

FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA
RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

PALOMA VIEIRA DE ALMEIDA E SILVA

**INSTRUMENTOS DE ABORDAGEM E ACOMPANHAMENTO DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: EXPERENCIANDO O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR**

JOÃO PESSOA-PB
2023

PALOMA VIEIRA DE ALMEIDA E SILVA

**INSTRUMENTOS DE ABORDAGEM E ACOMPANHAMENTO DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: EXPERENCIANDO O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como
requisito para a obtenção do título de especialista
em Medicina de Família e Comunidade.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Carmen Verônica
Barbosa Almeida

JOÃO PESSOA-PB
2023

S579i

Silva, Paloma Vieira de Almeida e
Instrumentos de abordagem e acompanhamento de saúde da
família: experienciando o projeto terapêutico singular / Paloma
Vieira de Almeida e Silva. – João Pessoa, 2023.
19f.

Orientadora: Prof^ª. D^ª. Carmen Verônica Barbosa Almeida.
Monografia (Residência Médica em Saúde da Família e
Comunidade) – Faculdade Nova Esperança - FAMENE

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Integralidade em Saúde. 3.
Saúde da Família. I. Título.

CDU: 614

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	04
2 METODOLOGIA.....	08
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	10
3.1 A Escolha da situação de saúde a ser foco do PTS.....	10
3.2 Limitações do PTS aplicado.....	12
3.3 Pontos positivos.....	14
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
5 REFERÊNCIAS.....	16

RESUMO

O interesse por relatar a experiência com o uso dos instrumentos de abordagem familiar fundamentou-se na necessidade de ampliação e propagação do conhecimento de tais ferramentas na atenção básica, que ainda ocorre de forma precária, uma vez que os profissionais continuam a realizar atendimentos individuais, voltados para a doença em si. Pelo exposto, o presente estudo tem como objetivo discorrer sobre a aplicação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) no contexto da atenção primária. Pretendendo-se, portanto contribuir com disseminação do tema, a fim de que os profissionais lancem mão de tais ferramentas e possam melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, o qual descreve a vivência com as ferramentas de abordagem familiar, durante a residência médica em Medicina de Família e Comunidade, da Faculdade de Medicina Nova Esperança, nos anos de 2021 e 2022, em uma unidade de saúde da família (USF), no município de João Pessoa-PB. Em face do exposto, a elaboração de um PTS, mesmo com a elevada demanda que a ESF tem, é capaz de facilitar o processo de trabalho dos profissionais, uma vez que encontra as justificativas para o adoecimento e dificuldade no autocuidado dos indivíduos. Com destaque para a descontinuidade do cuidado voltado para os portadores de HAS e DM, durante a pandemia da COVID 19. Através dessa vivência, foi possível ampliar o conhecimento sobre a utilização das ferramentas de abordagem familiar na assistência às famílias, cadastradas no território, com ênfase para o PTS.

Descritores: atenção primária à saúde; integralidade em saúde; saúde da família.

ABSTRACT

The interest in reporting the experience with the use of family approach instruments was based on the need to expand and spread knowledge of such tools in primary care, which still occurs in a precarious manner, since professionals continue to provide individual care, focused on the disease itself. Based on the above, the present study aims to discuss the application of the Singular Therapeutic Project in the context of primary care. Therefore, the aim is to contribute to the dissemination of the topic, so that professionals can make use of such tools and can improve the quality of assistance provided to users. This is a descriptive study, of the experience report type, which describes the experience with family approach tools, during the medical residency in Family and Community Medicine, at the Faculdade de Medicina Nova Esperança, in the years 2021 and 2022, in a family health unit (USF), in the city of João Pessoa-PB. In view of the above, the development of a PTS, even with the high demand that the ESF has, is capable of facilitating the professionals' work process, as it finds justifications for individuals' illness and difficulty in self-care. With emphasis on the discontinuity of care aimed at people with SAH and DM, during the COVID 19 pandemic. Through this experience, it was possible to expand knowledge about the use of family approach tools in assisting families, registered in the territory, with emphasis on PTS.

Descriptors: primary health care; comprehensiveness in health; family Health.

1 INTRODUÇÃO

Durante o século XX, a assistência à saúde era restrita à parcela da população que possuía trabalho formal urbano e podia contribuir para a previdência social; o restante estava excluído da atenção à saúde, procurando serviços filantrópicos para ser assistido (Pinto; Giovanella, 2018).

Nessa conjuntura, as iniciativas voltadas para a saúde baseavam-se, essencialmente, em dois modelos: o assistencial-hospitalocêntrico e o sanitarista. Esse tinha como características as campanhas de vacina, o controle de epidemias e a erradicação de endemias. O primeiro modelo, fundamentando nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, desenvolvia suas ações baseadas na clínica, reforçando a atitude dos indivíduos de só procurarem os serviços de saúde, quando estavam doentes (Sá *et al*, 2017).

A partir da constituição de 1988, a saúde passou a ser garantida a toda população do país, mediante o acesso universal aos bens e serviços de saúde, representando um grande avanço na luta pela garantia dos direitos sociais. Para tanto, foram necessárias mudanças neste cenário, que levaram à criação de um novo sistema de saúde.

Em referência à Reforma Sanitária, essa ganhou força com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela lei n. 8.080, de 1990, propondo-se a identificar e divulgar os condicionantes e determinantes da saúde, formular a política desse setor, além de desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrando ações assistenciais e preventivas na atenção à saúde (Wahhb *et al*, 2022).

Tais ações estariam inseridas no âmbito da atenção primária à saúde (APS), fundamentada nos princípios do SUS, muitas vezes usada como sinônimo de Atenção Básica à Saúde (ABS); definida como um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, desenvolvidas por uma equipe multiprofissional e voltadas para a população em território definido (Brasil, 2017).

Diante desse novo panorama da saúde, o Programa Saúde da Família (PSF), instituído em 1994, reformulou o modelo assistencial do país, representando a principal estratégia para a ampliação do acesso à saúde, bem como o primeiro contato do usuário com o sistema. Cada equipe era constituída por um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários (Pinto; Giovanella, 2018).

Alguns anos após sua criação, o PSF passou a ser definido como “estratégia de saúde da família”, visto que foi entendido como estruturante do sistema de saúde, representando bem mais do que um programa a ser implementado pelas equipes. Com isso, em 2006, através da Portaria nº GM/648, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), tão importante para a expansão da Estratégia de Saúde da Família, visando a reorganização da atenção básica no Brasil (Pinto; Giovanella, 2018).

Portanto, há de se destacar que a composição da equipe de saúde é de extrema importância, inclusive que o médico apresente um perfil de atuação baseado nos princípios da integralidade e equidade, de forma a suprir as necessidades de saúde do indivíduo, da melhor maneira possível, resguardando as limitações do sistema.

Nesse contexto, a Residência de Medicina da Família e Comunidade (RMFC) presta-se a um importante papel no aprimoramento das habilidades profissionais, quando possibilita a aquisição de conhecimento, através da interação ensino-serviço. Através de tal atividade, é possível estabelecer um vínculo com o indivíduo-família-comunidade, possibilitando ao profissional médico a oferta do cuidado integral e continuado (S. Rawaf; D. Rawaf, 2019).

Considerando a manutenção da continuidade do cuidado, é importante que o profissional médico passe esse tempo da especialização em uma mesma Unidade de Saúde da Família (USF), para que o mesmo possa conhecer a realidade das famílias adscritas, com a possibilidade de permanecer na equipe, após terminar o período da residência.

Para uma intervenção de forma mais eficaz, na condição de saúde, torna-se fundamental observar todos os aspectos inerentes ao indivíduo, sobretudo os psicossociais, e, para tanto, os profissionais podem lançar mão dos instrumentos de abordagem familiar, tais como, Genograma, Ecomapa, Projeto Terapêutico Singular (PTS), os quais auxiliam na elaboração e implementação dos cuidados de saúde, sendo o PTS o foco deste relato de experiência.

De acordo com Jesus *et al* (2020), o Genograma consiste em uma representação gráfica da estrutura familiar, demonstrando os diferentes membros da família, bem como as principais patologias, as diversas relações e os principais hábitos entre os membros familiares.

O Ecomapa consiste em uma ferramenta de avaliação familiar que mostra como é formada a rede social de apoio do indivíduo, através de representação gráfica, as relações

familiares, de vizinhança e outros sistemas, presentes no meio, com os quais o paciente se relaciona (Dias, 2019).

Vale salientar que **FIRO**, **P.R.A.C.T.I.C.E.** e **conferência familiar** são outras ferramentas disponíveis para a assistência à saúde da família, visto que fornecem informações essenciais ao planejamento das ações da equipe, pois identificam arranjos familiares, necessidades e vulnerabilidades de saúde (Jesus *et al*, 2020).

Em consonância com os autores supracitados, pode-se destacar também a ferramenta **P.R.A.C.T.I.C.E.**, derivada do inglês e com cada letra representando uma palavra: problem (problema), roles and structure (papéis e estrutura), affect (afeto), communication (comunicação), time in life (ciclo de vida), illness in Family (doenças na família), coping with stress (lidando com o stresse), environment or ecology (meio ambiente ou ecologia). É mais utilizado para o manejo das situações difíceis, aplicando-se sob a forma de uma conferência familiar.

A **conferência familiar** tem como objetivo possibilitar a intervenção multiprofissional, auxiliando em entraves cujas soluções o grupo familiar não consegue identificar, assim como possibilita promover a resolução de problemas que abrangem os membros do grupo (Silva *et al*, 2018).

Tais ferramentas facilitam o reconhecimento da estrutura familiar e da capacidade de enfrentamento da doença, os quais devem ser utilizados, principalmente, diante de enfermidades de difícil manejo, a exemplo das doenças crônicas, que exigem do usuário saber lidar com todas as condições envolvidas no processo saúde-doença (Oliveira *et al*, 2017).

Pelas assertivas, o interesse por resgatar a experiência com o uso do PTS na abordagem familiar, durante a Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC), fundamentou-se na necessidade de ampliação e propagação do conhecimento de tais ferramentas na atenção básica, que ainda ocorre de forma precária, uma vez que os profissionais continuam a realizar atendimentos individuais, voltados para a doença em si.

Somado a isto, a discussão sobre os instrumentos de abordagem familiar possibilita uma atuação de forma mais humanizada e efetiva dos profissionais da APS, mesmo que não seja possível aplicá-los para cada usuário, devido a outras demandas existentes na unidade de saúde.

O PTS, ferramenta essencial da clínica ampliada, consiste em um instrumento facilitador de ações em saúde, uma vez que estabelece e organiza o cuidado, promove a autonomia e contribui com a noção de corresponsabilidade, pois é através de um diálogo entre equipe multiprofissional e usuário, considerando as particularidades do sujeito e as características de cada caso (Baptista *et al*, 2020).

Diante das demandas e adequação das ferramentas de abordagem familiar, identificamos que o PTS se enquadraria na proposta de estudo a ser realizado, por suas características como produção de autonomia, protagonismo e inclusão social, haja vista tratar-se de um recurso elaborado por meio de ações de saúde elaboradas com e para o usuário, além de estar associado ao conceito da clínica ampliada (Depole *et al*, 2022).

Pelo exposto, o presente estudo tem como objetivo discorrer sobre a aplicação do Projeto Terapêutico Singular, no contexto da APS. Pretendendo-se, portanto contribuir com disseminação do tema, a fim de que os profissionais lancem mão de tal ferramenta em prol de uma assistência ofertada com resolutividade.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, de natureza descritiva, do tipo relato de experiência, o qual decorreu da vivência de uma Residente, com as ferramentas de abordagem familiar, durante a Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, da Faculdade de Medicina Nova Esperança, nos anos de 2021 e 2022, na Unidade de Saúde da Família (USF) Caminho do Sol, localizada no bairro de Valentina de Figueiredo, no município de João Pessoa-PB.

A USF Caminho do Sol é uma unidade integrada, formada por 03 equipes de saúde da família (ESF), a saber: Frei Damião, Valentina IV e Santa Bárbara; esta, composta por 01 enfermeira, 01 médica residente, 01 odontóloga, 01 auxiliar de saúde bucal (ASB) e 08 agentes comunitário de saúde (ACS); foi a equipe na qual desenvolvi minhas atividades. No segundo ano de residência, chegou mais um médico residente, porém as atividades a serem descritas, no decorrer deste TCR, foram desenvolvidas junto ao médico residente R1. A ESF Santa Bárbara presta assistência a 1200 famílias, distribuídas entre 08 microáreas, totalizando 3.417 usuários.

Durante o primeiro ano da Residência, foi proposta, pelas preceptoras, a utilização das ferramentas de abordagem familiar na APS, através da construção de um PTS voltado para um usuário ou uma família da área de adscrição da USF. No ano seguinte, lembrei-me da atividade realizada, quando foi identificada uma situação complexa no território, que demandava uma intervenção mais eficaz, propondo, então, a abordagem através do PTS.

Após a reunião do mês de agosto de 2022, a quantidade reduzida de hipertensos e diabéticos tornou-se pauta discutida pela equipe, após consulta ao sistema de prontuário eletrônico do cidadão (PEC); a proporção de atendimentos, para esse público, estava aquém da meta estabelecida para o indicador, mostrando uma diferença significativa entre o número de usuários atendidos e os cadastrados.

Nessa perspectiva, a equipe passou a trabalhar na construção de um PTS, após as reuniões gerais, obedecendo às seguintes movimentações: diagnóstico e análise situacional; definição das ações e metas a curto, médio e longo prazo; divisão de responsabilidades e reavaliação, as quais são descritas no decorrer do TCR.

Na segunda reunião, 1 mês após a primeira, os participantes foram desafiados a pensar nas estratégias, baseadas na situação-problema levantada, além da realizar a divisão de

responsabilidades; no mesmo período, as estratégias também começaram a ser postas em prática, com vistas a suprir as demandas geradas para solucionar o problema.

Dessa forma, a construção do PTS ocorreu no período de 08/2022 a 01/2023, que resultou em aproximadamente 06 reuniões e os subsequentes momentos reflexivos para reavaliação das metas, que ocorreram, algumas vezes, após o término dos atendimentos.

O prazo estabelecido para a reavaliação foi de 04 meses após termos iniciado as intervenções, de forma que pudéssemos avaliar o atendimento a esse público, através de consultas aos relatórios do PEC, avaliando a proporção de hipertensos e diabéticos, atendidos pela equipe, por quadrimestre e microárea.

As referências que embasaram a contextualização da temática basearam-se na clínica ampliada, instrumentos de abordagem familiar, além do projeto terapêutico singular. Com isso, o tratamento dos dados baseou-se em literaturas afins, mediante consultas a livros e compêndio, nas versões atualizadas, complementados com pesquisa à base de dados, como Google acadêmico, Medline (PubMed), Literatura Latino Americana em Ciência da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), no período de vigência do estágio curricular da residência.

Em relação à observância da ética na pesquisa, não se fez necessário que esse estudo passasse por apreciação no Comitê de Ética, uma vez que se trata de um relato de experiência que não envolveu a descrição de dados de usuários, mas de uma situação-problema descrita de forma generalizada, sem nomear um sujeito em particular. Ressalta-se, no entanto, que se mantiveram os princípios éticos durante toda a execução do plano terapêutico e descrição da atividade neste trabalho.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 A Escolha da situação de saúde a ser foco do PTS

A primeira etapa do PTS, o **diagnóstico situacional**, é baseada na identificação das necessidades de saúde do indivíduo, avaliando seus aspectos físicos, psíquicos e sociais (Baptista *et al*, 2020). Nesse momento inicial, foi estabelecida uma situação-problema a ser trabalhada pela equipe, através de estratégias, que ajudassem a solucionar ou, pelo menos, minimizar os efeitos negativos da falta de acompanhamento dos portadores de HAS e DM na ESF Santa Bárbara.

A problemática destacada por esse TCR retratou a descontinuidade do cuidado de hipertensos e diabéticos, acompanhados pela equipe, devido à baixa procura desses usuários e, conseqüente, redução dos atendimentos, durante a pandemia da COVID 19, levando ao controle inadequado dos agravos, bem como ao aumento do risco para desfechos cardiovasculares desfavoráveis.

Estabelecido o diagnóstico situacional, partimos para a **definição de metas**, as quais foram classificadas em curto, médio e longo prazos, com base no ponto de vista da equipe, levando em consideração quais seriam urgentes e/ou viáveis para compor o projeto.

Dessa forma, as estratégias foram distribuídas entre os participantes, como pede a 3^a etapa, a **divisão de responsabilidades**, baseada na expertise e nas atribuições de cada profissional no processo de trabalho. Ainda nessa etapa, o técnico de referência (TR) escolhido foi a médica residente, que, segundo Paz; Silva (2023), pode ser definido como o profissional responsável pelo acompanhamento do usuário, garantindo a assistência e a continuidade da atenção, não necessariamente devido ao vínculo com o usuário, mas com base na logística de organização do serviço

Sobre a experiência como TR, nesse PTS, deparei-me com um dos maiores desafios, a questão socioeconômica, a qual impacta sobremaneira no resultado das ações de saúde desenvolvidas pela equipe, haja vista que algumas condições, identificadas como responsáveis pelo mau controle dos agravos, têm origem nas relações familiares frágeis e, principalmente, no meio social no qual os usuários convivem.

AÇÕES	METAS	RESPONSÁVEIS	PRAZO
Renovar receitas de HAS e DM com consulta	Aumentar a frequência dos usuários na USF	Médica/Enfermeira	1 mês
Solicitar exames laboratoriais	Avaliar outras desordens metabólicas	Médica/Enfermeira	2 meses
Ajustar medicação para HAS e DM	Atingir alvos pressórico e glicêmico	Médica	4 meses
Incentivar a prática da atividade física	Manter o controle do peso	Equipe	4 meses
Orientar sobre o uso regular da medicação	Manter o controle pressórico e da glicemia	Equipe	1 mês
Identificar condições que dificultam o controle da HAS e DM	Intervir nessas condições e evitar complicações	Equipe	4 meses
Referenciar HAS E DM para outras especialidades	Assistência integral	Médica	3 meses
Realizar busca ativa de portadores de HAS e DM cadastrados	Aumentar a quantidade de portadores de HAS e DM atendidos	ACS	2 meses
Verificar a pressão arterial, antes das consultas médica e de Enfermagem	Identificar portadores de HAS assintomáticos	Médica/ Enfermeira/técnica de Enfermagem	4 meses
Realizar consulta mensal de HIPERDIA em cada microárea (escola, igreja, creche, casa dos usuários)	Ampliar a oferta de serviços de saúde (imunização, consultas médica e de Enfermagem) aos portadores de HAS e DM	Equipe	1 mês
Abandonar o alcoolismo/tabagismo	Melhorar a adesão ao tratamento da HAS e DM	Usuários	4 meses

Por fim, a quarta e última etapa é a **reavaliação**, na qual devem ser ouvidas as percepções e evidências, ao longo do desenvolvimento das ações, discutindo-se com a equipe a evolução do caso, os rumos, as alterações, novas metas e mudanças (se forem necessárias). Ou seja, é a etapa da realização do inventário do PTS, a qual pode ser escrita através dos pontos positivos e negativos do planejamento (Baptista *et al.*, 2020).

Como a problemática retratada neste TCR refere-se à assistência aos portadores de HAS e DM, o tempo de reavaliação e acompanhamento do PTS, bem como a análise do impacto gerado pelas intervenções, demanda um seguimento longo (longitudinalidade), não impedindo que algum resultado possa ser colhido já nas primeiras estratégias.

Nesse sentido, como pensado no início, a reavaliação foi realizada no mês de janeiro de 2023, quando analisamos os atendimentos aos portadores de HAS e DM no terceiro

quadrimestre de 2022, constatando aumento das consultas, por essas condições avaliadas, favorecendo o restabelecimento da assistência aos portadores das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

3.2 Limitações do PTS aplicado

Neste cenário, uma das fragilidades encontradas, durante a realização do PTS, foi a dificuldade de acesso aos bens e serviços de saúde, devido à diferença existente entre a oferta e demanda que existe em todos os níveis de atenção. Exames complementares são importantes em alguns casos porque evidenciam alterações, como hiperuricemia, hiperglicemia e dislipidemia, implicando na necessidade de intervir com o uso de antilipemiantes e uricosúricos, além da solicitação de outros exames para avaliar, de forma mais detalhada, a intolerância à glicose, por exemplo.

Embora algumas condutas possam ser tomadas, frente ao perfil metabólico do paciente, antes do resultado dos exames, a investigação quanto à possibilidade de estarmos diante de um caso de diabetes melito deve ser descartada, dado ao seu elevado potencial para complicações, as quais afetam a qualidade de vida dos portadores.

Esse entrave pode ser exemplificado por uma menor realização de exames e/ou atraso em atendimentos com especialistas focais, impactando, diretamente, no controle da doença. A desigual realização de procedimentos para DM na região nordeste, por exemplo, pode refletir-se na taxa de mortalidade por complicações da doença, uma das mais altas do país (MUZY *et al.*, 2022).

Posto isto, vale destacar outro importante aspecto, evidenciado na implantação do PTS, que é a fragmentação do cuidado, atribuído à abordagem que cada profissional adota, dentro de uma determinada linha de cuidado, muitas vezes, não integrativa, excluindo a importância da contrarreferência para o profissional da atenção primária, responsável pela continuidade do cuidado.

Considerando que o indivíduo não deve ser visto apenas pelas manifestações clínicas, devemos entender que, por trás daquele portador de um agravo, seja agudo ou crônico, encontramos dores das quais padecem tantos indivíduos, como desemprego, falta de saneamento básico, habitações indignas, relações familiares conflituosas, as quais afetam e, por vezes, determinam o adoecimento ou controle inadequado de uma doença.

Sendo a HAS uma doença de origem multifatorial, Malta *et al* (2022) destacam algumas condições associadas ao seu surgimento, e que também contribuem para o mau controle da HAS, como: obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$); consumo de álcool; síndrome da apneia obstrutiva do sono; síndrome metabólica; estilo de vida sedentário; consumo excessivo de sódio e cafeína; sinais de ansiedade, depressão ou problemas sociais relevantes, entre outros.

Sabendo-se que o alcoolismo produz impactos negativos na vida do indivíduo e de sua família, é essencial que seja uma meta a ser abordada, sob pena de vivenciarem, com precariedade, sua condição de saúde, além do desemprego, a sub-habitação, a desnutrição, a precarização dos serviços de saúde e outras problemáticas que atingem, especialmente, a população de baixa renda, sobre a qual incidem, de forma mais perversa, as desigualdades sociais (Silva; Sousa; Carvalho, 2021).

Outra estratégia, que também encontrou resistência, por parte dos usuários, foi a realização da atividade física, sendo o sedentarismo atribuído às mais diversas justificativas, como falta de tempo, levar a esposa ao trabalho, pegar os filhos na escola, entre outros. Tal estratégia, segundo Pereira; Rech; Morini (2021), representa uma importante intervenção no processo de autocuidado, modificando a ideia, que muitos pacientes ainda têm, de esperar do profissional da atenção primária, do especialista e dos exames complementares a resolução de seus problemas em saúde.

Para Inácio *et al* (2021), o tratamento não medicamentoso da HAS e DM são extremamente importantes, como a adesão aos programas de atividades físicas e alimentação adequada, pois são capazes de contribuir para a regulação da pressão arterial, tratamento de dislipidemias e da obesidade. Nesse contexto, a baixa atividade física eleva o sedentarismo ao posto mais alto, dentre as condições que dificultam o adequado controle, bem como aumenta o risco para que elas surjam na população geral.

Com esse propósito, torna-se imprescindível que os cuidados de saúde estejam voltados para a promoção de autonomia e da autorresponsabilidade, a fim de que o indivíduo se responsabilize pelo autocuidado, bem como tenha capacidade de tomar decisões sobre sua condição de saúde. Para legitimar tal proposição, Kammer *et al* (2020) destacam a importância da autonomia no contexto da saúde, que deve ser vista através da forma com a qual o sujeito se relaciona com sua rede de apoio, pois o entendimento do sujeito no serviço de saúde precisa estar de acordo com estratégias de cuidado, que possibilitem inseri-lo como protagonista, proporcionando sua intenção no processo saúde-doença.

Diante disso, vale destacar a importância da clínica ampliada, uma vez que, a partir da mesma, os cuidados de saúde são elaborados com base na decisão compartilhada, a qual médico e paciente decidem juntos sobre tratamentos, exames e outras condutas pertinentes a sua patologia (Umpierre; Engel, 2019).

3.3 Pontos positivos

Em face do exposto, a elaboração de um PTS, mesmo com a elevada demanda que a ESF tem, é capaz de facilitar o processo de trabalho dos profissionais, uma vez que encontra as justificativas para o adoecimento e dificuldade no autocuidado dos indivíduos. Por sua essência, essa ferramenta incentiva a autonomia do sujeito, que contribui para uma maior adesão ao tratamento e, conseqüentemente, ao cuidado de sua saúde.

Outro ponto positivo a ser mencionado, trata-se do envolvimento da equipe de saúde, bem como dos usuários para facilitar o cuidado e promover mudanças no contexto de saúde do território. Aqui, destaco a participação dos usuários, abrindo suas casas para que a equipe pudesse realizar os atendimentos mensais, em cada microárea, a fim de resgatar os hipertensos e diabéticos com dificuldade de chegar até a USF.

A melhora no controle pressórico, com menos idas à USF por picos hipertensivos, a redução no consumo de bebidas alcoólicas, bem como o estímulo à promoção da saúde mental foram frutos colhidos com a implementação do PTS.

Mesmo com a necessidade de ajustar algumas metas e resistência encontrada para a realização de algumas delas, pode-se perceber uma evolução positiva em situações como a abordada, uma vez que desenvolver estratégias que intensifiquem o cuidado para um determinado grupo populacional, pode gerar um maior impacto na saúde, dada à melhoria da assistência ofertada.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em virtude da vulnerabilidade social, a qual as famílias estão expostas, muitos são os fatores que influenciam no adoecimento, bem como impactam de forma negativa no controle satisfatório de seus agravos. Nesse sentido, a utilização de instrumentos de abordagem familiar vem facilitar a assistência a esses usuários, visto que é capaz de modificar práticas assistenciais já consolidadas.

Em decorrência da demanda elevada, bem como de outras atribuições na unidade, nós, profissionais, somos impelidos, muitas vezes, a ofertar uma assistência mais mecanicista, para podermos atender todas as demandas que chegam até nós, diariamente. Quando nos percebemos assim, é interessante revermos nossas condutas, voltando à atenção para demandas mais complexas, as quais seriam casos eleitos para um PTS, por exemplo.

A construção e aplicação de um PTS contribuíram para uma experiência enriquecedora na vivência da residência médica, uma vez que se trata de uma ferramenta essencial no planejamento de ações voltadas a atender às necessidades de saúde da população, além de prestar-se como base para a construção das linhas de cuidado, que garantem a integralidade na assistência à saúde.

É extremamente importante a composição das equipes por profissionais com especialização em saúde da família, haja vista que facilita o atendimento das necessidades de saúde da comunidade. Tal constatação é justificada pela possibilidade de conhecer o contexto familiar, no qual o usuário está inserido, além de todos os outros fatores envolvidos da determinação de seu agravo.

Uma vez inseridos na estratégia de saúde da família, estes profissionais prestam assistência às famílias adscritas e, nesse contato, a realidade de cada usuário passa a ser conhecida. Esse acesso é possível, a partir do momento que se estabelece um vínculo com o indivíduo-família-comunidade, os quais confiam sua saúde, de tal maneira, que a atuação dos profissionais represente a esperança de alguma mudança no cenário de saúde.

Através dessa vivência, foi possível ampliar o conhecimento sobre a utilização das ferramentas de abordagem familiar na assistência às famílias, cadastradas no território, com ênfase para o projeto terapêutico singular (PTS), o qual envolve toda a equipe, bem como outros profissionais da rede.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Amanda Pereira, *et al.* **Ferramentas de abordagem familiar na Estratégia Saúde da Família**: relato de caso da Equipe Vila Greyce em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2015. Disponível em: < <https://www.efdeportes.com/efd202/abordagem-familiar-na-estrategia-saude.htm> > Acesso em 15 abr. 2022
- BAPTISTA, Juliana Ávila *et al.* Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.02, n.73, 2020. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0508> > Acesso em 20 set. 2022
- BARBOSA, N. G.; ZANETTI, A. C. G.; SOUZA, J. Genograma e ecomapa como estratégias lúdicas de ensino de enfermagem na Atenção Primária à Saúde. EXPERIENCE REPORT • **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.03, n.74, 2021. Disponível em : < <https://www.scielo.br/j/reben/a/knTzVbMqfjXn6HssrdN3fJm/?lang=en#> > Acesso em 16 mar. de 2023
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**, 2017. Brasília: MS, 2017. Acesso em 15 mai. 2022.
- CORREIA, R. L. O ecomapa na prática terapêutica ocupacional: uma ferramenta para o mapeamento das percepções sobre a participação nas redes sociais de suporte. **Revisbrato**, v.01, n.01, 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/4263> > Acesso 09 jun. 2022
- COSTA, J. R. U. S.; GARCIA, C. A.; LIMA JÚNIOR, E. M. Relato de experiência: utilização do projeto terapêutico singular como estratégia de produção de um cuidado integral. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, v. único, n.07, 2020. Disponível em <https://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_28/Trabalho_> Acesso em 16 de abr. 2022.
- DEPOLE, B. de F. *et al.* Projeto terapêutico singular: uma visão panorâmica de sua expressão na produção científica brasileira. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, ISSN 2595-2420, Florianópolis, v.14, n.38, p.01-25, 2022. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/73119>> Acesso em out 2023.
- DIAS, L. C. Abordagem familiar. In GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- FAGUNDES, L. C., *et al.* Aplicação das ferramentas de abordagem familiar em uma ESF de um município de Minas Gerais: um relato de caso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 12, p. e4970, 2020. Acesso em 18 set. 2022.
- GUIMARÃES, A. C. R. ; PEREIRA, Q. L. C. ; FERREIRA , A. B. . Implementation of the Singular Therapeutic Plan in Primary Care: Strengths and potential obstacles. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 12, n. 10, p. e08121043341, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i10.43341. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/43341>. Acesso em: 16 jan. 2024.
- INÁCIO, G. P. .; FONTANA, A. P. .; PEIXOTO, D. B. .; MACHADO, A. V. .; XAVIER, F. D. S. .; MENEZES, M. S. .; AQUINO, M. A. R. .; INÁCIO, J. P. . A importância da atividade

física e alimentação na hipertensão arterial. **Journal Archives of Health**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 166–170, 2021. DOI: 10.46919/archv2n2-003. Disponível em: <https://ojs.latinamericanpublicacoes.com.br/ojs/index.php/ah/article/view/271>. Acesso em: 20 jan. 2024.

JESUS, F. A. *et al.* Utilização das ferramentas de abordagem familiar como subsídio para o cuidado multiprofissional no âmbito da estratégia saúde da família. **Saúde.com**, [S. l.], v. 15, n. 04, 2020. DOI: 10.22481/rsc.v15i4.4983. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/4983>. Acesso em: 01 out. 2022.

KAMMER, K. P.; MORO, L. M.; ROCHA, K. B. Concepções e práticas de autonomia em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): desafios cotidianos. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo , v. 20, n. 47, p. 36-50, 2020 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 mar. 2023.

MALTA, D.C. *et al.* Hipertensão arterial e fatores associados: pesquisa nacional de saúde. **Rev Saude Pública**. v. 56, n.122, 2022. Doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004177 Disponível em: <<http://www.rsp.fsp.usp.br/>> Acesso em 19 jan. 2024.

MUZY, J.; CAMPOS, M. R.; EMMERICK, I.; SABINO, R. Oferta e demanda de procedimentos atribuíveis ao diabetes mellitus e suas complicações no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.27, n.04, 2022 • Disponível em :https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.05612021__ Acesso em 10 out 2023

OLIVEIRA, V. C. A., *et al.* Aplicação de ferramentas de abordagem familiar na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S. l.], v. 30, n. 4, 2017. DOI: 10.5020/18061230.2017.6682. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6682> >Acesso em 31 mai. 2022.

PAZ, B.L.; SILVA, A. M. M. Tecendo o cuidado :a atividade de técnico de referência em serviços de saúde mental. **Sanare-Revista de Políticas Públicas** (Sobral, Online), v. 22, n.1, pp:109-115, 2023. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1631>>. Acesso em 20 jan. 2024.

PEREIRA, L. F.; RECH, C. R.; MORINI, S. Autonomia e Práticas Integrativas e Complementares: significados e relações para usuários e profissionais da Atenção Primária à Saúde. Artigos • **Interface** (Botucatu), v. 25, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.200079>>. Acesso em jul 23.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n. 06, p.1903-1913, 2018. Disponível em < <https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWPJFt6LFk/abstract/?lang=pt>> Acesso em 20 set. 2022.

RAWAF, S.; RAWAF, D. L. Médico de Família e Comunidade na saúde pública in GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti.; DIAS, Lêda Chaves. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2019.

RIBEIRO, T. N. **A construção do Projeto Terapêutico Singular com usuários com sofrimento psíquico relacionado ao trabalho**: a perspectiva de trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial III adulto . 2021. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021. doi:10.11606/T.6.2021.tde-26102021-161408. Acesso em 22 set. 2022.

SÁ, G. R. da S. *et al.* Políticas públicas de saúde e a organização do SUS. In: SILVA, M.N., FLAUZINO, R.F., GONDIM, G.M.M., eds. **Rede de frio**: fundamentos para a compreensão do trabalho [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017, pp. 51-82. ISBN: 978-65-5708-091-7. Disponível em : <<https://doi.org/10.7476/9786557080917.0004>> Acesso em 10 set. 2022

SILVA, MJV; SOUSA, SNV; CARVALHO, CR. Impacto do alcoolismo na vida social e familiar. **REVISA**, v.10, n.03, p.481-92, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n3.p.481a492>> Acesso 19 out 2023

SILVA, R.S.; *et al.* Family conference in palliative care: concept analysis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.71, n.1, 2018; p. 206-13. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0055>> Acesso em 18 jan. 2024.

SILVA JÚNIOR, O. J. *et al.* Ensino em serviço na perspectiva da Clínica Ampliada: relato de experiência. **Revista da ABENO**, [S. l.], v. 17, n. 4, p.153–159, 2018. DOI: 10.30979/rev.abeno.v17i4.489. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/489>. Acesso em 10 out. 2022.

UMPIERRE, R; ENGEL, L. Tomando decisões compartilhadas: colocando a pessoa no centro do cuidado In GUSSO, G.; LOPES, J.M.C.; DIAS, L.C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2019.

WAHHAB, K. K. *et al.* Políticas públicas de saúde no brasil: uma trajetória do império a criação do sus . **Revista Contexto & Educação**, [S. l.], v. 37, n. 117, p. 38–49, 2022. DOI: 10.21527/2179-1309.2022.117.12871. Disponível em: <https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoeducacao/article/view/12871>. Acesso em: 4 dez. 2023.