

## **PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: RESPONSABILIZAÇÃO, VÍNCULO E RESOLUTIVIDADE– RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Marisa Silva, Célia Regina Rodrigues Gil Flaviana Alves Dias, Franciele Finfa da Silva, Geder Harami Harami, Karly Garcia Delamuta, Raquel de Souza

### **Caracterização do Problema:**

De acordo com a cartilha da Política Nacional de Humanização (2008), a concepção de Clínica Ampliada e a proposta do Projeto Terapêutico Singular (PTS) acena para o entendimento de que as situações percebidas como de difícil resolução são situações que esbarram nos limites da Clínica

Tradicional. Fazem parte da Clínica Ampliada o compromisso radical com o sujeito doente (singular), a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde, a intersetorialidade, o reconhecimento dos limites e a ética. É necessário, portanto, o desenvolvimento de instrumentos, que vão além dos procedimentos técnicos normativos, para que os profissionais possam lidar consigo mesmos e com as necessidades dos sujeitos que procuram os serviços de saúde. Dessa forma, o PTS é uma variação da discussão de caso clínico, comumente utilizado em situações mais complexas, um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar.

O nome, comumente utilizado é Projeto Terapêutico Singular em vez de Projeto Terapêutico Individual (como também é conhecido), pois destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a diferença como elemento central de articulação.

Com base nesta definição, esse trabalho é referente à experiência de um PTS iniciado após discussão do caso clínico de uma adolescente chamada R., em acompanhamento psicológico individual, semanal, que apresentava os sintomas de enurese, encoprese e hipótese de abuso sexual.

Do contato com R. e, conseqüentemente, com seus pais, viu-se a necessidade da construção de um plano de cuidado para a família em situação de vulnerabilidade pessoal e social. A mãe apresenta hipótese de deficiência mental e apresenta práticas precárias de cuidado de si e dos filhos. Cada um de seus filhos apresenta algum problema de saúde como sequelas de meningite, atraso no crescimento, problemas renais e hipótese de deficiência mental. A família é composta pelos pais e seus quatro filhos. Os pais são primos de primeiro grau, sendo a mãe A. de 34 anos e o pai C. de 36 anos. Os filhos são R. de 14 anos, J. de 11 anos, L. de 9 anos e I. de 4 anos.

Através de práticas integrais de saúde, a família passou a ser acompanhada por diversos profissionais do serviço o que propiciou a vinculação da família com a Unidade de Saúde da Família (USF)/Unidade Básica de Saúde (UBS). Essa aproximação favoreceu a ocorrência de mudanças comportamentais saudáveis, autonomia e responsabilização da família.

Segundo Cecílio (2001), a autonomia implicaria a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e esta resignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades da forma mais ampla possível.

A adolescente e sua família haviam passado por diversos serviços especializados de atendimento à criança e ao adolescente, contudo sem se

vincular a nenhum deles. Considerando o vínculo, mais do que a simples adesão a um serviço ou a inscrição formal a um programa, o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa, um encontro de subjetividades (CECELIO, 2001).

O usuário muitas vezes fica desamparado em meio à rede assistencial, uma vez que migra de serviço em serviço, enquanto os trabalhadores e serviços, na alienação do processo de trabalho, lidam com o usuário “em partes” e se distanciam da possibilidade de ver o resultado final do trabalho para com o usuário. Isso ilustra a predominância do desenho tecnoassistencial formado pela idéia de complexidade crescente em direção ao topo (imagem da pirâmide) onde a rede básica seria porta de entrada do sistema de saúde e os serviços de alta tecnicidade estariam no topo do sistema. Essa organização supõe que o usuário fluiria de forma organizada entre os vários níveis por meio de mecanismos formais de referência e contra-referência. Contudo, na prática, essa organização é falha, pois os serviços funcionam de modo desarticulado e com lógicas diferentes, a postura prescritiva, presa a uma racionalidade formal, não considera as necessidades e os fluxos reais do usuário dentro do sistema (BRASIL, 2005). De acordo com Cecílio (1997), há uma valorização dos serviços terciários e secundários em detrimento dos serviços básicos, por concentrarem recursos técnicos e equipamentos e de atenderem a situações com maior risco de vida. No entanto, a rede básica enfrenta desafios tecnológicos muito complexos para assegurar acolhimento e resolutividade às necessidades dos usuários inerentes ao contato com as famílias, com grupos sociais, com a diversidade cultural (relações sociais, violência urbana e sexual contra o idoso/mulher/criança, gravidez indesejada ou em adolescentes jovens, entre outros). Para um trabalho que considere essa complexidade faz-se necessário a utilização de mecanismos que contemplem uma formação mais ampla e contextualizada dos trabalhadores, o trabalho em equipe interdisciplinar e a intersetorialidade.

Foi na USF/UBS que as informações fragmentadas oriundas dos serviços especializados se somaram e se cruzaram para a construção de um projeto integral para a família. Entretanto, a USF não pode ser único lugar a acolher e se responsabilizar pelo usuário e sua família.

### **Descrição da Experiência:**

Participaram da construção do PTS, Residentes Multiprofissionais de Saúde da Família (uma psicóloga, duas enfermeiras, uma dentista, um profissional de educação física e uma fisioterapeuta), a coordenadora da USF/UBS, a tutora de campo, um médico e uma agente comunitária de saúde. Os encontros aconteceram semanalmente, com duração de uma hora e meia. Foi realizado o diagnóstico familiar, com uma avaliação que abrangeu aspectos biopsicossociais relacionados com o estado de vulnerabilidade da família e observação da dificuldade da mãe em cuidar e educar os filhos. Este diagnóstico teve o objetivo de direcionar o planejamento das ações. A psicóloga foi a coordenadora do projeto por apresentar um vínculo maior com a família. Na divisão de responsabilidades foi tratado que a adolescente e os pais continuariam recebendo atendimento psicológico sendo para estes periodicamente e para aquela, semanalmente. A equipe também passou a ser

acompanhada pela equipe de odontologia e atendimentos de enfermagem e do médico. O membro menos acompanhado foi o pai, visto que trabalha o dia todo como pintor, todavia comparece em alguns atendimentos, colaborando com os progressos de R. Na definição de metas, estabeleceu-se contato com a rede assistencial que havia acompanhado a família: (1) Centro de Apoio Psicossocial Infantil (CAPSi) onde R. foi acompanhada alguns meses e contra-referenciada a Unidade de Saúde; (2) Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS III) onde R. e a família foram acompanhadas por três meses; (3) Creche que acompanhou R. quando bebê, em um momento delicado que sua mãe a rejeitava; (4) Escola atual que entende a limitação cognitiva de R., apoiando-a e preocupando-se com sua autonomia e proteção; (5) Hospitais (Maternidade, Hospital Universitário e outros hospitais de média complexidade) onde R. desde o nascimento foi hospitalizada devido a afecções recorrentes; (6) médico homeopata e; (7) UBS que havia acompanhado anteriormente a família. Estes contatos resultaram na busca e análise de prontuários e reuniões que trouxeram informações pertinentes, que serviram para orientar as condutas com a família. As informações oriundas da rede assistencial foram importantes, visto que R. e sua mãe tinham dificuldades em informar sobre tratamentos e acompanhamentos anteriores. Como trabalhamos com a hipótese de abuso sexual na infância de R., praticado por um parente próximo, e históricos de abandono de acompanhamento de outros serviços de saúde e assistenciais, optamos por fortalecer o vínculo com a família e posteriormente envolve-la no projeto terapêutico. As reavaliações das ações foram realizadas no decorrer do PTS.

### **Efeitos Alcançados:**

Foi observado na adolescente significativa melhora nos sintomas de encoprese /enurese, aumento da auto-estima, melhora no desempenho escolar, melhora no relacionamento familiar, principalmente entre a adolescente e a mãe. Percebeu-se maior fortalecimento do vínculo da adolescente e, sobretudo, da família com os profissionais da unidade.

### **Recomendações:**

A responsabilização das equipes por famílias em situação de vulnerabilidade proporciona maior resolutividade dos casos e diminui os sentimentos de impotência dos profissionais frente situações complexas.

“À equipe cabe exercitar uma abertura para o imprevisível e para o novo e lidar com a possível ansiedade que essa proposta traz. Nas situações em que só se enxergava certezas, podem-se ver possibilidades” (CECILIO,2001).

Além do mais, de acordo com a cartilha da Política Nacional de Humanização, os encontros para a construção e acompanhamento do PTS são uma importante oportunidade para a valorização dos trabalhadores da equipe de saúde visto que o matriciamento entre diferentes especialistas e trabalhadores, é um espaço onde cada membro pode perceber seus limites e dialogar com outros saberes, uma vez que o olhar de sob um viés nem sempre consegue abranger uma realidade composta por muitas variáveis.

Palavras-chaves: Projeto Terapêutico Singular, vínculo, responsabilização.

### **Bibliografia:**

1. Brasil. Ministério da Saúde. *Clínica ampliada equipe de referência e projeto terapêutico singular* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 60 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
2. Brasil. Ministério da Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde / FIOCRUZ, 2005.
3. CECÍLIO, L. C. O. *As necessidades de Saúde como Conceito Estruturante*. In: Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde / Roseni Pinheiro e Rubens Araújo de Mattos, org., Rio de Janeiro: UERJ, IMS. ABRASCO, 2001, 180p.
4. CECÍLIO, L. C. O. *Modelos Tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, nº3, jul/set 1997, p.469-478.