA

**ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE UM GUIA DIDÁTICO PARA CONSTRUÇÃO  
COMPARTILHADA DE PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) NO ENSINO  
MÉDICO.**

BELÉM - PARÁ  
2024

GABRIEL NOGUEIRA GAIA

ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE UM GUIA DIDÁTICO PARA CONSTRUÇÃO  
COMPARTILHADA DE PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) NO ENSINO MÉDICO.

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Ensino em Saúde - Educação Médica do Centro Universitário do Estado do Pará, para obtenção do Título de Mestre em Ensino em Saúde - Educação Médica.

Orientador: Profa. Dra. Milena Coelho Fernandes Caldato.

BELÉM - PARÁ  
2024

**Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)**  
**Biblioteca do CESUPA, Belém – PA**

---

Gaia, Gabriel Nogueira

Elaboração e implantação de um guia didático para construção compartilhada de projeto terapêutico singular (PTS) no ensino médico / Gabriel Nogueira Gaia; orientador Milena Coelho Fernandes Caldato. – Belém, 2024.

Dissertação (Mestrado em ensino de Saúde) – Centro Universitário do Estado do Pará, Programa de Mestrado Profissional em Educação em Saúde – Educação Médica, Belém, 2024.

1. Atenção primária à saúde. 2. Projeto Terapêutico Singular. 3. Educação em saúde. I. Caldato, Milena Coelho Fernandes (orient.). II. Título.

CDD 23 ed. 614

---

GABRIEL NOGUEIRA GAIA

**ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE UM GUIA DIDÁTICO PARA  
CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DE PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR  
(PTS) NO ENSINO MÉDICO.**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Ensino em Saúde - Educação Médica do Centro Universitário do Estado do Pará, para obtenção do Título de Mestre em Ensino em Saúde – Educação Médica, sob orientação da Profa. Dra. Milena Coelho Fernandes Caldato.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Profa. Dra. Milena Coelho Fernandes Caldato  
Centro Universitário do Estado do Pará

---

Profa. Dra. Ana Emilia Vita Carvalho  
Centro Universitário do Estado do Pará

---

Prof. Dr. Caio Vinicius Botelho Brito  
Universidade do Estado do Pará

---

Profa. Dra. Luciana Brandão Carreira del Nero  
Centro Universitário do Estado do Pará

## AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus e Nossa Senhora de Nazaré, que permitiram e abençoaram a oportunidade de ter realizado mais uma etapa em minha vida acadêmica, com muita luta e gratidão.

Início meus agradecimentos de forma ampla, mas não menos simbólica. Ao Centro Universitário do Estado do Pará, em toda a sua potência, qualidade e identidade que apostei toda a minha formação. Gratidão por ser egresso da Graduação, do Programa de Residência Médica, na especialidade que com muito amor molda a minha prática profissional e pessoal diária, e do Mestrado Profissional. Tendo a certeza da excelência do ensino e formação que recebi.

Aos meus familiares, em nome dos meus pais Laedson e Socorro Gaia, que além do infinito amor dedicado a seu único filho, se mostram exemplo de companheirismo, confiança e incentivo, desde o primeiro momento da minha vida até hoje e minhas sinceras desculpas por algumas vezes a pouca paciência na caminhada da construção dessa dissertação.

Aos que não estão mais aqui, meus avós José e Júlia, que sempre me incentivaram e orgulhosamente me trilharam em um caminho justo e honesto.

A minha caríssima orientadora professora Milena Coelho Fernandes Caldato, que em vários momentos, desde a graduação acreditou no meu potencial e competência, me incentivando a não desistir. Obrigado de coração, a senhora é um exemplo de mestre e profissional irretocável para todos nós, discentes, docentes e amigos.

Aos meus colegas e professores da turma do Programa de Mestrado Profissional de Ensino em Saúde, que felicidade nossas aulas, cansados de um dia inteiro de trabalho, nossos encontros eram leves e recheados de companheirismo. Vivemos juntos nossos momentos de alunos e esforço para terminarmos nosso tão sonhado mestrado. Somos guerreiros mesmo!

Ao incansável Lauro Neto, nosso secretário amigo, muito paciente e colaborador com alunos da graduação e da pós-graduação em todas as etapas, apoiando desde a entrada até a conclusão.

Aos professores do Módulo de Interação em Saúde na Comunidade que não só aceitaram participar dessa pesquisa, mas engajaram-se e se empenharam no apoio à iniciativa. Em especial e em nome dela estendo meus sinceros agradecimentos, minha mãe da medicina: Professora Cybelle Rodrigues, disponível em todas as horas, que além de educadora, é um exemplo de ser humano a ser seguido.

E, por fim, a minha eterna e saudosa mestre, amiga, preceptora, por vezes uma figura materna e inspiradora em minha vida: professora Yanna Nunes Galvão, uma das minhas grandes incentivadoras na docência. Sei que a senhora estará sempre me guiando.

*"O sofrimento humano só é intolerável quando ninguém cuida".  
Cicely Saunders*

## RESUMO

O Projeto Terapêutico Singular é um instrumento utilizado na Atenção Primária em Saúde no Brasil, assim como em outros países, a fim de compreender a composição familiar do indivíduo, suas interações entre os membros da família e com os componentes de seus núcleos sociais, sobre as expectativas em relação ao processo de adoecimento. O objetivo deste estudo foi propor e aplicar um instrumento de matriciamento para estimular o diálogo entre os diversos níveis da rede de atenção à saúde, equipe interdisciplinar e, sobretudo, contribuir para a autonomia e protagonismo do usuário no seu processo saúde-doença-tratamento. Foi realizado um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, a partir da elaboração de instrumento sistematizado, um guia para construção de Projeto Terapêutico Singular com os alunos da graduação de medicina, direcionado ao Módulo de Interação em Saúde na Comunidade e oficina de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Estado do Pará, Brasil, além dos discentes do programa de residência médica em medicina de família e comunidade, tendo como destaque o protagonismo do usuário ao se coordenar e matriciar o cuidado. O estudo resultou na construção de um guia denominado “GUIA EDUCATIVO PARA CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA: O USUÁRIO EM FOCO NA GESTÃO DO CUIDADO EM REDE”, com enfoque no ensino do papel do usuário e atribuições de cada ator. Em conclusão a utilização primária do Projeto Terapêutico Singular serve para alcançar os objetivos propostos – coordenar e matriciar o cuidado e estimular o protagonismo do usuário no seu processo saúde-doença, observando-se que a utilização deste método é positivo para uma prática clínica através do Método Clínico Centrado na Pessoa e ensino de tal ferramenta.

Palavras-chaves: Atenção Primária em Saúde. Projeto Terapêutico Singular. Protagonismo do usuário. Ensino. Educação em saúde.

## **ABSTRACT**

The Singular Therapeutic Project is an instrument used in the Family Health Strategy in Primary Health Care in Brazil, as well as in other countries, in order to understand the family composition, its interactions between family members and with members that make up its social nucleus and expectations regarding the illness process. The objective of this study was to propose and apply a matrix tool to ensure dialogue between the different levels of the health care network, the interdisciplinary team and, above all, guarantee the user's autonomy and protagonism in their health-disease process. A descriptive study was carried out, with a qualitative approach, based on the elaboration of a systematized instrument, a guide for the construction of a Unique Therapeutic Project with undergraduate medical students, directed towards the Community Health Care Interaction Module and Integrative and Complementary Health Practices workshop in the State of Pará, Brazil, in addition to students from the medical residency program in family and community medicine, highlighting the protagonism of the user so that it can be possible to coordinate and matrix care. The study resulted in the development of a guide titled "EDUCATIONAL GUIDE FOR SHARED CONSTRUCTION IN NETWORK CARE MANAGEMENT", focusing on the role of the user and the attributions of each actor. In conclusion, the primary use of the Singular Therapeutic Project served to achieve the proposed objectives - to coordinate and matrix care and ensure the user's role in their health-disease process, noting that the use of this method is positive for clinical practice through the Person-centered clinical approach.

Keywords: Primary health care. Unique therapeutic project. User role. Teaching. Health education.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	10
<b>2 DESENVOLVIMENTO TEÓRICO</b>	11
2.1 Educação e Ensino em Saúde	11
2.2 O Processo do Adoecer	12
2.3 O Protagonismo e Cuidado Centrado na Pessoa	13
2.4 O Projeto Terapêutico Singular	15
2.4.1 Diagnóstico ampliado	17
2.4.2 Definição de metas	21
2.4.3 Divisão de responsabilidades	21
2.4.3.1 Prevenção quaternária	21
2.4.4 Reavaliação	30
2.5 Mudança no Estilo de Vida	30
2.6 Evidências Científicas	31
2.7 Interface da Ferramenta com o Ensino	34
<b>3 OBJETIVOS</b>	36
3.1 Objetivo Geral	36
3.2 Objetivos Específicos	36
<b>4 MÉTODOS</b>	37
4.1 Aspectos Éticos	37
4.2 Tipo de Estudo	38
4.3 Local de Estudo	38
4.4 Validação do Produto	39
4.5 Apresentação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) aos Discentes	39
4.6 Desenvolvimento da Atividade por meio da Oficina de Construção de Projeto Terapêutico Singular	39
4.7 Considerações do Impacto do Guia para Elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS)	40
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	42
5.1 Validação do Produto pelos Juízes	42
5.2 Avaliação do Produto e Implementação pelo público-alvo	43
5.2.1 Importância da Abordagem Teórico-Prática	43
5.2.2 Promovendo uma Prática Clínica Humanizada	43
5.2.3 Avaliação Pré Aplicação	44
5.2.4 Avaliação Pós Aplicação (Acadêmicos – Graduação)	46
5.2.5 Avaliação Pós Aplicação (Médicos Residentes – PRMFC)	51
5.3 Descrição Narrativa da Oficina e Roda de Conversa – (Acadêmicos – Graduação)	56
5.3.1 Análise de Discurso e Nuvem de Palavras	57
5.4 Descrição Narrativa da Oficina e Roda de Conversa – (Residentes)	59
5.4.1 Análise de Discurso e Nuvem de Palavras	60
<b>6 CONCLUSÃO</b>	63
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	64
<b>APÊNDICE 1</b>	69
<b>APÊNDICE 2</b>	93
<b>APÊNDICE 3</b>	97
<b>APÊNDICE 4</b>	98
<b>ANEXO I</b>	100

## 1 INTRODUÇÃO

O processo de adoecimento é um processo reflexivo, tão complexo quanto a existência humana. A forma como os indivíduos de uma dada sociedade se situam em relação à doença, ou mesmo como a percebem, é fundamental na determinação do modo de enfrentamento desta doença<sup>1</sup> Os mesmos sintomas ou enfermidades podem ser interpretados de maneiras completamente diferentes por indivíduos de culturas diversas ou em contextos diferentes.<sup>2</sup>

A doença está intimamente relacionada à cultura e a saúde, assim como o reconhecimento e o tratamento da doença relacionam-se à visão do mundo do sujeito, em grande parte, por crenças, atitudes e valores culturalmente construídos, que congregam sistemas referencias, tanto populares como científicos, diferenciados entre si.<sup>3</sup>

A compreensão da doença enquanto fenômeno social faz com que as ações para seu tratamento e/ou manejo sejam interpretadas como construtos sociais e não apenas individuais. Neste sentido, as interações sociais ocupam papel de destaque na compreensão dos cuidados de saúde adotados no cotidiano.<sup>1,4,5</sup>

Nesse sentido, o estudo sobre o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como instrumento para a promoção do protagonismo do usuário na realidade da atenção primária em saúde trouxe, como proposta, a possibilidade de discussão acerca da participação ativa do usuário como protagonista na construção do seu processo de saúde, algo relevante para promoção da sua qualidade de vida no contexto da atenção primária, ressaltando as abordagens terapêuticas para o fortalecimento do atendimento integral e baseado nas necessidades de cada indivíduo e família.

Na área da medicina, tal proposta configura tratar-se de um instrumento que sirva de apoio ou orientação para a concretização do PTS, auxiliando no trabalho dos profissionais ligados ao processo de gestão do cuidado.<sup>6,7,8</sup> Com isso, foi adotado neste estudo a metodologia versada na pesquisa-ação, de natureza descritiva e abordagem qualitativa, do tipo revisão de literatura e desenvolvimento em de um guia instrutivo, baseado no conhecimento do problema, apreendendo as percepções e reflexões entre profissionais de diferentes áreas da saúde na busca pelo conhecimento sobre a participação ativa do usuário no processo saúde-doença e nas práticas médicas com foco na Medicina Centrada na Pessoa com uso de técnica terapêutica.

Ao considerar esse contexto, o estudo visou instrumentalizar a assistência a partir dos moldes do PTS, com a garantia da participação longitudinal, integral e ativa do usuário, assegurando o seu protagonismo e atribuições das ações no processo de saúde e adoecimento. Conseqüentemente, o estudo teve como finalidade propor e aplicar o instrumento de matriciamento para estimular o diálogo entre os diversos níveis da rede de atenção à atenção e, sobretudo, desenvolver a autonomia e o protagonismo do usuário no seu processo saúde-doença focado no Método Clínico Centrado na Pessoa.

Ademais, teve como objetivos específicos: a) Fornecer substrato teórico, por meio do guia, baseado em evidências, para o desenvolvimento das habilidades médicas e interdisciplinares, para fins de desenvolver a compreensão sobre a importância do compartilhamento do cuidado e justificá-los para identificar de forma rápida e precisa determinadas situações e nós críticos; b) Avaliar o impacto, por meio de opiniões, da articulação do usuário em seu projeto terapêutico singular, com relação ao desfecho final e intermediário, avaliado pela equipe assistencial em destaque àqueles com condições relacionadas ao estilo de vida no enfrentamento dos hábitos; c) Propor um instrumento metodológico para contribuir com o matriciamento efetivo, integralizado e empoderador das equipes de saúde, com destaque ao papel do usuário em seu processo de saúde-doença, a partir de casos com dificuldade de adesão ou resposta

satisfatória.

Neste conjunto, reitera-se o objetivo primordial do Programa de Mestrado Profissional no desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular (PTS), seu impacto e inovação para promoção do protagonismo do usuário no seu processo saúde-doença.

## **2 DESENVOLVIMENTO TEÓRICO**

### **2.1 EDUCAÇÃO E ENSINO EM SAÚDE**

A articulação entre educação e saúde tem se tornado um binômio necessário quando se aborda a necessidade de uma formação profissional global. (Rodríguez, Kolling e Mesquita, 2007)<sup>9</sup> Salienta Danaé Conversani, que o mister educação, saúde e comunidade tem ocupado “espaço nas discussões e reflexões entre os profissionais de saúde pública como uma das diretrizes para concretização e reestruturação do Sistema Único de Saúde” (2004, p.3)<sup>10</sup>

O ensino em saúde adentra ao currículo profissional quando se observa a necessidade de fornecer um cuidado baseado na integralidade ao direito à saúde, a partir da compreensão dada à definição de saúde, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1976: “O estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade”<sup>11</sup> (2016, p.1)

Esse conceito amplia o significado de saúde e, conseqüentemente, o modo como os profissionais de saúde devem trabalhar suas atividades, com estratégias voltadas para uma visão holística do cuidado em saúde, focalizadas em práticas que envolvam as relações sociais, não somente a já existente entre os profissionais de saúde e as instituições, como também configurada na perspectiva do usuário, pois educar em saúde significa priorizar as intervenções de prevenção e promoção, em vez de apresentar apenas o caráter curativo da assistência em saúde.<sup>12</sup>

Desde 1984, através das diretrizes para a educação em saúde, o tema em discussão é compreendido “como processo de transformação que desenvolve a consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde e estimula a busca de soluções coletivas para resolvê-los”. Entendido enquanto “parte integrante da própria ação de saúde e, como tal, deve ser dinamizada em consonância com este conjunto, de modo integrado, em todos os níveis do sistema, em todas as fases do processo de organização e desenvolvimento dos serviços de saúde”.<sup>10</sup> (2004, p.3)

A educação médica já é parte das mudanças curriculares efetivamente iniciadas em 2001, com a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Medicina, já se expressava “a preocupação com uma formação médica generalista, humanista, crítica e reflexiva”, trazendo orientações voltadas às competências profissionais, divididas em seis temáticas: Atenção à Saúde; Tomada de decisões; Comunicação; Liderança; Administração e gerenciamento; e Educação permanente.<sup>13</sup> (2019, p.2;3)

Em 2014, foram publicadas novas DCN para área da Medicina, reorientando a educação médica na graduação e pós-graduação, com estabelecimento de novos parâmetros para formação, dando ênfase à Saúde Coletiva, Gestão em Saúde e Educação em Saúde<sup>14</sup>, bem como reforçando “o compromisso com a defesa da dignidade humana, da saúde integral e da transversalidade da sua prática orientada pela determinação social do processo saúde-doença”<sup>13</sup> (2019, p.3).

A educação em saúde, nessa perspectiva, trata-se de promover “o desenvolvimento do protagonismo e autonomia dos estudantes de Medicina, médicos e usuários com o processo de cuidado, fortalecer vínculos entre esses atores, propiciando o desenvolvimento de relações horizontais e pautadas no respeito mútuo”, reconhecendo “a importância de cada um dos sujeitos para o sucesso do plano terapêutico”<sup>13</sup> (2019, p.8)

Segundo Lina Faria e Luiz Santos<sup>15</sup>, a educação em saúde consiste em “um modelo de educação e prática médica focado no desenvolvimento da saúde global, “um novo campo de prática e de formação da saúde pública”, pois teria um caráter mais abrangente de saúde”. O novo sistema de saúde envolve trabalhar os “aspectos sociais, culturais e econômicos”, inerentes as diferenças sociais, à situação sanitária e ao acesso aos serviços de saúde, situações sistêmicas e perceptíveis na Atenção Primária em Saúde (APS) necessitando de uma nova perspectiva de saúde global. (2021, p.3)

Considerando a dinâmica entre educação e saúde, de acordo com Nildo Batista e Sylvia Batista<sup>16</sup>

(...) ganha importância a estratégia de se tomar situações relacionadas com a prática profissional do médico em diferentes contextos – num movimento de ação-reflexão-ação – como estratégia do cotidiano do ensinar e aprender em medicina. Nessa perspectiva, esta prática emerge como problematizadora do processo de construção de conhecimento do futuro médico. (2008, p.102)

Para Daniela Nalom et al., a importância da aplicação do ensino em saúde no âmbito do sistema público de saúde está na possibilidade de “aprender os princípios e as diretrizes do SUS; em “compreender os fatores preponderantes no processo saúde-doença de forma ampliada”, centrando “os cuidados nas necessidades de saúde da família e comunidade; desenvolver habilidades para trabalhar em grupo humanizado e em equipe interdisciplinar, valorizando a empatia”.<sup>17</sup> (2019, p.169)

Pela perspectiva médica o mister entre educação em saúde e prática tem por objetivo preparar o estudante de medicina e médicos para lidar com os diferentes cenários e está atento às mudanças. É preciso constante aprendizagem para adotar uma postura educativa, com aplicação de novas metodologias com característica ativas, para o desenvolvimento de competências para atuar nos diversos cenários da prática de saúde, favorecendo a formação integrativa, humanizada e global.<sup>18</sup>

## 2.2 O PROCESSO DE ADOECER

Como já descrito, o processo de adoecimento configura-se no desenvolvimento reflexivo, algo complexo e diretamente ligado à existência humana. E a forma como esse processo se constroem, com significados e sentidos próprios, apresentando-se diferentes maneiras para cada pessoa, sendo resultado de um conjunto de aspectos não unicamente individual, mas, também coletivo e contextual.<sup>2</sup> São determinantes que estão relacionados às condições de vida, aos contextos socioeconômicos e cultural, além de psicológico, tornando-se um desafio para o enfrentamento da doença e tratamento.<sup>1</sup>

Alguns determinantes sociais em saúde (DSS) estão inseridos neste contexto e, consequentemente, configura na intervenção clínica avaliando a saúde do indivíduo em suas relações, como de trabalho, condições de vida e de habitação, autocuidado e entre outros. O que incluem, necessariamente, uma política de saúde pensada para prevenção com estabelecimento de programas educativos, comunicação social, acessibilidade aos cuidados em saúde, redes de apoio e fortalecimento da organização e participação de cada indivíduo que busca por atendimento médico e das comunidade.<sup>9</sup>

Tanto a pessoa em processo de adoecimento, assim como as pessoas próximas e cuidadores, necessitam focar no diálogo tornando-se algo primordial para buscar soluções práticas assistenciais capazes de acolher e atender as necessidades de uma pessoa em processo de adoecimento.<sup>1,2</sup>

Hodiernamente, o processo de adoecer é chamado de processo saúde-doença, expressão que mencionam todas as variáveis que envolvem a saúde e a doença de um

indivíduo ou população, além de considerar que elas estão diretamente interligadas e são consequências dos mesmos fatores.<sup>19</sup>

É necessário ir além dos fatores internos relativos ao agente etiológico causador de uma doença e discutir os demais agentes externos. O que, nesse sentido, qualquer método complementar de tratamento da saúde e que se baseia na medicina centrada na pessoa e na integralidade do cuidado em saúde é sugestivo e válido, pois, se torna algo importante para qualidade assistencial.<sup>19</sup>

No processo de construção do adoecimento assevera-se que alguns aspectos necessitam ser considerados para que haver um cuidado em saúde integral de qualidade, o que consiste em:

- 1) Explorar a doença e a experiência da pessoa com a doença, avaliando a história, o exame físico e complementares, a dimensão da doença, sentimentos, ideias, efeitos sobre a funcionalidade e expectativas da pessoas;
- 2) Entender a pessoa na sua integralidade, considerando a complexidade humana, sua história de vida, aspectos socioculturais e de desenvolvimento, em um contexto próximo – sua família, comunidade, emprego, suporte social e contexto longínquo – sua comunidade, cultura e ecossistema;
- 3) Elaborar um projeto comum de manejo com avaliação de quais problemas e prioridades devem ser tratadas, estabelecimento de metas para execução do tratamento e do manejo e avaliação e estabelecimento dos papéis da pessoa e do profissional de saúde;
- 4) Incorporar a prevenção e a promoção de saúde no sentido de trazer melhorias à qualidade de vida, evitar ou reduzir os riscos, identificar precocemente os riscos ou doenças e reduzir as complicações;
- 5) Fortalecer a relação médico-pessoa, exercendo a compaixão;
- 6) Ser realista quanto ao tempo e timing, construir e trabalhar em equipe e usar adequadamente os recursos disponíveis.<sup>19</sup> (2020, s.p.)

Portanto, o processo de adoecimento, algo particular e subjetivo, é um processo de tomada de consciência que o indivíduo possui sobre si, o estado de doença e seu desenvolvimento, incluindo a família e os profissionais de saúde, tudo isso gera protagonismo e (auto)conhecimento de si e do outro.<sup>1,19</sup> Além do mais, vem exigir um método clínico baseado e centrado na pessoa em sua integralidade.

Consoante a isto existe a importância de trabalhar o PTS a partir de “uma abordagem educacional voltada para a pessoa/aprendiz”, em que “o profissional procura desencadear na pessoa/aprendiz reflexões críticas por meio do diálogo, levando à conscientização sobre seu potencial para a saúde e sua promoção de saúde, e sobre as ameaças à saúde inerentes ao seu padrão de vida atual”.<sup>20</sup>(2013, p.10). A medicina centrada neste método amplia e potencializa o atendimento multiprofissional, pois contribui para uma análise completa sobre o estado de saúde do indivíduo, sendo capaz de intervir positivamente na redução dos danos à saúde.<sup>5</sup>

Neste aspecto, a literatura revela que é necessário organizar a prática cotidiana visando a transformação de modelos de atenção, predominantemente, curativos, aumentando a capacidade de produção e reprodução de conhecimentos. Sugere-se que a prática precisa estar sempre aberta à incorporação de propostas inovadoras, privilegiando a atuação clínica centrada no indivíduo e nas suas necessidades que vão além das físicas, atentando para seus fatores de riscos relacionados com outras áreas social, cultural e psíquica – a atenção em saúde, portanto, volta-se às condições agudas de saúde.<sup>1,5,8</sup>

### **2.3 O PROTAGONISMO E CUIDADO CENTRADO NA PESSOA**

A Medicina Centrada na Pessoa (MCP) é definida como um método clínico que, através de uma escuta atenta e qualificada, objetiva um entendimento integral da vivência individual daquele padecimento, a fim de construir, conjuntamente com o usuário, um plano terapêutico, estimulando a autonomia do indivíduo no processo saúde-doença.<sup>1,5</sup>

A autonomia prevê uma atitude de empoderamento e isso vai além da percepção sobre o estado de adoecimento, isto porque, ao usuário fica a missão de transformar o comportamento em direção da busca pela saúde. O método centrado na pessoa considera a singularidade humana, que precisa ser respeitada.<sup>8</sup>

(...) reforçando vínculos de confiança e auxiliando o desenvolvimento da escuta, que leva em consideração as preocupações relativas à doença e aos protocolos de terapia e culmina em colaboração constante. Se cada história é singular, todas as histórias compõem a história de uma preocupação comum. A autonomia acaba criando um vínculo individual e um discurso coeso.<sup>8</sup>(2018, p.203)

O compromisso assistencial influencia na busca pela autonomia do paciente e isso consiste em tornar a pessoa autodeterminada, com corresponsabilização na construção da saúde. Com isso, ela saberá que pode gerir livremente sua vida e pensamentos, além de ser capaz de realizar, de forma racional, as suas próprias escolhas, com postura de autocuidado, apesar das influências externas. Assevera-se que estas influências externas – o processo de adoecimento, não podem ser esquecidas ou eliminadas, pois, se tornam um estímulo para esta autodeterminação.<sup>4,7,21</sup>

A MCP é um termo com significado amplo e que pode ser aplicado por diversas áreas da saúde como Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Medicina e entre outras. Ela surgiu da demanda das pessoas por um atendimento mais integral e humanizado e que contemplasse atender suas carências, aflições e sentimentos em relação ao adoecimento ou possível adoecimento.<sup>20</sup>

É colocado que o método clínico centrado na pessoa apresenta resultados positivos por possibilitar maior satisfação dos doentes e médicos; melhora na aderência aos tratamentos e cuidados; reduz as preocupações e ameniza o estado de ansiedade; reduz sintomas; diminui a utilização dos serviços de saúde e as queixas por má-prática; melhora a situação fisiológica e na recuperação de problemas recorrentes e melhora a saúde mental.<sup>5,20</sup>

Corroboram Silva et al.<sup>4</sup> colocando que:

Na prática, o cuidado centrado no paciente propicia efeitos positivos sobre os desfechos clínicos, viabilizando a cooperação entre o indivíduo e equipe multiprofissional, facilitando assim, a consolidação dos direitos do paciente. Portanto, esse modelo de atenção visa romper com a fragmentação do cuidado a partir de uma perspectiva biopsicossocial. (2022, p.2)

Ainda no plano terapêutico, quando se abrange a MCP, a espiritualidade também é considerado um aspecto a ser observado no cuidado à saúde e se junta com a saúde mental e a prática médica se tornando mais um instrumento de cuidado quando envolve o tratamento compassivo e humanizado. Resultados científicos revelam que pessoas que se apegam a religiosidade em momentos de adoecimento são menos afetados pelos sintomas depressivos ou mesmo possuem sentimentos contínuos de tristeza e/ou sentem vontade de desistir de um tratamento de doença.<sup>22</sup>

Para a medicina a prática clínica baseada na MCP é uma proposta de cuidado com mudanças de valores e onde coloca a pessoa que recebe o cuidado como agente

ativo e não mais passivo e ao médico do poder de comando passa a compartilhar o poder da relação, favorecendo o cuidado cooperativo e integral.<sup>5</sup>

Embora não se possa afirmar que todas as terapêuticas adotadas no âmbito popular sejam decorrentes de um processo de escolha deve-se considerar a importância de serem lógicas e possuírem significados para os indivíduos quando o foco do tratamento é concentrado nos múltiplos fatores humanos.<sup>21</sup> As condutas adotadas, portanto, são permeadas por conhecimentos e hábitos culturais, muitos dos quais, embora sem justificativa aparente, constroem a forma como o mundo é entendido pelo indivíduo e, mais que isto, como ele é negociado nas relações sociais e legitimado pela sociedade.<sup>23</sup>

## 2.4 O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é acima de tudo uma ferramenta de promoção à saúde que envolve um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, direcionadas a um indivíduo, família ou coletividade, com o objetivo de traçar estratégias de intervenção para o usuário, contando com os recursos da equipe, do território, da família e do próprio sujeito, envolvendo uma pactuação entre esses mesmos atores.<sup>24</sup> Por singular ou singularização na clínica médica significa abordar, atentar e respeitar a pessoa considerando suas características e necessidades pessoais. A conduta terapêutica, portanto, caminha por estratégias de atendimento fundamentais para o processo saúde-doença com o olhar clínico ampliado.<sup>1,3</sup>

O trabalho em equipe, elemento essencial para a elaboração pactuada e compartilhada do projeto terapêutico implica em compartilhamento de percepções e reflexões entre profissionais de diferentes áreas do conhecimento na busca pela compreensão da situação ou problema em questão. De modo que a construção de um PTS exige a presença e colaboração de sujeitos comprometidos com propostas e condutas terapêuticas articuladas, envolvendo quatro pilares: hipótese diagnóstica, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação.<sup>3,25</sup>

Neste sentido, valida Pereira (2020)<sup>7</sup> que :

O PTS deverá ser reavaliado frequentemente, na ocasião, será discutido a evolução do caso, traçado novas metas, alterações e mudanças necessárias. A periodicidade da reavaliação é relativa à cada caso e serviço de saúde, mas, em média ocorre mensalmente através de reuniões da equipe. E possibilita ainda às equipes de saúde que o adotam como ferramenta no processo de trabalho, o fortalecimento da troca de saberes entre seus atores sociais, considerando o contexto social de cada indivíduo podendo ainda permitir e motivar o envolvimento dos usuários para torná-los coparticipantes e provedores do seu cuidado. Criando e fortalecendo vínculos entre equipe-usuário-família o que contribui para o matriciamento, recurso este, que promove a construção compartilhada de propostas integradas entre os diversos serviços. (2020, p.18)

Nesta perspectiva, compreende-se o cuidado como uma construção complexa e dinâmica, realizada conforme as necessidades particulares e individuais de cada Ser, considerando, para isso, o contexto familiar no qual está inserido, bem como a comunidade e outros elementos relevantes a sua história de vida, que possam ser determinantes ou condicionantes ao cuidado e condição de saúde.

Para a efetivação do cuidado, é primordial que o usuário e a família participem ativamente desse processo. Para isso, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) se configura como uma estratégia de cuidado que viabiliza o desenvolvimento de ações terapêuticas multiprofissionais, discutidas e planejadas coletivamente e elaborada para

uma pessoa, família ou grupo.<sup>26</sup>

O PTS possibilita essa integração e, conseqüentemente, a corresponsabilidade e autonomia do sujeito em seu processo saúde-doença, permitindo um diálogo entre equipe multiprofissional e usuário. Esse mecanismo considera e valoriza a historicidade e as necessidades individuais, bem como o contexto de vida, que pode ser compreendido por qualquer profissional da saúde que tenha bom vínculo com o sujeito/família/comunidade.<sup>23</sup>

O apoio matricial é definido como um modelo de organização em que as equipes que atuam junto à população recebem apoio técnico em áreas específicas, sendo um espaço de construção compartilhada para o suporte técnico-pedagógico e assistencial, desenvolvidos para as equipes das unidades de saúde e o aumento de seu poder resolutivo.<sup>3,22,27</sup>. 2021 Com isso, prestar um serviço singularizado requer da equipe a construção de um modelo PTS adequado para a identificação das necessidades do indivíduo em atendimento, sabendo que sua colaboração é essencial para isso.<sup>24</sup>

Através do método PTS, realiza-se um registro completo da pessoa, considerando a participação do(s) seu(s) responsável(eis) e da equipe: identificação; localização territorial e elementos do território relevantes; arranjo familiar apresentado por meio de representação gráfica; queixa/situação/demanda com histórico relevante resumido; ações clínicas já realizadas; avaliação das vulnerabilidades; negociação das necessidades de saúde, entre equipe e entre equipe e usuário; propostas de intervenção com cronogramas e responsáveis; definição do profissional de referência do caso e definição de periodicidade de reavaliações do caso.<sup>20</sup> Em suma, o PTS pode ser realizado seguindo alguns passos como análise situacional com diagnóstico ampliado, definição de metas e divisão de responsabilidades para um acompanhamento integral do caso.<sup>4,6,7</sup>

Ademais, Pereira (2020)<sup>7</sup> considera que:

(...) o PTS é uma importante ferramenta para a equipe interdisciplinar planejar, implementar e avaliar ações de saúde ao sujeito/família/comunidade. Portanto, o PTS contribui com o serviços da ABS, garantindo-lhe um maior desempenho das práticas de saúde, uma vez que possibilita um olhar mais amplo dos casos encontrados na rotina da UBS sob a luz de vários saberes e profissionais, articulados entre si, para alcançar o mesmo objetivo, na tentativa de solucionar o problema identificado, sem prejudicar ou deixar em prejuízo a integração social do sujeito. (2020, p.12)

Por isso ser tão importante a busca pelos profissionais por conhecimentos científicos acerca do PTS, bem como de transmissão de informações e treinamento de capacidades para construção de uma proposta de tratamento adequado e que visa o atendimento humanizado, integralizado e de qualidade.<sup>24</sup> O comprometimento com o conhecimento é inerente à postura profissional e necessário, além de buscar estabelecer uma relação de confiança e segurança com o usuário de saúde quanto à postura profissional.<sup>25</sup>

A escuta e o diálogo são ferramentas essenciais para este estabelecimento, além de permitir aos envolvidos no cuidado em saúde – profissionais, usuários e família, momentos de discussão sobre o tratamento e compartilhamento de informações e participação no processo de tomada de decisão sobre os protocolos médicos.<sup>23</sup> “Assim, através do diálogo e da ação, as pessoas fragilizadas, oprimidas e conscientes passam a desenvolver uma análise mais ampla sobre sua condição” e onde os recursos de apoio em saúde podem contribuir para que pessoas em condição de adoecimento possam “trabalhar e deixar de lado o desânimo inicial”.<sup>1</sup>

### 2.4.1 Diagnóstico ampliado

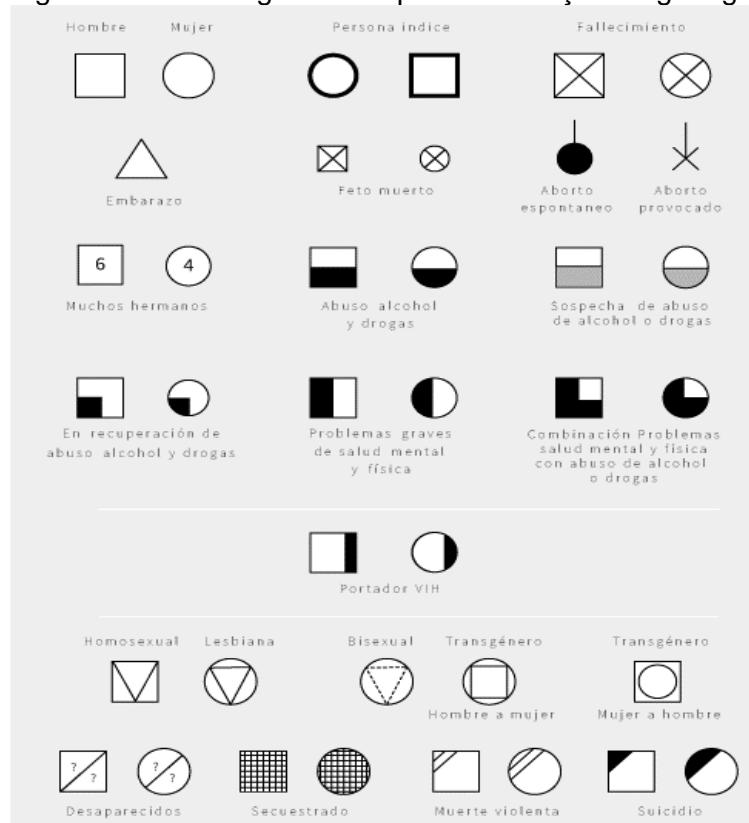
O diagnóstico ampliado no contexto da construção do PTS consiste no delineamento da situação problema, identificando os aspectos orgânicos (diagnósticos pregressos), sociais, psicológicos e que influenciam no caso. É importante, nessa etapa, identificar os sujeitos envolvidos, as vulnerabilidades e a rede de apoio existente, e não apenas os aspectos clínicos do caso. A construção de instrumentos de abordagem familiar, como o genograma e ecomapa mostra-se como uma boa ferramenta para registro gráfico da situação problema quando esta se tratar de um caso individual.<sup>3,7,8,24,25</sup>

De acordo com Barbosa e Solano (2021)<sup>27</sup>:

Há uma variedade de símbolos e convenções, bem como diferentes formas de registro de informação, o que não permite a avaliação homogênea da estrutura dinâmica família, surgindo a necessidade da padronização dos critérios para elaboração dessas ferramentas, o que permite falar na mesma língua e realizar uma interpretação adequada deles, bem como como seu uso na intervenção familiar para compreensão do autocuidado, doença, o comportamento de um indivíduo e os efeitos que podem ter no sistema familiar, além de permitir ao profissional saúde orienta a tomada de decisão. (2021, p.46)

A simbologia básica para genograma e ecomapa é representada na Figura 1 e consiste em graficar três gerações da família, desenhando os membros com respectivo sexo, a pessoa entrevistada ou avaliação clínica e circunstâncias especiais, como aborto ou abuso.<sup>27,28,29</sup>

Figura 1 – Simbologia básica para construção de genograma e ecomapa



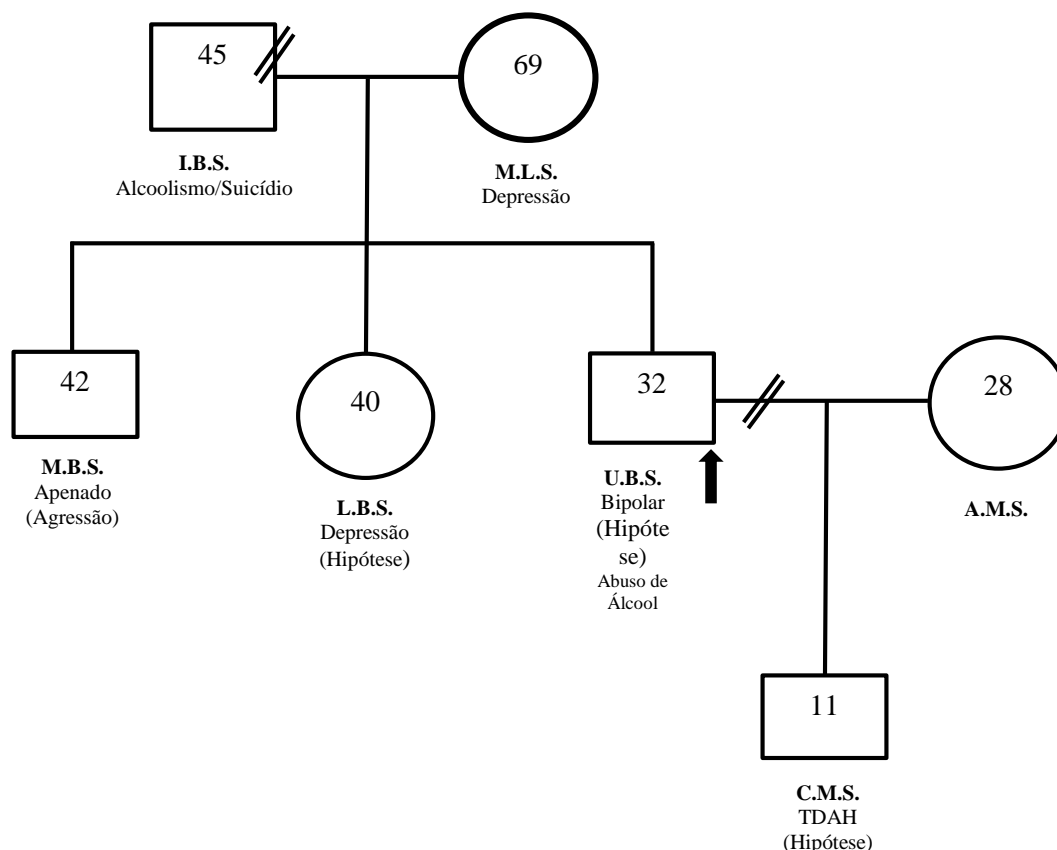
Fonte: Barbosa e Solano<sup>27</sup> (2021, p.10)

O entendimento global da estrutura e funcionamento familiar consiste em observar alguns aspectos importantes durante a abordagem familiar, tais como: os

limites ou fronteiras que resultam em disfuncionalidades; os papéis que cada integrante do sistema familiar representa; a comunicação (verbal e não verbal) estabelecida entre os envolvidos no tratamento, aspecto importantíssimo, pois “cada mensagem refere-se a um contexto de outras mensagens”, não havendo “uma mensagem e resposta única, e sim respostas múltiplas”<sup>3</sup> (2013, p.9) e; a transgeracionalidade, devendo-se observar a família nuclear e a trigeracional, ou seja, atingindo demais familiares como, por exemplo, os avós.<sup>28,29</sup>

Além destes, demais símbolos servem de representação para construção de um genograma e ecomapa familiar.<sup>28,29</sup> A figura apresenta um exemplo de genograma simples e onde representa o seguinte: o quadrado com dois traços significa símbolo de falecimento; o quadrado ligado ao círculo com dois traços, símbolo de separação; o quadrado ligado ao círculo com dois traços e interligados a mais um quadrado significa separação com filho (guarda da mãe); os números dentro dos quadrado e círculos significa a idade de cada membro familiar; abaixo dos quadrados e círculos as iniciais dos nomes e informações gerais, médicas e psicológicas, devendo conter apenas o que for relevante para o caso e a seta para cima, significa que se trata da pessoa foco da terapia.<sup>23</sup>

Figura 2 – Exemplo de genograma simples



Fonte: Drewis Jr.<sup>23</sup> (2015, p.19)

Com este exemplo é possível identificar, de acordo com Drewis Jr.<sup>23</sup>, o seguinte:

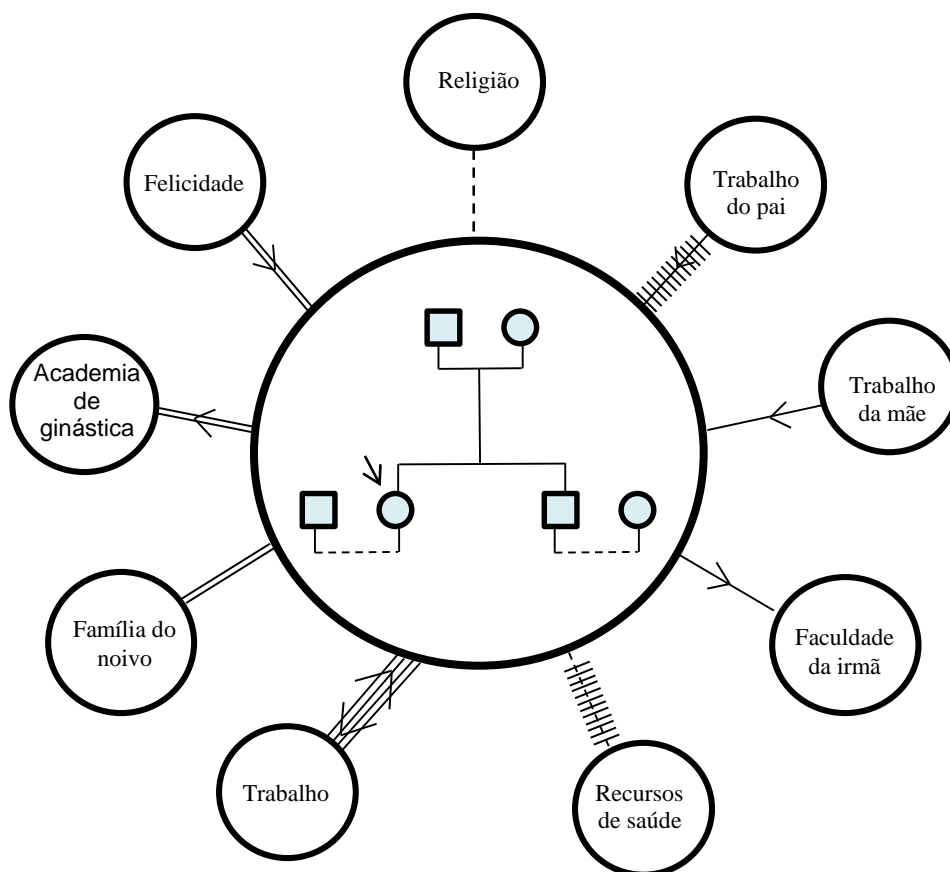
U.B.S., tem 32 anos, é do sexo masculino, separado, que abusa do álcool e tem comportamentos que indicam transtorno bipolar. Era casado com A.M.S., de 28 anos, com quem teve um filho que atualmente tem 11 anos e está apresentando problemas compatíveis com TDAH. O pai U.B.S., era I.B.S., alcoolista que se suicidou aos 45 anos, e a mãe era M.L.S., de 69 anos, ainda viva, que sofre depressão. U.B.S. é o mais novo de três irmãos, sendo que o primogênito tem 42 anos e cumpre pena por agressão e a irmã do meio tem 40 anos e apresenta características que

podem significar que sofre de depressão. (2015, p.19)

A partir do método gráfico genograma, modelo “semelhante a árvore genealógica” e que compõe “características de um indivíduo central de onde saem ramificações que o conectam com as respectivas características de seus familiares”<sup>27</sup> (2018, p.12), com a identificação do estado de saúde global dos membros familiares e suas interações familiares é possível à equipe de saúde atuar como uma rede de apoio e “realizar intervenções no intuito de melhorar o vínculo afetivo e o cuidado aos usuários e seus familiares, auxiliá-la a perceber a dinâmica, reestruturar comportamentos e melhorar relações”, bem como “permitir aos profissionais de saúde repensar práticas” e aperfeiçoá-las, quando necessário, para identificação de “fragilidades e potencialidades”, ensejando a avaliação e o planejamento de estratégias conjuntas mais adequadas, “que contribuam para o enfrentamento de problemas vivenciados pela família” e tragam qualidade de vida.<sup>29</sup> (2020, p.4)

Outro exemplo de estrutura é do ecomapa, representado pela Figura 3:

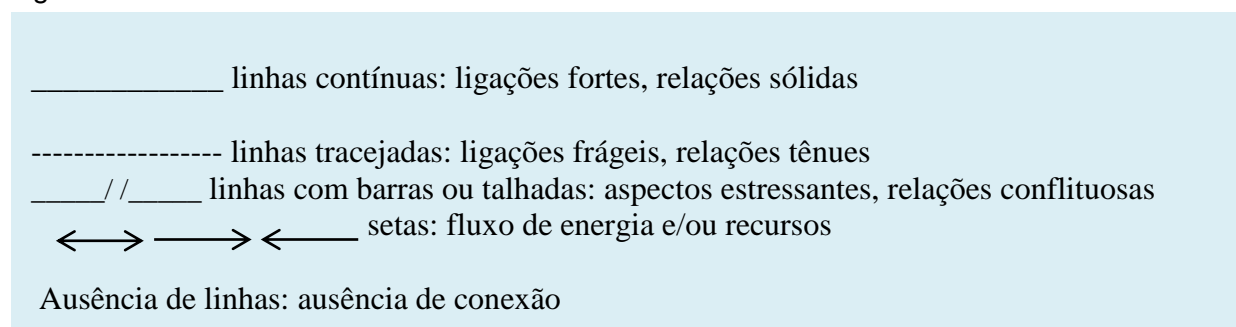
Figura 3 – Estrutura de um ecomapa



Fonte: Brasil<sup>3</sup> (2013, p.31)

Os símbolos representados na Figura 4 são aqueles utilizados para perceber os padrões de vínculo (afetivo) e formação de triângulos ou alianças entres os membros familiares, conhecendo mais a dinâmica da estrutura familiar.<sup>3</sup>

Figura 4 – Símbolos relacionados aos vínculos



Fonte: Brasil<sup>3</sup> (2013, p.31)

“O ecomapa é um diagrama das relações entre a família e a comunidade e auxilia na avaliação dos apoios disponíveis e a sua utilização pela família” e é um recurso complementar do genograma.<sup>4</sup> (2022, p.4). Por meio dele é possível obter informações a respeito dos relacionamentos entre estas relações (análise dos elementos intra e extrafamiliares) e “compreender a influência do convívio social a manutenção da saúde”.<sup>28</sup> (2018, p.10).

O genograma e ecomapa são métodos representativos sobre a tipologia, estrutura familiar, “o formato de cada interação e o modo como elas se comportam ao longo do processo de convivência familiar”, sendo facilitadores para “compreender a influência da relação do portador da doença com sua família, cuidadores e comunidade”. Facilitam ainda na “visualização ampla dos integrantes da família” e “na representação das relações de cada grupo familiar com a comunidade”, o que viabiliza compreender “a influência do convívio social na manutenção da saúde”.<sup>28</sup> (2018, p.10; 15).

No que tange o objetivo da simbologia para construção de um genograma e ecomapa familiar, de acordo Barbosa e Solano (2021)<sup>27</sup>, isso significa:

(...) estabelecer a adaptação de um guia para o desenvolvimento do familiograma e ecomapa, com a unificação da simbologia através de uma revisão documental para os instrumentos residentes de medicina familiar muito útil na prática clínica comunidade; tudo isso foi levantado através uma avaliação documental e a realização de um compêndio de símbolos endossados mundialmente, destacando assim a importância a unificação de critérios na elaboração, que permitem uma interpretação adequada. (2021, p.46)

O genograma possibilita, portanto, “uma ampla caracterização do paciente, família e cuidadores, o que permite um cuidado centrado no paciente e na família” por meio de uma intervenção adequada, tanto a nível individual quanto coletiva.<sup>26</sup> (2021, p.6). Ademais, “permite a identificação de padrões repetitivos e de tendências hereditárias”.<sup>23</sup> (2015, p.4). E o ecomapa “é montado de acordo com os vínculos estabelecidos entre a família e a comunidade, sendo eles de amizade e/ou vizinhança”, o que permite “a avaliação das redes de apoio” (caso haja) e nas relações sociais existentes, “sendo elas fortes ou sutis”.<sup>28</sup> (2018, p.12)

É fato a essencialidade de uma abordagem situacional e diagnóstica durante a consulta, considerando o indivíduo de forma integral, valorizando suas especificidades e o encontro entre profissional e usuário, aproximando-se ao conceito de “clínica ampliada”, e pensando na atuação em rede e na integralidade do indivíduo como ator complexo inserido em um processo social também complexo<sup>11</sup>. Esse tipo de avaliação possibilita alcançar “uma conclusão acerca dos riscos, vulnerabilidade, resiliência e potencialidades do sujeito”.<sup>7</sup> (2020, p.17)

Isto, portanto, consiste na percepção da complexidade das necessidades sociais, físicas, psíquicas e ambientais construídas a partir dos sujeitos que utilizam os serviços

de saúde e a identificação dos limites da prática clínica centrada na doença. Logo, ultrapassa-se o ato de definir uma conduta somente a partir do diagnóstico, não desconsiderando sua importância. Mas sim, alocando essa identificação como parte de um processo, complementado e determinado pela expressão do sujeito em seu processo de saúde-doença.<sup>30</sup>

#### 2.4.2 Definição de metas

A definição ou descrição de metas demanda trabalhar a participação dos membros familiares, com possibilidades de interações e discussão e sua discordância durante a interação com a equipe de saúde. Com base na entrevista é possível o entendimento das queixas e realidades vivenciadas por cada membro familiar o que favorece o diagnóstico abrangente.<sup>4,5</sup> Definidas as metas é possível garantir tratamento digno e de qualidade ao usuário em adoecimento e fazer com que a família seja parte integrante do cuidado.<sup>8</sup>

Na prática e após a descrição do caso e levantamento dos pontos a serem trabalhados é importante que a equipe trabalhe com metas a serem alcançadas a curto, médio e longo prazo. Essas metas devem ser negociadas com o sujeito do PTS e demais pessoas envolvidas.<sup>4,5,24,25</sup>

#### 2.4.3 Divisão de responsabilidades

Na divisão de responsabilidades são definidas as tarefas de cada um e devem ser claras, incluindo do sujeito do PTS. É importante definir também um profissional que será responsável pelo maior contato entre o caso e a equipe de saúde é uma estratégia que pode facilitar a continuidade da assistência, além da reavaliação e reformulação de ações do PTS.<sup>3</sup>

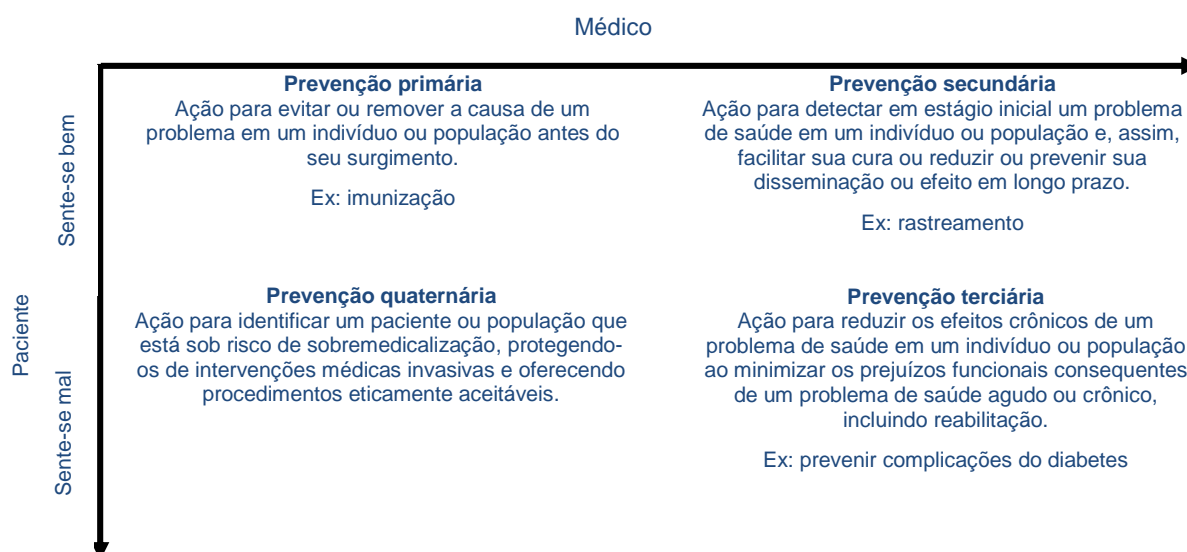
Neste processo é possível esclarecer o papel (e responsabilidades) que cada um possui dentro do tratamento realizado por uma equipe de Atenção Básica. As responsabilidades favorecem “a continuidade e a articular entre formulação, ações e reavaliações”, mantendo informados todos os envolvidos sobre a evolução e se serão feitas correções durante o processo de cuidado.<sup>3</sup> (2013, p.16). E enquanto conjunto de ações articuladas a serem executadas no cotidiano do serviço de Atenção Primária à Saúde, o PTS segue ainda mais um para o desenvolvimento do material: a reavaliação.<sup>8</sup>

##### 2.4.3.1 Prevenção quaternária

A prevenção faz parte de um processo de intervenção e de promoção da saúde, que se desdobra em quatro tipos de ações preventivas, processadas a partir da interação entre médico e paciente que seguem ações de evitação e remoção, detecção, identificação e redução dos riscos à saúde.<sup>31</sup>

Seguindo a representação gráfica para P4, de Jamouille 2015 apud Charles Tesser<sup>32</sup>, os tipos de prevenção seguem os seguintes parâmetros, Figura 5:

Figura 5 – Tipos de ações preventivas



Fonte: Adaptado de Jamouille 2015 apud Tesser<sup>32</sup>, 2017, p.3

Em atenção a prevenção quaternária (P4) trata-se de mais um tópico abordado no PTS. É um conceito, como também uma prática, que propõe medidas de redução dos riscos à saúde eticamente aceitáveis.<sup>31</sup> Consiste no “desdobramento prático, profissional e técnico de críticas e saberes sobre o processo de medicalização da sociedade, do cuidado e da prevenção elaborados”. Seu conceito não é novo, mais seu o foco está nas práticas, sendo relevante e inovador no que se refere ao novo contexto de assistência em saúde pautado nos princípios da universalidade e integralidade do cuidado<sup>32</sup>

É um tipo de prevenção, de acordo com Charles Tesser<sup>32</sup>, que está pautada em:

(...) ações e desdobramentos práticos ou técnicos da resistência ética, atitudinal, epistemológica e política aos excessos de iatrogenia, preventivismo e medicalização nas práticas profissionais e institucionais. Por ser mais sintética e nativa da APS, a expressão P4 facilita a comunicação com os profissionais e gestores, comunga do apelo emocional da prevenção em geral e introduz a crítica na discussão técnica preventiva, pelo que merece ser mantida. (2017, p.3)

Contudo, de acordo com Tesser e Norman<sup>31</sup>, um novo conceito passa a configurar a P4, ampliando a noção e discussão sobre ética e que questiona a representação gráfica construída por Jamouille. O novo conceito refere-se a “ações tomadas para proteger os indivíduos (pessoas/pacientes) de intervenções médicas que são susceptíveis de causar mais danos do que benefícios”, pois o objetivo da P4 “é reduzir os sobrediagnósticos, sobretratamentos e danos iatrogênicos” e não apenas a sobremedicalização.

A ideia de sobremedicalização relacionada a iatrogenia se refere as complicações provocadas no paciente ou por causa de medicamento ou por falta de ação médica, passando pelo diagnóstico, tratamento e até a prevenção, onde ambas caracterizam atos de “imprudência”, “imperícia médica” ou de negligência, ameaçando “a vida do paciente, à medida que sequelas se matenham definitivamente”.<sup>33</sup> (2000, p.75)

Nesse sentido, a intervenção médica no campo da prevenção quaternária engloba ações tanto preventiva quanto curativa, para garantir uma assistência global do indivíduo, que cruzam os tipos de ações preventivas, ampliando e efetivando o

atendimento em saúde.<sup>31</sup> Este tipo de ação, portanto, demanda saberes atitudinais essenciais à prática médica, para isso consiste em o profissional de saúde “ter habilidade para planejar e implementar políticas públicas que vão melhorar a saúde” do indivíduo e da comunidade que realiza atendimento médico.<sup>34</sup>

Com isso, uma nova configuração da estrutura da P4 surge com críticas a sua definição original e a representação gráfica de Jomouille, Quadro 1

Quadro 1 – Críticas à definição original de P4

<b>Para Brodersen <i>et al.</i>, 2014</b>
<p>a) “A primeira parte da definição ‘pacientes em risco de sobremedicalização’ cria uma etapa desnecessária para os médicos – decidir quem está em risco de sobremedicalização” (p. 3).</p> <p>b) “A última parte da definição da Wonca ‘..., e sugerir intervenções eticamente aceitáveis’ é muito estreita. Na verdade, só se aplica ao quadrado inferior esquerdo – pessoas que se sentem doentes, mas onde nenhuma doença biomédica pode ser ‘objetivada’” (p. 3).</p>
<b>Para Martins <i>et al.</i>, 2018</b>
<p>c) “A definição atual de prevenção quaternária tem algumas limitações porque exclui pacientes e intervenções médicas em que uma perspectiva de prevenção quaternária seria necessária e útil para proteger os pacientes de danos” (p. 106). “No modelo de Jamouille, o campo de ação da prevenção quaternária seria somente a situação em que o paciente se sente mal sem ter doença. Este fato é uma limitação [...] e pode contradizer a definição [da Wonca]” (p. 107).</p>
<b>Para Martins <i>et al.</i>, 2019</b>
<p>d) “[a nova definição] apresenta a ideia de que a prevenção de danos iatrogênicos deve estar presente em todos os aspectos da atividade clínica (prevenção primária, secundária, terciária e quaternária) de forma mais explícita. É por isso que na representação visual da definição, a ‘prevenção quaternária’ foi movida do quadrante 4 para o centro da figura” (p. 614).</p> <p>f) “desmedicalização muitas vezes não é um conceito baseado na Ciência” (p. 614).</p> <p>g) “Ao colocar o foco na desmedicalização, aumentamos o risco de remover algumas intervenções médicas que poderiam ser mais benéficas do que prejudiciais para os pacientes” (p. 614).</p>

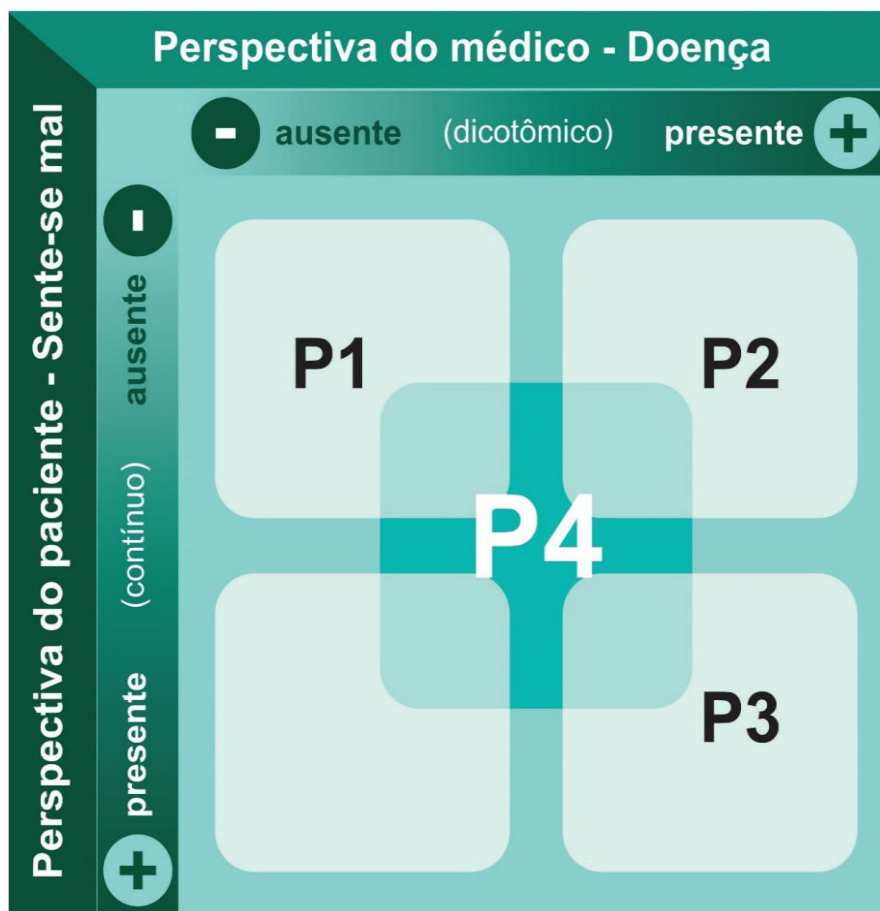
Fonte: Adaptado de Tesser e Normam<sup>31</sup>, 2021, p.6.

As críticas proferidas por John Brodersen, Carlos Martins e outros autores é quanto a P4 seguir “um ponto de vista filosófico conceitual” que inclui “a heterogeneidade de entendimento do conceito, tanto como sendo uma prevenção das três primeiras formas preventivas, como meramente cuidados paliativos ou relativo ao princípio da não maleficência”<sup>35</sup>

Isso, portanto, limita a análise global da saúde do usuário/paciente atendido pelas redes de atenção básica, quando seu conceito original parte do risco de sobremedicalização (dicotomia entre sentir-se bem ou mal), sendo essencial que o P4 se configure como um plano de cuidado mais abrangente e continuamente interligado aos demais tipos de prevenções (P1, P2 e P3), apresentando uma ideia de prevenção de danos iatrogênicos que deve ser considerado em todos os aspectos da atividade clínica – biopsicossocial e cultural, compreendendo a dicotomia existente entre os quadrantes, por isso de centralizar o P4. Enfatizam os autores que não se configura a ideia de que a desmedicalização seja a principal característica da P4, mais que ela é mais um elemento que deve ser analisado e processado entre as demais ações, para evitar, detectar e identificar e reduzir os riscos individuais e populacionais com tratamentos desnecessários.<sup>31</sup>

A Figura 6 apresenta um novo formato da P4, a partir das críticas lançadas à definição original e à representação gráfica ulterior:

Figura 6 – Tipos de ações preventivas a partir de um novo conceito



Fonte: Tesser e Normam<sup>31</sup>, 2021, p.5.

A P4 possui uma estruturação dicotômica e contínua e que passará por mudanças sempre que a sociedade também mudar e evoluir para outros patamares, pois a forma como o indivíduo se comporta e toma ciência do cuidado e autocuidado a ciência médica evolui para atender as demandas de saúde-doença. A importância de manter o desenvolvimento do conhecimento é primordial para manter o foco do cuidado na prevenção e assim evitar os riscos à saúde e melhorar a qualidade de vida do indivíduo e da população.<sup>35</sup>

Pois,

Conforme o conceito saúde-doença e seus limites, por vezes imprecisos, vão se modificando, a distinção do saudável, dos fatores de risco (como pressão arterial, níveis de colesterol, densidade óssea e obesidade) e o obscurecimento da noção de cura e prevenção alimentam a expansão da comercialização de medicamentos. Tais fatos culminam com a indústria da longevidade, que vende e propaga uma gama de compostos com inúmeras substâncias (comumente vitaminas e minerais) vendidos sem controle e sem benefícios para a população que, desamparada de informação adequada, os utiliza. (Pellin e Rosa, p.7)

Diante desse contexto, as ações preventivas é uma prática clínica no âmbito da saúde pública que possui uma abordagem familiar na APS, no sentido de trabalhar a assistência médica com foco tanto no indivíduo, como na família e na comunidade.<sup>14</sup>

Abordar famílias constitui-se em um elemento de gestão do cuidado em

Atenção Domiciliar (AD), e também em um elemento de prática diagnóstica e terapêutica. A abordagem familiar domiciliar permite o conhecimento da família e das possíveis disfuncionalidades que prejudicam o bem estar biopsicossocial de seus membros. No domicílio, algumas questões sobre a estrutura familiar estão explícitas, por exemplo, para uma pessoa com diabetes descompensado os profissionais da AD podem estabelecer contato com todos os membros da família e visualizar *in loco* os seus hábitos alimentares.<sup>36</sup>(2011, p.2)

O Serviço de Atenção Domiciliar (AD) abrange “um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas no domicílio, com garantia de continuidade do cuidado e integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS)”, sendo considerada uma modalidade importante de atenção à saúde, “substitutiva ou complementar as já existentes”.<sup>37</sup> (2023, p.1)

Conforme o art. 535, Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, o serviço AD é voltado para as:

[...] Pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador.<sup>38</sup> (2020, p.13).

Para este atendimento, conforme o CIAD<sup>39</sup>(2019, p.21-22), a organização e desempenho das equipe responsáveis pelo cuidado em saúde no campo da AD se tornam necessários e abrange os serviços terciários e quaternários, vievenciando “cuidados extramuros” das APS, mantendo “a segurança” e o “cuidado ampliado” com “menor custo operacional”. A gestão do cuidado possui metas bem definidas segundo o sistema, e Figura 7:

Figura 7 – Gestão do cuidado/definição de metas



Fonte: Adaptado de CIAD<sup>39</sup>, 2019, p.22

Considerando a Figura 6,

A utilização do quadro de gestão do cuidado à vista norteado pela Escala de Performance (PPS) auxilia a equipe da visita domiciliar e equipe de telemonitoramento a acompanhar a evolução do plano terapêutico e realizar a gestão dos indicadores, podendo utilizá-los nas tomadas de decisões, compreendendo a importância da interdisciplinaridade para atingir as metas definidas no projeto terapêutico singular e propor ações de melhoria nos processos de trabalho.<sup>39</sup> (2019, p.22)

Seguindo os parâmetro da AD, entre as redes de atenção à saúde está a APS que segue o modelo assistencial “Estratégia Saúde da Família” (ESF), que demanda organização e registro das atividades no âmbito da Atenção Básica, para promoção do cuidado centrado nas pessoas, na família e na comunidade, englobando estratégias de prevenção. Para isso, o Registro de Saúde Orientado por Problemas (ReSOAP) torna-se um instrumento de controle e registro do que é relevante para entrar no processo do cuidado.<sup>34,40</sup>

De acordo com Luciano Loyola<sup>40</sup> o ReSOAP “é um método de registro de prontuário em saúde amplamente difundido pelo mundo, hoje com foco na APS”, um produto padronizado e incorporado no sistema SUS nacional e que pode ser utilizado por todos os profissionais de saúde. “O SOAP é um sistema racional de registro por duas razões: **1.** Porque é a tradução escrita resumida e objetiva de um episódio de consulta; **2.** Porque as suas componentes «S» (Subjetivo), «O» (Objetivo), «A» (Avaliação) e «P» (Plano) se podem correlacionar com os passos da consulta”. (2022, p.1) O sistema busca:

- 1- Garantir a escuta qualificada (evitando que o profissional olhe mais para a tela/prontuário do que para os olhos da pessoa);
- 2- Otimizar o tempo;
- 3- Eliminar vícios de linguagem, termos técnicos e textos longos;
- 4- Dinamizar e democratizar o acesso à informação, garantindo maior organização e agilidade nos atendimentos;<sup>40</sup> (2022, p.1)

Os componentes SOAP são parte da estrutura do Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP) e cada acrônimo («S», «O», «A» e «P») possui uma recomendação, conforme detalhado no Quadro 1:

Quadro 2 – Detalhamento do SOAP

SOAP	
«S» Subjetivo	Tudo aquilo que a pessoa traz na sua maneira de se expressar, com suas palavras. Tudo relevante dito pelo paciente e tudo o que for respondido. Respeitando a escuta qualificada, optamos sempre por deixar a pessoa trazer suas demandas e, após isso, realizarmos perguntas que desejamos. (Loyola, 2022, p.2).
«O» Objetivo	Tudo aquilo que pode ser observado pelo profissional, de preferência sempre “linkando” com cada “S” listado. Aqui colocamos o exame físico, sinais vitais, exames de imagem, laboratoriais, comportamento, aspecto da casa (em VD), relação com companheiro durante a consulta. Sempre listando aquilo que é relevante para o caso, para a LP e para os “S” listados. Dados não listados são entendidos como não avaliados, não há necessidade de escrever: “exame dos pés não realizados”, por exemplo, apenas se não foi possível por dificuldade técnica, ex: Especular não realizado pois paciente menstruada. (Loyola, 2022, p.2)
«A» Avaliação	Corresponde à LP do dia. É o resultado do que foi dito no “S” e do que foi observado no “O”. Pode ser um diagnóstico, se houver certeza, pode ser um sintoma, ou conjunto deles. Evita-se interrogar condições ex. Ao invés de colocar “Gastrite?”, opta-se por “dispepsia”. Ao invés de

	<p>“Diabetes?”, opta-se por “Polidipsia, poliúria e perda de peso”, evitando assim que se propague diagnósticos incertos. (Loyola, 2022, p.2)</p> <p>Nessa parte se poderá utilizar, se for o caso, algum sistema de classificação de problemas clínicos, por exemplo, o CIAP (WONCA, 2009).</p>
«P» Plano	<p>A parte final da nota de evolução SOAP é o plano (P) de cuidados ou condutas que serão tomados em relação ao problema ou necessidade avaliada. De maneira geral, podem existir quatro tipos principais de planos (CANTALE, 2003):</p> <p>1) <b>Planos Diagnósticos:</b> nos quais se planejam as provas diagnósticas necessárias para elucidação do problema, se for o caso;</p> <p>2) <b>Planos Terapêuticos:</b> nos quais se registram as indicações terapêuticas planejadas para a resolução ou manejo do problema da pessoa: medicamentos, dietas, mudanças de hábitos, entre outras;</p> <p>3) <b>Planos de Seguimento:</b> nos quais se expõem as estratégias de seguimento longitudinal e continuado da pessoa e do problema em questão;</p> <p>4) <b>Planos de Educação em Saúde:</b> nos quais se registram brevemente as informações e orientações apresentadas e negociadas com a pessoa, em relação ao problema em questão.</p> <p>Nessa parte se poderá utilizar, se for o caso, algum sistema de classificação de problemas clínicos, por exemplo, o CIAP (WONCA, 2009).</p>

Fonte: Adaptado de Demarzo, Oliveira e Araujo<sup>34</sup>, 2022, p.8 e de Loyola<sup>40</sup>, 2022, p.2.

Para isso, é necessário que o a equipe de profissionais tenha qualificação para trabalhar na área ESF, além de atributos essenciais (integralidade, coordenação e longitudinalidade) e derivados (orientação familiar, competência cultural e orientação comunitária) para atuar com um modelo específico de cuidado, pois demanda uma abordagem dos problemas que atingem a saúde da pessoa, família e comunidade.<sup>11,28,34</sup>

A prática médica também faz uso de mais um instrumento – o Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP), que pode ser impresso ou eletrônico, consistindo no:

Registro da história clínica e de vida de cada pessoa e/ou família, materializado na forma de prontuários impressos ou eletrônicos, constitui memória valiosa para o profissional de saúde, além de instrumento de apoio à decisão clínica e à qualidade do cuidado prestado. Os registros ajudam a garantir a continuidade e a longitudinalidade do cuidado, auxiliam na comunicação e tomada de decisão em equipe e permitem um arquivo de dados-base das pessoas e famílias em seguimento, fornecendo eventualmente também dados para investigação científica ou prova para diligências legais.<sup>34</sup> (2020, p.4)

Conforme Demarzo, Oliveira e Gonçalves<sup>34</sup>, o RCOP possui três áreas fundamentais para o registro das informações clínicas: a **Base de dados da pessoa**; a **Lista de problemas** e as **Fichas de acompanhamento** (2020, p.5) (grifos do autor). Um exemplo dessa prática está apresentada no Quadro 2:

Quadro 3 – Exemplo de “lista de problema” por categorias no RCOP

CATEGORIA	PROBLEMA
Diagnóstico/enfermidade	asma, diabetes
Deficiência, incapacidade	paralisia cerebral, hemiparesia braquial direita
Sintoma	dor torácica, náusea
Sinal	medida da pressão arterial elevada

Exame complementar anormal	glicemia de jejum alterada
Alergia, efeito adverso de um fármaco	alergia a penicilina, tosse por inibidor da enzima de conversão da angiotensina (ECA)
Intervenção cirúrgica	apendicectomia
Síndrome	síndrome de Menière, síndrome do túnel do carpo
Efeitos de traumatismos	hematoma, fratura
Fator de risco	risco ocupacional, polipose familiar, sedentarismo, tabagismo
Transtorno psicológico ou psiquiátrico	ansiedade, depressão, crise de pânico
Alteração da dinâmica familiar, social ou laboral	“ninho vazio”, recém-nascido, desemprego, violência

Fonte: Adaptado de Cantale, 2003 apud Demarzo, Oliveira e Gonçalves<sup>34</sup>, 2020, p.5

Com essa lista de problemas já é possível verificar os possíveis problemas biológicos e orgânicos, além das disfunções familiares e, assim, traçar estratégias de cuidado para lidar e acompanhar, contribuindo para o retorno da harmonia familiar, com a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.<sup>36</sup>

A gestão da prática clínica a partir da verificação dos problemas pelo RCOP segue uma estrutura, processos e resultados, conforme modelo sistêmico de consulta médica. A estrutura de uma consulta clínica diz respeito aos elementos físicos, organizacionais e tecnológicos; o processo envolve a comunicação e relação médico-paciente, métodos de consulta, participação e negociação com o cuidador, modelos de registros clínicos, etc.<sup>34</sup> (2020, p.4)

Quanto aos resultados esses envolvem os pontos de vista tanto da pessoa (1) que está sendo cuidada quanto do profissional de saúde (2). Trata-se de verificar, portanto: (1) os níveis de satisfação quanto à atenção prestada, compreensão das explicações e do plano de cuidado acordado, tranquilidade e alívio em relação ao sofrimento, melhoria da condição, melhoria da condição de saúde e da qualidade de vida, adaptação ou superação das incapacidades; (2) adesão ao tratamento e ao plano proposto, controle de variáveis e fatores de risco, diminuição do número de episódios das condições clínicas agudas, redução das exacerbações, agudizações ou decompensações das condições crônicas, evitação de desfechos clínicos indesejados e o tempo vivido sem incapacidades, entre outros.<sup>34</sup> (2020, p.4)

Destaca-se a importância de identificar as relações do usuário com as redes de atenção à saúde com foco na família e comunidade, para isso, a apropriação e uso de instrumentos de abordagem como genograma, ecomapa, F.I.R.O, P.R.A.C.T.I.C.E. e A.P.G.A.R Familiar se tornam essenciais para realizar o registro das atividades médicas no âmbito da ESF na APS.<sup>38</sup>

O genograma é composto por dois elementos fundamentais: os estruturais e os funcionais, onde o primeiro consiste em trazer informações relativas à composição familiar, como data de nascimento, grau de escolaridade, ocupação, hábitos, doenças, óbitos, separações, etc., e o segundo, restringe-se a mostrar a dinâmica funcional da família.<sup>36</sup>(2011, p.2). Esse instrumento “permite identificar, de maneira mais rápida a dinâmica familiar e suas possíveis implicações, com criação de vínculo de entre profissional e a família/indivíduo”.<sup>3</sup> (2013, p.9)

Para isso, é preciso seguir a simbologia aplicada ao genograma, conforme já apresentado na Figura 1, apresentando, segundo Chapadeiro, Andrade e Araújo<sup>36</sup>, informações demográficas e indicando sintomas inespecíficos, quantidade de vezes que buscou os serviços de saúde, doença crônica, problemas emocionais graves, isolamento, situações de risco familiar, mudanças no ciclo de vida, resistência ao

tratamento ou dificuldade para aceitar o diagnóstico e alteração nos papéis familiares, por eventos agudos. (2011, p.2)

No caso do uso do ecomapa, instrumento complementar ao genograma, contribui com a “representação gráfica dos contatos dos membros da família com outros sistemas sociais, das relações entre a família e a comunidade”, ajuda na avaliação dos “apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela família”, além de ajudar a “apontar a presença de recursos, sendo o retrato de um determinado momento da vida dos membros da família”.<sup>3</sup> (2013, p.11)

De acordo com Chapadeiro, Andrade e Araújo<sup>36</sup>

Ao construir o ecomapa é necessário colocar todos os suportes da família: trabalho, igreja, grupos comunitários, clubes, vizinhança e outros que a família cite como estrutura de apoio. Uma família que tem poucas conexões com a comunidade e entre seus membros necessita de mais investimentos da equipe de Saúde da Família, para melhorar seu bem-estar. (2011, p.67)

O *Fundamental Interpersonal Relations Orientations* (F.I.R.O), em português – Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais, corresponde a uma teoria de necessidades que compreende especificações-chave de análise, como: inclusão (interação, associação), controle (poder) e intimidade (amor, afeto).<sup>00</sup> (Brasil, MS, 2013) Este instrumento busca “avaliar os sentimentos de membros da família, na vivência das relações do cotidiano”, permitindo a partir das especificações-chave: “conhecer a dinâmica de relacionamento na família”; “mostrar como é o exercido o poder na família”; e saber “como os membros da família se unem para compartilhar entre si os sentimentos”.<sup>36</sup> (2011, p.68; 69)

O *Problem, Roles, Affect, Communication, Time, Illness, Copying, Ecology* (P.R.A.C.T.I.C.E, que em português significa trabalhar Problema, Papéis (e estrutura), Afeto, Comunicação, Tempo (fase do ciclo de vida), Doença, Lida (enfrentamento do estresse) e Ecologia (meio ambiente, rede de apoio, ou seja, a dinâmica familiar,<sup>3</sup> (2013, p.3), “é uma ferramenta que pode auxiliar na atenção ao indivíduo e sua família e deve ser utilizado em situações mais complexas para resolver algum problema que a família apresenta”, e que “ajuda ao estabelecimento de condutas”.<sup>36</sup> (2011, p.70; 71)

E o *Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve* (A.P.G.A.R Familiar), que em português significa Adaptação, Participação, Crescimento, Afeição e Resolução,<sup>3</sup> (Brasil, MS, 2013, p.3), tem como objetivo avaliar cada membro da família, por meio de aplicação de um questionário com as cinco perguntas referentes aos termos-chave da sigla e seguindo um parâmetro de pontuação: quase sempre, 2 pontos; às vezes, 1 ponto; raramente, zero.<sup>36</sup> (2011, p.70; 71)

Um exemplo de questionário A.P.A.G.A.R:

- 1) Estou satisfeito com a atenção que recebo da minha família quando algo está me incomodando?
- 2) Estou satisfeito com a maneira com que minha família discute as questões de interesse comum e compartilha comigo a resolução dos problemas?
- 3) Sinto que minha família aceita meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças no meu estilo de vida?
- 4) Estou satisfeito com a maneira com que minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor?
- 5) Estou satisfeito com a maneira com que eu e minha família passam o tempo juntos? (2011, p.74)

Considerando o contexto das práticas clínicas em relação a prevenção quaternária, sua organização, estrutura e metodologias é potencial o desenvolvimento

tecnológico e educacional para garantir segurança e qualidade dos serviços prestados no âmbito da saúde. A educação em saúde permanente favorece a medicalização adequada e incentiva a busca por alternativas eticamente aceitáveis como forma de contribuir com as intervenções médicas, face a uma cultura geral de automedicação e um ambiente socioinstitucional com problemas no processo ensino-aprendizagem, sendo importante criar um padrão de ensino e prática que venha sanar problemas estruturais que dificultam a ação médica e a alcançar a melhoria dos padrões de qualidade em saúde.<sup>14,31</sup>

A importância de uma formação médica integral, que segue a abordagem da P4, é favorável à promoção da integração e da interdisciplinaridade no processo de cuidado em saúde e isso consiste em saber integrar as dimensões biopsico-ético-raciais e socioeconômicas, culturais, ambientais e educacionais.<sup>14</sup>

#### 2.4.4 Reavaliação

Momento onde a equipe fará a discussão do caso, verificando o que teve êxito e o que precisa ser reformulado para ter melhor resposta. A reavaliação deve ser periódica e definida pela equipe interdisciplinar no planejamento das ações. Para o sucesso do PTS é importante que a equipe interdisciplinar construa um vínculo com o sujeito do projeto, além de envolvê-la nas decisões sobre as ações a serem realizadas (princípio da clínica ampliada).<sup>3,30</sup>

O PTS é um trabalho realizado pela equipe interdisciplinar de saúde com vistas ao acompanhamento de um caso específico que envolve um sujeito ou uma comunidade. O caso trabalhado com esta ferramenta de abordagem médico-familiar deve ser eleito pela equipe considerando a necessidade de atenção ampliada à situação. Geralmente são situações onde já foram tentadas ações pontuais e não se atingiu o resultado esperado devido a certa dificuldade em sua condução. Também são trabalhadas as vulnerabilidades do indivíduo ou comunidade.<sup>3</sup>

O desfecho primário esperado é fornecer um modelo material para a coparticipação entre os níveis de atenção, favorecendo a comunicação assertiva e terapêutica adequada ao usuário. Portanto, é neste momento “em que se discutirá a evolução do paciente e se serão necessárias novas intervenções”.<sup>4</sup> (2022, p.2).

## 2.5 MUDANÇA NO ESTILO DE VIDA

Os pilares da mudança no estilo de vida incluem, prioritariamente, os hábitos de vida pessoais e coletivos e atravessam o aconselhamento alimentar, aconselhamento em atividade física, mudança de comportamento, saúde do sono, cessação do tabagismo, uso responsável do álcool, bem-estar psíquico e emocional, para redução do estresse.<sup>23</sup> Entre estes pilares encontram-se os efeitos no funcionamento da pessoa por se vivenciar momentos de adoecimento, exigindo do doente e daqueles o acompanham mudanças necessárias para lidar com a doença.<sup>5</sup>

A prática da medicina preventiva visa identificar e controlar os fatores de risco das doenças, em vez de direcionar o tratamento somente para as doenças em si, com foco no sujeito e não somente na condição ou agravo à saúde<sup>13</sup>. Embora muitas organizações de saúde recomendem que os profissionais atuem na prevenção e promoção da saúde, baseando-se nas melhores evidências disponíveis, ainda há baixa adesão a essas recomendações.<sup>41</sup>

Já é fato que a mudança no estilo de vida é essencial para a prevenção de doenças. E ela contribui para se conhecer os antecedentes de doenças da pessoa em sua dimensão contextual. A promoção da saúde e a prevenção de doenças não são mais suficientes e exigem uma análise da “pessoa como um todo”, em um contexto social amplo.<sup>42</sup> Sendo válido o conhecimento de todos os determinantes que

contribuíram para a evolução da doença por parte dos profissionais da atenção primária à saúde.<sup>5</sup>

Infelizmente, os pacientes portadores de doenças crônicas de maior prevalência em nosso país (hipertensão arterial sistêmica e diabetes) possuem baixa adesão às mudanças de estilo de vida e ao autocuidado pessoal.<sup>41</sup> Apesar da fácil aplicabilidade do PTS há dificuldades quanto “à dinâmica e organização do serviço de saúde em realizar visitas domiciliares com maior frequência, a fim de avaliar a efetividade da intervenção terapêutica”, bem como “em decorrência da resistência à adesão dessa estratégia”.<sup>8</sup> (2018, p.118)

Assim, motivar pacientes para a mudança do comportamento em saúde (usuários e família) e conscientizar a equipe (profissionais) de colocar em prática a estratégia são verdadeiros desafios que dependem de compromisso e habilidades com o método. Sendo importante enfatizar que o simples incentivo para mudanças de hábitos ao final de uma consulta produz resultados muito limitados. O sucesso desta prática inclui principalmente planos de ações específicos em parceria com pacientes ou acompanhantes, de forma estruturada e longitudinal.<sup>43</sup>

## 2.6 EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

A literatura apresenta demais evidências científicas, publicadas recentemente e que comprovam a utilidade do projeto terapêutico singular (PTS), método baseado no modelo clínico centrado na pessoa, tema já difundido pela área médica. O PTS se destaca por se tratar de um método clínico inovador e que apresenta resultados satisfatórios no processo saúde-doença<sup>5</sup>.

Este projeto está diretamente relacionada a estratégia de cuidado em saúde da família, com ativa participação de múltiplos atores – equipe multiprofissional, usuário, família e comunidade, vindo atender diretrizes de natureza clínica, técnica e organizacional, pontuadas pela atual política nacional de atenção básica e voltada para o acompanhamento domiciliar e atendimento qualificado, humanizado, integral, universal e equânime.<sup>3</sup>

Diante disso, o PTS é ainda parte do plano de atendimento singular (PAS) trata-se de uma ferramenta utilizada pelas comunidades terapêuticas que descreve e supervisiona as ações de acolhimento individual, devendo reunir todas as informações a respeito do acolhido e sua família. O foco é direcionado à avaliação do funcionamento das famílias, componente importante para o cuidado em saúde, tratando-se de ações de intervenções de naturezas preventiva, diagnóstica e de tratamento por se perceber que fatores externos ao modelo biomédico podem inferir no processo saúde-doença.<sup>44</sup>

Em Carneiro e Bastos et al. (2018)<sup>28</sup>, material publicado pelo Instituto de Medicina Integral IMIP, Recife/PR, em 2018, com utilização do método exploratório-descritivo-qualitativo por amostra de convivência com equipe da Estratégia em Saúde da Família e Silva et al. (2022)<sup>4</sup>, publicação em revista científica com base em relato de experiência, ambos pesquisaram sobre o uso do PTS para descrever a utilização dos métodos gráficos genograma e ecomapa, destacando-os como possíveis facilitadores do entendimento da influência da relação do usuário doente com sua família e com a comunidade.

Nesse sentido, a avaliação da condição situacional do usuário foi pautado em um modelo biopsicossocial, permitindo uma visão abrangente do estado de saúde, realizado por uma equipe multiprofissional da Estratégia de Saúde da Família (enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, odontologia e psicologia). Pois, quando se trata de Saúde Coletiva, de acordo com Marcelo Ferreira et al.<sup>13</sup>, o modelo PTS

Instituiu-se como expansão de um paradigma que incorpora uma perspectiva biopsicossocial do indivíduo e que extrapola sua concepção

pedagógica para além dos muros dos hospitais, direcionando experiências e olhares educacionais também para as comunidades.

(...)

Apresentando-se como uma ferramenta importante, tanto pelo fato de oportunizar diálogos transdisciplinares entre as equipes de saúde quanto pela proposição de ações que vão para além do combate às doenças (2019, p.7)

As pesquisas realizaram visita domiciliar, com a presença de um Agente Comunitário de Saúde (ACS) com abertura de espaço para conversação com o usuário e família sobre a experiência com o adoecimento<sup>16</sup> e reuniões para abordar o PTS com debate e detalhamento da proposta e definir metas e responsabilidade, objetivos e condutas terapêuticas considerando o tempo de aplicação de curto (30 dias), médio (90 dias) e longo (120 dias) prazos.<sup>4</sup>

O roteiro da entrevista se deu por meio de uma questionário, elaborado pela equipe da pesquisa, baseado em documento fornecido pelo Ministério da Saúde (MS) para esta finalidade, compondo os seguintes itens: (A) perguntas sobre o núcleo familiar; (B) perguntas sobre as relações familiares e (C) perguntas sobre as relações comunitárias. A avaliação dos dados se deu de acordo com o Modelo Calgary de Avaliação na Família (MCAF). Modelo este que trabalha com três categorias de análise: funcional, que avalia a funcionalidade do indivíduo e do familiar/social, desenvolvimental, que analisa a forma como todos compreendem o contexto da doença e estrutural, que analisa a composição familiar e os vínculos afetivos entre seus integrantes.<sup>28</sup>

Em ambas as pesquisas, após a realização de genogramas, foram montados os ecomapas para compreensão dos vínculos estabelecidos entre a família e a comunidade. A avaliação deste método gráfico permitiu identificar se as relações do grupo familiar é forte ou não com as redes de apoio e relações sociais. Os resultados foram que o vínculo com o meio são fracos por apresentar diversidade nos lugares frequentados não evidenciando uma intensidade nesse elo, contribuindo para o adoecimento do usuário da rede de saúde. A estrutura familiar se demonstrou harmoniosa e possui forte influência matriarcal, a participação na comunidade é ativa e a interação com os recursos sociais são positivos.

Os resultados da utilização dos gráficos genograma e ecomapa permitiram a identificação do usuário de saúde e de seus familiares, avaliando-os como compensados (para comorbidade) e descompensados (para o agravo da doença) e considerando seus padrões familiares e sua forma de interação com a comunidade e a rede de apoio. A compreensão destes fatores influenciaram no histórico de doenças por meio dos métodos gráficos.<sup>4,28</sup>

Concluíram os supracitados autores que a utilização dos métodos gráficos são úteis para prática médica e contribuem para a avaliação do PTS, pois, permitem traçar metas abrangentes, desviando do modelo biomédico, parâmetros que nem sempre consideram o indivíduo em uma perspectiva holística<sup>2</sup> Portanto, considerado um importante facilitador para comunicação multiprofissional, demonstrando que sua aplicabilidade contribui para compreensão das interações da pessoa doente e de como ela reflete o processo saúde-doença. Confirmam que o genograma e ecomapa auxiliam na atenção e promoção da saúde de forma integral, universal e equânime. Todavia, a abordagem comunitária é limitada em acesso e compreensão de todos os atores envolvidos no cuidado, sendo uma ferramenta importante e de domínio de profissionais especialistas.

No estudo de Pedro (2020)<sup>6</sup> realizado pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, João Pessoa/PB, em 2020, para obtenção do grau mestre em Saúde da Família, teve como

objetivo construir uma ferramenta digital, isto é, um aplicativo que viabilizasse a elaboração do Projeto Terapêutico Singular pelas Equipes de Saúde da Família e Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica.

Fisicamente e a partir dessa possibilidade desenhou-se um modelo de aplicativo móvel sobre o PTS direcionado aos Serviços de Atenção Básica contendo os seguintes componentes: na tela inicial foi colocado um logotipo sobre o PTS “PTS na íntegra” com orientações gerais e tutorial sobre como construir o projeto. E na tela-guia é ensinado ao usuário o passo a passo para utilização do aplicativo, com subtela para cadastro do profissional de referência com registro do nome, sobrenome, número do CPF, data de nascimento, profissão, USF, e-mail mais habilitação dos participantes por meio de uma chave de acesso. Para a área dos participantes foi criada uma subtela que solicita a criação de uma conta de acesso ao *app* para iniciar o *login* e senha, cadastrar o usuário para gerar o número de prontuário e preenchimento referente ao diagnóstico.

Logo depois, em outra subtela é solicitada definição das metas, identificação dos profissionais e as datas prováveis das intervenções e as reavaliações em caso de alteração de metas ou alta do usuário-participante. Neste aplicativo também é possível realizar a busca por número de prontuário, localizar os usuários/participantes e ver seus dados como: nome completo, endereço completo, UF, Cidade, Telefone, número do cartão do SUS, data de nascimento, idade, gênero, etnia, estado civil, escolaridade, número de pessoas por domicílio, renda familiar e per capita, patologia de base.

Neste aplicativo é possível ainda gerar um relatório que contém ícones sobre o diagnóstico e suas subdivisões – orgânica, psicológica e social para descrição detalhada das situações clínicas; definição de metas para curto, médio e longo prazos com descrição das mesmas, com registro da data da descrição e marcação para quando a meta for concluída. Depois é realizada a reavaliação do PTS por meio de uma subtela para dizer se a evolução foi satisfatória ou não, com suas respectivas justificativas. Outra subtela foi criada para a preparação da alta com espaço para orientações e data. Por final, o relatório pode ser gerando com todos os dados do usuário-participante.

Os resultados deste estudo foram considerados satisfatórios, pois, facilitou reunir informações sobre aspectos importantes e fundamentais para o encerramento da estratégia do PTS. Além disso, coloca que o aplicativo favoreceu “o acesso remoto, comunicação virtual, organização das informações, manuseio fácil, linguagem simples, acompanhamentos de condutas e informações”, bem como potencializou “a comunicação entre os sujeitos envolvidos na operacionalização do cuidar”.<sup>6</sup> (2020, p.7)

Em suas conclusões esta pesquisa revela o desafio de aplicar o PTS pela falta de clareza dos profissionais de saúde para utilização da técnica, observada na prática. Enfatiza ainda a importância de expandir os conhecimentos sobre a prática, considerada inovadora, para elevar o nível de compreensão e demonstrar a eficácia do método.

Em Seabra (2022)<sup>25</sup>, material científico publicado pela Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC para conclusão do curso de Enfermagem, mais uma pesquisa foi realizada com o mesmo propósito de construir um aplicativo para PTS, com a finalidade de prestar um cuidado singularizado e pautado no usuário em colaboração com a equipe de saúde. Ressaltou que para funcionalidade do aplicativo é importante seguir um modelo-guia para uma funcionalidade positiva do PTS, seguindo alguns passos: na tela inicial constar a identificação completa do usuário com uma imagem, a descrição do nome, informativo PTS (subtela com texto informativo sobre PTS), plano de cuidados (subtela com calendário de segunda a domingo com lista de atividades) e plano de contatos (subtela com lista de contatos do usuário no formato Contato1 Discar/editar).

Depois disso, realizar a localização territorial e elementos do território relevantes (Cidade/UF/País, local com prevalência para casos de doenças crônicas, por exemplo); arranjo familiar com representação gráfica por meio do uso do genograma e ecomapa; resumo das principais queixas/situação/demanda com histórico; registrar as ações

clínicas já realizadas; avaliar as vulnerabilidades; negociar as necessidades de saúde, entre a equipe e entre equipe e usuário (definição de metas); apresentar propostas de intervenção com cronograma e possíveis responsáveis (divisão de responsabilidades); definir o profissional de referência do caso e, por final, definir a periodicidade de reavaliação do caso.

Concluiu-se no estudo de Seabra<sup>25</sup> que a criação do aplicativo móvel para o PTS se torne um recurso possível de ser utilizado contribuindo “para o cuidado da pessoa em sua integralidade, vinculando o recurso aos demais processos de cuidado em saúde”. É recurso com “potencial para a organização e acompanhamento do cuidado e aperfeiçoamento através de pesquisas e utilização em políticas públicas”. (2022, p.7)

A partir destas experiências por meio de pesquisas científicas observa-se a participação das equipes de profissionais de diversas áreas na busca pelo conhecimento sobre o PTS e o engajamento dos pesquisadores em conscientizar os envolvidos sobre a importância desta prática clínica para a promoção do protagonismo do usuário, da família e comunidade no contexto saúde-doença. Além disso, foram observados desafios e conclusões positivas acerca da prática e como ela pode contribuir para um atendimento clínico de modelo assistencial em saúde vinculados ao Método Centrado na Pessoa.

## 2.7 INTERFACE DA FERRAMENTA COM O ENSINO

O desenvolvimento do guia, enquanto ferramenta educacional sobre a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) está intrinsecamente relacionado às atividades de ensino em saúde de várias maneiras significativas.

**Promoção da Competência Clínica:** O guia ofereceu e oferece orientações claras e práticas sobre como os alunos podem aplicar o PTS na prática clínica. Isso promove o desenvolvimento da competência clínica, capacitando os alunos a compreenderem as necessidades individuais dos pacientes, construir planos de tratamento adaptados e avaliarem sua eficácia.

**Fomento da Abordagem Centrada no Paciente:** O PTS é uma abordagem centrada no paciente, que reconhece a singularidade de cada indivíduo e valoriza sua participação ativa no processo de cuidado. O guia enfatiza essa abordagem, incentivando os alunos a considerarem as perspectivas, preferências e necessidades dos pacientes em todas as etapas do tratamento.

**Estímulo à Reflexão Crítica:** O guia incorpora atividades práticas, como estudos de caso e questionários de autoavaliação, que incentivam os alunos a refletirem criticamente sobre sua própria prática e a tomarem decisões fundamentadas. Isso promove o desenvolvimento da habilidade de reflexão crítica, essencial para a prática clínica baseada em evidências.

**Desenvolvimento de Habilidades Interpessoais:** O PTS envolve uma comunicação eficaz e colaboração interprofissional para construir um plano terapêutico adequado às necessidades do paciente. O guia inclui atividades que promovem o desenvolvimento de habilidades interpessoais, como empatia, comunicação assertiva e trabalho em equipe, fundamentais para uma prática clínica eficaz.

**Incorporação de Métodos de Ensino Ativos:** O guia utiliza uma variedade de métodos de ensino ativos, como proposta de simulações clínicas e discussões em grupo, que envolvem os alunos de forma ativa e participativa em seu próprio aprendizado. Isso facilita a internalização dos conceitos do PTS e sua aplicação prática na vida real.

**Integração de Evidências e Melhores Práticas:** O desenvolvimento do guia envolve uma revisão abrangente da literatura sobre o PTS, garantindo que seu conteúdo esteja alinhado com as evidências mais recentes e melhores práticas na área. Isso promove a integração de conhecimentos atualizados e aprimorados na formação dos alunos.

Logo, o desenvolvimento do guia educacional sobre o PTS está intimamente relacionado às atividades de ensino em saúde, pois promove o desenvolvimento da competência clínica, a adoção de uma abordagem centrada no paciente, o estímulo à reflexão crítica, o desenvolvimento de habilidades interpessoais e a incorporação de métodos de ensino ativos e evidências atualizadas. Esses elementos são essenciais para preparar os alunos para uma prática clínica ética, compassiva e baseada em evidências.

Deste modo, o presente estudo tem por objetivo instrumentalizar a assistência, a partir dos moldes do Projeto Terapêutico Singular – PTS, com a proposta da participação longitudinal, integral e ativa do usuário, garantindo o seu protagonismo e atribuições de suas ações no processo de saúde e adoecimento. Fornecendo um Guia prático, compatível com o cotidiano profissional e assistencial.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Elaborar uma proposta de instrumento educativo de gestão do cuidado, com caráter instrutivo, que promova o diálogo entre os profissionais da área de saúde.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

3.2.1 Fornecer substrato teórico, por meio do guia, baseado em evidências, para o desenvolvimento das habilidades médicas e interdisciplinares, para fins de desenvolver a compreensão sobre a importância do compartilhamento do cuidado e justificá-los para identificar de forma rápida e precisa determinadas situações e nós críticos;

3.2.2 Avaliar, por meio de opiniões, da articulação do usuário em seu projeto terapêutico singular, com relação ao desfecho final e intermediário, avaliado pela equipe assistencial em destaque àqueles com condições relacionadas ao estilo de vida no enfrentamento dos hábitos;

3.2.3 Propor um instrumento metodológico para contribuir com o matriciamento efetivo, integralizado e empoderador das equipes de saúde, com destaque ao papel do usuário em seu processo de saúde-doença, a partir de casos com dificuldade de adesão ou resposta satisfatória;

## 4 MÉTODOS

Para a confecção do PRODUTO, inicialmente se fez uma pesquisa bibliográfica sobre o tema, com o resultado da revisão integrativa contida no desenvolvimento teórico desta produção. As informações inseridas no GUIA EDUCATIVO são embasadas em artigos científicos, dissertações, teses e capítulos de livros. Tais pesquisas foram feitas através do levantamento na base de dados do portal regional da ABVS, base de dados Lilacs, Medline, PEDro e SciELO.

A construção do Produto (GUIA) obedeceu aos seguintes passos metodológicos:

### 1) Preparação:

#### 1.1. Definição do objetivo;

A definição do objetivo parte do problema de pesquisa e são metas concretas a serem alcançadas num determinado prazo.<sup>45</sup> (2021, p.26) O objetivo deve ser claro e objetivo, trazendo o quê o pesquisador espera com a realização da pesquisa; é o que caracteriza os fins da investigação. Serve para identificar, coletar e analisar as principais contribuições e/ou publicações sobre um determinado tema, assunto ou ideia, sendo imprescindível para qualquer pesquisa científica.<sup>46</sup> (2014, p.104)

#### 1.2. Criação do Roteiro;

A criação do roteiro consiste em “uma lista de temas que desdobram os indicadores qualitativos de uma investigação” e poder ser um roteiro de entrevista ou um roteiro para observação participante ou um roteiro para discussão de grupos focais<sup>46</sup> (2014, p.191), em formato estruturado ou dirigido, semiestruturado ou semidirigido, de estrutura fixa ou flexível, aberta ou fechada, com ou sem aplicação de questionário.<sup>47,48</sup>

Um exemplo de roteiro para discussão de grupos focais é a “Roda de conversa”, instrumento de pesquisa que possibilita a interação entre pesquisador e público-pesquisado com exploração do diálogo aberto.

No formato final de sua elaboração, o roteiro deve apresentar-se de alguns tópicos que guiam uma conversa com finalidade sob as seguintes condições: (a) cada questão que se levanta, faça parte do delineamento do objeto e que todas se encaminhem para lhe dar forma e conteúdo; (b) permita ampliar e aprofundar a comunicação e não cerceá-la; (c) contribua para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos interlocutores.<sup>47</sup> (2014, p. 191)

1.3. Edição do Texto: foi utilizado o programa Word para redação do texto científico.

O texto deve ser redigido com uma linguagem clara e objetiva, pois o texto científico deve compor os seguintes elementos: objetividade, precisão, imparcialidade, clareza, coerência e impessoalidade. O conteúdo deve ter uma sequência lógica, apresentando com precisão as ideias, as pesquisas, os dados e os resultados dos estudos.<sup>47</sup> (2014, p.84)

1.4. Criação das ilustrações: foram utilizados os *Softwares Adobe Illustrator CC, Adobe Photoshop CC, Adobe Indesign CC* para as ilustrações e Canva;

1.5. Formatação do Guia;

1.6. Envio para a gráfica, com a impressão do material: em formato de livreto, Tamanho A4, com fonte PT Sans corpo 12, miolo com suporte em papel Offset 150g/m<sup>2</sup>, capa em Triplex 300g/m.

### 4.1 ASPECTOS ÉTICOS

Os sujeitos protagonistas da ferramenta (alunos (as) da graduação de medicina, atuantes na rotina da atenção primária à saúde e médicos (as) residentes em Medicina de Família e Comunidade) da presente pesquisa foram estudados segundo os

preceitos da declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, respeitando as normas de pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 466/12)<sup>48</sup>.

Diante do cenário de aplicação de pesquisa de opinião, sem quaisquer retenção de dados capazes de identificar os participantes, além da metodologia direcionada às atividades estudantis regulares e de conteúdo previsto nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) o estudo foi isento da submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

## **4.2 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, na elaboração e aplicação de instrumento sistematizado do Projeto Terapêutico Singular – PTS, com destaque aos pontos de protagonismo do usuário. Ao disponibilizar e conduzir o estudo sobre o tema aos alunos da graduação. Além do desenvolvimento teórico para o subsídio da aplicação do instrumento.

## **4.3 LOCAL DE ESTUDO**

O estudo piloto foi realizado no Campus João Paulo Mendes do Centro Universitário do Pará (CESUPA) – Unidade Almirante Barroso, nas chamadas “Salas de Tutoria” (espaço fechado para estudo coletivo, direcionado às atividades acadêmicas) com os alunos do 6º semestre (MD6) do curso de Medicina da instituição, durante o Módulo de Interação em Saúde na Comunidade (MISC) e a oficina de Práticas Integrativas e Complementares (PICS), integrando ensino, pesquisa e extensão, com abordagem ao desenvolvimento ampliado de assistência e microgestão. A execução da oficina se deu em grupos menores, sendo a turma inteira, de aproximadamente 83 (oitenta e três) alunos, dividida em 06 (seis) grupos com em média 14 integrantes, no formato teórico-prático. Na ocasião, estavam presentes 71 (setenta e um) alunos, com o percentual de 85,54% do total geral de alunos matriculados no semestre. O objetivo foi promover a imersão no guia, com execução prática das ferramentas contidas, por meio do desenvolvimento da experiência e vivência prática na comunidade que o curso de medicina e sua área acadêmica desenvolve. A proposta foi disponibilizar o acesso ao instrumento, prioritariamente e inicialmente aos discentes que estivessem em atividade no Módulo de Interação em Saúde na Comunidade (MISC) para que assim possa apoiar as ações de coordenação e matriciamento do cuidado. Após a publicação, sugere-se a disponibilização em toda rede do Sistema Único de Saúde (SUS) e a ampliação aos ambulatórios da rede de atenção secundária do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), uma vez que os alunos de semestres mais avançados, além dos profissionais, preceptores e residentes, já incorporados no mercado de trabalho, concentram a maior parte de suas atividades neste cenário.

Além da aplicação inicial e desenvolvimento da atividade piloto com os alunos da graduação, decorrido um mês desta intervenção, o projeto foi expandido, alcançando os médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC). Foi utilizado a Sala de Conferência II do Campus João Paulo Mendes do Centro Universitário do Pará (CESUPA) – Unidade Almirante Barroso. Na ocasião, estavam presentes 15 (quinze) discentes, entre R1 e R2 com o percentual de 75% do total geral de residentes matriculados. Neste momento, realizou-se uma discussão ampliada, com tempo médio de 70 (setenta) minutos. Na metodologia empregada, diante da experiência assistencial prática dos médicos residentes, escolheu-se a utilização da roda de conversa, realizada com o intuito educativo e de troca de experiências para abordar pontos do projeto terapêutico singular. A atividade foi estruturada em etapas que promoveram a participação ativa dos quinze residentes em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC). Inicialmente, foi feita uma breve introdução sobre o conceito de Projeto Terapêutico Singular e sua importância na prática clínica. Em seguida, foram

apresentados casos clínicos previamente selecionados, que serviram como ponto de partida para a discussão, utilizando os previstos e contemplados no Guia. Os residentes foram encorajados a compartilhar suas experiências e reflexões, promovendo um ambiente de diálogo e aprendizado mútuo. O pesquisador mediou as discussões, garantindo que todos tivessem a oportunidade de contribuir e que os pontos relevantes fossem explorados. Ao longo da hora de discussão, foram incentivadas análises críticas, questionamentos e sugestões de intervenções, visando ampliar a compreensão e a capacidade de planejamento dos residentes em relação aos projetos terapêuticos singulares. Ao final, foi reservado um momento para o compartilhamento de aprendizados e a consolidação das principais conclusões alcançadas durante a roda de conversa.

#### **4.4 VALIDAÇÃO DO PRODUTO**

Após a construção do Guia, os mesmos foram enviadas no formato on-line e físico para 10 (dez) juízes com a finalidade de analisar o seu conteúdo, assim como para que correlacionassem com o objetivo para o qual se propõe.

A Validação do Protocolo de pesquisa foi feita por profissionais experientes que atuam na atenção básica tanto na assistência, docência, ensino e pesquisa. Todos Médicos de Família e Comunidade, vinculados ao Centro Universitário do Estado do Pará, escolhidos de forma aleatória, a partir da disponibilidade para o preenchimento na Sala dos Professores da referida unidade. Os tópicos de avaliação considerados pelos juízes foram elaborados em formato de questionário com escala de Likert modificada, dividido em 10 (dez) perguntas estruturadas em 03 (três) seções, sendo quanto ao tema proposto, quanto ao conteúdo proposto e quanto a estrutura proposta, conforme consta no Apêndice 2.

Destaca-se o espaço, ao final da ferramenta de validação, destinado às sugestões, em que foram integralmente consideradas e ajustadas na revisão pregressa à aplicação.

Juntamente com a cartilha, foi enviado uma carta-convite e a garantia do anonimato das respostas, uma vez que não exigiam quaisquer dado de identificação do participante.

#### **4.5 APRESENTAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) AOS DISCENTES**

Foram disponibilizados e apresentados previamente de forma clara e objetiva, na versão digital (garantindo a maior capilaridade), a ferramenta do Guia para construção do Projeto Terapêutico Singular, conforme especificado no APÊNDICE 1. Na etapa de aplicação, primeiramente ocorrida durante a oficina de elaboração do PTS, em 20/03/2024 (quarta-feira) foi disponibilizado o mesmo material, mas em sua versão física, em livreto. Para os residentes, foi utilizada a mesma metodologia de apresentação, no dia 05/04/2024 (sexta-feira).

Os discentes foram devidamente esclarecidos a respeito da aplicabilidade do produto e munidos de tal, desenvolvendo e treinando as habilidades necessárias para a participação na elaboração e no impacto deste instrumento no protagonismo do sujeito.

A finalidade é sempre de tratar o paciente da melhor forma possível buscando sempre dar um atendimento digno, mais resolutivo e humanizado. Isto é alcançado, de forma multifatorial, quando é feito o adequado matriciamento da equipe e empoderando o usuário com seu uso.

#### **4.6 DESENVOLVIMENTO DA ATIVIDADE POR MEIO DA OFICINA DE CONSTRUÇÃO DE PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR**

Diante do local de estudo proposto, se construiu um grupo de discentes, de em

média 14 alunos (15 para a atividade com os residentes), para leitura compartilhada do Guia e execução prática da construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), a partir dos exemplos contidos na própria ferramenta.

#### **4.7 CONSIDERAÇÕES DO IMPACTO DO GUIA PARA ELABORAÇÃO DE UM PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)**

Para avaliação do impacto do guia, optou-se pelas análises tanto subjetivas quanto minimamente objetivas, de duas formas. A primeira, considerando a receptividade do instrumento pelos alunos, a partir da aceitabilidade do produto e interesse na incorporação do mesmo em sua rotina assistencial e educativa/formativa. Já a segunda, por meio da Pesquisa de Opinião, técnica simples de avaliação, foi avaliado em formulário próprio, no formato Likert, a concordância quanto à aplicabilidade do produto e conceitos técnicos mínimos necessários e explorados na (s) atividade (s).

Durante a segunda avaliação do protótipo, decidiu-se pela utilização da Roda de Conversa com os discentes para a avaliação e validação informal do instrumento, conforme o roteiro descrito no APÊNDICE 3, somado à avaliação subjetiva descrita no APÊNDICE 4.

Considera-se o tempo decorrido de aproximadamente 01 (um) mês após a disponibilização do acesso ao Guia, instrumentalização e orientações aos alunos para que possa ser repassado e replicado aos usuário finais como oportuno para a avaliação do seu impacto e o alcance das metas pretendidas.

A percepção é parte integrante e indispensável, já que permite entrever o que foi alcançado como contribuições e resultados positivos e o que é necessário retomar, trazendo à tona as potencialidades e fragilidades.

Na roda de conversa, os participantes devem ter autonomia e incentivados a serem protagonistas do processo, assim como em outras metodologias ativas que podem ser trabalhadas em conjunto. A utilização da Roda de Conversa é um instrumento capaz de fazer os sujeitos partilharem suas experiências, trazendo à tona reflexões sobre suas práticas vivenciadas, por meio de uma metodologia mediada pela interação com seus pares. Desenvolvida por meio de diálogos, que tem uma intencionalidade, que captam aquilo que ainda não foi escrito, falado, mas que foi vivido.

A Roda de Conversa é um recurso didático, tem como princípio base o diálogo, assim como a partilha, a escuta e a fala, e trabalha os dados narrativos.<sup>49,50</sup> É uma “ferramenta real para fazer aflorar opiniões divergentes”, onde o debate demonstra as noções que cada participante possui sobre um determinado tema, levando ao ciclo de revisão quando confrontado por outra opinião, desenvolve a criticidade, desconstrói crenças, troca e compartilhamento de vivências e experiências, possibilitando a significação dos fatos e a modificação dos pensamentos e comportamentos, “contribuindo para a utilização do que é aprendido em diferentes situações”.<sup>51</sup> (2016, p. 302)

A técnica mais utilizada pela Roda de Conversa é o método participativo e que se articula perfeitamente com a observação, o processo dialógico e o registro das informações abstraídas durante as conversas. A técnica participativa ajuda a captar uma variedade de situações do cotidiano que acomendam-se às áreas da psicologia social e educação.<sup>49,50,51</sup>

No caso desse estudo o método científico realizado através da Roda de Conversa fortalece

(...) os laços entre ensino, pesquisa, atenção, extensão, assistência e a comunidade, além de estimular os discentes na busca da valorização e alcance de competências e habilidades fundamentais para o futuro exercício profissional, a construção dialógica e uma visão crítica, tolerante, flexível de si mesmo e do outro.<sup>49</sup> (2016, p. 304)

No campo do ensino e da educação, a Roda de Conversa favorece os achados

científicos a partir do momento que possibilita a integração entre os pares, tornando todos aprendentes e ensinantes, pois, ao mesmo tempo que se aprende também se ensina algo, propiciando a autonomia e o discurso espontâneo, sem exigência de uma linguagem técnica.<sup>49</sup> Ademais, “Na dimensão da comunidade, este movimento dinâmico compartilha saberes acerca das questões gerais da vida cotidiana, levando os sujeitos a um areflexão acerca de seu papel de mediador social, permitindo maior centralização no usuário”.<sup>49</sup> (2016, p. 308).

É neste momento que o método se torna ainda mais oportuno, pois ajuda a avaliar competências. Com a Roda de Conversa é possível construir um currículo baseado em competências e habilidades, observando o perfil dos participantes e níveis de conhecimento, bem como saber como cada um pode contribuir com a pesquisa. No campo da medicina o instrumento se torna valioso quando se pretende construir “uma rede de conversações” no âmbito da prestação dos serviços, para saber sobre o “fluxo dos usuários pelos serviços” e como eles veem o processo de cuidado em saúde e “o trânsito dos discentes, docentes e trabalhadores entre as redes da comunidade”, permitindo “aos participantes melhor compreensão das ações coletivas”. Tratam-se de “estratégias de intervenção na dinâmica de um grupo, incrementando a sinergia entre as pessoas, focalizando a tessitura de uma rede social em que ideias, comportamentos e práticas podem ser promovidos e difundidos entre as pessoas”.<sup>51</sup> (2016, p.307)

A Roda de Conversa é um instrumento metodológico eficaz para coleta de dados narrativos e um componente da matriz curricular do Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde – Educação Médica (ESEM), pois articula-se com o pensamento holístico de ensino e aprendizagem. Ajuda na qualificação dos profissionais com aquisição de conhecimentos de metodologias tradicionais e inovadoras de ensino-aprendizagem; familiarização com o uso de metodologias ativas; incentivo da autonomia em busca de conhecimento e solução de problemas; capacitação para atuar em diferentes cenários – ensino, comunidade, problematização (TBL – *Team Based Learning*), laboratório, ambulatório e enfermarias; métodos de avaliação variados e significativos; formação generalista; visão de multidisciplinaridade, conectada com a realidade em todos os contextos ambientais e capacita o profissional a multiplicar o conhecimento com demais profissionais de outras áreas, podendo atuar em diversas áreas e de forma holística e mais humanizada.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Validação do Produto pelos Juízes

Conforme descrito na metodologia, os tópicos de avaliação considerados pelos juízes foram elaborados em formato de questionário com escala de Likert modificada (1 – 5), dividido em 10 (dez) perguntas estruturadas em 03 (três) seções, sendo quanto ao tema proposto, quanto ao conteúdo proposto e quanto a estrutura proposta.

- 1 - Discordo
- 2 - Discordo Parcialmente
- 3 - Neutro (Não concordo e nem discordo)
- 4 - Concordo Parcialmente
- 5 - Concordo

	PERGUNTAS									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
JUIZ 1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
JUIZ 2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
JUIZ 3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
JUIZ 4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
JUIZ 5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5
JUIZ 6	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5
JUIZ 7	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
JUIZ 8	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
JUIZ 9	5	5	4	5	4	5	4	5	5	4
JUIZ 10	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

Tabela 1 - Distribuição e padrão de resposta Likert - Validação dos Juízes

Índice de validação global do conteúdo de 98,8%, considerando as 03 (três) seções do instrumento.

Observou-se o Índice de validação do conteúdo de 100% na Seção I (*Quanto ao Tema Proposto*), com unanimidade de resposta Concordo.

Na Seção II (*Quanto ao Conteúdo Proposto*), identificou-se Índice de validação do conteúdo de 98%.

Já a última seção (Seção III), *Quanto a Estrutura Proposta*, apresentou-se com Índice de validação do conteúdo de 98,4%.

Além das perguntas estruturadas com resposta acima identificadas, também foram descritas sugestões para escrita livre dos juízes, com as seguintes respostas:

Juiz 1: *“O guia está bastante completo, de fácil entendimento, bastante denso, mas todas informações contidas são fundamentais. Senti falta dos instrumentos de abordagem familiar: genograma e ecomapa. Apesar de estarem contidos na dimensão coletiva. A figura desses instrumentos como por exemplo um apêndice no PTS, auxilia a pessoa a visualizar situações importantes relacionadas a vínculos familiares e comunicativos, relações e outros”;*

Juiz 2: *“SEM COMENTÁRIOS”;*

Juiz 3: *“SEM COMENTÁRIOS”;*

Juiz 4: *“SEM COMENTÁRIOS”;*

Juiz 5: *“Sugiro acrescentar o objeto deste produto na introdução. Tendo em vista*

*a dimensão da importância e estrutura de um bom PTS, o primeiro tópico explora muito bem as possibilidades de ferramentas, em texto, mas não as demonstra. Como o genograma e ecomapa, fundamentais na construção do PTS. Sugiro acrescentar um modelo dessas ferramentas para consulta, visto que possam ser itens que mesmo os profissionais da APS não tem familiaridade na prática do dia-a-dia, apesar de usar abordagem familiar e comunitária. Compactar a parte teórica e explorar melhor as ferramentas práticas”;*

Juiz 6: *“Guia sistematizado, completo em conceitos e orientações. Minha humilde sugestão seria a redução de conceitos e orientações para replicação em grande escala”;*

Juiz 7: *“Seria interessante acrescentar nos anexos o Ecomapa, Genograma para melhor visualização”;*

Juiz 8: *“ Não sei se seria interessante paginar;  
Rever Grafias: Biopsicosocial > Biopsicossocial  
Carácter > Caráter  
; sugiro uma página para siglas: Centro POP, RAPS, CADSUS, BPC, EJA, EMAD, CREAS; colocar fonte autoria dos anexos”;*

Juiz 9: *“Objetivos gerais: Organizar, Facilitar, Aprimorar, Engajar equipe multiprofissional envolvida no PTS”;*

Juiz 10: *“SEM COMENTÁRIOS”.*

Todas as sugestões propostas pelos juizes foram adequadamente avaliadas e acatadas, entre o protótipo do produto e sua versão final.

## 5.2 Avaliação do Produto e Implementação pelo público-alvo.

O PTS, como abordagem centrada no paciente, reconhece a singularidade de cada indivíduo e promove uma intervenção terapêutica adaptada às suas necessidades e contextos específicos. No entanto, sua implementação eficaz requer não apenas conhecimento teórico, mas também habilidades práticas, como empatia, comunicação eficaz e trabalho em equipe. É nesse ponto que a oficina teórico-prática se mostra fundamental. Ao oferecer uma combinação de instrução teórica e exercícios práticos em grupos, a oficina proporciona aos alunos a oportunidade de aplicar conceitos aprendidos em um ambiente controlado e supervisionado. Isso permite não apenas a compreensão intelectual do PTS, mas também a internalização e a habilidade de aplicá-lo de forma eficaz na prática clínica futura. Além disso, o trabalho em grupo promove a colaboração e a troca de experiências entre os alunos, enriquecendo ainda mais o processo de aprendizagem.

### 5.2.1 Importância da Abordagem Teórico-Prática

A abordagem teórico-prática oferece uma série de benefícios específicos para o ensino do PTS. Primeiramente, ela permite aos alunos vivenciar situações simuladas que replicam desafios da prática clínica real, preparando-os para lidar com essas situações de forma eficaz e compassiva. Além disso, o feedback imediato dos instrutores e dos colegas durante as atividades práticas possibilita a identificação de pontos fortes e áreas de melhoria, promovendo o desenvolvimento contínuo das habilidades clínicas e interpessoais dos alunos.

### 5.2.2 Promovendo uma Prática Clínica Humanizada

Ao incorporar o ensino do PTS na formação médica por meio de oficinas teórico-práticas, as instituições de ensino não apenas capacitam os futuros médicos a oferecer uma assistência mais individualizada e eficaz, mas também fomentam uma cultura de cuidado centrado no paciente e de respeito à sua autonomia e dignidade. Isso é fundamental para promover uma prática clínica humanizada, que reconhece a importância não apenas da cura física, mas também do bem-estar emocional e da qualidade de vida dos pacientes.

### 5.2.3 Avaliação Pré Aplicação

A etapa pré aplicação, aconteceu pela ferramenta Google Forms, em formulário online, pela praticidade e facilidade de adesão pelos alunos. Direcionado aos alunos matriculados no 6º Semestre do curso de Medicina do Centro Universitário do Estado do Pará. Os discentes do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade não participaram desta etapa de avaliação prévia, considerando o conhecimento técnico mínimo comum para a especialidade.

Realizado de forma anônima, sem qualquer retenção de dados capazes de identificar os alunos participantes, no formato, como citado, de pesquisa de opinião.

Nesta etapa, participaram 71 (setenta e um) alunos matriculados, do total de 83 (oitenta e três), quantidade total da turma, correspondendo a uma adesão de 85,54%. Sendo o formulário disponibilizado aos alunos por 10 (dez) dias.

Nesta primeira pergunta, questionou-se quanto ao conhecimento do conceito geral de Projeto Terapêutico Singular (PTS), sendo 45,1% (32 alunos) das respostas afirmaram não ter este conhecimento, com respostas discordantes à afirmação.

Reconheço o conceito geral de Projeto Terapêutico Singular (PTS), considerando suas especificidades

71 respostas

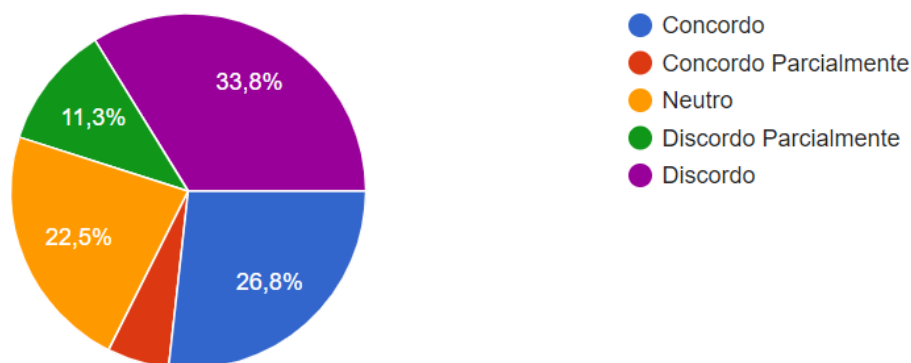


Gráfico 1 - Primeira pergunta da Etapa Pré Aplicação - Conceito Geral de PTS

Já na segunda pergunta, questionou-se quanto a capacidade de reconhecer os momentos/etapas para a construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), sendo a maioria 53,6% (38 alunos) das respostas afirmaram não ter este conhecimento, com respostas discordantes à afirmação.

## Reconheço conceitualmente e nominalmente todos os momentos para construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS)

71 respostas

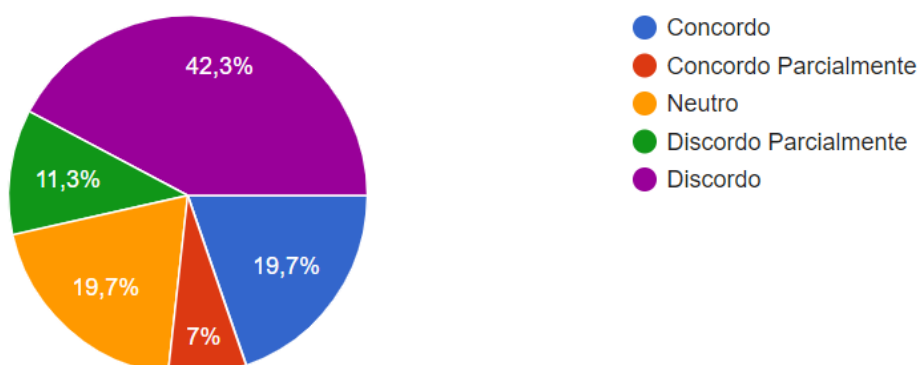


Gráfico 2 - Segunda pergunta da Etapa Pré Aplicação - Momentos para a construção e Etapas.

Na terceira pergunta, questionou-se quanto a capacidade de reconhecer o perfil de usuários prioritários e direcionados de construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), sendo 46,4% (33 alunos) das respostas afirmaram não ter este conhecimento, com respostas discordantes à afirmação. Além de 28,2 (20 alunos) com afirmação neutra sobre a afirmação.

## Reconheço o perfil de usuários prioritários e que mais se beneficiam da ferramenta

71 respostas

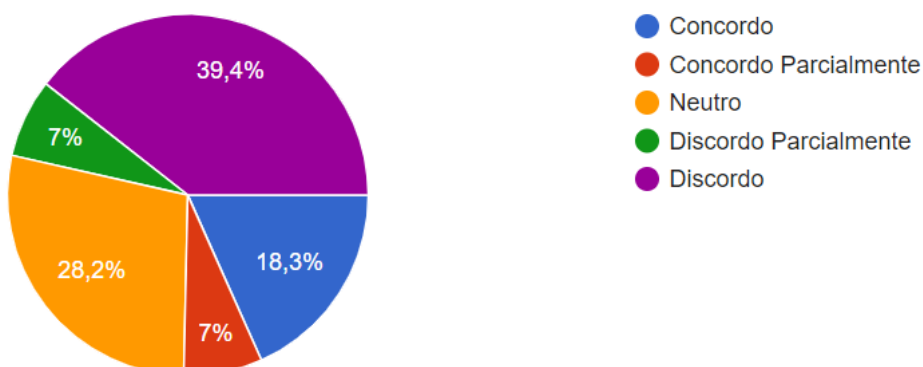


Gráfico 3 - Terceira pergunta da Etapa Pré Aplicação - Perfil prioritário de usuários candidatos.

Já penúltima (quarta) pergunta, questionou-se quanto a segurança para propor a construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), sendo a maioria 56,4% (40 alunos) das respostas afirmaram não ter esta habilidade desenvolvida até esta etapa, com respostas discordantes à afirmação.

## Tenho segurança para propor a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS)

71 respostas

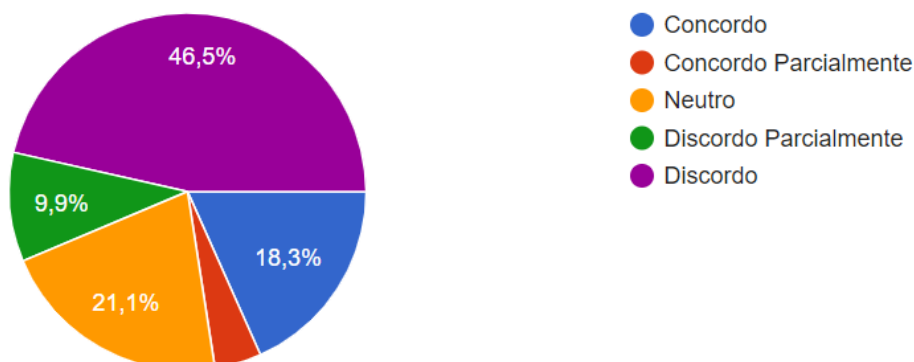


Gráfico 4 - Quarta pergunta da Etapa Pré Aplicação - Segurança para Propor a aplicação e execução.

Na última pergunta, questionou-se quanto ao acesso até o momento das ferramentas necessárias para a construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), sendo a maioria 55% (39 alunos) das respostas afirmaram não ter este conhecimento, com respostas discordantes à afirmação.

### Acredito ter tido acesso até o momento as ferramentas necessárias para desenvolvimento de Projeto Terapêutico Singular

71 respostas

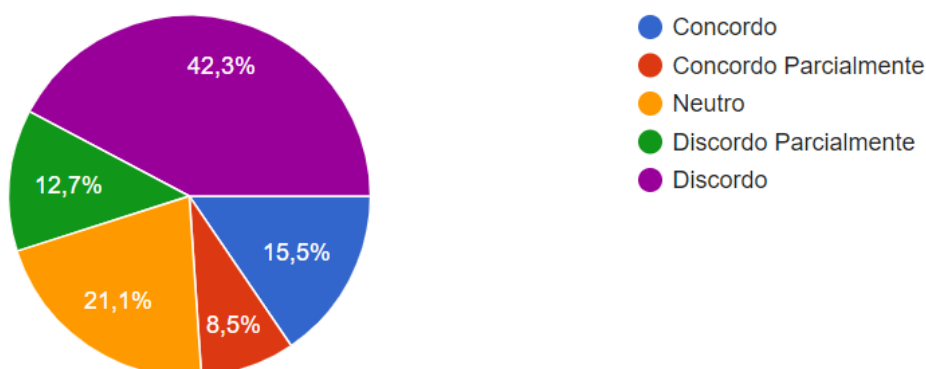


Gráfico 5 - Quinta pergunta da Etapa Pré Aplicação - Ferramentas/Conhecimento progressivo.

#### 5.2.4 Avaliação Pós Aplicação (Acadêmicos – Graduação).

A etapa pós aplicação, aconteceu pela ferramenta Google Forms, em formulário online, pela praticidade e facilidade de adesão pelos alunos. Direcionado aos alunos matriculados no 6º Semestre do curso de Medicina do Centro Universitário do Estado do Pará, participantes da oficina teórico-prática de aplicação do PTS.

Realizado de forma anônima, sem qualquer retenção de dados capazes de identificar os alunos participantes.

Nesta etapa, participaram 52 (cinquenta e dois) alunos matriculados, do total de 83 (oitenta e três), quantidade total da turma, correspondendo a uma adesão de 62,65%. Sendo o formulário disponibilizado aos alunos por aproximadamente 02 (dois) meses.

Nesta primeira pergunta, após a realização da oficina e a disponibilização do guia, questionou-se quanto ao conhecimento do conceito geral de Projeto Terapêutico Singular (PTS), sendo 100% (52 alunos) das respostas afirmaram ter este conhecimento, com respostas concordantes à afirmação. 86,5% com afirmação de concordar totalmente à afirmação e 13,5% de concordar parcialmente.

## Reconheço o conceito geral de Projeto Terapêutico Singular (PTS)

52 respostas

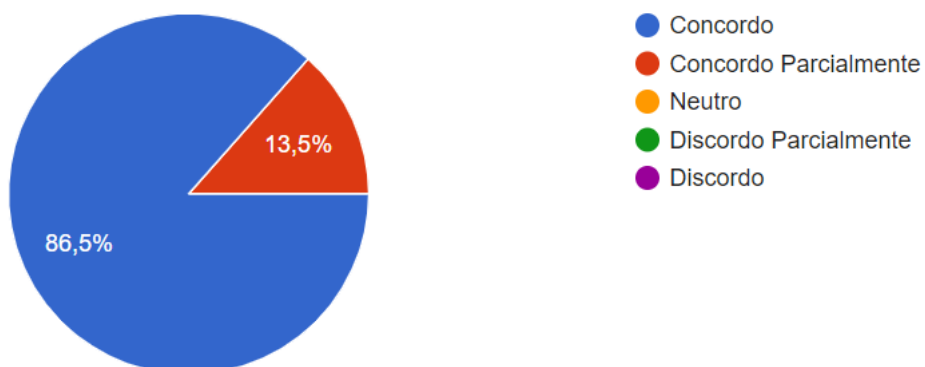


Gráfico 6 - Primeira pergunta da Etapa Pós Aplicação - Conhecimento Geral.

Já na segunda pergunta, após a realização da oficina e a disponibilização do guia, questionou-se quanto ao conhecimento das etapas e momentos necessários para construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), sendo 98% (51 alunos) das respostas afirmaram ter este conhecimento, com respostas concordantes à afirmação.

## Reconheço os 04 (quatro) momentos para construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS)

52 respostas

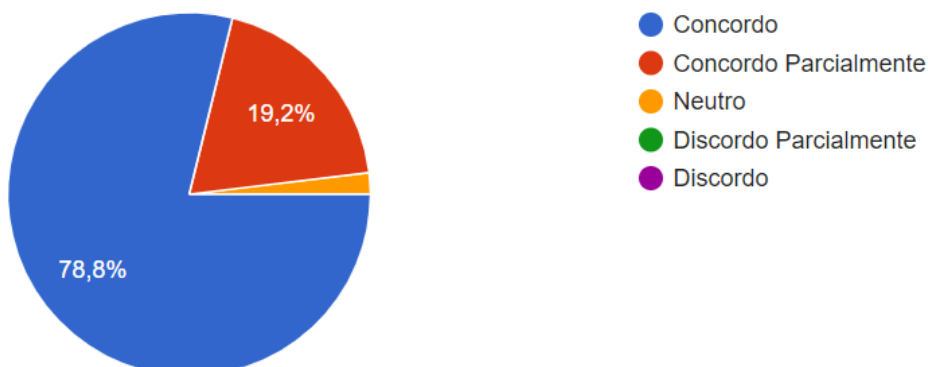


Gráfico 7 - Segunda pergunta da Etapa Pós Aplicação - Momentos/Etapas de aplicação.

Na terceira pergunta, após a realização da oficina e a disponibilização do guia, questionou-se quanto ao conhecimento do perfil de usuários direcionados para construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), sendo 100% (52 alunos) das respostas afirmaram ter este conhecimento, com respostas concordantes à afirmação.

## Reconheço o perfil de usuários prioritários e que mais se beneficiam da ferramenta

52 respostas

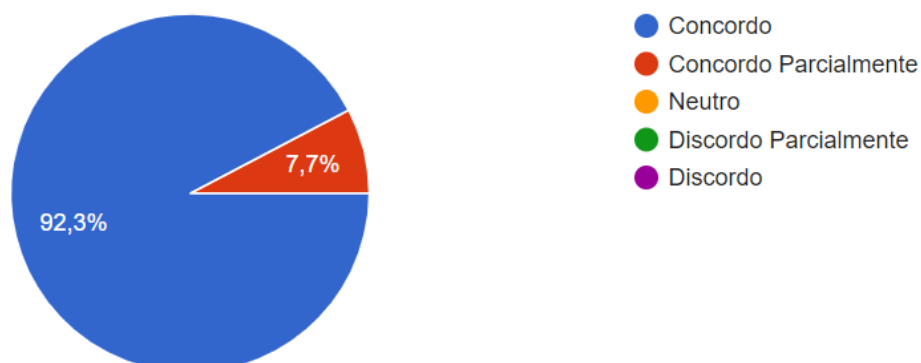


Gráfico 8 - Terceira pergunta da Etapa Pós Aplicação - Perfil de usuários prioritários.

Na quarta pergunta, após a realização da oficina e a disponibilização do guia, questionou-se quanto a autopercepção do aluno quanto a necessidade de aprofundamento e desenvolvimento de maior compreensão e aplicabilidade do produto para construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), sendo 98% (51 alunos) das respostas afirmaram essa necessidade, a partir de outro contato com o assunto e desenvolvimento prático regular das habilidades, com respostas concordantes à afirmação.

Sinto que preciso aprofundar e desenvolver mais a compreensão e aplicabilidade do Projeto Terapêutico Singular (PTS) na minha rotina assistencial e de formação

52 respostas

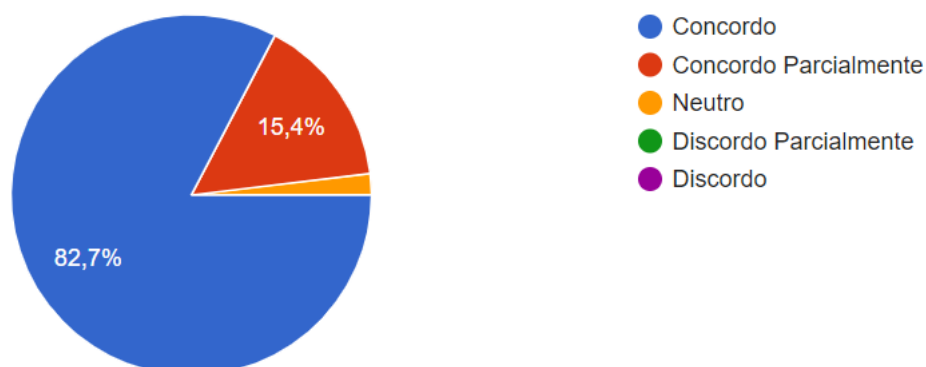


Gráfico 9 - Quarta pergunta da Etapa Pós Aplicação - Autocrítica, conhecimento complementar e aprofundamento.

Na quinta pergunta, após a realização da oficina e a disponibilização do guia, questionou-se quanto a facilidade de acesso e manuseio do Guia de Projeto Terapêutico Singular (PTS), sendo 94,3% (49 alunos) das respostas afirmaram ser de fácil acesso e manuseio, com respostas concordantes à afirmação.

O instrumento "Guia para construção de Projeto Terapêutico Singular" é de fácil acesso e manuseio?

52 respostas

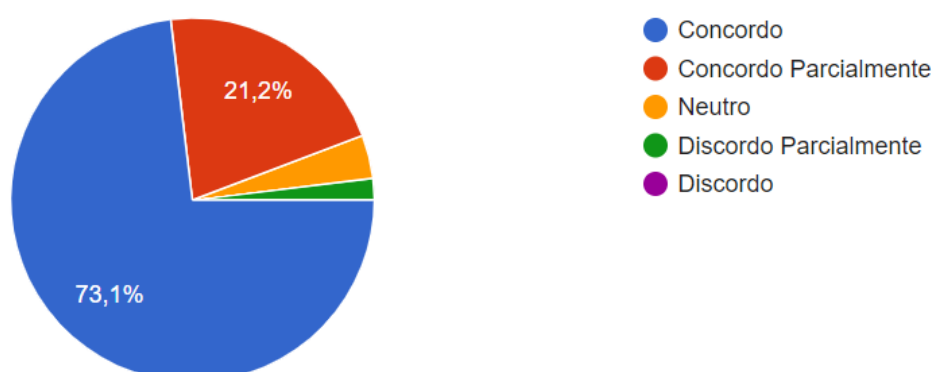


Gráfico 10 - Quinta pergunta da Etapa Pós Aplicação - Quanto ao acesso e manuseio do Guia.

Já na sexta pergunta, após a realização da oficina e a disponibilização do guia, questionou-se de forma complementar quanto a possibilidade do desenvolvimento do Aplicativo Móvel que contemple o Guia de Projeto Terapêutico Singular (PTS), sendo 96,1% (50 alunos) das respostas afirmaram o maior acesso, manuseio e articulação do instrumento por meio digital, com respostas concordantes à afirmação.

Acredito que o desenvolvimento de Aplicativo Móvel contribuiria para o maior acesso, manuseio e articulação do Guia?

52 respostas

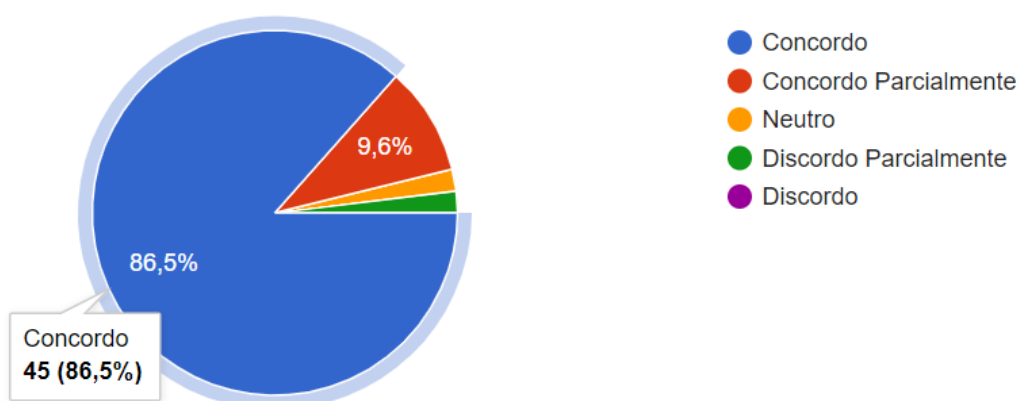


Gráfico 11 - Sexta pergunta da Etapa Pós Aplicação - Possibilidade de desenvolvimento Tecnológico de Aplicativo Móvel.

Na sétima pergunta, após a realização da oficina e a disponibilização do guia, questionou-se para estímulo à autocrítica quanto ao sentimento de conforto geral com o Guia para construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), sendo 84,6% (44 alunos) das respostas afirmaram se sentir confortável com a ferramenta, com respostas concordantes à afirmação.

Tenho me sentido confortável com o instrumento "Guia para construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS)"?

52 respostas

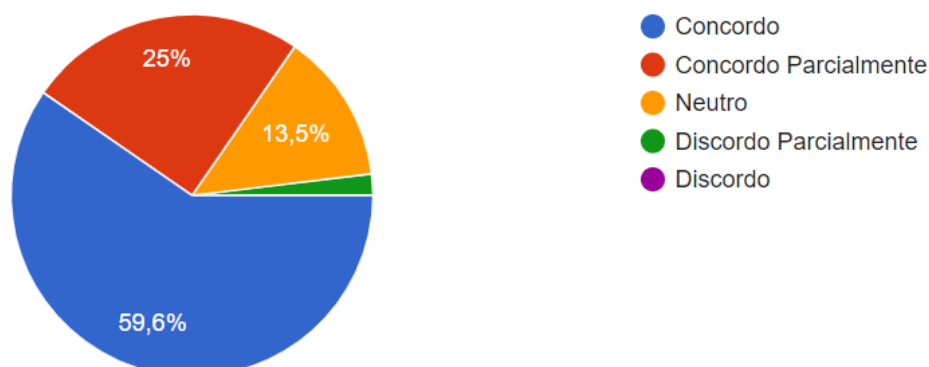


Gráfico 12 - Sétima pergunta da Etapa Pós Aplicação - Satisfação e Conforto subjetivo com o Guia.

Na oitava pergunta, após a realização da oficina e a disponibilização do guia, questionou-se para estímulo à autocrítica quanto desenvolvimento de habilidades assistenciais e performance no contato com o usuário a partir da incorporação do Guia para construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), sendo 65,4% (34 alunos) das respostas afirmaram o aperfeiçoamento assistencial com a ferramenta, com respostas concordantes à afirmação.

Tenho aperfeiçoado a minha performance no contato com o usuário após a incorporação do guia e compreensão do Projeto Terapêutico Singular (PTS)?

52 respostas

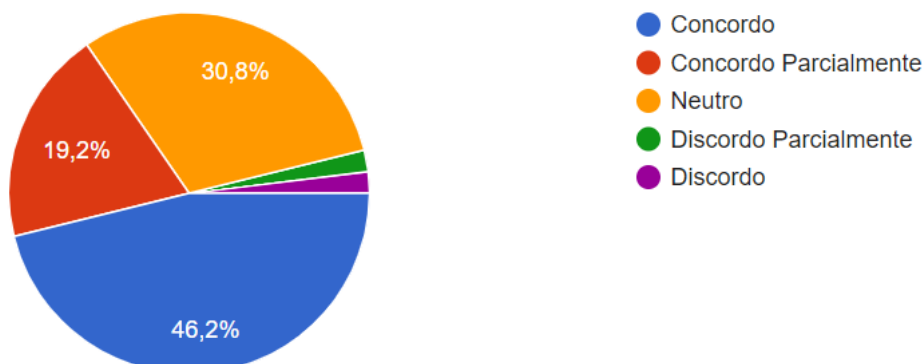


Gráfico 13 - Oitava pergunta da Etapa Pós Aplicação - Autocrítica na performance assistencial a partir do Guia.

Na penúltima (nona) pergunta, após a realização da oficina e a disponibilização do guia, questionou-se para estímulo à autocrítica quanto a motivação assistencial geral com o Guia para construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), sendo 92,3% (48 alunos) das respostas afirmaram se sentir mais confortável com a ferramenta, com respostas concordantes à afirmação.

Tenho me sentido motivado (a) para realizar as minhas tarefas assistenciais?

52 respostas

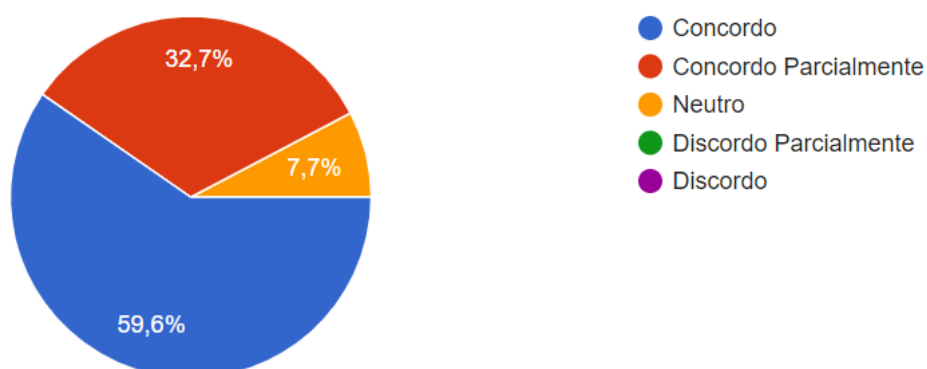


Gráfico 14 - Nona pergunta da Etapa Pós Aplicação - Autocrítica na motivação assistencial a partir do Guia.

Na última (décima) pergunta, após a realização da oficina e a disponibilização do guia, questionou-se quanto a opinião referente à potencialidade do Guia para construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS) em alcançar outros profissionais e usuários que precisem dele, sendo 100% (52 alunos) das respostas afirmaram se a possibilidade de alcance em massa do instrumento com a ferramenta, com respostas concordantes à afirmação. Sendo 90,4% concordantes totais e 9,6% com concordo parcialmente.

O instrumento "Guia para construção de Projeto Terapêutico Singular" pode alcançar outros profissionais e usuários que precisem dele?

52 respostas

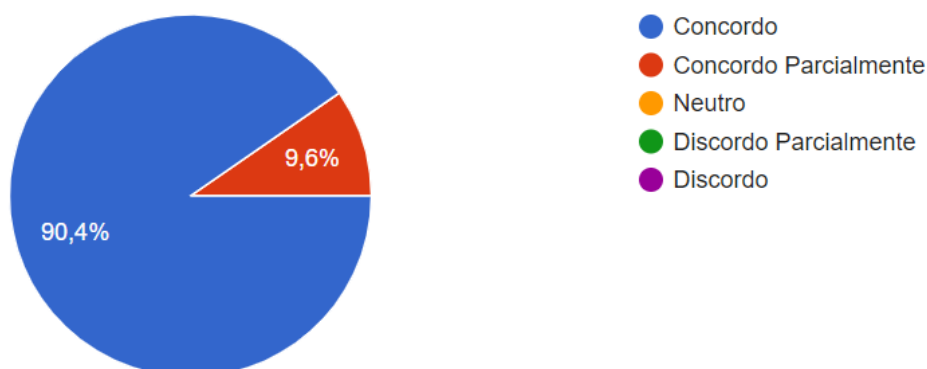


Gráfico 15 - Décima pergunta da Etapa Pós Aplicação - Quanto a possibilidade de disseminação e capilaridade do Guia.

### 5.2.5 Avaliação Pós Aplicação (Médicos Residentes – PRMFC).

A etapa de aplicação, aconteceu pela ferramenta Google Forms, em formulário online, pela praticidade e facilidade de adesão pelos discentes. Direcionado aos residentes de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC/CESUPA) matriculados no Centro Universitário do Estado do Pará, participantes da oficina teórico-prática de aplicação do PTS e aula conjunta de Abordagem Clínica Centrada na Pessoa (MCCP).

Realizado de forma anônima, sem qualquer retenção de dados capazes de identificar os alunos participantes.

Nesta etapa, participaram 15 (quinze) discentes matriculados, do total de 20 (vinte), quantidade total, entre 10 vagas de R1 e 10 vagas de R2, correspondendo a uma adesão de 75%. Sendo o formulário disponibilizado no momento da atividade, logo após o seu término.

Nesta informação preliminar, referente ao aspecto de reconhecimento do público

participante, na realização da oficina e a disponibilização do guia, questionou-se quanto ao ano de curso, se R1 ou R2, sendo 66,7% (10 alunos) afirmaram ser do Primeiro Ano do curso (R1). Enquanto os outros 33,3% (5 alunos) do Segundo Ano do curso.

### R1 ou R2 (Ano de Curso)

15 respostas

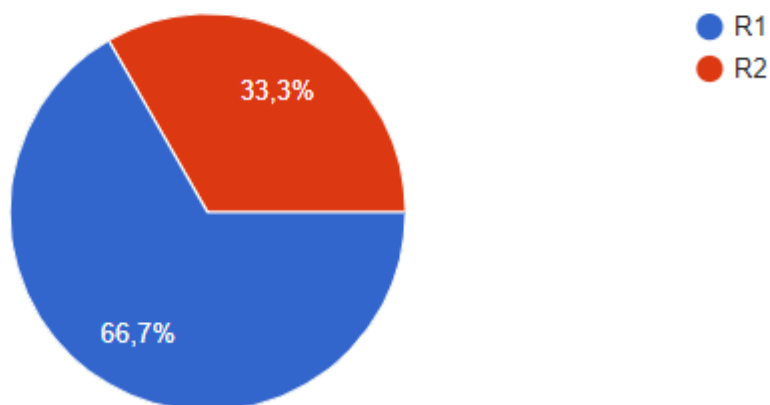


Gráfico 16 - Etapa com os Residentes - Aspectos de identificação do Público.

Nesta primeira pergunta, após a realização da oficina e a disponibilização do guia, questionou-se quanto ao conhecimento do conceito geral de Projeto Terapêutico Singular (PTS), sendo 100% (15 discentes) das respostas afirmaram ter este conhecimento, com respostas concordantes à afirmação. 100% com afirmação de concordar totalmente à afirmação.

### Reconheço o conceito geral de Projeto Terapêutico Singular (PTS)

15 respostas

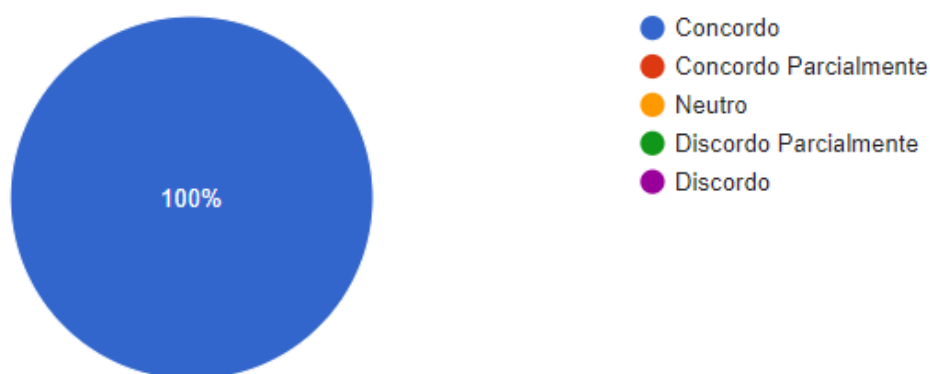


Gráfico 17 - Primeira pergunta da Etapa com os Residentes - Reconhecimento do conceito geral de PTS a partir do Guia Educativo.

Já na segunda pergunta, após a realização da oficina e a disponibilização do guia, questionou-se quanto ao conhecimento das etapas e momentos necessários para construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), sendo 100% (15 alunos) das respostas afirmaram ter este conhecimento, com respostas concordantes à afirmação. Sendo 75% (11 discentes) com resposta Concordo Totalmente e 25% (4 discentes) com resposta de Concordo Parcialmente.

## Reconheço os 04 (quatro) momentos para construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS)

15 respostas

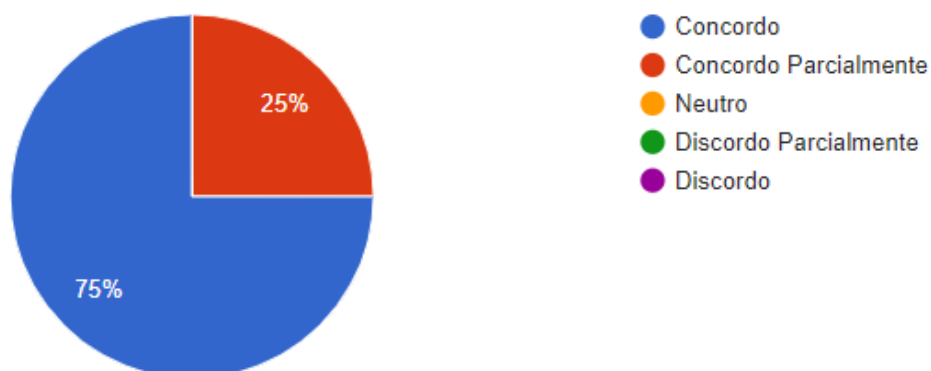


Gráfico 18 - Segunda pergunta da Etapa com os Residentes - Reconhecimento dos 04 (quatro) momentos de construção do PTS a partir do Guia Educativo.

Nesta terceira pergunta, após a realização da oficina e a disponibilização do guia, questionou-se quanto ao conhecimento do perfil prioritário de usuários direcionados para construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), sendo 100% (15 alunos) das respostas afirmaram ter este conhecimento, com respostas concordantes à afirmação.

## Reconheço o perfil de usuários prioritários e que mais se beneficiam da ferramenta

15 respostas

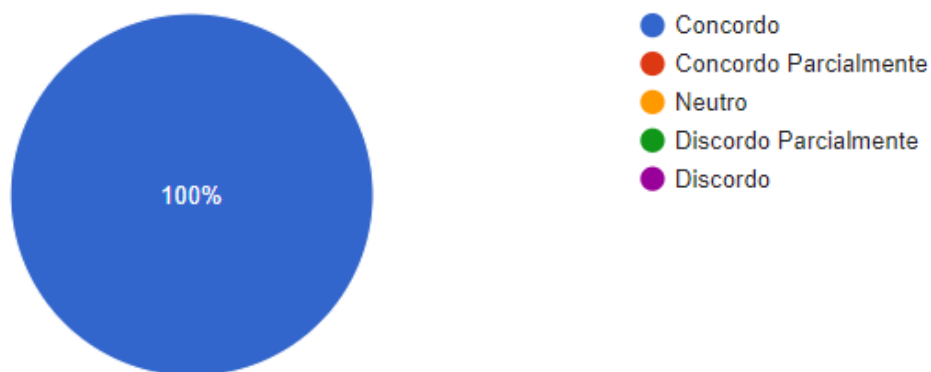


Gráfico 19 - Terceira pergunta da Etapa com os Residentes - Reconhecimento do perfil de usuários para aplicação do PTS a partir do Guia Educativo.

Na quarta pergunta, após a realização da oficina e a disponibilização do guia, questionou-se quanto a facilidade de acesso e manuseio do Guia de Projeto Terapêutico Singular (PTS), sendo 100% (15 alunos) das respostas afirmaram ser de fácil acesso e manuseio, com respostas concordantes à afirmação.

## O instrumento "Guia para construção de Projeto Terapêutico Singular" é de fácil acesso?

15 respostas

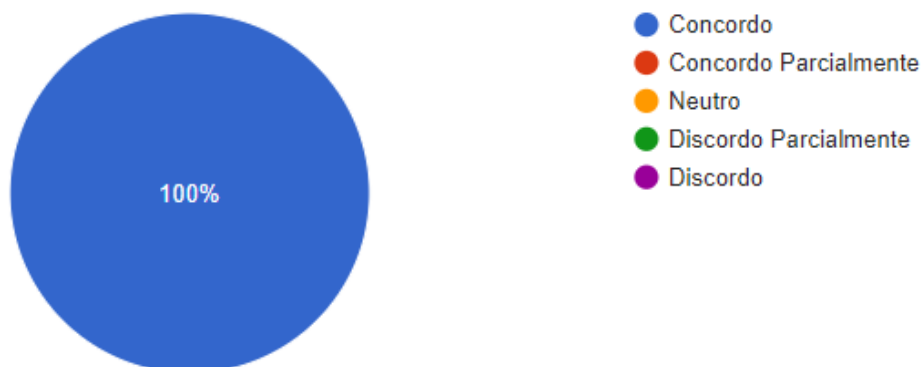


Gráfico 20 - Quarta pergunta da Etapa com os Residentes - Reconhecimento da acessibilidade a partir do Guia Educativo.

Já nesta quinta pergunta, após a realização da oficina e a disponibilização do guia, questionou-se de forma complementar quanto a possibilidade do desenvolvimento do Aplicativo Móvel que contemple o Guia de Projeto Terapêutico Singular (PTS), sendo 100% (15 alunos) das respostas afirmaram o maior acesso, manuseio e articulação do instrumento por meio digital, com respostas concordantes à afirmação.

## Acredito que o desenvolvimento de Aplicativo Móvel contribuiria para o maior acesso, manuseio e articulação do Guia?

15 respostas

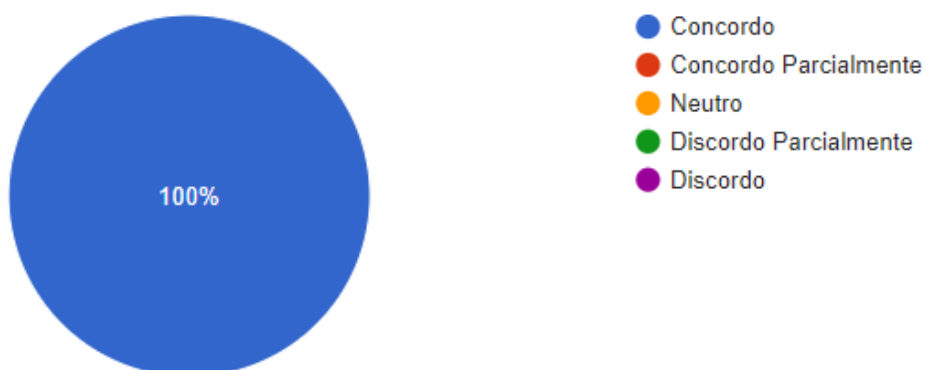


Gráfico 21 - Quinta pergunta da Etapa com os Residentes - Opinião referente ao Aplicativo móvel de PTS a partir do Guia Educativo.

Na última (sexta) pergunta, após a realização da oficina e a disponibilização do guia, questionou-se quanto a opinião referente à potencialidade do Guia para construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS) em alcançar outros profissionais e usuários que precisem dele, sendo 100% (15 alunos) das respostas afirmaram se a possibilidade de alcance em massa do instrumento com a ferramenta, com respostas concordantes à afirmação. Sendo 100% concordantes totais.

O instrumento "Guia para construção de Projeto Terapêutico Singular" pode alcançar outros profissionais e usuários que precisem dele?

15 respostas

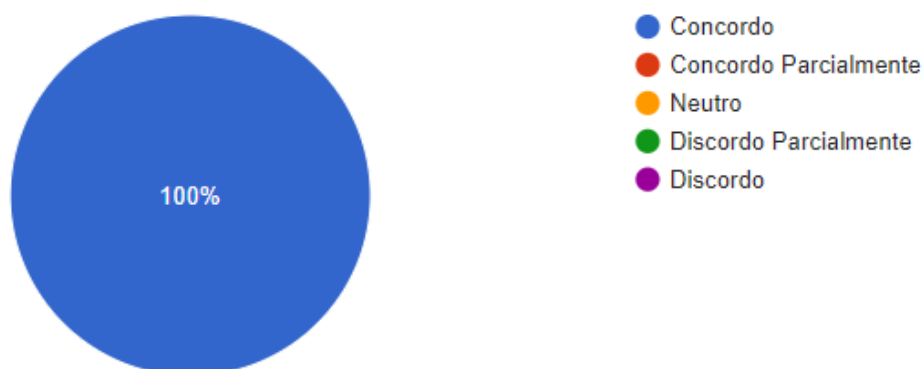


Gráfico 22 - Sexta pergunta da Etapa com os Residentes - Opinião quanto ao alcance de PTS a partir do Guia Educativo.

### 5.3 Descrição Narrativa da Oficina e Roda de Conversa – (Acadêmicos – Graduação).

Na tarde do dia 20 (vinte) de Março de 2024 na sala de Tutoria 116 do Campus João Paulo Mendes do Centro Universitário do Pará (CESUPA) – Unidade Almirante Barroso os estudantes, divididos em grupos de até 14 (quatorze) alunos do 6º (sexto) reuniram-se ansiosos para participar da oficina e mergulhar no mundo do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Reunindo-se em um círculo de cadeiras e mesas, conforme disposição prévia da sala, inicialmente, conduziu-se uma breve explanação teórica, delineando os princípios fundamentais e a importância do PTS na prática clínica, além do recordatório e esclarecimento dos principais pontos do Guia Educativo. Os alunos absorveram cada detalhe, compreendendo a essência da abordagem centrada no paciente e sua relevância para a promoção de cuidados holísticos e personalizados. Após essa imersão teórica, deu-se início à tão esperada roda de conversa. Nesse espaço dinâmico e colaborativo, cada estudante teve a oportunidade de compartilhar suas experiências e perspectivas pessoais com o PTS, de forma livre e aberta, destacando os desafios a serem enfrentados e superados, as lições aprendidas e os possíveis impactos a serem observados em suas práticas clínicas.

Para ilustrar o momento, segue o descrito, com preservação dos nomes para garantir o sigilo da identidade dos participantes:

*“Sujeito 1 estava ansioso quando entrou na sala. Ele não sabia ao certo o que esperar do esperado momento sobre o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Sentia-se um pouco intimidado pela complexidade do assunto, mas ao mesmo tempo curioso para entender como essa abordagem poderia transformar a prática profissional. Ao se sentar, observou seus colegas, cada um com expressões que variavam de curiosidade a apreensão.*

*Começou-se introduzindo o tema, explicando os fundamentos do PTS e sua importância na assistência integral ao paciente, de forma prática pela disponibilização prévia do guia educativo. Destacou-se a necessidade de considerar não apenas os aspectos clínicos, mas também sociais, familiares e emocionais do indivíduo. O Sujeito 1 começou a perceber a amplitude e a profundidade dessa abordagem e se sentiu mais intrigada.*

*Durante a roda de conversa, os alunos foram convidados a compartilhar suas experiências pessoais com a ferramenta do PTS. O Sujeito 2, um dos colegas do Sujeito 1, foi o primeiro a falar. Ele relatou como, ao conhecer o PTS e a aplicação em um caso clínico apresentado, conseguirá estabelecer uma relação mais próxima com seus pacientes, entendendo suas necessidades específicas e elaborando um plano de cuidados mais eficaz. O Sujeito 1 admirou a maneira como o Sujeito 2 pensou e demonstrou empatia e comprometimento com o bem-estar do paciente.*

*Em seguida, o Sujeito 3, outro colega do Sujeito 1, compartilhou suas experiências. Ele descreveu como a incorporação do PTS em sua prática ajudará a superar obstáculos na comunicação com os pacientes que vivencia em casos específicos na Unidade de Saúde da Família que desenvolve suas atividades no Módulo de Interação em Saúde na Comunidade. Ao usar o guia para a elaboração do projeto terapêutico, ele se sentiu mais seguro e organizado, o que resultou em uma melhor compreensão das necessidades do paciente e na definição de metas realistas.*

*O Sujeito 4, outro colega presente na roda de conversa, trouxe um relato inspirador sobre o PTS, fundamental no tratamento de um paciente com múltiplas comorbidades. Ele explicou como a abordagem centrada no paciente permite uma coordenação eficaz entre os diferentes profissionais de saúde envolvidos, garantindo uma assistência integrada e contínua.*

*Ao ouvir os relatos dos colegas, o Sujeito 1 sentiu-se motivado e encorajado. Ele percebeu que o PTS não era apenas uma teoria abstrata, mas uma ferramenta prática e poderosa para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Ele saiu da roda de conversa com uma nova compreensão e determinação para aplicar os princípios do PTS*

*em sua própria prática clínica, sabendo que isso poderia fazer uma diferença significativa na vida de seus pacientes.”*

### 5.3.1 Análise de Discurso e Nuvem de Palavras

A Análise de Conteúdo de Bardin é um método sistemático utilizado para a análise de textos com o objetivo de interpretar e entender o significado dos dados textuais de forma mais profunda. Esse método envolve várias etapas, incluindo a pré-análise, a codificação, a categorização e a interpretação. Vamos aplicar essas etapas ao texto fornecido.

#### 5.3.1.1. Pré-Análise

##### **Leitura Flutuante:**

Realizamos uma leitura atenta do texto para uma compreensão geral do conteúdo e para identificar temas e padrões principais.

##### **Formulação de Hipóteses:**

Hipótese 1: O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma abordagem transformadora e prática na assistência integral ao paciente.

Hipótese 2: O PTS melhora a empatia, o entendimento e a organização dos profissionais de saúde em relação aos pacientes.

#### 5.3.1.2. Codificação

##### **Identificação de Unidades de Significação:**

**Ansiedade e Curiosidade:** "Sujeito 1 estava ansioso... curioso para entender..."

**Complexidade do PTS:** "intimidado pela complexidade do assunto..."

**Fundamentos do PTS:** "explicando os fundamentos do PTS... importância na assistência integral ao paciente..."

**Aspectos Multidimensionais:** "considerar não apenas os aspectos clínicos, mas também sociais, familiares e emocionais..."

**Experiências Pessoais:** "os alunos foram convidados a compartilhar suas experiências pessoais..."

**Relação com Pacientes:** "conseguir estabelecer uma relação mais próxima com seus pacientes..."

**Superação de Obstáculos:** "ajudará a superar obstáculos na comunicação com os pacientes..."

**Coordenação entre Profissionais:** "permite uma coordenação eficaz entre os diferentes profissionais de saúde..."

**Motivação e Aplicação Prática:** "sentiu-se motivado e encorajado... aplicar os princípios do PTS..."

#### 5.3.1.3. Categorização

Agrupamento das Unidades de Significação em Categorias:

##### **Emoções Iniciais:**

Ansiedade e curiosidade

Intimidação pela complexidade

##### **Conhecimento e Compreensão do PTS:**

Fundamentos do PTS

Importância multidimensional (clínica, social, familiar, emocional)

### **Experiências Pessoais e Aplicações Práticas:**

Relações com pacientes

Superação de obstáculos na comunicação

Coordenação entre profissionais

Motivação e aplicação prática

#### **5.3.1.4. Interpretação**

Análise das Categorias:

**Emoções Iniciais:** O texto começa descrevendo a ansiedade e a curiosidade do Sujeito 1, o que indica uma mistura de apreensão e interesse em relação ao PTS. Esse sentimento inicial é comum quando se confronta com novos conceitos complexos.

**Conhecimento e Compreensão do PTS:** A explicação dos fundamentos do PTS e a sua importância mostram que o PTS é uma abordagem holística, considerando várias dimensões do cuidado ao paciente. Isso é crucial para a prática profissional, pois enfatiza uma visão integrada do paciente.

**Experiências Pessoais e Aplicações Práticas:** Os relatos dos colegas (Sujeito 2, Sujeito 3, Sujeito 4) destacam como o PTS é aplicado na prática clínica, melhorando a relação com os pacientes, superando barreiras de comunicação e coordenando melhor os cuidados entre profissionais. Esses exemplos práticos reforçam a eficácia do PTS e mostram que ele não é apenas uma teoria, mas uma ferramenta prática que pode trazer melhorias significativas.

O texto ilustra a transição do Sujeito 1 de um estado de ansiedade e curiosidade para uma compreensão mais profunda e motivada do PTS. Os relatos dos colegas fornecem evidências práticas de como o PTS pode ser implementado para melhorar a assistência ao paciente, demonstrando seu impacto positivo. A análise revela que o PTS é visto como uma abordagem abrangente e prática que pode transformar a prática clínica e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde.



#### 5.4 Descrição Narrativa da Oficina e Roda de Conversa – (Residentes).

Na jornada de formação dos médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade, a compreensão e aplicação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) representa um marco crucial. Após adquirirem certa familiaridade com o assunto e acumularem experiências de atendimento na atenção primária à saúde, eles reconhecem a importância dessa abordagem na construção de vínculos terapêuticos sólidos e na oferta de cuidados verdadeiramente individualizados.

Na tarde do dia 05 (cinco) de Abril de 2024 na sala de Conferência II do Campus João Paulo Mendes do Centro Universitário do Pará (CESUPA) – Unidade Almirante Barroso os médicos residentes reuniram-se para participar das atividades teóricas previstas na emenda curricular do programa e desenvolver o conhecimento na abordagem centrada na pessoa e na ferramenta do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Neste contexto, uma roda de conversa sobre o PTS oferece um espaço valioso para a troca de ideias, a reflexão coletiva e o aprimoramento profissional. Inicialmente, uma explanação teórica proporcionou uma base sólida sobre os princípios e a aplicação do PTS. Em seguida, deu-se início à roda de conversa propriamente dita, com um tempo prolongado e livre para que os médicos residentes expressassem suas impressões, emoções e experiências.

Durante a roda de conversa, os médicos residentes compartilharam uma série de relatos emocionantes sobre suas experiências exitosas com o PTS:

**“Sujeito 1 (R1):** *Descreveu como a incorporação do PTS em sua prática clínica tem permitido uma abordagem mais humanizada e integral dos pacientes. Ao seguir o guia para a elaboração do projeto terapêutico, consegue identificar as necessidades específicas de cada indivíduo e construir um plano de cuidados personalizado, levando em consideração não apenas os aspectos médicos, mas também sociais, familiares e emocionais.*

**Sujeito 2 (R2):** *Compartilhou como o PTS é fundamental no acompanhamento de pacientes com doenças crônicas. Ao adotar uma abordagem centrada no paciente, consegue promover a adesão ao tratamento e melhorar a qualidade de vida dos pacientes, além de fortalecer o vínculo terapêutico entre profissional e usuário.*

**Sujeito 3 (R2):** *Contou como o PTS é essencial no manejo de casos complexos na comunidade. Ao trabalhar em equipe interdisciplinar, consegue coordenar os cuidados de forma eficaz, garantindo uma assistência integrada e contínua aos usuários mais vulneráveis.*

**Sujeito 4 (R2):** *Relatou como a roda de conversa sobre o PTS a inspirou a buscar uma abordagem mais participativa e colaborativa com seus usuários. Percebeu a importância de envolver ativamente os usuários na elaboração do projeto terapêutico, garantindo que suas vozes e necessidades fossem ouvidas e respeitadas.*

**Sujeito 5 (R1):** *Destacou como a roda de conversa proporcionou um espaço seguro para compartilhar dúvidas, inseguranças e desafios na aplicação do PTS. Ao trocar experiências com seus colegas, sentiu-se apoiado e fortalecido em sua jornada de aprendizado e desenvolvimento profissional”.*

Ao final da roda de conversa, os médicos residentes saíram fortalecidos e inspirados, conscientes do poder transformador do PTS em suas práticas clínicas e comprometidos em integrar essa abordagem de forma cada vez mais significativa em seu trabalho diário na atenção primária à saúde.

Essa alta adesão e participação dos alunos da graduação e residentes na oficina sobre Projeto Terapêutico Singular (PTS) podem ser atribuídas a diversos fatores, os quais podem ser discutidos à luz de referências teóricas no assunto.

Primeiramente, a Teoria da Aprendizagem Significativa de David Ausubel poderia ser invocada para explicar como a oficina proporciona uma oportunidade de aprendizado ativo e significativo. Ao participarem ativamente da construção do PTS, os alunos se engajam em um processo de aprendizagem que vai além da simples memorização de conceitos teóricos, permitindo-lhes relacionar o conteúdo com suas experiências prévias e aplicá-lo de forma prática em situações reais de atendimento.

Além disso, a Teoria da Motivação Intrínseca de Edward Deci e Richard Ryan pode ser relevante para compreender por que os alunos demonstram alta adesão à oficina. Ao oferecerem a oportunidade de participar ativamente da construção de um projeto terapêutico que pode impactar diretamente a vida dos pacientes, os alunos encontram um significado intrínseco na atividade, o que os motiva a se envolverem plenamente no processo.

A apresentação do Guia Educativo para construção compartilhada do PTS também desempenha um papel crucial. Aqui, a Teoria da Aprendizagem Socioconstrutivista de Lev Vygotsky pode ser relevante. Ao fornecer um guia estruturado e orientações claras sobre como elaborar um PTS de forma colaborativa, os alunos se beneficiam da zona de desenvolvimento proximal, ou seja, eles são capazes de realizar tarefas com a ajuda de orientação e apoio fornecidos pelo guia, mesmo que inicialmente não possuam total domínio do assunto.

Por fim, a Teoria da Mudança de Comportamento de B.F. Skinner pode ser aplicada para explicar como a incorporação do PTS na prática clínica dos alunos pode ser um importante ganho. Ao participarem da oficina e compreenderem os benefícios do PTS, os alunos são mais propensos a adotar essa abordagem em sua prática clínica, especialmente se forem reforçados por feedback positivo e resultados bem-sucedidos ao aplicarem o PTS em casos reais.

Em resumo, a alta adesão e participação dos alunos da graduação e residentes em uma oficina sobre PTS, juntamente com a incorporação da ferramenta na prática clínica, podem ser entendidas à luz de diversas teorias de aprendizagem e motivação, as quais destacam a importância do engajamento ativo, do significado intrínseco, da aprendizagem colaborativa e do reforço positivo na promoção da mudança de comportamento e na melhoria da prática clínica.

#### 5.4.1 Análise de Discurso e Nuvem de Palavras

A Análise de Conteúdo de Bardin consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, buscando compreender, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, os significados implícitos e explícitos dos textos. A seguir, aplico essa metodologia ao texto fornecido, seguindo suas três etapas principais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

##### 5.4.1.1. Pré-Análise

Na pré-análise, iniciamos com a leitura flutuante e a organização do material. Identificamos os elementos principais do texto para orientar a análise. No caso deste texto, destacamos a incorporação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) nas práticas clínicas dos diferentes sujeitos.

**Objetivo:** Compreender como o PTS impacta a prática clínica e a relação entre profissionais de saúde e pacientes.

**Unidades de Registro:** Frases ou parágrafos descrevendo a aplicação e os efeitos do PTS.

**Unidades de Contexto:** Relatos completos de cada sujeito (R1 e R2).

#### 5.4.1.2. Exploração do Material

Nesta fase, categorizamos as informações coletadas, extraíndo os núcleos de sentido. Realizamos a codificação das respostas, agrupando-as em categorias temáticas.

#### **Categorias Identificadas:**

Abordagem Humanizada e Integral (R1)  
 Acompanhamento de Pacientes com Doenças Crônicas (R2)  
 Manejo de Casos Complexos na Comunidade (R2)  
 Participação e Colaboração dos Usuários (R2)  
 Apoio e Desenvolvimento Profissional (R1)

#### **Codificação:**

Categoria 1: Abordagem Humanizada e Integral

R1: "Descreveu como a incorporação do PTS em sua prática clínica tem permitido uma abordagem mais humanizada e integral dos pacientes. [...] levando em consideração não apenas os aspectos médicos, mas também sociais, familiares e emocionais."

Categoria 2: Acompanhamento de Pacientes com Doenças Crônicas

R2: "Compartilhou como o PTS é fundamental no acompanhamento de pacientes com doenças crônicas. [...] promover a adesão ao tratamento e melhorar a qualidade de vida dos pacientes, além de fortalecer o vínculo terapêutico entre profissional e usuário."

Categoria 3: Manejo de Casos Complexos na Comunidade

R2: "Contou como o PTS é essencial no manejo de casos complexos na comunidade. [...] coordenar os cuidados de forma eficaz, garantindo uma assistência integrada e contínua aos usuários mais vulneráveis."

Categoria 4: Participação e Colaboração dos Usuários

R2: "Relatou como a roda de conversa sobre o PTS a inspirou a buscar uma abordagem mais participativa e colaborativa com seus usuários. [...] garantindo que suas vozes e necessidades fossem ouvidas e respeitadas."

Categoria 5: Apoio e Desenvolvimento Profissional

R1: "Destacou como a roda de conversa proporcionou um espaço seguro para compartilhar dúvidas, inseguranças e desafios na aplicação do PTS. [...] sentiu-se apoiado e fortalecido em sua jornada de aprendizado e desenvolvimento profissional."

#### 5.4.1. 3. Tratamento dos Resultados, Inferência e Interpretação

Após a categorização, analisamos os resultados e inferimos os significados mais amplos das categorias identificadas.

## Interpretações:

**Abordagem Humanizada e Integral:** A incorporação do PTS permite aos profissionais considerar os diversos aspectos da vida do paciente, promovendo um cuidado mais holístico e adaptado às necessidades individuais.

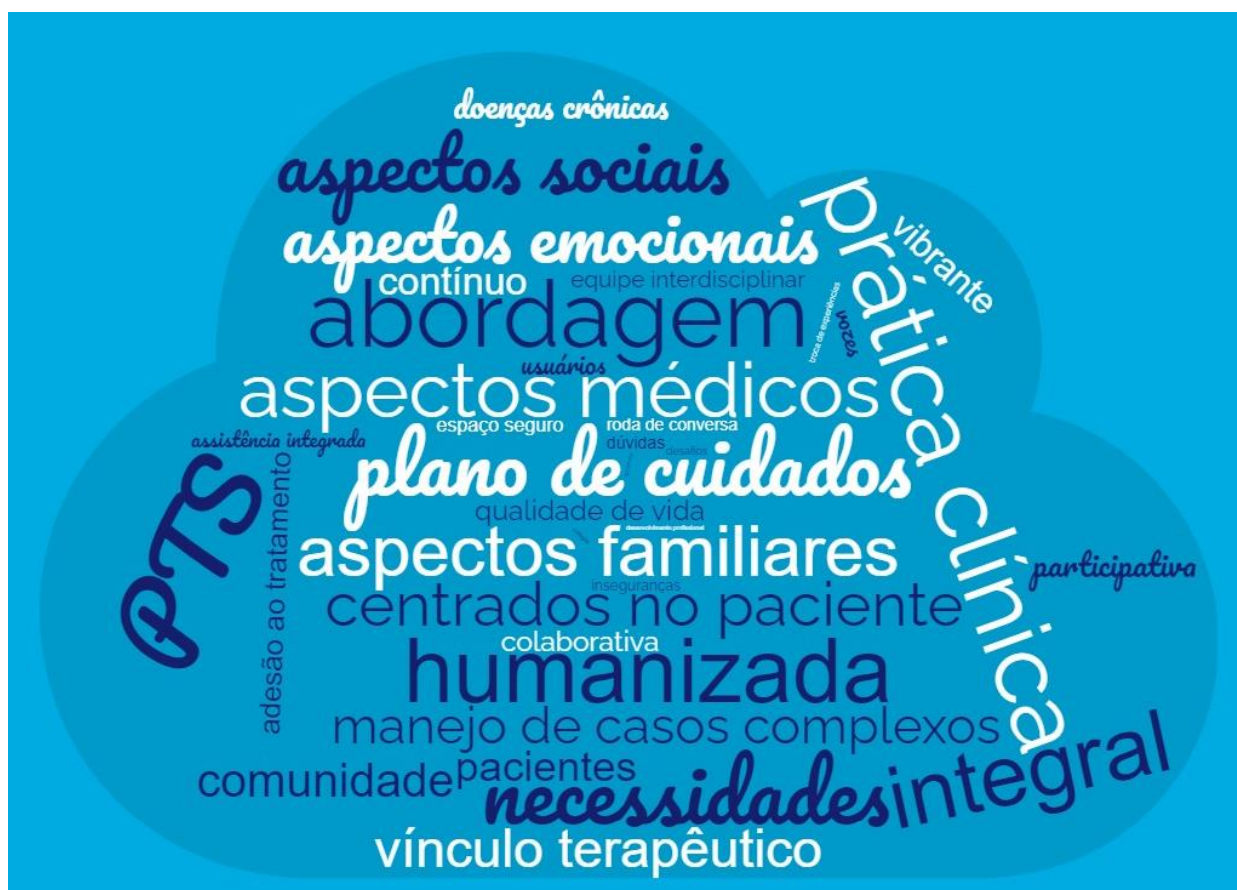
**Acompanhamento de Pacientes com Doenças Crônicas:** O PTS melhora a adesão ao tratamento e a qualidade de vida, fortalecendo a relação entre paciente e profissional de saúde.

**Manejo de Casos Complexos na Comunidade:** A coordenação interdisciplinar é crucial para oferecer uma assistência contínua e eficaz, especialmente para pacientes vulneráveis.

**Participação e Colaboração dos Usuários:** Envolver os pacientes na elaboração do PTS assegura que suas necessidades sejam atendidas, promovendo um cuidado mais participativo e colaborativo.

**Apoio e Desenvolvimento Profissional:** Espaços de troca e reflexão, como rodas de conversa, são fundamentais para o desenvolvimento profissional e a aplicação eficaz do PTS.

A análise do conteúdo revelou que a implementação do PTS tem múltiplos benefícios, incluindo uma abordagem mais humanizada e integral dos cuidados, melhor adesão ao tratamento, assistência contínua e integrada, participação ativa dos pacientes e suporte ao desenvolvimento profissional dos profissionais de saúde. Esses achados destacam a importância do PTS na prática clínica, evidenciando seu papel central na melhoria da qualidade do atendimento e na construção de relações terapêuticas mais fortes e eficazes.



## 6 CONCLUSÃO

A realização de oficinas teórico-práticas para o ensino do Projeto Terapêutico Singular representa uma abordagem pedagógica eficaz e relevante na formação médica. Ao combinar instrução teórica com exercícios práticos em grupos, essa metodologia capacita os alunos a aplicar o PTS de forma significativa e compassiva na prática clínica atual e futura, promovendo uma assistência mais individualizada e humanizada. Portanto, investir nesse tipo de iniciativa é crucial para preparar os médicos do futuro para os desafios complexos e multifacetados da profissão, garantindo uma assistência de qualidade e centrada no paciente.

As oficinas teórico-práticas oferecem um ambiente propício para que os estudantes de medicina não apenas compreendam os conceitos teóricos do PTS, mas também desenvolvam habilidades práticas essenciais para sua aplicação efetiva. Através de simulações e exercícios em grupo, os alunos podem praticar a comunicação empática, o trabalho em equipe e a tomada de decisões clínicas baseadas nas necessidades específicas do paciente. Essa abordagem prática é interessante para preparar os futuros médicos para os desafios da prática clínica real, onde a singularidade de cada paciente e as complexidades de sua condição exigem uma abordagem adaptada e sensível.

Além disso, as oficinas proporcionam aos alunos um espaço para receber feedback imediato de instrutores e colegas, o que facilita a identificação de pontos fortes e áreas de melhoria em seu desempenho. Esse processo de feedback contínuo é essencial para o desenvolvimento profissional dos alunos, incentivando-os a refletir sobre sua prática e a buscar aprimoramento constante em suas habilidades clínicas e interpessoais.

Ao promover uma prática clínica centrada no paciente e humanizada, as oficinas teórico-práticas contribuem para a formação de médicos mais éticos, compassivos e competentes. Essa abordagem não apenas beneficia os pacientes, garantindo uma assistência mais qualificada e individualizada, mas também fortalece a relação médico-paciente, baseada na confiança, respeito e colaboração mútua.

Portanto, investir no ensino do PTS por meio de oficinas teórico-práticas é crucial para preparar os médicos do futuro para os desafios complexos e multifacetados da prática clínica. Essa abordagem pedagógica eficaz e relevante não só instrumentaliza os alunos a oferecer uma assistência de qualidade, mas também os inspira a abraçar os valores fundamentais da medicina, como a empatia, a compaixão e o compromisso com o bem-estar do paciente. Assim, as oficinas representam não apenas um método de ensino, mas também uma oportunidade de cultivar uma cultura de excelência e humanização na prática médica.

Como perspectiva futura do Guia, conforme apresentado no Anexo I, objetiva-se a incorporação como ferramenta de ensino no ensino médico, além de promover a ampla divulgação e incorporação na rede assistencial de saúde.

Ademais, diante dos resultados desta dissertação, contemplando a complexidade de temas e maturidade necessária para sua execução, que tal ferramenta seja abordada em semestres mais avançados do curso, sendo o 8º semestre sugerido como prioritário para a atividade.

## REFERÊNCIAS

1. Benetti IC. 2015. Os sentidos e significados de adoecer e sobreviver ao osteossarcoma, a partir de narrativas pessoais. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, RS: UFSC, 2018. 236p. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br>
2. Xavier AS, Nunes AIBL. 2015. Psicologia do desenvolvimento. 4.ed. rev. e ampl. Fortaleza: EdUECE. 165p. Disponível em: [https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/431892/2/Livro\\_Psicologia%20do%20Desenvolvimento.pdf](https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/431892/2/Livro_Psicologia%20do%20Desenvolvimento.pdf)
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. 2013. Melhor em casa – a segurança do hospital no conforto do seu lar. Caderno de Atenção Domiciliar. Volume 2. Brasília-DF. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/geral/CAD\\_VOL2\\_CAP1.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/CAD_VOL2_CAP1.pdf)
4. Silva AC et al. 2022. Uso do modelo da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde associado ao projeto terapêutico singular para ampliar o cuidado centrado na pessoa: relato de experiência. Revista Multidisciplinar em Saúde, 3(3):1-11. Disponível em: <https://editoraime.com.br/revistas/index.php/rem/s/article/view/3588>
5. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. 2017. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 3ed. Porto Alegre: Artmed. Disponível em: <https://www.sbp.org.br/livro-medicina-centrada-na-pessoa-transformando-o-metodo-clinico.pdf>
6. Pedro JG. 2020. Aplicativo sobre projeto terapêutico singular nos serviços de atenção básica. Relatório (Mestrado em Saúde da Família) Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – FACENE. João Pessoa, PB: FACENE. 99p. Disponível em: <http://www.facene.com.br.pdf>
7. Pereira MCC. 2020. O projeto terapêutico singular como estratégia para resolubilidade de casos na atenção básica à saúde: revisão integrativa. Monografia (Graduação em Enfermagem) Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeira, PB: UFCG. 40p. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br.pdf>
8. Laurito JAS, Do Nascimento VF, Lemes AG. 2018. Proposta de instrumento para projeto terapêutico singular em saúde mental. Cadernos UniFOA, 37:115-22. Disponível em: [www.unifoa.edu.br/revistas](http://www.unifoa.edu.br/revistas).
9. Rodriguez Arteaga, C; Kolling, MG; Mesquita, P. jan./abr. 2007. Educação e saúde: um binômio que merece ser resgatado. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, 31(1):60-66. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/educacao-medica-15/>
10. Conversani DTN. Dez. 2004. Uma reflexão crítica sobre a educação em saúde. Boletim do Instituto de Saúde – BIS, São Paulo: (34):4-6. Disponível em: [https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis\\_n34.pdf](https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_n34.pdf)
11. Marques AJS et al. 2016. Integralidade do direito à saúde. Encontro Internacional Direito a Saúde, Cobertura Universal e Integralidade possível. Disponível em: [https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro\\_internacional\\_saude/documentos/textos\\_referencia/00\\_palavra\\_dos\\_organizad](https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro_internacional_saude/documentos/textos_referencia/00_palavra_dos_organizad)

12. Esteves AF et al. 2012. PET – Saúde – Medicina e educação em saúde no Programa de Saúde da Família: um relato de caso. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(1, Supl 1):187-190. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/4pkMrBcNv7pbLjP5nRd7rQF/?lang=pt>
13. Ferreira MJM et al. Maio 2019. Novas diretrizes curriculares para os cursos de medicina: oportunidades para ressignificar a formação. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, Botucatu, 23(Supl 1):e170920.
14. Albuquerque NMDS, Ribeiro JT e Resende TIM. 2021. Interação, ensino, saúde e comunidade pela perspectiva dos discentes de medicina. *Espac. Saúde.*, (22):e728. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/08/1284489/728-2283-1-ed.pdf>
15. Faria, L e Santos LA de Castro. Set. 2021. Influências dos modelos de educação e prática médicas no Brasil: o desenvolvimento da saúde global. *Revista História, Debates e Tendências, Dossiê*, Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5524/552472317005/html/>
16. Batista NA e Batista SHSS. 2008. A prática como eixo da aprendizagem na graduação médica. In: Puccini RF, Sampoio NA e Batista NA. *A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social*. São Paulo: Editora Unifesp:101-115. Disponível em: <http://books.scielo.org>
17. Nalom DMF et al. 2019. Ensino em saúde: aprendizagem a partir da prática profissional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(5):1699-1708. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5srtMLMGXYVz5Qs4bBCCJHJ/>
18. Stefanini MLR. Dez. 2004. Editorial. *Boletim do Instituto de Saúde – BIS*, São Paulo: (34):4-6. Disponível em: [https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis\\_n34.pdf](https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_n34.pdf)
19. Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz. 2020. Processo saúde-doença. Publicação em 04 dez. 2020. FIOCRUZ. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/glossary/processo-saude-doenca/>
20. Fuzikawa AK. 2013. O método clínico centrado na pessoa: um resumo. *NESCON Biblioteca Virtual*. 12p. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/O\\_metodo\\_clinico\\_na\\_pessoa\\_\\_um\\_resumo/294](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/O_metodo_clinico_na_pessoa__um_resumo/294)
21. Alves SAA, de Oliveira MLB. 2018. Aspectos socioculturais da saúde e da doença e suas repercursões pragmáticas. *J Hum Growth Dev.*, 28(2):183-188. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.pdf>
22. Fernandes MG. 2015. A medicina centrada na pessoa: o componentes espiritual na abordagem pelo médico de família e comunidade. *Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP. 89p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13459>.
23. Drewis Júnior C. 2015. Como fazer genogramas. Slide. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br>.
24. Hori AA, Nascimento AF. 2014. O projeto terapêutico singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de apoio à saúde da família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil.

Ciência & Saúde Coletiva, 19(8):3561-571. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MJPK7QSnsM9wQ8vfkVYRJTm/?lang=pt>.

25. Seabra PC. 2022. Desenvolvimento de aplicativo móvel para projeto terapêutico singular. Monografia (Graduação em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Florianópolis, SC: UFSC. 54p. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/233299>.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2014. Cadernos de Atenção Básica: Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Volume 1. Brasília, DF: MS. 118p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf)
27. Barbosa AVB, Solano ELG. 2021. Genograma y ecomapa: herramientas de abordaje para el médico familiar. *Desarrollo, Economía y Sociedad*, 10(1): 44-60, 2021. Disponível em: <https://revista.jdc.edu.co/index.php/deyso/article/view/744>
28. Carneiro PSA, Bastos MM. 2018. Uso do genograma e ecomapa como instrumentos complementares à anamnese na atenção primária à saúde. Monografia (Pós-graduação em Saúde da Família). Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP. Recife, RN. 38p. Disponível em: <https://tcc.fps.edu.br/handle/fpsrepo/543>
29. Cattani AN et al. 2020. Família que convive com pessoa com transtorno mental: genograma e ecomapa. *Rev. Enf. UFSM - REUFSM*, Santa Maria, 10(e6):1-19. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/36517>.
30. Brasil. Ministério da Saúde. 2004. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde. 20p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf).
31. Tesser CD e Normam AH. 2021. Prevenção quaternária e medicalização: conceitos inseparáveis. *Interface Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, 25:e210101. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2021.v25/e210101/pt>
32. Tesser CD. Nov. 2017. Porque é importante a prevenção quaternária na prevenção. *Revista Saúde Pública, São Paulo*: 51:1-9. Disponível em: [https://rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles\\_xml/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000041/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000041-pt.x68782.pdf](https://rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000041/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000041-pt.x68782.pdf)
33. Pereira AC, Franken RA, Sprovieri SRS e Golin V. 2000. Iatrogenia em cardiologia. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, 57(1):75-78. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/7NGx485SX4HgXpjmmDMjYpw/?format=pdf&lang=pt>
34. Demarzo MMP, Oliveira CA e Gonçalves, DA. 2020. Prática clínica na Estratégia Saúde da Família: organização e registro. Technical Report. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/341941241>
35. Pellin PP e Rosa R dos Santos. Dez. 2018. Prevenção quaternária – conceito, importância e seu papel na educação profissional. *Saberes Plurais: Educação na Saúde*, 2(3):9-22. Disponível em: <https://rsp.fsp.usp.br/artigo/por-que-e-importante-a-prevencao-quaternaria-na-prevencao/#:~:text=A%20preven%C3%A7%C3%A3o%20quatern%C3%A1ria%20facilita%20e,na%20aten%C3%A7%C3%A3o%20prim%C3%A1ria%20%C3%A0%20sa%C3%BAde>.

36. Chapadeiro CA, Andrade HYSO e de Araújo MRN. 2011. A família como foco da Atenção Primária à Saúde (versão preliminar). Nescon. UFMG. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2726.pdf>
37. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Melhor em Casa. Jul. 2023. Instrução Normativa – CAB/SEABVES nº 1/2023. 3ª versão, atual. São Paulo. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/instrucao\\_normativa\\_melhor\\_em\\_casa\\_jul2023.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/instrucao_normativa_melhor_em_casa_jul2023.pdf)
38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. 2020. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_domiciliar\\_primaria\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf)
39. Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar – CIAD. Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar - NADI. Jan. A dez. 2020. Resumos – CIAD 2019. Revista Brasileira de Atenção Domiciliar. Holambra: Editora Setembro, SP, VI(VI). Disponível em: <https://ciad.com.br/wp-content/uploads/2023/01/Revista-Brasileira-de-Atencao-Domiciliar-6-ed-miolo-site-final-8.pdf>
40. Loyola, L. 2022. Registro de Saúde Orientado por Problemas (ReSOAP). Núcleo de Saúde da Família. Disponível em: <http://apsgestao.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/2022/11/Registro-de-Sa%C3%BAde-Orientado-por-Problemas.pdf>
41. Frank E et al. 2013. Do US medical students report more training on evidence-based prevention topics. Health Education Research, 28(2): 265-275. Disponível em: <https://watermark.silverchair.com/>
42. Salin AB, et al. 2019. Diabetes Mellitus tipo 2: perfil populacional e fatores associados à adesão terapêutica em Unidades Básicas de Saúde em Porto Velho-RO. Revista Eletrônica Acervo Saúde, (33):e1257-e1257. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1257>
43. Lianov L e Johnson M. 2010. Physician competencies for prescribing lifestyle medicine. JAMA, 304(2): 202-203. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/186192>.
44. Governo do Estado de São Paulo. Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas. 2020. Comunidade terapêutica – manual para instalação e funcionamento do serviço no Estado de São Paulo. São Paulo: FEBRACT/CONEDSP/SP. 89p. Disponível em: <https://febract.org.br>
45. Toassi RFC e Petry PC. 2021. Metodologia científica aplicada à área da saúde. 2ª ed. Porto Alegre: Editora UFRGS.
46. Trigueiro R de Menezes et al. 2014. Metodologia científica. Londrina: Editora e Distribuidora Educaional S.A.
47. Minayo MC de Souza. 2014. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: HUCITE Editora.
48. Gil AC. 2017. Métodos e técnicas de pesquisa social. 14ª ed. São Paulo: Atlas.
49. Figueirêdo AAF e Queiroz TN. 2012. A utilização de rodas de conversa como metodologia que possibilita o diálogo. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10. Anais. Florianópolis. Disponível em:

[http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1373241127\\_ARQUIVO\\_AUTILIZACAODERODASDECONVERSACOMOMETODOLOGIAQUEPOSSIBILITAODIALOGO.pdf](http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1373241127_ARQUIVO_AUTILIZACAODERODASDECONVERSACOMOMETODOLOGIAQUEPOSSIBILITAODIALOGO.pdf)

50. Moura ABF e Lima M da Glória SB. 2014. A reinvenção da roda: roda de conversa, um instrumento metodológico possível. *Interfaces da Educação*, Paranaíba, 5(15):24-35. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rteo/article/view/18338>.
51. Melo PHV et al. 2016. Roda de conversa: um articulação solidária entre ensino, serviço e comunidade. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40 (2):301-309. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/wXYsRxQW4cpN69zmNpqDbSg/abstract/?lang=pt>



# Projeto Terapêutico Singular (PTS)

GUIA EDUCATIVO PARA CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA:  
O USUÁRIO EM FOCO NA GESTÃO DO CUIDADO EM REDE.

Belém  
2024





**REALIZAÇÃO**  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM SAÚDE - EDUCAÇÃO  
MÉDICA

**REITOR**  
Profº Sérgio Fiuza de Mello Mendes

**VICE-REITOR**  
Profº Dr. João Paulo Mendes Filho

**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E  
DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO**  
Profº Dr. João Paulo Mendes Filho

**COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO**  
Leonardo R. Nicolau da Costa / João Paulo Mendes Neto

#### FICHA TÉCNICA

**AUTORIA DO TEXTO**  
Gabriel Nogueira Gaia

**ORIENTADORA**  
Milena Coelho Fernandes Caldato

#### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Gaia, Gabriel Nogueira  
Projeto terapêutico singular (PTS) [livro eletrônico] : guia  
educativo para construção compartilhada : o usuário em  
foco na gestão do cuidado em rede / Gabriel Nogueira Gaia;  
orientadora Milena Coelho Fernandes Caldato. --  
Belém, PA: Ed. do Autor, 2024.  
PDF

Bibliografia.  
ISBN 978-65-01-00812-7

1. Medicina e saúde 2. Atenção Primária à Saúde (APS)  
3. Medicina - Estudo e ensino 4. Profissionais da saúde -  
Formação 5. Terapias complementares

**I. Caldato, Milena Coelho Fernandes. II. Título.**

24-204351

CDD-610.7  
NLM-WA-590

#### Índices para catálogo sistemático:

1. Profissionais da saúde : Formação : Ciências médicas 610.7  
Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415

**GUIA ELABORADO COMO PRODUTO AO MESTRADO DE  
ENSINO EM SAÚDE - EDUCAÇÃO MÉDICA DO CENTRO  
UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ - CESUPA**

## INTRODUÇÃO

O **Projeto Terapêutico Singular (PTS)** é uma estratégia clínica que visa promover um cuidado integral e humanizado. Inicialmente idealizada e concebida aos usuários dos serviços de saúde mental, tem hoje a sua aplicabilidade expandida a outras dimensões do cuidado, sendo 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 multi, inter e transdisciplinar.

Ele consiste em uma construção coletiva entre o usuário, sua família e a equipe de saúde, a fim de estabelecer objetivos terapêuticos específicos e personalizados para o tratamento, além de garantir a possibilidade de acionar um conjunto de recursos disponíveis na rede de atenção à saúde ou fora dela.

A importância do PTS para a equipe reside no fato de que ele permite a construção de um plano de cuidado individualizado, que considera as necessidades, preferências e expectativas do usuário e sua família. Esse tipo de abordagem permite uma maior efetividade do tratamento, já que o plano é construído com base na singularidade de cada pessoa.

Para o usuário, o PTS é importante porque ele permite um maior envolvimento na sua própria saúde e tratamento. A construção conjunta do plano de cuidado promove a autonomia e o protagonismo, além de possibilitar a escolha das melhores opções terapêuticas para o seu caso específico. Isso pode aumentar a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, melhorar os resultados clínicos.

Em resumo, o PTS é um instrumento importante para a equipe de saúde e para o usuário, pois permite uma abordagem individualizada e participativa no tratamento, favorecendo a efetividade do cuidado e a valorização da singularidade de cada pessoa.

O PTS pode ser aplicado em diferentes perfis de usuários, mas é importante que a equipe assistencial priorize aqueles que têm necessidades mais complexas ou condições crônicas de saúde que exigem um cuidado mais integrado e personalizado, considerando sempre a restrição de tempo da equipe e a disponibilidade de recursos.

Diante do perfil do usuário candidato à elaboração do Projeto Terapêutico, apresentamos duas abordagens e sugestões de instrumento sistematizado para auxiliar no seu registro. Na primeira proposta de ferramenta podemos visualizar a proposta/guia de orientações sistematizadas para construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), conforme os passos citados abaixo. Nesse, sugerimos o perfil de usuários com multimorbidades, que necessitam de acompanhamento constante e monitoramento de múltiplos aspectos do cuidado, pois estabelecemos metas claras e objetivas de cada condição apresentada, como as metas de controle pressórico, de glicemia, de níveis de colesterol.

No seu exemplo podemos acompanhar uma situação hipotética de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), registrado de forma sistematizada pelo modelo anterior.

A ferramenta de orientação visual de uso de medicações do Guia, exemplifica uma abordagem simples como sugestão a ser anexada ao Projeto Terapêutico Singular (PTS) para que garanta a fácil visualização pelo usuário das medicações que faz uso contínuo e prolongado, bem como visualmente contribua para a adesão terapêutica.

No que segue, apresenta uma abordagem em Planejamento Estratégico, com desenvolvimento pormenorizado dos aspectos biopsicossociais do sujeito, sugerido para usuários com condições mais complexas em saúde mental e de alta complexidade na resolução do caso. No seu exemplo apresenta-se em situação hipotética um Projeto Terapêutico Singular (PTS) destinado aos usuários em ambiente e com demandas em saúde mental.



Os objetivos gerais de se construir um Projeto Terapêutico Singular (PTS) são:

- 1 Oferecer um tratamento personalizado e centrado no usuário.
- 2 Envolver o usuário no processo de tratamento e aumentar sua participação ativa.
- 3 Melhorar a adesão ao tratamento.
- 4 Maximizar os resultados do tratamento e melhorar a qualidade de vida.
- 5 Favorecer a segurança e eficácia do tratamento.





## Alguns objetivos específicos do PTS incluem:

- 1** Identificar as necessidades de saúde do usuário e os fatores que afetam sua saúde.
- 2** Estabelecer objetivos realistas e alcançáveis para o tratamento.
- 3** Selecionar intervenções terapêuticas que sejam seguras, eficazes e relevantes para as necessidades do usuário.
- 4** Coordenar os cuidados entre diferentes profissionais de saúde e serviços para proporcionar um tratamento abrangente e coerente.
- 5** Envolver a família e outros cuidadores no processo de tratamento, se for apropriado.
- 6** Monitorar o progresso do usuário e ajustar o plano de tratamento conforme necessário.
- 7** Promover a auto-eficácia e a autonomia do usuário para ajudar a manter a adesão ao tratamento e melhorar os resultados.
- 8** Favorecer os meios para que o tratamento seja culturalmente sensível e aborde as crenças e valores do usuário.
- 9** Fornecer informações e educação ao usuário para aumentar sua compreensão do tratamento e dos cuidados com a saúde.



## E EM QUAL PERFIL DE USUÁRIO EU POSSO APLICAR?

O desenvolvimento do **Projeto Terapêutico Singular (PTS)** é de enorme valia para todos os usuários que necessitam de cuidados de saúde individualizados e personalizados.

No entanto, devido à restrição de tempo da equipe assistencial, nem sempre é possível aplicar o PTS a todos.

Nesse sentido, é importante que a equipe assistencial avalie criteriosamente quais usuários se beneficiariam mais com a aplicação do PTS, priorizando aqueles com necessidades mais complexas ou condições crônicas de saúde que exigem um cuidado mais integrado e personalizado.

Alguns perfis de usuários que podem se beneficiar especialmente do PTS incluem:

Usuários com doenças crônicas, como diabetes, hipertensão, doença renal crônica, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) ou câncer, que necessitam de acompanhamento constante e monitoramento de múltiplos aspectos do cuidado, como medicação, dieta, atividade física e acompanhamento de exames;

Usuários com múltiplas condições de saúde ou comorbidades, que exigem um cuidado integrado e coordenação entre diferentes especialidades médicas. Surge o conceito de MULTIMORBIDADES: a coexistência de duas ou mais condições crônicas no mesmo indivíduo;

Usuários com necessidades de cuidados paliativos, que requerem uma abordagem de cuidado centrada na pessoa e na família, com foco no controle dos sintomas e na qualidade de vida;

Usuários com prejuízos no âmbito da saúde mental, que exigem uma abordagem de cuidado integrado e multidisciplinar, que possa incluir psicoterapia, medicação, suporte familiar e social, entre outros;

Usuários com doenças raras ou pouco frequentes, que exigem um cuidado mais especializado e individualizado, também podem se beneficiar com o PTS. Nessas condições, é comum que os usuários enfrentem dificuldades no diagnóstico, tratamento e acesso a serviços especializados, o que torna ainda mais importante uma abordagem de cuidado personalizada;

Usuários inseridos em contexto sociocultural desfavorável que acentua os riscos e seus agravos.

O PTS pode ser aplicado em diferentes perfis de usuários, mas é importante que a equipe assistencial priorize aqueles que têm necessidades mais complexas ou condições crônicas de saúde que exigem um cuidado mais integrado e personalizado, considerando sempre a restrição de tempo da equipe e a disponibilidade de recursos.

Diante do perfil do usuário candidato à elaboração do Projeto Terapêutico, apresentamos duas abordagens e sugestões de instrumento sistematizado para auxiliar no seu registro. Na primeira proposta de ferramenta podemos visualizar a proposta/guia de orientações sistematizadas para construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), conforme os passos citados abaixo. Nesse, sugerimos o perfil de usuários com multimorbidades, que necessitam de acompanhamento constante e monitoramento de múltiplos aspectos do cuidado, pois estabelecemos metas claras e objetivas de cada condição apresentada, como as metas de controle pressórico, de glicemia, de níveis de colesterol.

No seu exemplo podemos acompanhar uma situação hipotética de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), registrado de forma sistematizada pelo modelo anterior.

A ferramenta de orientação visual de uso de medicações do Guia, exemplifica uma abordagem simples como sugestão a ser anexada ao Projeto Terapêutico Singular (PTS) para que garanta a fácil visualização pelo usuário das medicações que faz uso contínuo e prolongado, bem como visualmente contribua para a adesão terapêutica.

No que segue, apresenta uma abordagem em Planejamento Estratégico, com desenvolvimento pormenorizado dos aspectos biopsicossociais do sujeito, sugerido para usuários com condições mais complexas em saúde mental e de alta complexidade na resolução do caso. No seu exemplo apresenta-se em situação hipotética um Projeto Terapêutico Singular (PTS) destinado aos usuários em ambiente e com demandas em saúde mental.

## A CONSTRUÇÃO

Embora cada **Projeto Terapêutico Singular (PTS)** seja único e personalizado para cada usuário, existem algumas etapas gerais que podem ajudar a guiar o processo de construção. Para ajudar a equipe multidisciplinar a produzir um Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Aqui está um guia instrutivo, sistematizado e claro:

### Avaliação Inicial:

Quando o usuário chega ao serviço de saúde, ele passa por uma triagem inicial para avaliar sua condição médica e determinar suas necessidades imediatas. Conhecido como o acolhimento no serviço, que pode ser a sua visita de elegibilidade (na realidade da Atenção Domiciliar) ou chegada oportuna ao serviço de saúde. Desde o primeiro momento é interessante que haja a atribuição de um profissional responsável (sugere-se a figura do técnico de referência). Detectada a demanda, é necessário e incentivado a pactuação, em reunião entre os serviços que o usuário mantém seguimento, com a presença da equipe / discussão ampliada e detecção do objeto alvo (usuário).

### Avaliação inicial/Diagnóstico Ampliado:

Momento de escuta e diálogo ampliado com o usuário. O primeiro passo é realizar uma avaliação abrangente da saúde, contemplando um diagnóstico ampliado, incluindo informações sobre sua história médica, condições de saúde atuais, medicamentos que está tomando, estilo de vida, relações sociais, valores e objetivos pessoais. Essa avaliação pode envolver a coleta de informações por meio de entrevistas, questionários e exames físicos. É nesse momento que ocorre a avaliação/problematização dos aspectos orgânicos, psicológicos e sociais, buscando facilitar uma conclusão, ainda que provisória, a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. O conceito de vulnerabilidade, psicológica, orgânica e social, é muito útil e deve ser valorizado na discussão. A vulnerabilidade possibilita uma leitura mais singular da situação de cada sujeito individual ou coletivo, enfrentando de certa forma as insuficiências da generalização do conceito de risco (e grupos de risco). A equipe procura compreender como o sujeito singular se coproduz diante da vida e da situação de adoecimento. Como operam os desejos e os interesses, assim como o trabalho, a cultura, a família e a rede social. Uma atenção especial deve estar voltada para as potencialidades, as vitalidades do sujeito. Uma função também importante desse momento é produzir algum consenso operativo sobre afinal quais os problemas relevantes tanto do ponto de vista dos vários membros da equipe quanto do ponto de vista do (s) usuário (s) em questão. Com base na avaliação inicial, trabalhe com o usuário para identificar suas necessidades e objetivos pessoais. A aplicação da abordagem familiar na construção e elaboração de um genograma e ecomapa são ótimas ferramentas para registro gráfico da situação problema, tratando-se de um caso individual e não comunitário.

## Identificação das necessidades e definição das metas do usuário

Com base na avaliação inicial, a equipe de saúde deve trabalhar com o usuário para identificar suas necessidades e objetivos pessoais, levando em consideração suas preferências e valores e selecionando as intervenções terapêuticas mais apropriadas para ajudar o usuário a atingir seus objetivos. Isso pode incluir medicamentos, terapia, aconselhamento, mudanças no estilo de vida ou suporte social ou emocional. É importante que a equipe trabalhe com metas a serem alcançadas a curto, médio e longo prazo, preferencialmente com tempo e datas determinadas (por exemplo, em 3, 6 ou 12 meses). Essas necessidades podem incluir tratamento de condições médicas específicas, gerenciamento de sintomas, melhoria da qualidade de vida, suporte emocional ou ajuda com questões sociais. É importante levar em consideração as necessidades e objetivos do usuário para construir um PTS que seja relevante e significativo para ele. Sobre os problemas, a equipe trabalha as propostas de curto, médio e longo prazo que serão negociadas com o sujeito e as pessoas envolvidas. A negociação deverá ser feita, preferencialmente, pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor com o usuário. Defina metas específicas e alcançáveis para o usuário com base em suas necessidades e objetivos pessoais. Certifique-se de que as metas sejam realistas e que possam ser alcançadas com as intervenções terapêuticas selecionadas.

## Desenvolvimento do PTS:

Com base nas informações coletadas durante a avaliação e identificação das necessidades e objetivos do usuário, a equipe de saúde deve desenvolver um plano de tratamento personalizado que aborde as necessidades e objetivos específicos do usuário. O plano pode incluir recomendações para mudanças no estilo de vida, medicamentos, terapias complementares ou outros tratamentos, dependendo das necessidades do usuário. Certifique-se de que o plano de tratamento inclua todas as intervenções terapêuticas necessárias, as metas específicas e um cronograma claro. Nesse momento são realizadas as divisões de responsabilidades, em que é importante definir as tarefas de cada um com clareza, incluindo do sujeito do PTS. Definir também um profissional que será responsável pelo maior contato entre o caso e a equipe de saúde é uma estratégia que pode facilitar a continuidade da assistência, além da reavaliação e reformulação de ações do PTS. Escolher um profissional de referência, que na Atenção Domiciliar pode ser qualquer membro da EMAD ou na EMAP, e na Atenção Básica pode ser qualquer membro da Equipe de Atenção Básica com maior vínculo e proximidade ao usuário. Sendo uma estratégia para favorecer a continuidade e articulação entre formulação, ações e reavaliações. Ele se manterá informado do andamento de todas as ações planejadas no Projeto Terapêutico. Será aquele que a família procura quando sente necessidade e com o qual negocia e renegocia as propostas terapêuticas.

## Documentação completa e precisa:

Documente todas as informações relacionadas ao PTS de forma completa e precisa. Isso inclui as informações da avaliação inicial, as metas específicas, o plano de tratamento, a comunicação com outros profissionais de saúde e quaisquer ajustes feitos ao longo do tempo. Certifique-se de que todos os membros da equipe de saúde tenham acesso a esse documento.

Diante da elaboração das fases acima prevista, é o momento de entregar o documento em cópia ao usuário para que tenha a ferramenta em mãos e se atue nas suas metas. Lembre-se de que cada PTS é único e deve ser personalizado para atender às necessidades individuais de cada usuário. O processo de construção de um PTS pode ser complexo, mas é uma parte essencial de fornecer cuidados de saúde centrados no usuário e personalizados.

Para o sucesso do PTS é importante que a equipe interdisciplinar construa um vínculo com o sujeito do projeto, além de envolvê-la nas decisões sobre as ações a serem realizadas (princípio da clínica ampliada).

O projeto terapêutico singular é um trabalho realizado pela equipe interdisciplinar de saúde com vistas ao acompanhamento de um caso específico que envolve um sujeito ou uma comunidade. O caso trabalhado em um PTS deve ser eleito pela equipe considerando a necessidade de atenção ampliada à situação. Geralmente, são situações onde já foram tentadas ações pontuais e não se atingiu o resultado esperado devido a certa dificuldade em sua condução. Também são trabalhadas as vulnerabilidades do indivíduo ou comunidade.

Vale ressaltar que o plano terapêutico singular (PTS) não substitui o prontuário médico, mas é uma ferramenta complementar e resumida que ajuda a organizar as informações e o plano de tratamento de forma mais clara e objetiva. O PTS é uma estratégia de cuidado centrada na pessoa que visa garantir que o usuário seja tratado de maneira holística e individualizada, levando em consideração suas necessidades e objetivos específicos.

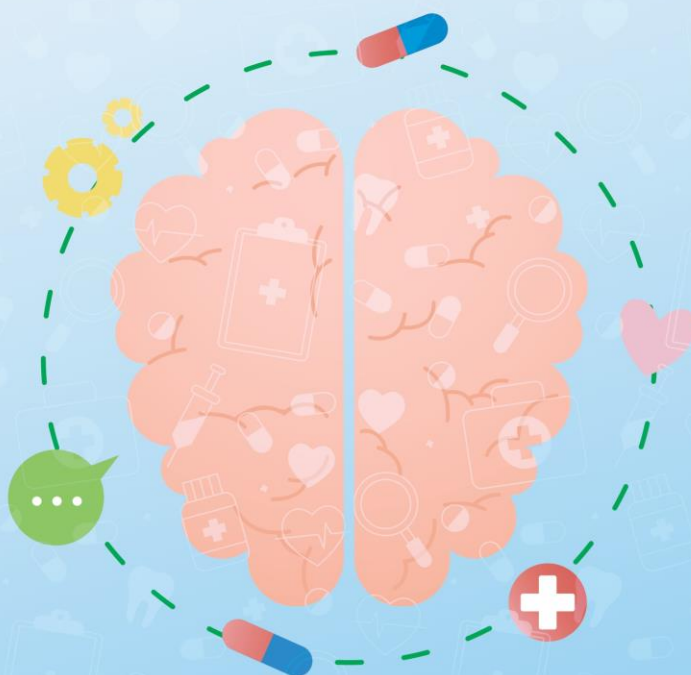
O prontuário médico é um registro detalhado e completo das informações do usuário, incluindo histórico médico, resultados de exames, diagnósticos e tratamentos anteriores. Ele é uma fonte importante de informações para os profissionais de saúde que prestam cuidados ao usuário e é fundamental para garantir a continuidade do cuidado. O PTS, por sua vez, é um resumo dos principais pontos do plano de tratamento, as metas específicas e o cronograma, para que os profissionais envolvidos no cuidado possam trabalhar em conjunto de forma mais eficiente.

Assim, o PTS é uma ferramenta complementar ao prontuário médico, ajudando a organizar as informações de forma mais clara e objetiva, permitindo que os profissionais envolvidos no cuidado possam se concentrar nas necessidades e objetivos específicos do usuário. É importante ressaltar que ambas as ferramentas são fundamentais para um cuidado de qualidade e devem ser utilizadas em conjunto, como parte de um cuidado integrado e centrado na pessoa.

## PROPOSTA DE FERRAMENTAS PARA EXECUÇÃO DO

## PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

## NA REALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



## PROJETO TERAPEUTICO SINGULAR (PTS) Plano de Cuidado

Usuário: \_\_\_\_\_ Nº do Pront: \_\_\_\_\_

Data de Elaboração: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Profissional e Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

### 1. DIAGNÓSTICO AMPLIADO:

- Considerar aspectos orgânicos, psíquicos e sociais; Rede de apoio familiar e comunitária; Vulnerabilidades e potencialidades.

### O QUE ME INCOMODA?

- Considerar aspectos individuais e como eu me sinto;

### 2. DEFINIÇÃO DE METAS:

- Estabelecer curto, médio e longo prazo; Negociá-las com o usuário e equipe;



Nº	Metas	Prazo

### 3. DIVISÃO DE TAREFAS E RESPONSABILIDADES:

- Definir com clareza; Apresentá-las ao usuário, avaliando a sua compreensão; Compartilhar as responsabilidades



Nº	Tarefa/Responsabilidade	Horário	Responsável

### O QUE EU POSSO FAZER PARA MELHORAR?

- Incentivar o autocuidado; Definir horários e tempos



Nº	Tarefa/Responsabilidade	Horário	Rotina

### 4. REAVALIAÇÃO

- Avaliar a evolução do caso verificando a necessidade de ajustes no plano de metas.

Assist. Social    Enfermeiro(a)    Psicólogo(a)    Fisioterapeuta    Nutricionista    Médico (a)    Usuário

Assist. Social    Enfermeiro(a)    Psicólogo(a)    Fisioterapeuta    Nutricionista    Médico (a)

## EXEMPLO PROJETO TERAPEUTICO SINGULAR (PTS) Plano de Cuidado

Usuário: \_\_\_\_\_ Nº do Pront: \_\_\_\_\_

Data de Elaboração: 10/05/2023 Profissional e Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

### 1. DIAGNÓSTICO AMPLIADO:

- Considerar aspectos orgânicos, psíquicos e sociais; Rede de apoio familiar e comunitária; Vulnerabilidades e potencialidades.  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS), 8 ANOS. DIABETES MELLITUS TIPO 2 (4 ANOS), OBESIDADE GRAU II, DISLIPIDEMIA  
RESIDE SOZINHA, COM APOIO DA COMUNIDADE RELIGIOSA DO SEU TERRITÓRIO.

### O QUE ME INCOMODA?

- Considerar aspectos individuais e como eu me sinto;

### 2. DEFINIÇÃO DE METAS:

- Estabelecer curto, médio e longo prazo; Negociá-las com o usuário e equipe;



Nº	Metas	Prazo
1	ATINGIR O VALOR DE HEMOGLOBINA GLICADA < 7%	3 MESES
2	PERDA DE 5% DO PESO CORPORAL	3 – 6 MESES
3	PRESSÃO ARTERIAL < 140/90 MMHG	3 MESES
4	MANTER O LDL-C ABAIXO DE 50 MG/DL	3 MESES
5	GARANTIR VISITA DOMICILIAR PELO ACS, MENSAL	1 MÊS

### 3. DIVISÃO DE TAREFAS E RESPONSABILIDADES:

- Definir com clareza; Apresentá-las ao usuário, avaliando a sua compreensão; Compartilhar as responsabilidades.



Nº	Tarefa/Responsabilidade	Horário	Responsável
1,3,4	OTIMIZAÇÃO DO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO COM PACTUAÇÃO DE METAS		MÉDICO
2	ACONSELHAMENTO DIETÉTICO COM RESTRIÇÃO CALÓRICA	CONTÍNUO	NUTRICIONISTA
5	MONITORAMENTO CONTÍNUO DO PACTUADO	SEMANAL	AGENTE COMUNITÁRIO

### O QUE EU POSSO FAZER PARA MELHORAR?

- Incentivar o autocuidado; Definir horários e tempos.



Nº	Tarefa/Responsabilidade	Horário	Rotina
3	REALIZAR UM DIÁRIO DE PRESSÃO ARTERIAL		DIARIAMENTE
1,3,4,5	USO DAS MEDICAÇÕES CONFORME ORIENTADO E PRESCRITO		DIARIAMENTE
2	ATIVIDADE FÍSICA AO AR LIVRE	FINAL DA TARDE	30 MINUTOS/SX SEMANA

### 4. REAVALIAÇÃO

- Avaliar a evolução do caso verificando a necessidade de ajustes no plano de metas.

REAVALIAR EM 03 (TRÊS) MESES, 10/08/2023, 10 HORAS, NA UNIDADE BÁSICA. META DE LDL-C PERMANECE EM 100MG/DL

Assist. Social      Enfermeiro(a)      Psicólogo(a)      Fisioterapeuta      Nutricionista      Médico (a)      Usuário

Assist. Social      Enfermeiro(a)      Psicólogo(a)      Fisioterapeuta      Nutricionista      Médico (a)

### QUADRO VISUAL PARA ORGANIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

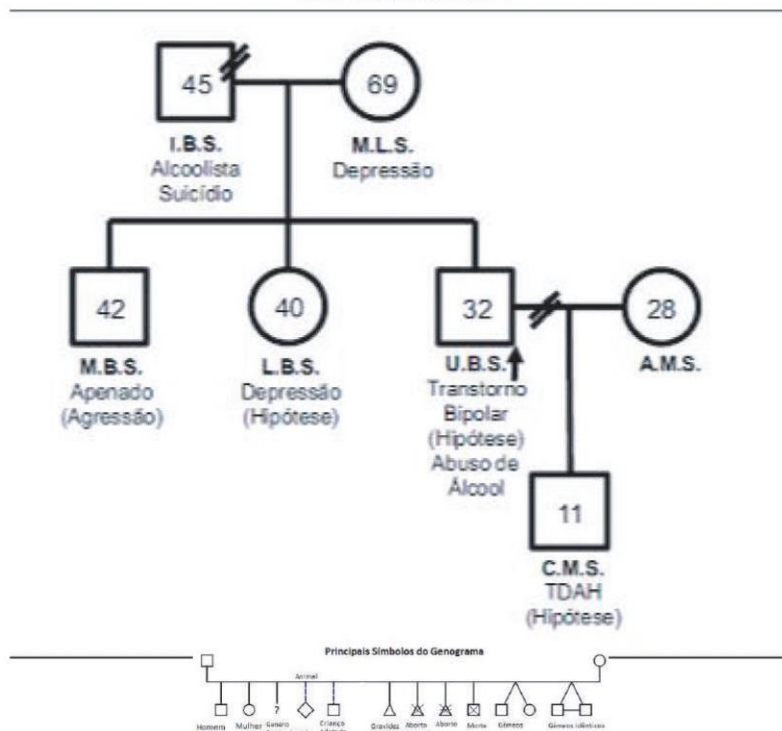
	 MANHÃ	 TARDE	 NOITE
MEDICAÇÃO 1			
MEDICAÇÃO 2			
MEDICAÇÃO 3			

"Domínio Público. Adaptado por GAIA, G.N e CALDATO, M.C.F."

**Tomar as medicações sempre no mesmo horário conforme prescrito e orientado**

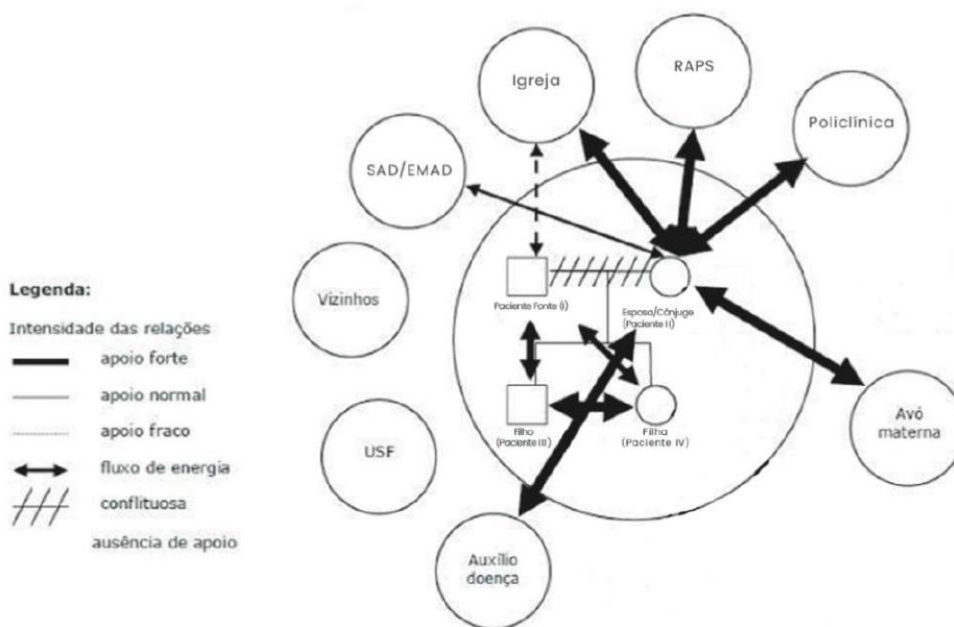


### GENOGRAMA



"Adaptado de Cláudio Drews Jr. E - Disciplinas da Universidade de São Paulo - USP"

### ECOMAPA FAMILIAR



"Adaptado de Ecomapa da Família 2. Paçandú, PR, 2011"

**PROJETO TERAPEUTICO SINGULAR (PTS)**  
**Plano de Cuidado**  
**Demandas em Saúde Mental**

Nome:  
Idade:

Data de Nascimento:

DIMENSÃO INDIVIDUAL			
	Situação Atual (potencialidades e fragilidades)	Metas (curto, médio, longo prazo)	Ações (divisão de responsabilidades)
<b>Nível de consciência crítica, orientação e organização.</b>			
<b>Padrões de autocuidado, autonomia e autogestão</b>			
<b>Agravos de saúde</b> (Diagnósticos clínicos e Ampliado)			
<b>Relação com o uso de medicamentos e/ou outras drogas</b>  Quais medicamentos e drogas?  Padrão, frequência, contexto de uso e histórico de uso.  Há danos? Quais?			
<b>Auto-realização / Autoestima</b>  Auto-percepção, Habilidades, Interesses, Prejuízos no desenvolvimento social  (Vítima de violências e/ou Negligência?)			
<b>Práticas corporais e atividades físicas</b>  Rotina e atividades de interesse			

"Autoria de GAIA, G.N e CALDATO, M.C.F."

Responsável pelo preenchimento:  
Data:

Serviço de Saúde:

DIMENSÃO COLETIVA			
	Situação Atual (potencialidades e fragilidades)	Metas (curto, médio, longo prazo)	Ações (divisão de responsabilidades)
<b>Acesso a serviços de saúde</b> (Atenção Básica, RAPS e redes especializadas)			
<b>Acesso a Assistência Social</b> CRAS, CREAS, Centro POP, Abrigos (Situação de Documentação e Benefícios)			
<b>Moradia</b> Familiar, situação de Rua, aluguel, casa própria.			
<b>Trabalho e Renda</b> Profissão/ocupação, saberes, experiências.			
<b>Educação</b> (Escolaridade, Alfabetização, Cursos, Áreas de Atuação Profissional)			
<b>Cultura e Lazer</b> (acesso, interesses)			

"Autoria de GAIA, GN e CALDATO, M.C.F."

Responsável pelo preenchimento:  
Data:

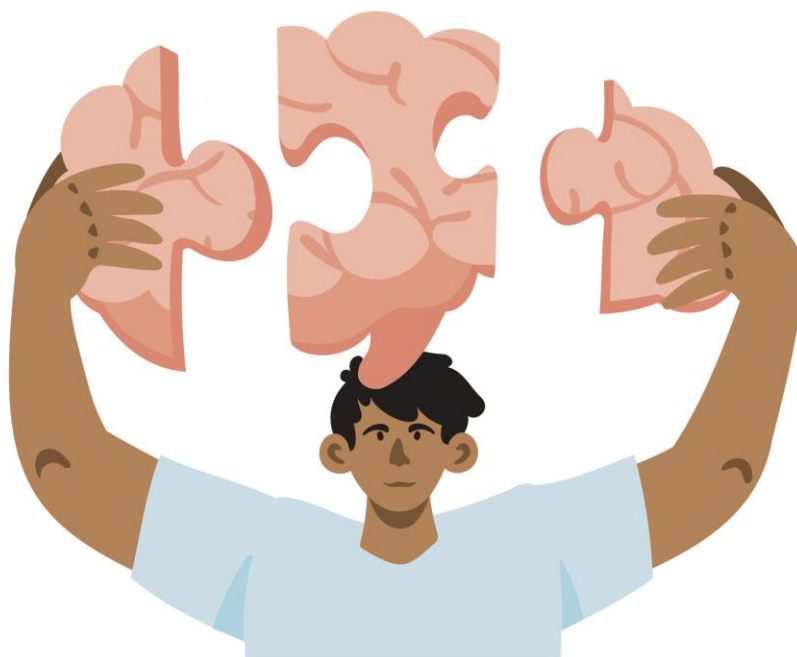
Serviço de Saúde:

<p><b>Vínculos familiares</b></p> <p>(Dinâmica afetiva, Apoio Familiar emocional e estrutural, nível de preservação da vinculação, conflitos, aspecto psíquico intergeracional, situações de risco , padrões de vulnerabilidade)</p>			
<p><b>Vínculos comunitários</b></p> <p>(Quais vínculos? Níveis de pertencimento e identidade, relações, grupalidade, situações de risco)</p>			

"Autoria de GAIA, GN e CALDATO, M.C.F."

Responsável pelo preenchimento:  
Data:

Serviço de Saúde:



**DEMANDAS EM SAÚDE MENTAL – EXEMPLO  
PROJETO TERAPEUTICO SINGULAR (PTS)  
Plano de Cuidado**

Nome:  
Idade:

Data de Nascimento:

DIMENSÃO INDIVIDUAL			
	Situação Atual (potencialidades e fragilidades)	Metas (curto, médio, longo prazo)	Ações (divisão de responsabilidades)
Nível de consciência crítica, orientação e organização.	Destacar a percepção do usuário quanto a sua condição de saúde, capacidade crítica de compreensão dos impactos na vida pessoal.	Desenvolver metas direcionadas ao nível de organização necessária para impactar na sua consciência crítica. (Exemplo: Rotina de agenda diária, com as atividades a serem desenvolvidas no dia).	Comunicação assertiva pelo profissional de referência com o esclarecimento das condições atuais de saúde global.  Estratégias de organização pessoal, com priorização de tarefas, definição de propósito, estabelecimento de horários e organização dos espaços físicos.
Padrões de autocuidado, autonomia e autogestão	Quanto ao autocuidado, descrever a adoção de hábitos saudáveis (Ex. alimentação, atividades físicas e sono regular), busca por tratamentos complementares, acompanhamento regular nas consultas.  Quanto à autonomia descrever o interesse na participação e informações sobre o estado de saúde e proposta terapêutica.  Quanto à autogestão se desenvolve estratégias para lidar com sintomas e efeitos colaterais do tratamento. Gerenciamento de medicamentos e cuidados.	Desenvolvimento de METAS CONCRETAS, PROGRESSIVAS E ACESSÍVEIS a partir das necessidades apontadas na Situação Atual, como Higiene do Sono relacionada aos hábitos de vida.  Metas de autocuidado, estabelecendo contribuições para o Autocuidado físico, Autocuidado social, Autocuidado espiritual, Autocuidado intelectual e Autocuidado emocional.  Diário de sinais e sintomas vividos diariamente que são colocados como fator limitante da adesão terapêutica.	Estabelecimento de rotina de autocuidado.  Estabelecimento de estratégias para promoção da autonomia.  Estabelecimento de estratégias para incentivo da autogestão e capacidade de enfrentar situações inesperadas durante o processo terapêutico.

"Autoria de GAIÁ, G.N e CALDATO, M.C.F."

<b>Agravos de saúde</b>	Citar os diagnósticos clínicos do usuário (Ex. HAS, DM2, Dislipidemia, Síndrome Metabólica)	Nesse quadro destacar as metas de controle específicas de cada agravo à saúde (Ex. Meta de níveis pressóricos... <140/90 ou <130x80 mmHg, de controle glicêmico...)	Reafirmar a adesão terapêutica com o serviço de enfermagem.  Monitoramento pessoal do alcance das metas estabelecidas.
<b>Relação com o uso de medicamentos e/ou outras drogas</b>	Citar quais medicamentos e/ou drogas faz uso, bem como o padrão, frequência, contexto e histórico de uso.  Em caso de drogas de abuso, citar se há danos? Quais? (considerar os aspectos biopsicossociais)	Orientações quanto ao uso de medicamentos, horário de uso, efeitos colaterais.  Metas relacionadas ao contexto de Redução de Danos.	Elaborar um diário do uso de medicações, de forma didática.  Reafirmar a adesão terapêutica com o serviço de enfermagem.
<b>Auto-realização / Autoestima</b>	Descrever a auto-percepção habilidades, interesses, prejuízos no desenvolvimento humano, destacando as potencialidades do sujeito.  Citar se vítima de violências, considerando física, psicológica, moral, sexual, econômica, social, patrimonial e negligência.	Resolução com afastamento imediato da situação de violência, se presente.	Encaminhamento às autoridade se caso de violência.  Acolhimento psicológico
<b>Práticas corporais e atividades físicas</b>	Citar as práticas que executa e as quais tem interesse em executar	Pactuar a rotina de atividades físicas, com frequência, local e atividade (Ex. Caminhada de 50 minutos 3 vezes por semana)	Orientações com o Educador Físico, para acompanhamento longitudinal da adesão às práticas
<b>DIMENSÃO COLETIVA</b>			
	<b>Situação Atual</b> (potencialidades e fragilidades)	<b>Metas</b> (curto, médio, longo prazo)	<b>Ações</b> (divisão de responsabilidades)
<b>Acesso a serviços de saúde</b> (Atenção Básica, RAPS e redes especializadas)	Descrever os locais em que o usuário mantém vínculo (Ex. CAPS – Qual o CAPS? Qual a Técnica de Referência?)	Citar os pontos da rede em que o usuário se beneficiaria em estar presente. (Ex. Casa Especializada) e os prazos para o desenvolvimento, acolhimento e seguimento no serviço.	Dialogar com os outros pontos da rede (atribuir a função ao membro da equipe)
<b>Acesso a Assistência Social</b> CRAS, CREAS, Centro POP, Abrigos  (Situação de Documentação e Benefícios)	Citar as pendências que o usuário possui quanto a cidadania e assistência social (Ex. Ausência de CADSUS)	Citar os pontos da rede ou do ponto de vista prático os elementos e instrumentos em que o usuário se beneficiaria em estar presente. (Ex. Aposentadoria, BPC) e os prazos para resolução das pendências.	Delegar a função aos membros da equipe para articulação entre os serviços e facilitar a resolução da demanda

"Autoria de GAIÁ, G.N e CALDATO, M.C.F"

<p><b>Moradia</b></p> <p>Familiar, situação de Rua, aluguel, casa própria</p>	<p>Se disponível, descrever o número de moradores e número de cômodos da casa; se há saneamento básico; qual o destino do lixo.</p>	<p>Elaborar as metas que contenham as pendências citadas na situação atual e o prazo para resolução (Exemplo: Destino adequado do lixo, com reorganização do horário de descarte para a coleta)</p>	<p>Realizar uma visita domiciliar para avaliação in loco das condições de moradia, se disponível.</p> <p>Reunião dos cohabitantes para delegar as possibilidades e envolvimento de todos.</p>
<p><b>Trabalho e Renda</b></p> <p>Profissão/ocupação, saberes, experiências</p>	<p>Descrever a ocupação atual ou progressa, se possuir, sua identidade e satisfação com a profissão. Destacar os desejos e interesses profissionais.</p>	<p>Metas de acesso à renda, considerando as possibilidades imediatas e em longo prazo.</p>	<p>Elaboração e auxílio no processo de busca por emprego. (Exemplo. Orientação quanto a elaboração de currículo e destino/loais possíveis de entrega).</p>
<p><b>Educação</b></p> <p>(escolarização Alfabetização Cursos)</p>	<p>Descrever a ocupação atual ou progressa, se possuir, sua identidade e satisfação com a profissão. Destacar os desejos e interesses profissionais.</p>	<p>Orientar quanto aos locais possíveis de inserção dentro dos serviços de educação, pactuando um feedback regular entre o usuário, sua entrada no serviço e desenvolvimentos das atividades.</p>	<p>Dialogar com os outros pontos da rede (escolas, EJA, cursos técnicos ou profissionalizantes)</p>
<p><b>Cultura e Lazer</b></p> <p>(acesso, interesses)</p>	<p>Citar a participação e interesse em atividades ligadas ao prazer de manipular, explorar e transformar a natureza, lúdicas (Exemplo. Grupo de Dança, Leitura, Passeios, Teatro...)</p> <p>Destacar o acesso e a experiência anterior no seguimento.</p>	<p>Pactuar a rotina de atividades de cultura e lazer, com frequência e atividades de interesse (um exemplo prático, é o "aumento do convívio social, com saída com amigos/familiares ao menos 1x/semana").</p>	<p>Promover a orientação e incentivo à busca, destacando o protagonismo do sujeito, com os locais e serviços de cultura e lazer que desenvolva os aspectos de interesse individual.</p>
<p><b>Vínculos familiares</b></p>	<p>Descrever a dinâmica afetiva, apoio familiar emocional e estrutural, nível de preservação da vinculação, conflitos, aspecto psíquico intergeracional, situações de risco, padrões de vulnerabilidade.</p>	<p>Acolhimento dos familiares, a partir do território, para escuta.</p> <p>Atribuição de um "Familiar de Referência", que participe ativamente de metas individuais propostas que necessitem da sua participação.</p>	<p>Reunião entre os familiares próximos para delegar as possibilidades e envolvimento de todos.</p> <p>Rede de apoio familiar.</p>
<p><b>Vínculos comunitários</b></p>	<p>Descrever quais os vínculos comunitários que o usuário encontra-se inserido ou tem interesse, seu nível de pertencimento e identidade, relações, grupalidade, situações de risco.</p>	<p>Participação e incorporação em comunidades com caráter voluntário. Exemplo: Religião e Religiosidade.</p>	<p>Promover a orientação e incentivo à busca, destacando o protagonismo do sujeito, com os locais e serviços de cultura e lazer que desenvolva os aspectos de interesse individual.</p> <p>Diálogo com os líderes comunitários responsáveis pelo desenvolvimento das atividades.</p>

"Autoria de GAIA, G.N e CALDATO, M.C.F."

Responsável pelo preenchimento:  
Data:

Serviço de Saúde:

**Centro POP:** Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua  
**RAPS:** Rede de Atenção Psicossocial  
**CADSUS:** Cartão Nacional de Saúde  
**BPC:** Benefício de Prestação Continuada  
**EJA:** Educação de Jovens e Adultos  
**EMAD:** Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar  
**CREAS:** Centro de Referência Especializado de Assistência Social

## REFERÊNCIAS:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. Melhor em casa – a segurança do hospital no conforto do seu lar. Caderno de Atenção Domiciliar Volume 2. Brasília-DF; 2012:14p. (Acesso em 11/05/2021). Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/geral/CAD\\_VOL2\\_CAP1.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/CAD_VOL2_CAP1.pdf)
2. Oliveira GN de . O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP: [s.n.], 2007:176p. Disponível em: [http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/312027/1/Oliveira\\_GustavoNunesde\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/312027/1/Oliveira_GustavoNunesde_M.pdf)



Belém  
2024

## APÊNDICE 2



## INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO AOS ESPECIALISTAS

Data: / / 2024

## SEÇÃO I – IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE/JUIZ

NOME (NÃO OBRIGATÓRIO/OPCIONAL):

SEXO (NÃO OBRIGATÓRIO/OPCIONAL):

F ( ) M ( )

INSTITUIÇÃO:

MAIOR TITULAÇÃO:

( ) GRADUAÇÃO ( ) ESPECIALIZAÇÃO ( ) PÓS-GRADUAÇÃO ( ) MESTRADO ( ) DOUTORADO  
ÁREA DE MAIOR TITULAÇÃO?

EXPERIÊNCIA NA ASSISTÊNCIA À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE?

( ) SEM EXPERIÊNCIA ( ) 1 A 2 ANOS ( ) 3 A 5 ANOS ( ) 6 A 10 ANOS ( ) 11 ANOS OU MAIS

EXPERIÊNCIA NA GESTÃO (MICRO E/OU MACROGESTÃO) À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE?

( ) SEM EXPERIÊNCIA ( ) 1 A 2 ANOS ( ) 3 A 5 ANOS ( ) 6 A 10 ANOS ( ) 11 ANOS OU MAIS

TEMPO DE ATUAÇÃO COMO DOCENTE (EM ANOS)

( ) SEM EXPERIÊNCIA ( ) 1 A 2 ANOS ( ) 3 A 5 ANOS ( ) 6 A 10 ANOS ( ) 11 ANOS OU MAIS



## INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO AOS ESPECIALISTAS

### SEÇÃO II - FORMULÁRIO DE VALIDAÇÃO

Nome: **“PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) – GUIA PARA CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA NA GESTÃO DO CUIDADO EM REDE”**

Parte I: Orientação quanto ao modo de responder - Modelo Likert com valores de 1 a 5 onde 1 = Discordo, 2 = Discordo Parcialmente, 3 = Não concordo e nem discordo, 4 = Concordo Parcialmente, 5 = Concordo. Para cada item, marque um X naquela que você considera a mais adequada.

#### QUANTO AO TEMA PROPOSTO:

1- O Guia atende ao tema proposto?

5	4	3	2	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concordo	Concordo Parcialmente	Neutro	Discordo Parcialmente	Discordo

2- O tema abrange a realidade da profissão e assistência à saúde?

5	4	3	2	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concordo	Concordo Parcialmente	Neutro	Discordo Parcialmente	Discordo

#### QUANTO AO CONTEÚDO PROPOSTO:

3 - Está atualizado (com conteúdo próprio e/ou referências dos últimos 6 anos)?

5	4	3	2	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concordo	Concordo Parcialmente	Neutro	Discordo Parcialmente	Discordo

4- Contém informações corretas?

5	4	3	2	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concordo	Concordo Parcialmente	Neutro	Discordo Parcialmente	Discordo

Endereço: **Av. Almirante Barroso, nº 3775**  
 Contato: **(91) 3205-9000**



5- A redação do Guia está de fácil leitura?

5                      4                      3                      2                      1

—————  —————  —————  —————

Concordo                      Concordo Parcialmente                      Neutro                      Discordo Parcialmente                      Discordo

**QUANTO A ESTRUTURA PROPOSTA:**

6- O estilo da redação está compatível com o nível de acesso educacional público-alvo proposto?

5                      4                      3                      2                      1

—————  —————  —————  —————

Concordo                      Concordo Parcialmente                      Neutro                      Discordo Parcialmente                      Discordo

7- As informações estão estruturadas de maneira coerente?

5                      4                      3                      2                      1

—————  —————  —————  —————

Concordo                      Concordo Parcialmente                      Neutro                      Discordo Parcialmente                      Discordo

8- Informações pré-textuais estão coerente?

5                      4                      3                      2                      1

—————  —————  —————  —————

Concordo                      Concordo Parcialmente                      Neutro                      Discordo Parcialmente                      Discordo

9- O Guia proporciona ferramentas coerentes ao leitor (contidas em seus anexos)?

5                      4                      3                      2                      1

—————  —————  —————  —————

Concordo                      Concordo Parcialmente                      Neutro                      Discordo Parcialmente                      Discordo

10- Os anexos e modelos propostos estão inteligíveis?

5                      4                      3                      2                      1

—————  —————  —————  —————

Concordo                      Concordo Parcialmente                      Neutro                      Discordo Parcialmente                      Discordo



## SUGESTÕES

## **APENDICE 3**

### **ROTEIRO DE ATIVIDADE**

- **Definição do tema e os objetivos da oficina**
- **Definição do Local, Data e Horário**
- **Previsão do número de participantes e tempo previsto para a atividade**
- **Preparação do local (espaço e cadeiras suficientes para todos, organização em círculo)**
- **Separação dos materiais que serão utilizados**
- **Definição das perguntas norteadoras**
  - 1. O instrumento é de fácil acesso e manuseio?**
  - 2. Com o uso do Guia, tenho me sentido mais preparado e motivado para propor e realizar Projetos Terapêuticos Singulares aos meus pacientes?**
  - 3. Como as metas individuais propostas por cada profissional tem contribuído para a melhora do usuário?**
- **Convite para a participação**

**APENDICE 4**

**PRIMEIRA ETAPA  
PRÉ APLICAÇÃO – PRIMEIRA IMPRESSÕES**

**Nome (Opcional):**

**E-mail (Opcional):**

**Período/Semestre:**

	<b>DISCORDO TOTALMENTE</b>	<b>DISCORDO</b>	<b>TALVEZ</b>	<b>CONCORDO</b>	<b>CONCORDO TOTALMENTE</b>
<b>Reconheço o conceito geral de Projeto Terapêutico Singular (PTS), considerando suas especificidades</b>					
<b>Reconheço conceitualmente e nominalmente todos os momentos para construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS)</b>					
<b>Reconheço o perfil de usuários prioritários e que mais se beneficiam da ferramenta</b>					
<b>Tenho segurança para propor a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS)</b>					
<b>Acredito ter tido acesso até o momento as ferramentas necessárias para desenvolvimento de Projeto Terapêutico Singular</b>					

**AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO E PERCEPÇÃO  
SEGUNDA ETAPA  
PÓS APLICAÇÃO – APLICAÇÃO DO GUIA (PTS)**

Nome (Opcional):

E-mail (Opcional):

Período/Semestre:

Data:

	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	TALVEZ	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
Reconheço o conceito geral de Projeto Terapêutico Singular (PTS)					
Reconheço os 04 (quatro) momentos para construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS)					
Reconheço o perfil de usuários prioritários e que mais se beneficiam da ferramenta					
Sinto que preciso aprofundar e desenvolver mais a compreensão e aplicabilidade do Projeto Terapêutico Singular (PTS) na minha rotina assistencial e de formação					
<b>PARTE II</b>					
O instrumento "Guia para construção de Projeto Terapêutico Singular" é de fácil acesso e manuseio?					
Acredito que o desenvolvimento de Aplicativo Móvel contribuiria para o maior acesso, manuseio e articulação do Guia?					
Tenho me sentido confortável com o instrumento "Guia para construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS)"					
Tenho aperfeiçoado a minha performance no contato com o usuário após a incorporação do guia e compreensão do Projeto Terapêutico Singular (PTS)					
Tenho me sentido motivado (a) para realizar as minhas tarefas assistenciais					
O instrumento "Guia para construção de Projeto Terapêutico Singular" pode alcançar outros profissionais e usuários que precisem dele					

# ANEXO I

## DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS DE FORMALIZAÇÃO DE INTERESSE



### INTERESSE INSTITUCIONAL/NUCLEAR NA DIVULGAÇÃO E INCORPORAÇÃO DE GUIA EDUCATIVO Produto Intelectual de propriedade do Centro Universitário do Estado do Pará - CESUPA

Considerando a apresentação do Produto “**Projeto Terapêutico Singular: Guia educativo para construção compartilhada: O usuário em foco na gestão do cuidado em rede**”, de autoria do Programa de Mestrado Profissional em Ensino e Saúde – Educação Médica, do Centro Universitário do Estado do Pará – CESUPA, criado e desenvolvido pelos autores Gabriel Nogueira Gaia e Profª Drª Milena Coelho Fernandes Caldato.

Considerando que o Projeto Terapêutico Singular (PTS) estruturado se desenvolve como importante ferramenta na prática pedagógica, educativa e assistencial, pois representa uma abordagem holística e centrada no usuário, que considera não apenas os aspectos biológicos da doença, mas também os sociais, psicológicos e culturais que influenciam na saúde e no bem-estar do indivíduo. Ao elaborar um PTS, os profissionais de saúde podem compreender melhor as necessidades e expectativas do usuário, estabelecer metas realistas e personalizadas, além de criar um plano de cuidados que seja verdadeiramente eficaz e adaptado à singularidade de cada pessoa. Isso promove uma maior adesão ao tratamento, melhora os resultados clínicos e fortalece a relação terapêutica entre profissional (is) e usuário, contribuindo assim para uma assistência mais humanizada e de qualidade.

Diante do exposto, enquanto instituição e ação nuclear na Coordenação do Módulo de Interação em Saúde na Comunidade - MISC, demonstro e represento formalmente o interesse pessoal e coletivo na incorporação quanto a referência educacional, no intuito de contribuir para a ampla divulgação, propagação e desenvolvimento nuclear dentro das atividades desenvolvidas com os discentes na inclusão do instrumento.

Respeitosamente

Belém, 25 de Abril de 2024.

*Cybelle Rodrigues*  
Médica  
CRM-PA: 6278

Profª. MSc. Cybelle Cristina Pereira Rodrigues  
Coordenação do Módulo de Interação em Saúde na Comunidade – MISC  
Coordenadora da Comissão de Residência Médica – COREME/CESUPA  
Vice-supervisora e Preceptora – Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade  
MISC/CESUPA/PRMFC



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ - CESUPA  
Av. Almirante Barroso, nº 3775  
Contato: (91) 3205-9000  
E-mail: cybelc Pereira@gmail.com / coreme@cesupa.br



INTERESSE INSTITUCIONAL/NUCLEAR NA DIVULGAÇÃO E INCORPORAÇÃO DE GUIA EDUCATIVO  
**Produto Intelectual de propriedade do Centro Universitário do Estado do Pará - CESUPA**

Considerando a apresentação do Produto “**Projeto Terapêutico Singular: Guia educativo para construção compartilhada: O usuário em foco na gestão do cuidado em rede**”, de autoria do Programa de Mestrado Profissional em Ensino e Saúde – Educação Médica, do Centro Universitário do Estado do Pará – CESUPA, criado e desenvolvido pelos autores Gabriel Nogueira Gaia e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Milena Coelho Fernandes Caldato.

Considerando que o Projeto Terapêutico Singular (PTS) estruturado se desenvolve como importante ferramenta na prática pedagógica, educativa e assistencial, pois representa uma abordagem holística e centrada no usuário, que considera não apenas os aspectos biológicos da doença, mas também os sociais, psicológicos e culturais que influenciam na saúde e no bem-estar do indivíduo. Ao elaborar um PTS, os profissionais de saúde podem compreender melhor as necessidades e expectativas do usuário, estabelecer metas realistas e personalizadas, além de criar um plano de cuidados que seja verdadeiramente eficaz e adaptado à singularidade de cada pessoa. Isso promove uma maior adesão ao tratamento, melhora os resultados clínicos e fortalece a relação terapêutica entre profissional (is) e usuário, contribuindo assim para uma assistência mais humanizada e de qualidade.

Diante do exposto, enquanto instituição e ação nuclear na Coordenação do Programa de Medicina de Família e Comunidade – PRMFC/CESUPA, com área a fim do projeto, demonstro e represento formalmente o interesse pessoal e coletivo na incorporação quanto a referência educacional, no intuito de contribuir para a ampla divulgação, propagação e desenvolvimento nuclear dentro das atividades desenvolvidas com os discentes na inclusão do instrumento.

Respeitosamente

Belém, 25 de Abril de 2024.

*Ivete Seabra*  
 Dra. Ivete Seabra  
 Médica MFC  
 CRM-PA 5784

Prof.<sup>a</sup> MSc. Ivete Moura Seabra de Souza  
 Supervisora do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade  
 CESUPA/PRMFC



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ - CESUPA**  
 Av. Almirante Barroso, nº 3775  
 Contato: (91) 3205-9000  
 E-mail: ivete\_seabra@yahoo.com.br / coreme@cesupa.br

**SESMA**  
Secretaria de  
Saúde

**BELÉM**  
**PREFEITURA**  
TAMO JUNTO POR VIDA MELHOR

MEMORANDO Nº 400/2024/DEUE/SESMA

**DE:** Fernanda Roseane Duarte dos Santos – DEUE/SESMA/PMB  
Serviço de Atenção Domiciliar/Programa Melhor em Casa (PMcC) – SAD/DEUE/SESMA/PMB  
**PARA:** Mestrado Profissional em Ensino em Saúde - Educação Médica (ESEM) / CESUPA

**INTERESSE PÚBLICO NA DIVULGAÇÃO E INCORPORAÇÃO DE GUIA EDUCATIVO  
Produto Intelectual de propriedade do Centro Universitário do Estado do Pará - CESUPA**

Considerando a apresentação do Produto “Projeto Terapêutico Singular: Guia educativo para construção compartilhada: O usuário em foco na gestão do cuidado em rede”, de autoria do Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde – Educação Médica, do Centro Universitário do Estado do Pará – CESUPA, criado e desenvolvido pelos autores Gabriel Nogueira Gaia e Profª Drª Milena Coelho Fernandes Caldato.

Considerando que o Projeto Terapêutico Singular (PTS) estruturado e bem desenvolvido é de suma importância na prática assistencial, representando uma abordagem holística e centrada no usuário, que considera não apenas os aspectos biológicos da doença, mas os sociais, psicológicos e culturais que influenciam na saúde e no bem-estar do indivíduo. Ao elaborar um PTS, os profissionais de saúde podem compreender melhor as necessidades e expectativas do usuário, estabelecendo metas realistas e personalizadas, e criar um plano de cuidados que seja verdadeiramente eficaz e adaptado à singularidade de cada pessoa. Isso promove uma maior adesão ao tratamento, melhora os resultados clínicos e fortalece a relação terapêutica entre profissional e usuário, contribuindo assim para uma assistência mais humanizada e de qualidade. Sendo seu real impacto assistencial e potência visto como reflexo na qualidade dos serviços, em todos os níveis de atenção.

Diante do exposto, esta Administração Pública, demonstra formalmente o interesse na incorporação quanto a repositório educacional, no intuito de garantir a ampla divulgação, propagação e desenvolvimento nuclear dentro dos serviços de saúde na inclusão do instrumento.

Respeitosamente

Belém, 29 de Abril de 2024.

*Daniela Costa Salheb de Oliveira*  
COREN/PA 573.744 - ENF

*Daniela Costa Salheb de Oliveira*  
Daniela Costa Salheb de Oliveira

Coordenadora do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) / Programa Melhor em Casa  
Coordenadora do Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar (SOD)  
Mat.: 0490628-010  
DEUE/SESMA/PMB

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SESMA  
CNPJ: 07.917.818 / 0001 - 12  
END. AV. GOV. JOSÉ MALCHER, 2821  
SÃO BRÁS

*Fernanda Roseane Duarte dos Santos*  
Fernanda Roseane Duarte dos Santos

Diretora – Departamento de Urgência e Emergência  
DEUE/SESMA/PMB

*Fernanda Roseane Duarte dos Santos*  
Diretora do DEUE/SESMA  
Mat. 1847759 - 014



**DEPARTAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
Av. Gov. José Malcher 2821, S. Braz – Cep: 66090-100  
Contato: 3184-6105  
E-mail: [deuesesma@gmail.com](mailto:deuesesma@gmail.com)



**SESMA**  
Secretaria de  
Saúde



INTERESSE PÚBLICO NA DIVULGAÇÃO E INCORPORAÇÃO DE GUIA EDUCATIVO  
**Produto Intelectual de propriedade do Centro Universitário do Estado do Pará - CESUPA**

Considerando a apresentação do Produto "**Projeto Terapêutico Singular: Guia educativo para construção compartilhada: O usuário em foco na gestão do cuidado em rede**", de autoria do **Programa de Mestrado Profissional em Ensino e Saúde – Educação Médica**, do **Centro Universitário do Estado do Pará – CESUPA**, criado e desenvolvido pelos autores Gabriel Nogueira Gaia e Prof.<sup>a</sup>Dr.<sup>a</sup> Milena Coelho Fernandes Caldato.

Considerando que um Projeto Terapêutico Singular (PTS) estruturado e bem desenvolvido é de suma importância na prática pedagógica, educativa e assistencial, pois representa uma abordagem holística e centrada no usuário, que considera não apenas os aspectos biológicos da doença, mas também os sociais, psicológicos e culturais que influenciam na saúde e no bem-estar do indivíduo. Ao elaborar um PTS, os profissionais de saúde podem compreender melhor as necessidades e expectativas do paciente, estabelecer metas realistas e personalizadas, e criar um plano de cuidados que seja verdadeiramente eficaz e adaptado à singularidade de cada pessoa. Isso promove uma maior adesão ao tratamento, melhora os resultados clínicos e fortalece a relação terapêutica entre profissional e usuário, contribuindo assim para uma assistência mais humanizada e de qualidade. Ademais, seu real impacto assistencial e potência na qualidade dos serviços, em todos os níveis de atenção.

Diante do exposto, esta Administração Pública, por meio da Escola do SUS do Município de Belém demonstra formalmente o interesse na incorporação quanto a repositório educacional, no intuito de contribuir para a ampla divulgação, propagação e desenvolvimento nuclear dentro dos serviços de saúde na inclusão do instrumento.

Respeitosamente

Belém, 24 de Abril de 2024.

RAIMUNDA  
SILVIA GATTI  
NORTE:45090  
742200

Assinado de forma  
digital por RAIMUNDA  
SILVIA GATTI  
NORTE:45090742200  
Dados: 2024.04.24  
18:32:00 -03'00'

Raimunda Silvia Gatti Norte  
**Coordenadora da Escola do SUS do Município de Belém**  
ESUS/SESMA/PMB



**ESCOLA DO SUS DO MUNICÍPIO DE BELÉM**  
Av. Generalíssimo Deodoro, 92 - Umarizal, Belém - PA, 66055-240  
Contato: 3251-4250  
E-mail: nepesma@gmail.com