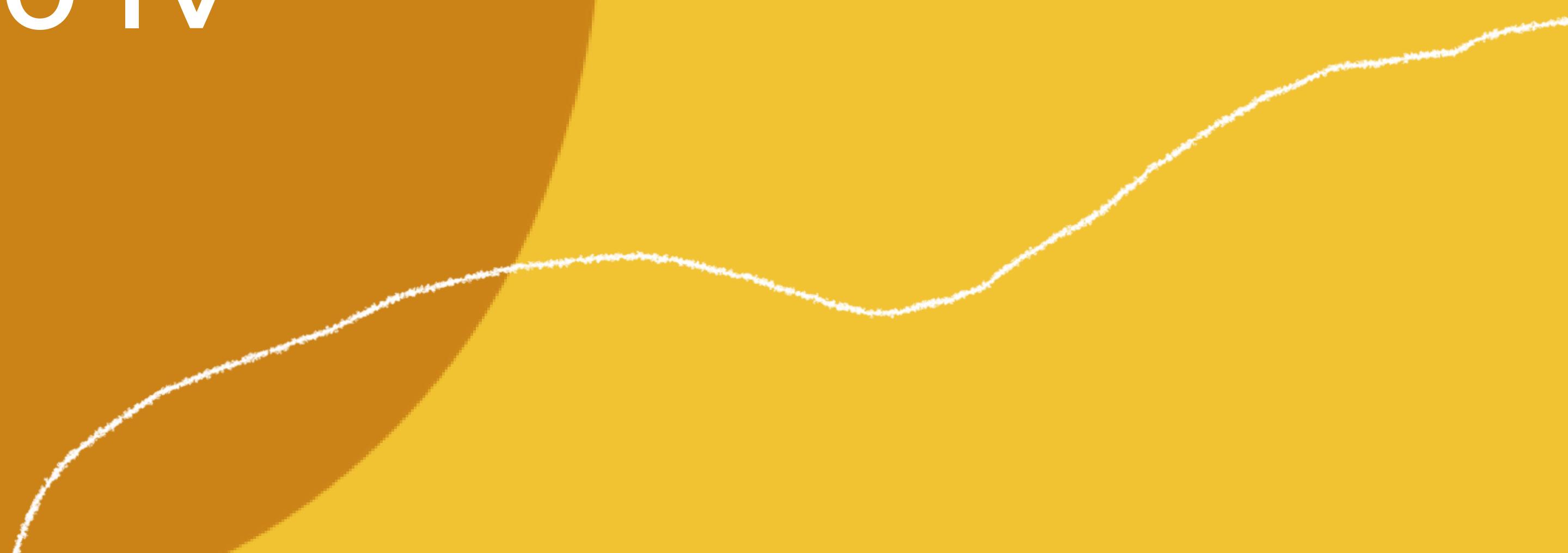
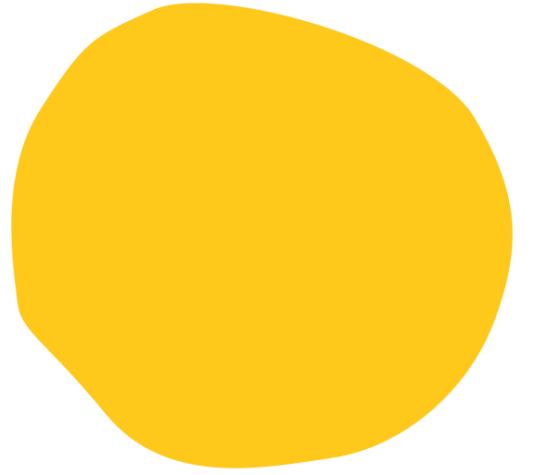


Módulo IV



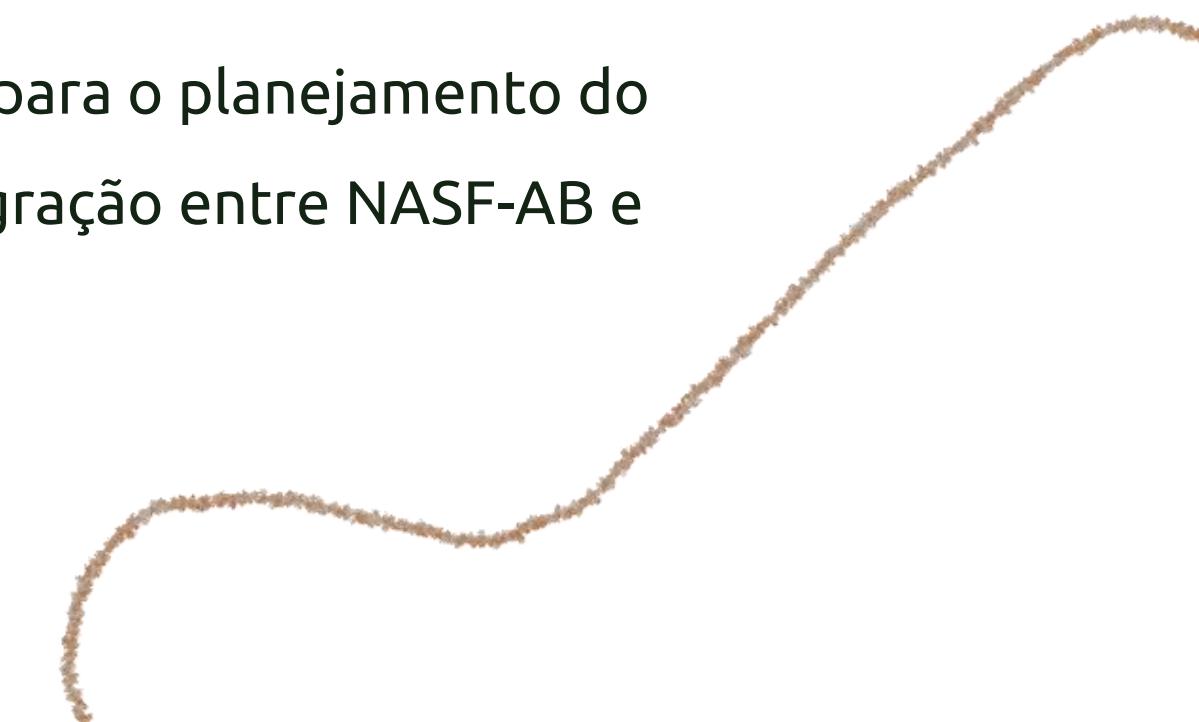
Projeto Terapêutico Singular (PTS)

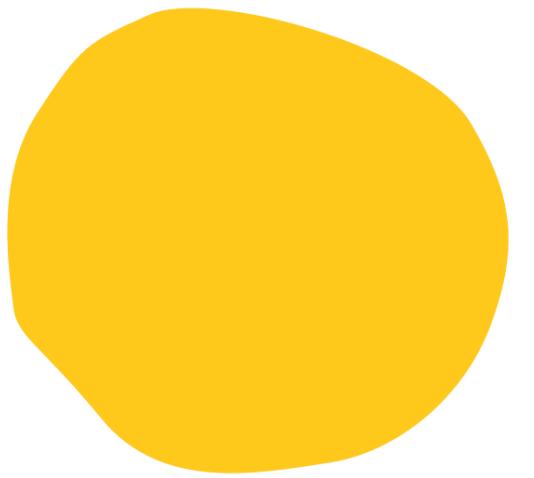
Projeto Terapêutico Singular (PTS)



Olá! Você chegou ao Módulo IV, o último módulo deste curso. Ficamos felizes com seu progresso. Os objetivos desse módulo são:

- Apresentar o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como uma ferramenta para planejamento do cuidado centrado nas necessidades da pessoa com sobrepeso/obesidade e na integração entre NASF-AB e eSF;
- Apresentar as etapas de elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) para o planejamento do cuidado de um caso clínico, centrado nas necessidades da pessoa e na integração entre NASF-AB e eSF.



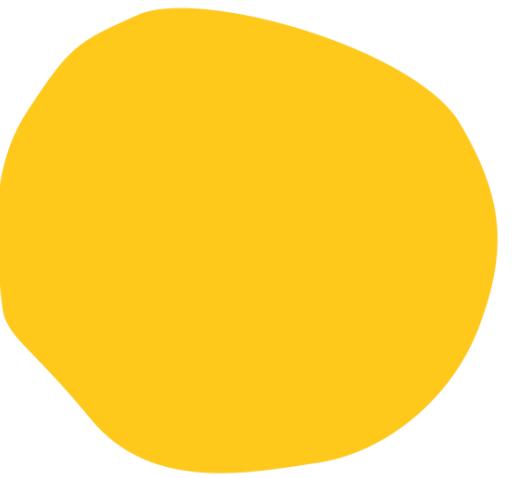


O que compõe este módulo:

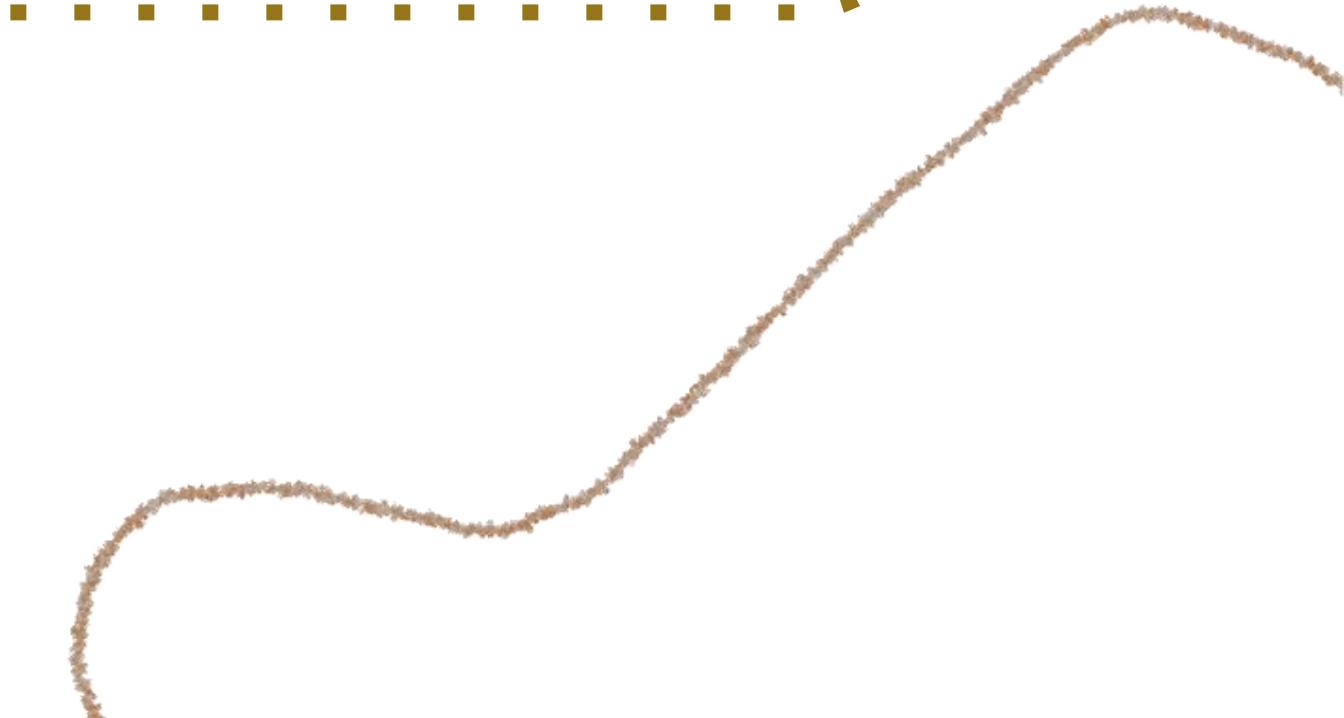
- Aula 1 - O Projeto Terapêutico Singular (PTS)
- Aula 2 - Como é elaborado o Projeto Terapêutico Singular (PTS)?
- “Para saber mais”
- 4^a Atividade
- Fechamento do curso



Orientações



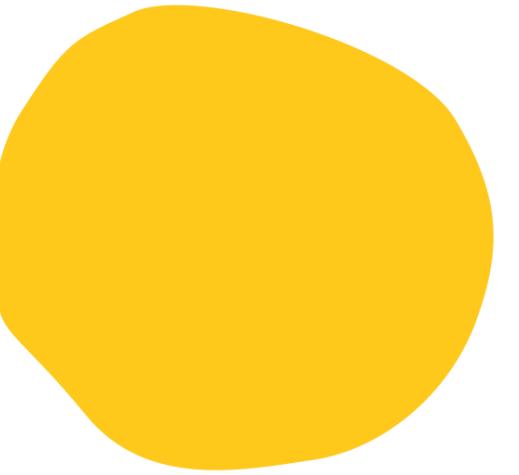
- Neste Módulo, você deverá ler e assistir aos conteúdos apresentados nas aulas. Estudar os materiais e as referências nos *links* “Para saber mais”.
-
- E, realizar 4^a Atividade, que consiste em avaliar o PTS proposto pela equipe de saúde do caso fictício apresentado e na avaliação do curso.
-



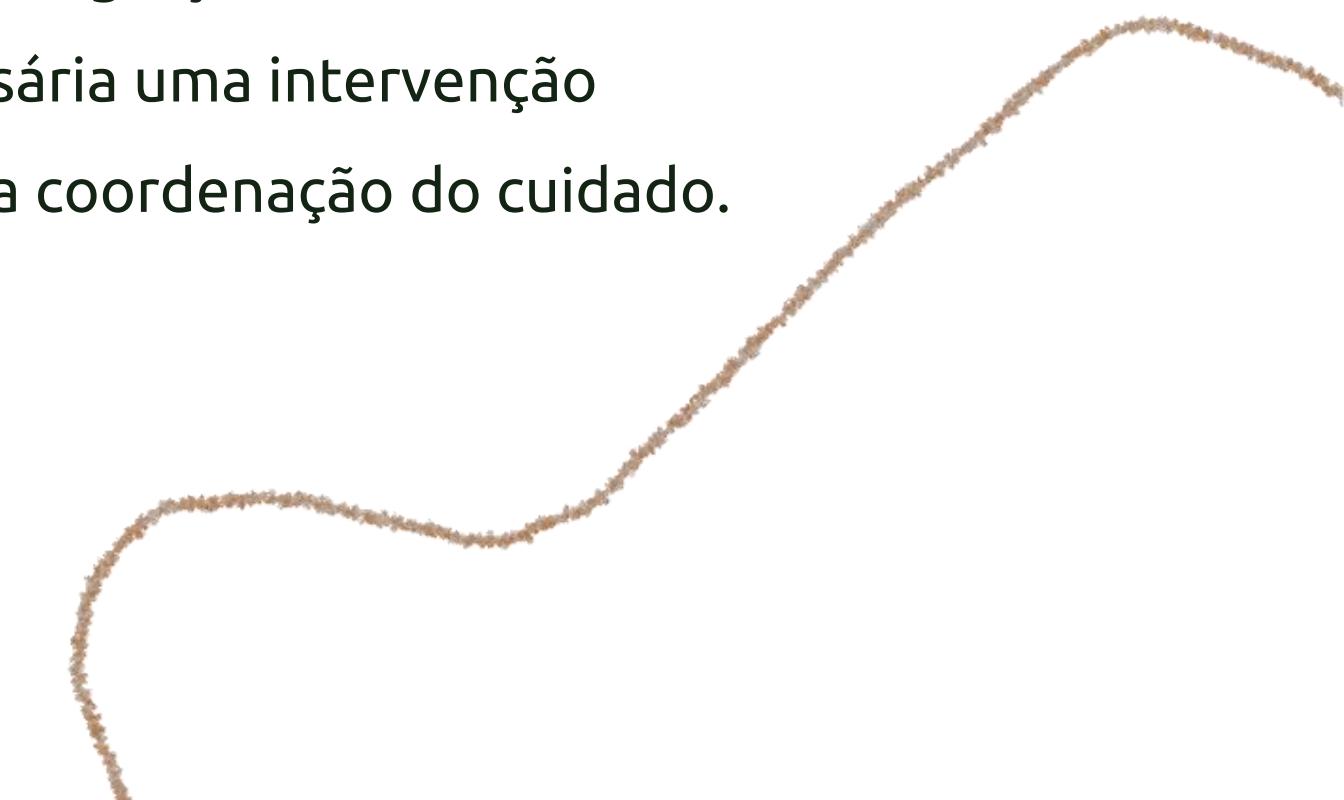
Aula 1

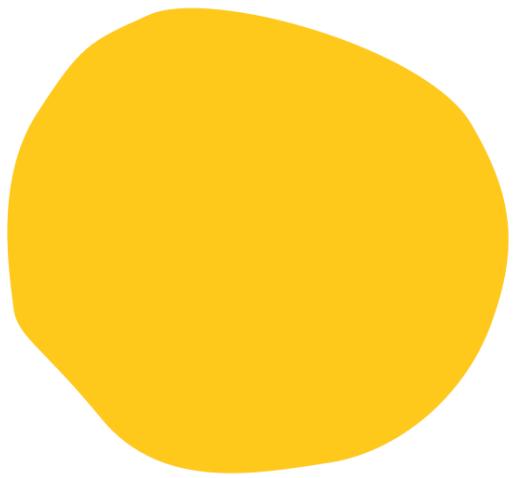
O Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Aula 1: O Projeto Terapêutico Singular (PTS)



O Projeto Terapêutico Singular (PTS) tem como objetivo traçar estratégias de intervenção junto ao usuário, levando em conta os recursos da equipe, do território, da família e do próprio sujeito. O PTS é uma ferramenta que serve para organizar determinados casos entre a equipe multiprofissional e a rede de atenção à saúde. Ele qualifica o cuidado prestado pelas equipes e sua função mais óbvia é atender melhor os usuários. O PTS pode ser utilizado como uma ferramenta do processo de integração entre NASF-AB e equipes vinculadas, permitindo que, mesmo em situações em que seja necessária uma intervenção específica do profissional do NASF-AB, a equipe de referência possa manter a coordenação do cuidado.

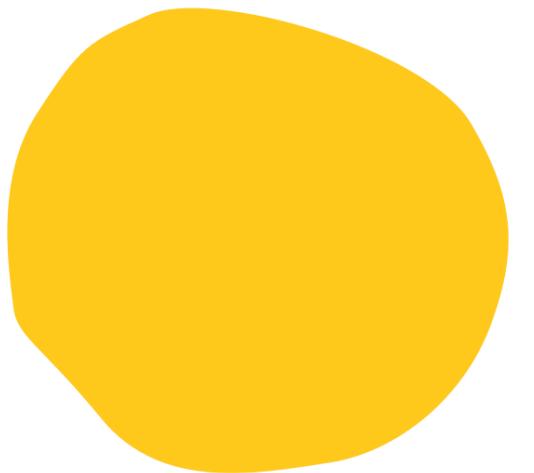




Na Linha de Cuidado do Sobre peso e Obesidade (LCSO), o PTS é uma ferramenta para discussão de “casos clínicos” que pressupõe o envolvimento de diversos saberes reunidos pela equipe, para traçar estratégias de cuidado que envolvam os diversos recursos da família, do território e do próprio sujeito (BRASIL, 2014).

Com base na anamnese realizada, a equipe pode elaborar um PTS, no qual são apontados aspectos que podem ser valorizados e estimulados por já fazerem parte do cotidiano do indivíduo. É necessário escolher estratégias viáveis de serem incorporadas no dia a dia, conforme o seu diagnóstico clínico-nutricional (BRASIL, 2014). É importante lembrar que sempre que possível o atendimento deve ser feito por equipe multiprofissional, tendo em vista as múltiplas causas da obesidade.

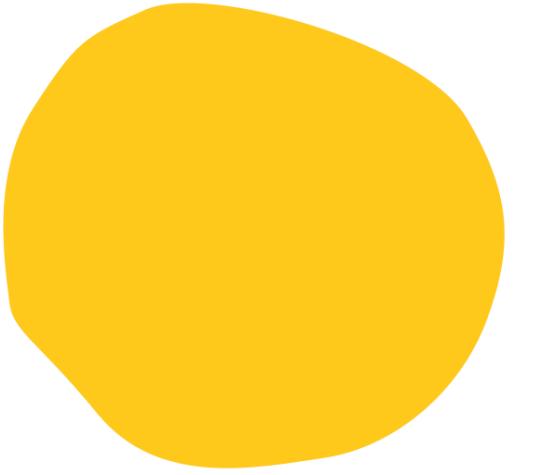




O que é PTS?

É uma ferramenta de organização do cuidado voltada para um indivíduo, família ou coletividade que considera a singularidade e a avaliação de cada caso. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. É composto por um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, que buscam o cuidado integral ao paciente. É construído entre a equipe de saúde e o usuário e é resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar com apoio matricial, se necessário. A construção tem caráter dinâmico sujeito a revisões, uma vez que a situação e as relações estão em constante transformação. O PTS é uma estratégia de cogestão do processo do cuidado, no qual são considerados os indivíduos ou grupos em situação de vulnerabilidade.

(UNA-SUS, 2016)



Assista ao vídeo e responda à questão da próxima página.



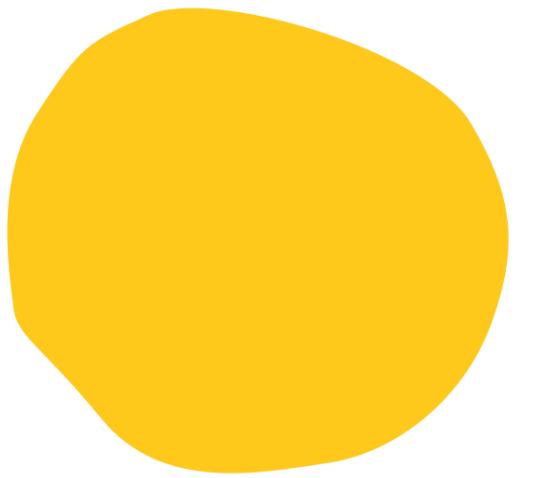
Clique na imagem para acessar

Projeto Terapêutico Singular | NASF-AB

(7min38seg)

Secretaria de Atenção Primária à Saúde

Link: https://youtu.be/dcC7Uh_zc0I



Na sua unidade/equipe vocês trabalham com PTS? Se sim, como avaliam que sua utilização contribuiu para melhorar a qualidade do cuidado? Se não, quais outras estratégias têm utilizado para planejar o cuidado à saúde?

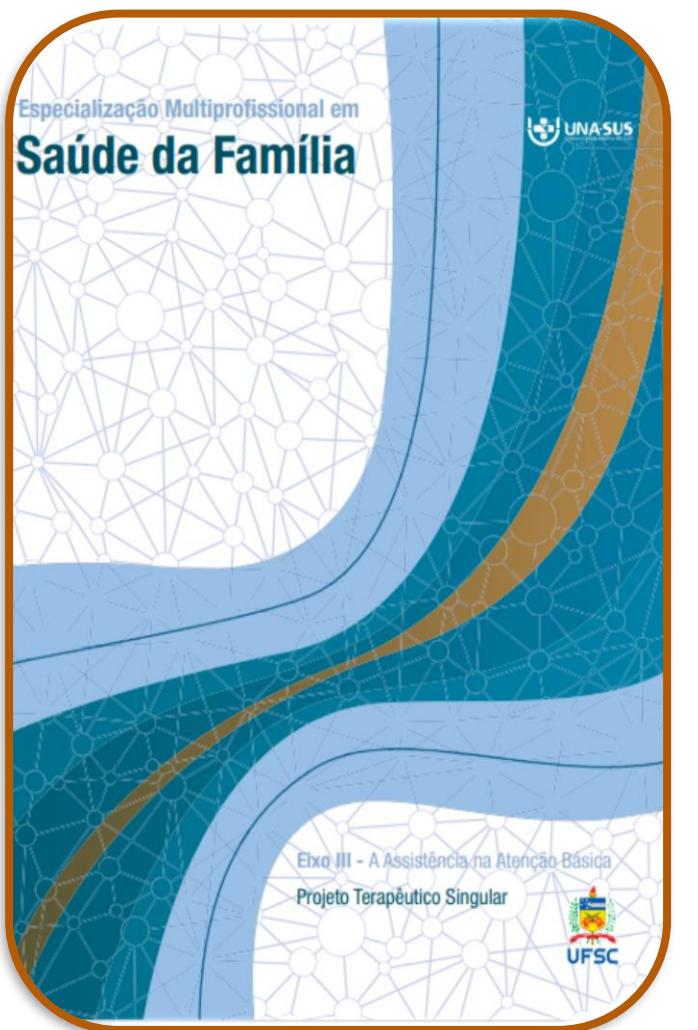
Registre sua resposta no espaço abaixo.

A large red rectangular box with a dotted border, intended for writing a response. The box is positioned centrally below the question and above the page number.

Para saber mais

Para ler

Projeto terapêutico singular
Universidade Federal de
Santa Catarina, 2012.



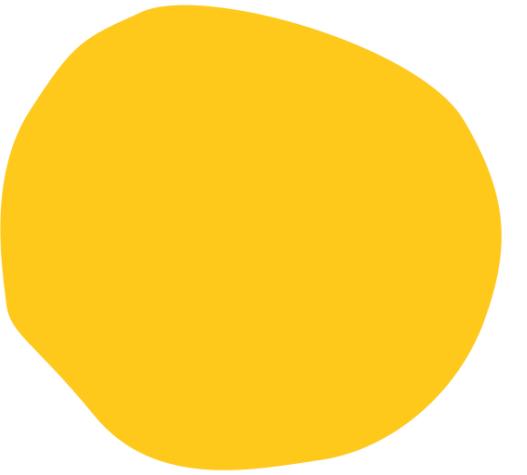
Clique nas imagens para acessar



Aula 2

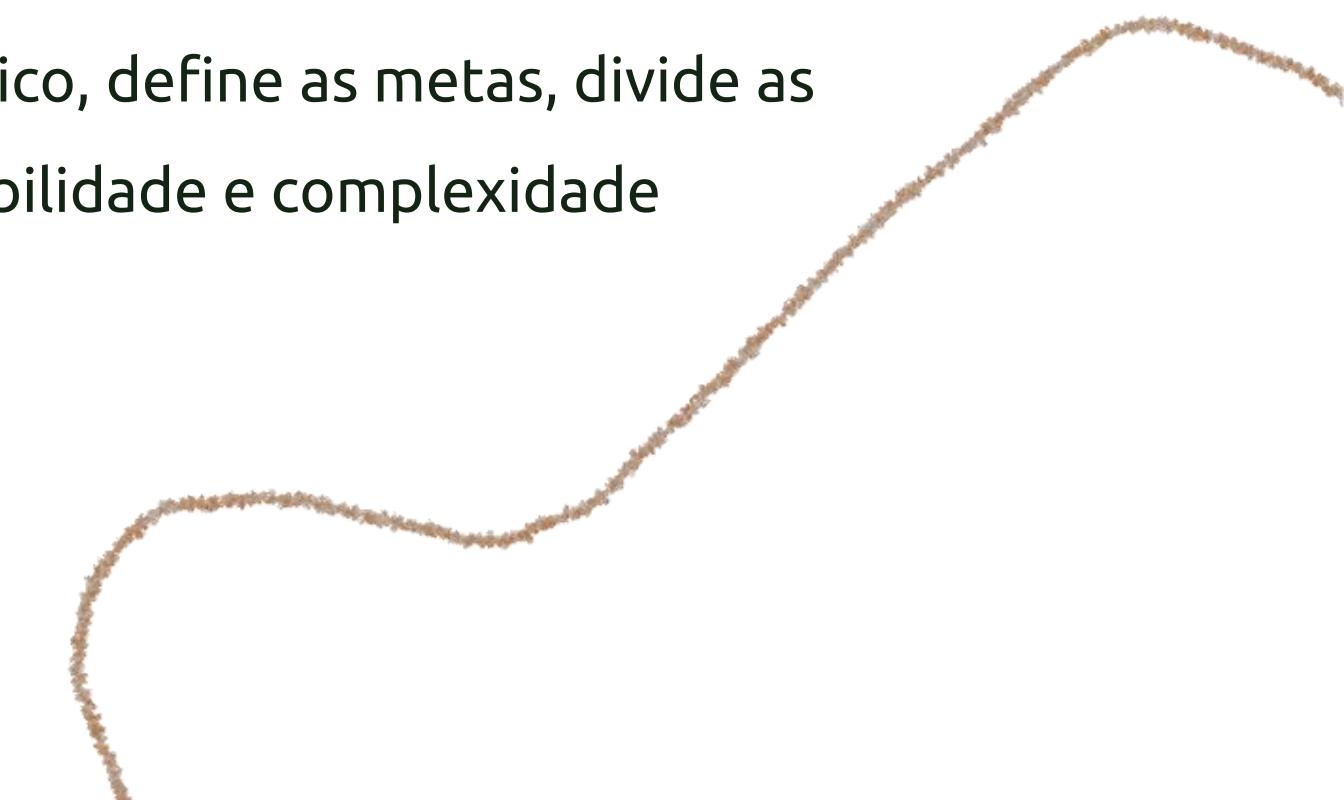
Como é elaborado o Projeto Terapêutico Singular?

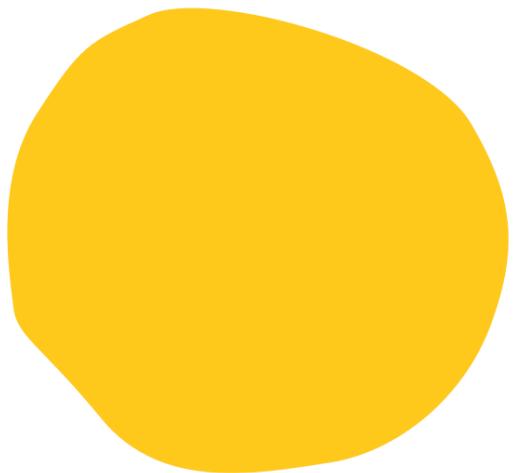
Aula 2: Como é elaborado o Projeto Terapêutico Singular?



O PTS envolve diferentes saberes dentro das equipes para o enfrentamento de casos complexos e casos que ocorrem com frequência no seu território, os quais exigem atenção especial. Nesta aula, você poderá aprofundar seus conhecimentos sobre esta ferramenta e participar de sua elaboração a partir de um caso fictício. Continue por aqui!

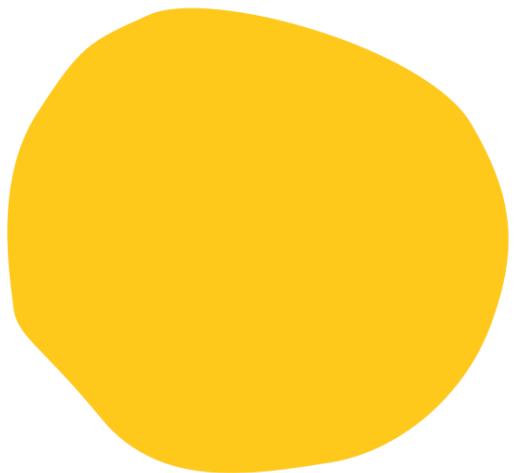
O PTS se desenvolve em quatro momentos, onde a equipe realiza o diagnóstico, define as metas, divide as responsabilidades e reavalia casos de usuários em situação de maior vulnerabilidade e complexidade (BRASIL, 2010).





Modelo para a elaboração do PTS



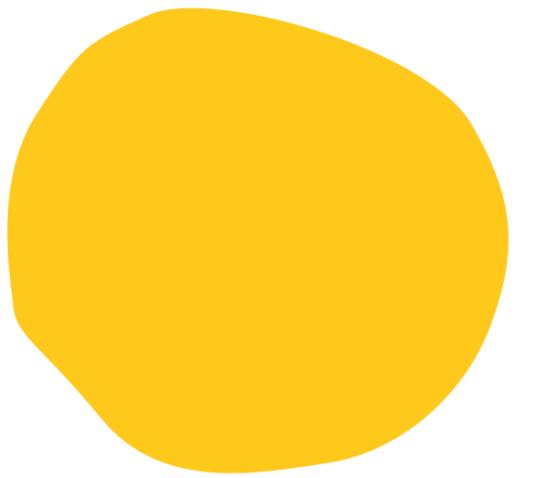


Etapa 1 - **Diagnóstico**: Avaliação/problematização dos aspectos orgânicos, psicológicos, sociais e ambientais, buscando facilitar uma conclusão, ainda que provisória, a respeito dos riscos e da vulnerabilidade da/o usuária/o.

Etapa 2 - **Definição das metas**: sobre os problemas, a equipe trabalha as propostas de curto, médio e longo prazo que serão negociadas com a/o usuária/o e demais pessoas que tenham um papel na situação.

Etapa 3 - **Divisão de responsabilidades**: é importante definir o que cada um deve fazer com clareza. Escolher a/o profissional de referência, que na Atenção Primária pode ser qualquer membro da equipe de Saúde da Família, independentemente da formação.

Etapa 4 - **Reavaliação**: momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções dos rumos tomados.



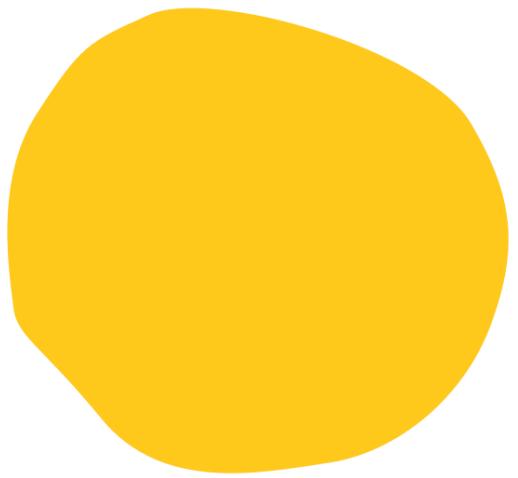
Como iniciar o PTS?

Para iniciar o PTS, a eSF deve se reunir com as/os profissionais do NASF-AB que mais poderão contribuir com o caso. Nessa reunião, todos os aspectos e informações conhecidas sobre a/o usuária/o, sua vida e sua família devem ser consideradas, além da queixa principal, outras necessidades, e o que já foi realizado pela equipe ou por outros serviços.

Em seguida, discute-se com a equipe os determinantes para o agravo em saúde, em uma perspectiva integral, pautada na historicidade e vivência social da/o usuária/o.

Define-se, então, quais profissionais e áreas do serviço de saúde podem atuar no caso.





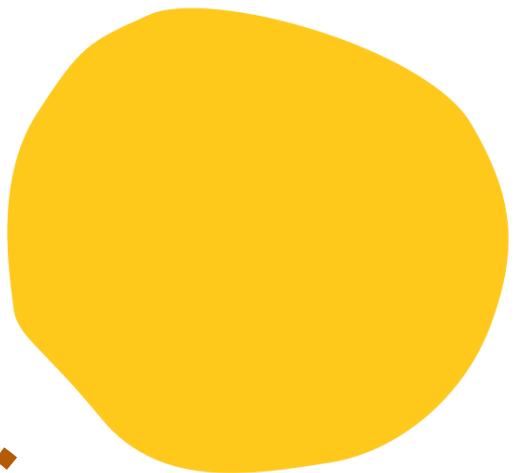
Feito isso, é verificado se há necessidade de articulação com outros serviços de saúde e externos à área para estabelecer quem será o contato entre a/o usuária/o e a equipe.

Nesse momento, novas ações são planejadas.

Por fim, deve-se agendar quantas reuniões forem necessárias para a discussão do caso e sua evolução.

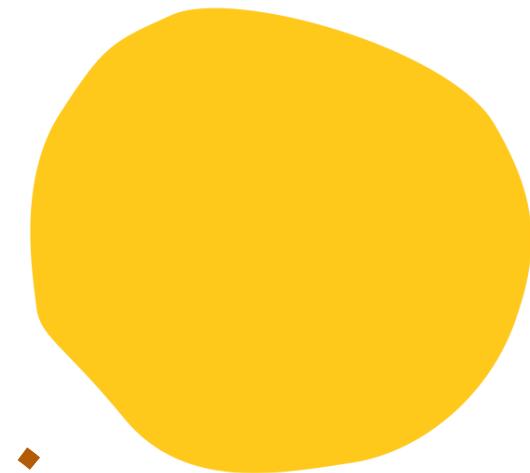
(Adaptado do Curso UNA-SUS- UFSC, 2015.)





Perguntas que as equipes de saúde podem utilizar para iniciar a formulação do PTS:

1. Quem são as pessoas envolvidas no caso?
2. Qual a relação entre elas e delas com as/os profissionais da equipe?
3. Quais as demandas da/o usuária/o ou da coletividade?
4. Quais são e como vemos as dificuldades relacionadas ao caso?
5. A que riscos acreditamos que essa/as pessoa/as está/ão exposta/as?
6. Que processos de vulnerabilidades essas pessoas estão vivenciando?
7. Quais são as potencialidades do indivíduo/coletividade e de seu contexto?
8. Que necessidades de saúde devem ser respondidas nesse caso?
9. O que a/o usuária/o considera como suas necessidades?
10. Quais objetivos quer alcançar?



- 11. Quais objetivos devem ser alcançados no PTS?
- 12. Que hipóteses temos sobre como a problemática se explica e se soluciona?
- 13. Como o usuário imagina que seu “problema” será solucionado?
- 14. Que ações, responsáveis e prazos serão necessários ao PTS?
- 15. Com quem e como iremos negociar e pactuar as ações?
- 16. Como a/o usuária/o e sua família entendem essas ações?
- 17. Qual o papel da/o usuária/o no PTS? O que ela/e acha de assumir essas ações?
- 18. Quem é a/o melhor profissional para assumir o papel de referência?
- 19. Quando provavelmente será preciso discutir ou reavaliar o PTS?
- 20. O que será considerado desfecho positivo ou negativo do PTS?

Fonte: UNA-SUS, 2016

Para saber mais

Para ler

Projeto terapêutico singular
UNA-SUS

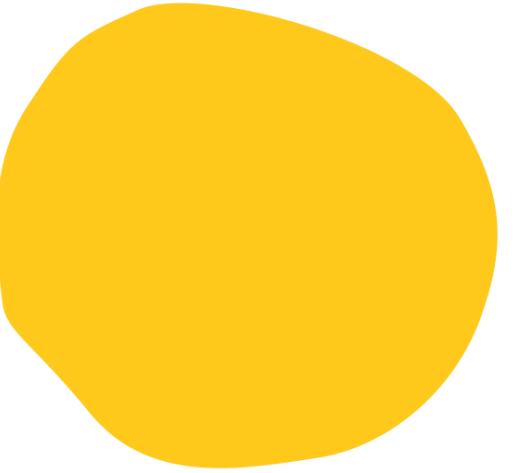


Clique nas imagens para acessar



4^a atividade

4^a atividade, parte 1



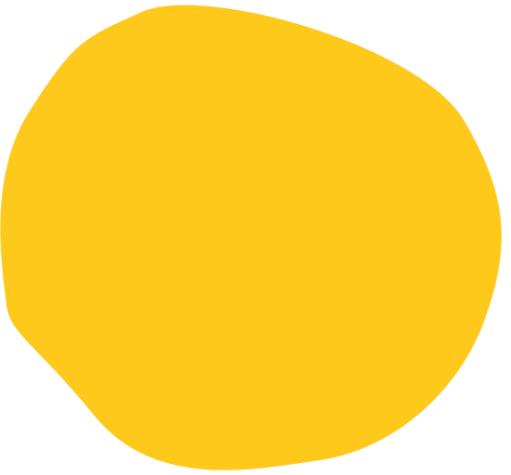
Atenção nutricional como parte do PTS

O caso abaixo a seguir, embora fictício, trata sobre práticas de Apoio Matricial construídas por meio de narrativas reais de diversos profissionais que atuam na atenção primária e baseia-se também em resultados de estudos acadêmicos relacionados ao tema.

Escolhemos este caso porque conta a história de vida comum a muitas famílias que chegam às UBS, além de incluir aspectos da atenção nutricional, entre outras questões de saúde.



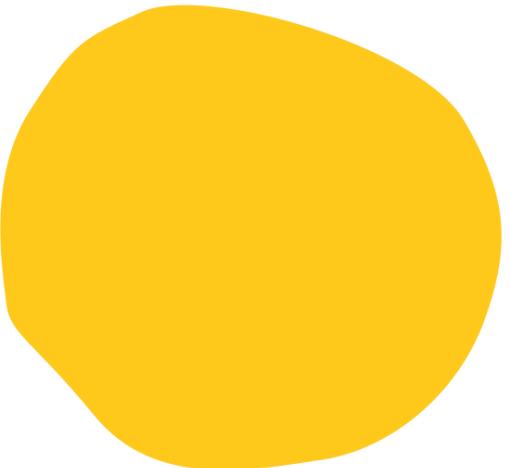
O caso clínico: a história da senhora Josefa Barbosa de Lima



Em reunião de avaliação do serviço, a equipe da UBS Catetinho, junto à equipe do NASF-AB, decidiu rever os arquivos de todos os usuários e usuárias com diagnóstico de doenças crônicas que não apresentaram a evolução esperada na terapêutica adotada, já que observaram o aumento do número de internações de comunitários e comunitárias por complicações de diabetes mellitus tipo II.

Ao realizar o levantamento, focaram a atenção na história da senhora Josefa Barbosa de Lima, dona de casa, 70 anos, que, pelos critérios da análise, se apresentava com uma complexidade típica para a elaboração de um PTS. Dona Josefa é moradora antiga na comunidade e tinha grande vínculo com a equipe, sobretudo com a agente comunitária de saúde (ACS) Beth, também moradora do local.

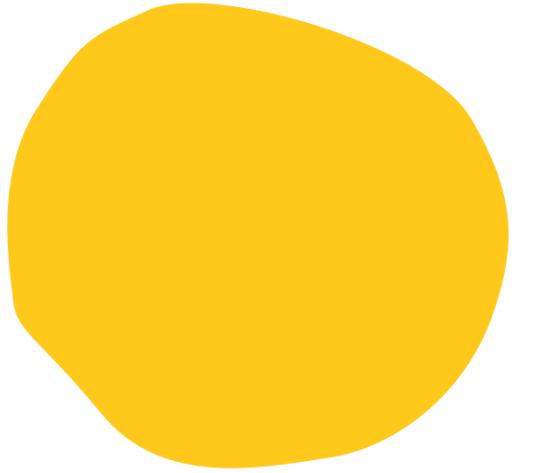
Dona Josefa recebeu uma visita da agente Beth sugerindo que ela comparecesse, juntamente com seus familiares, para uma consulta no espaço de atividades coletivas da UBS. A proposta da equipe era fazer um atendimento compartilhado entre a equipe e a família de Dona Josefa para a coprodução e cogestão dos processos terapêuticos.



Dona Josefa ficou agradecida e compareceu com o marido, Sr. Raimundo, 72 anos, a filha Laura, 40 anos e a netinha Gabriela, de 15 anos. De início, a nutricionista do NASF-AB pediu que a Sra. Josefa falasse um pouco sobre a sua história, a composição de sua família e como se dava sua relação com o autocuidado.

Com a ajuda dos demais membros da equipe, as informações sobre os cuidados recebidos nos serviços de saúde foram complementadas. Foi dito que, naquele momento, a equipe e sua família estariam disponíveis para ouvi-la e, juntos, iriam construir novas propostas de cuidado para melhorar sua saúde e qualidade de vida.

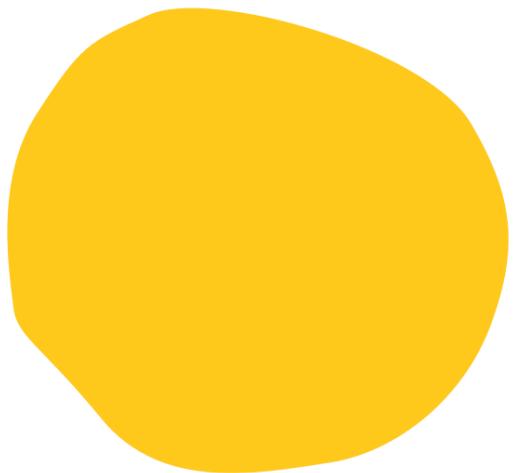
Josefa começou se apresentando: 70 anos de idade, teve seu diagnóstico de diabetes há 16 anos e tem pressão alta; é casada com o Sr. Raimundo que segundo ela também tem pressão alta e que os filhos e neta são saudáveis (SIC). Na conversa entre ela e a equipe, evidenciou-se que, no princípio, a resposta ao tratamento e mudanças no estilo de vida propostas foram efetivas para a melhoria de sua saúde.



Essas também foram bem aceitas no contexto familiar, havendo relação de cuidado compartilhado entre a Sra. Josefa, sua filha – que auxiliava na elaboração da alimentação e na organização da medicação – a médica, a nutricionista e a equipe de enfermagem. Contudo, com 10 anos de tratamento na mesma UBS, ela não respondeu mais à terapia medicamentosa oral e começou o uso da insulina NPH.

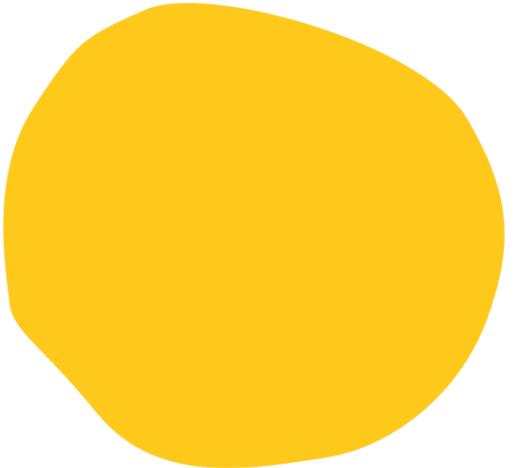
Em pouco tempo, a equipe começou a acompanhar o aumento das doses. Atualmente, faz uso da insulina NPH (24UI antes do café-da-manhã, 8UI antes do almoço e 14UI antes de dormir). A filha, que mora na mesma casa que os pais, a ajudava na administração da insulina, mas, devido aos horários do trabalho, só conseguia administrar à noite, ficando a cargo da Sra. Josefa a administração nos demais horários.

A eSF, por várias vezes, revisitou o plano terapêutico (hábitos alimentares, atividade física, tratamento medicamentoso) junto à Sra. Josefa, mas não era perceptível a evolução favorável. Durante a última consulta, a enfermeira observou os resultados de alguns exames que haviam sido realizados:



RESULTADOS DOS EXAMES DA SRA. JOSEFA

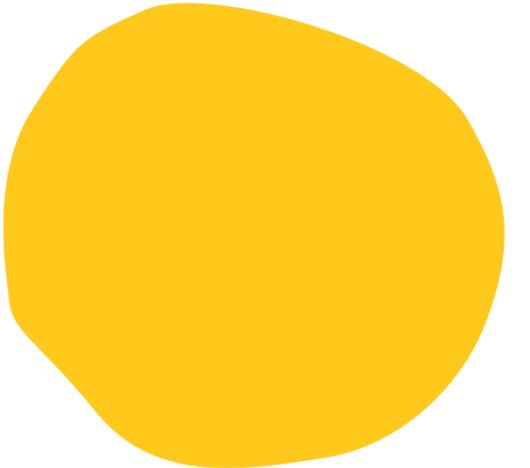
- HbA1c: 11% Proteinúria leve
- Glicemia em jejum: 230 mg/dl
- Relação Albumina/Creatinina (ACR): 4,5 mg/mmol
- Taxa de Filtração Glomerular: 60 ml/min
- Ureia: 22 mg/dl
- Creatinina: 1,35mg/dl
- Colesterol total: 248 mg/dl HDL: 30,8 mg/dl
- Triglicerídeos: 204mg/dl
- Resultado da Retinografia: Retinopatia diabética
- ECG: sem alterações
- Ao exame físico: Altura: 1,56 Peso: 76,8 kg IMC: 31,2 kg/m²
- Circunferência Abdominal: 92 cm
- Pressão arterial: 150x10 mmHg P: 84 bpm



No exame dos pés com o monofilamento, observou-se hiperpigmentação do pé direito com diminuição da sensibilidade e frieza, com cianose em um dos artelhos. A Sra. Josefa relatou que nos últimos meses tem sentido formigamento (parestesia) nos pés várias vezes ao dia, além de cãibras nas pernas.

Ao ser perguntada sobre sua alimentação, a Sra. Josefa referiu que se alimenta bem, três vezes ao dia. No café da manhã, por volta das 6 horas, junto da neta e do esposo, consome:

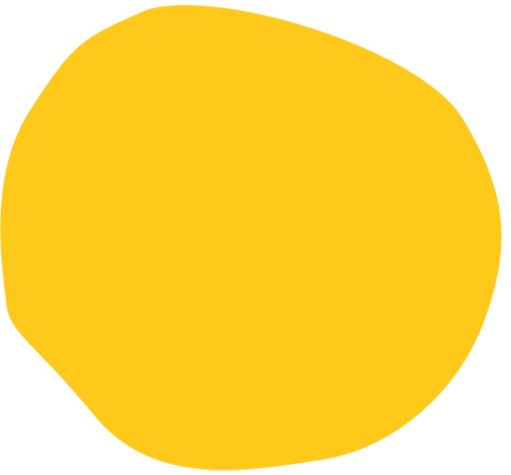
- 1 xícara “grande” de café preto com adoçante, não sabendo dizer quantas gotas;
- 1 pão com margarina; Só volta a se alimentar no almoço, próximo ao meio-dia, onde come “bem”:
 - 1 concha cheia de feijão com farinha;
 - 2 escumadeiras de arroz branco;
 - 1 pegador de macarrão com molho de tomate;
 - 1 pedaço pequeno de carne cozida, ou 1 ovo frito/cozido ou pedaço pequeno de frango cozido.



Informou que gosta de comer de vez em quando o almoço acompanhado de uma banana. Prepara essa refeição no capricho, para ela e o esposo. A única da casa que come verduras e legumes é a neta, e a Sra. Josefa prepara com carinho uma porção para ela. Diz que não consegue comer verduras, porque acha que não tem gosto de nada.

Se tiver alguma visita à tarde, ela serve cafezinho com bolacha de água e sal com margarina ou bolo de fubá. Do contrário, só volta a comer à noite, às 19 horas, quando a filha retorna do trabalho. O jantar da família geralmente é sopa de feijão com macarrão e carne, ou algo que tenha sobrado do almoço. Diz sentir muita falta do filho mais velho, o Marcos, 45 anos, que mora em outra cidade. E ficou preocupada quando soube que ele fez alguns exames e que “também está com o açúcar alto no sangue”.

Desde que soube disso, tem chorado a noite sozinha, preocupada com a saúde do filho. A enfermeira verificou a glicemia capilar, durante a consulta, e estava em 234 mg/dl. No dia seguinte, realizou visita domiciliar antes da aplicação da insulina e verificou que a Sra. Josefa não estava conseguindo aspirar na seringa a quantidade suficiente e tampouco administrar corretamente, pois estava com dificuldade de enxergar.



Além da insulina, faz uso de inibidor da IECA (enalapril, 1 comprimido de 20 mg, 1 vez ao dia) e hidroclorotiazida 25 mg (1 comprimido 1 vez dia). Após definição sobre as melhores estratégias terapêuticas construídas em conjunto com a equipe de referência, os profissionais do NASF-AB e a sra. Josefa e sua família, estruturou-se o seguinte plano terapêutico:

Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Indivíduo	Diagnóstico	Metas
JBL, sexo feminino, 70 anos, dona de casa, moradora da comunidade do Catetinho, esposa do Sr. Raimundo, mãe do Marcos e da Laura e avó da Gabriela.	<p>Diabetes tipo II de difícil controle em uso de insulinoterapia (NPH, 3 vezes ao dia), HAS (uso de inibidor da IECA e diurético).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dislipidemia. • Insuficiência Renal Crônica (IRC) em estágio leve (ou funcional). • Retinopatia diabética. • Administração irregular da insulina. • Ansiedade e angústia emocional, relacionada à saúde do filho. 	<p>Metas de curto prazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administração correta da insulina. • Reunião com a presença do esposo, filha e neta para orientação quanto às questões gerais do diabetes mellitus e participação na elaboração do PTS. • Reavaliação da medicação de controle pressórico e avaliação da função renal. • Controle glicêmico. <p>Metas de médio prazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adoção de um novo plano alimentar para melhorar hábitos alimentares, com orientação do nutricionista. • Participar do grupo de práticas corporais da UBS. • Avaliação com cirurgião vascular (pé diabético). • Encaminhamento para oftalmologista – tratamento da retinopatia. <p>Metas de longo prazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mudança nos hábitos alimentares, com orientação do nutricionista. • Adoção de caminhadas leves diárias por 30 min.

Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Divisão de responsabilidades da Equipe	Reavaliação
<ul style="list-style-type: none">• ACS Beth junto à médica da eSF → articulação com a família para a reunião sobre o PTS.• Nutricionista → construção e pactuação de estratégias alimentares junto a Sra. Josefa e seus familiares; compartilhamento com membros da eSF sobre as estratégias alimentares definidas e pactuação do monitoramento e avaliação das mesmas.• Enfermeira → acompanhamento da avaliação junto ao cirurgião vascular e orientação da família sobre a administração da insulina e dos demais medicamentos.• ACS Beth e enfermeira → orientação junto à neta sobre a administração da insulina nos turnos da manhã e da tarde.• Médica Anita → mudança na terapia medicamentosa e avaliação da adaptação e encaminhamento para o oftalmologista.	<ul style="list-style-type: none">• Após dois meses de implementação do PTS, a equipe reuniu-se para avaliar o plano.

ETAPAS DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

1ª Etapa: Diagnóstico

Propostas construídas para curto, médio e longo prazo que serão negociadas com o sujeito singular, individual ou coletivo do PTS pelo membro da equipe com quem tiver um vínculo melhor.

2ª Etapa: Definição

Avaliação e problematização de aspectos orgânicos, psicológicos e sociais que possibilita identificar riscos, vulnerabilidades e potencialidades para a produção de cuidado. Nesta etapa, a equipe procura compreender como o sujeito singular, individual ou coletivo, é coproduzido diante de distintas forças, como a doença, os desejos, o trabalho, a cultura e a rede social, e sintetizar um consenso operativo sobre quais os problemas relevantes do ponto de vista dos profissionais de saúde e das/dos usuárias/os em questão. É entendido como uma avaliação orgânica, psicológica e social que possibilita uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário.

“Deve tentar captar como o sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social.”

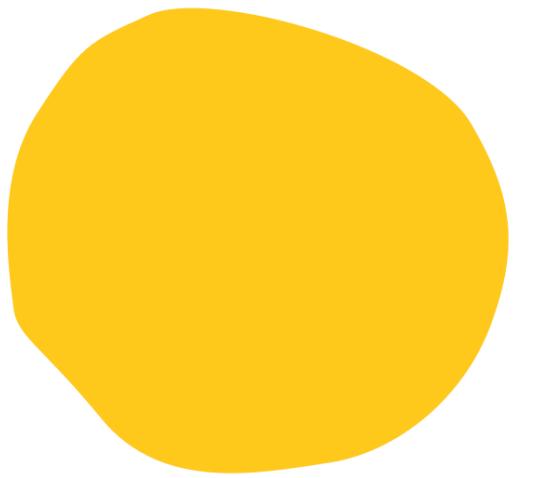
ETAPAS DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

3ª Etapa: Definição de papéis e responsabilidades

As tarefas de cada envolvido, inclusive do sujeito singular em questão, devem ser bem definidas. Além disso, deve-se identificar um profissional de referência na Equipe de Saúde da Família ou na Equipe de Atenção Básica, independentemente da formação, para exercer esse papel, favorecendo a continuidade do andamento das ações acordadas no PTS. Esse será o profissional que o sujeito procurará, caso seja necessário, ou que acionará o NASF-AB sempre que preciso.

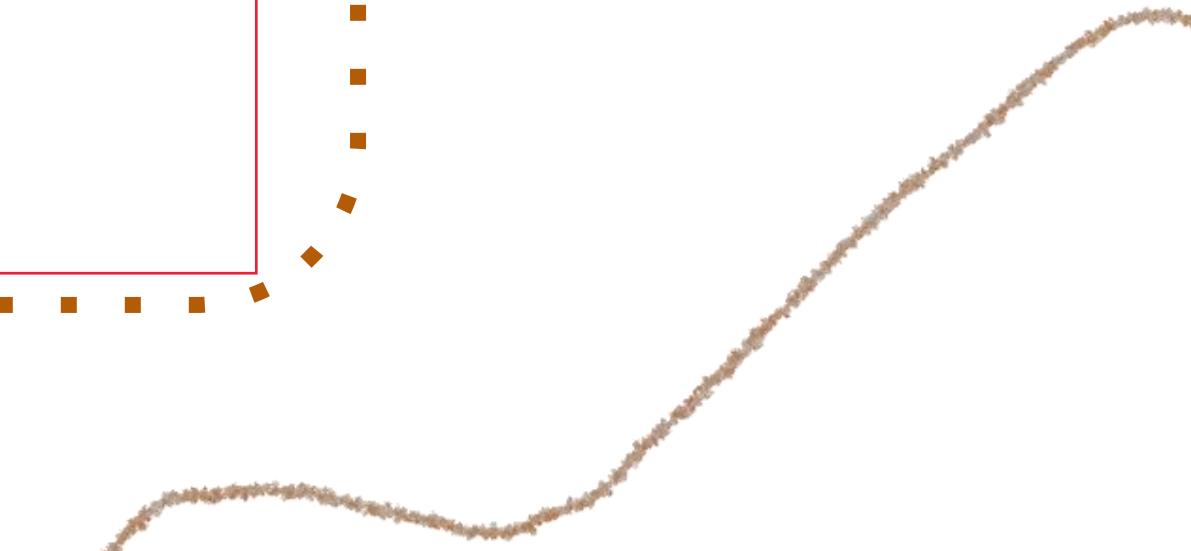
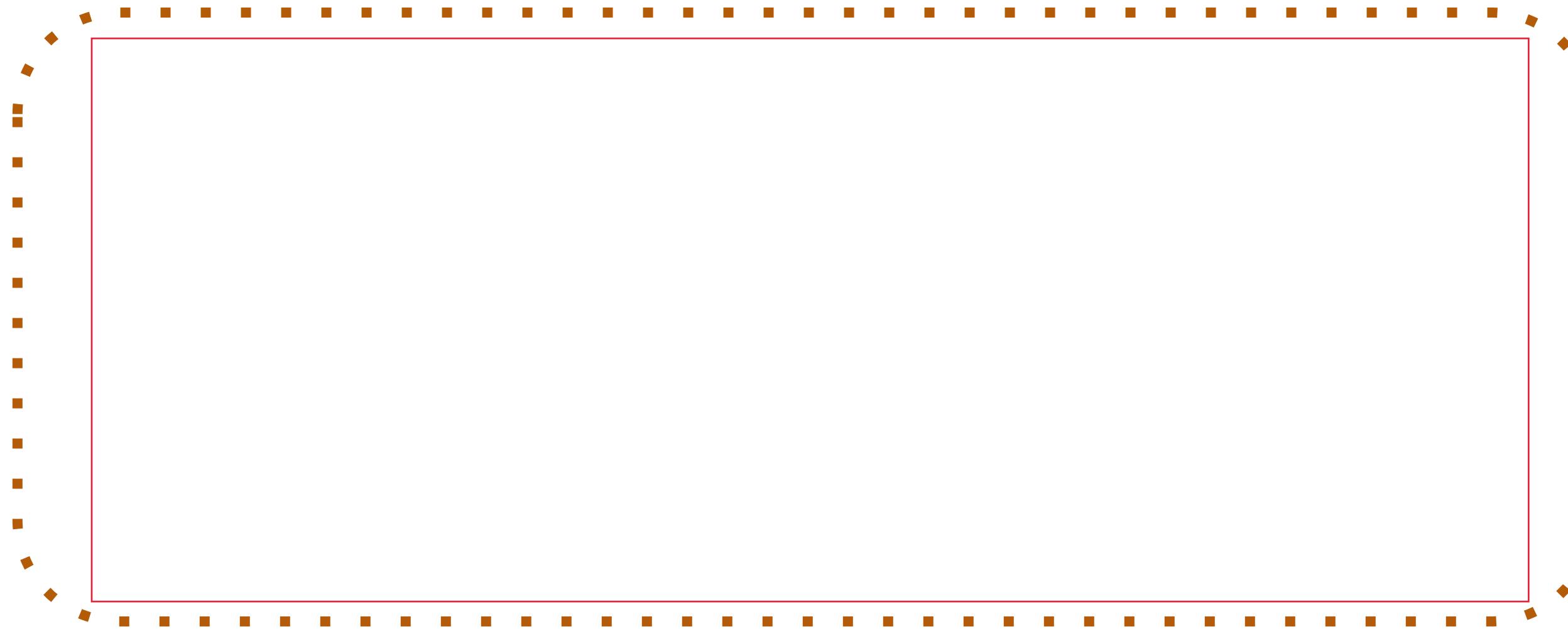
4ª Etapa: Reavaliação

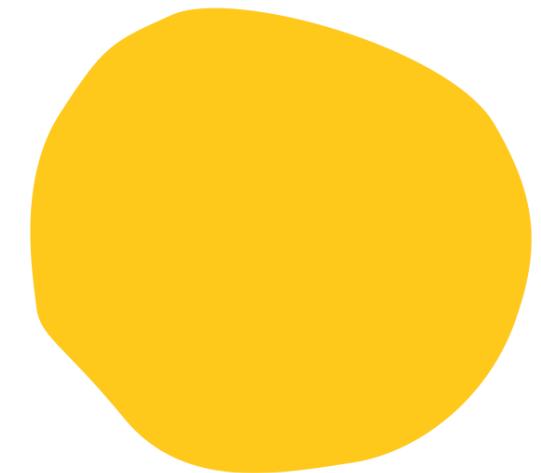
Momento para discussão da evolução e acordo de correções, se necessário.



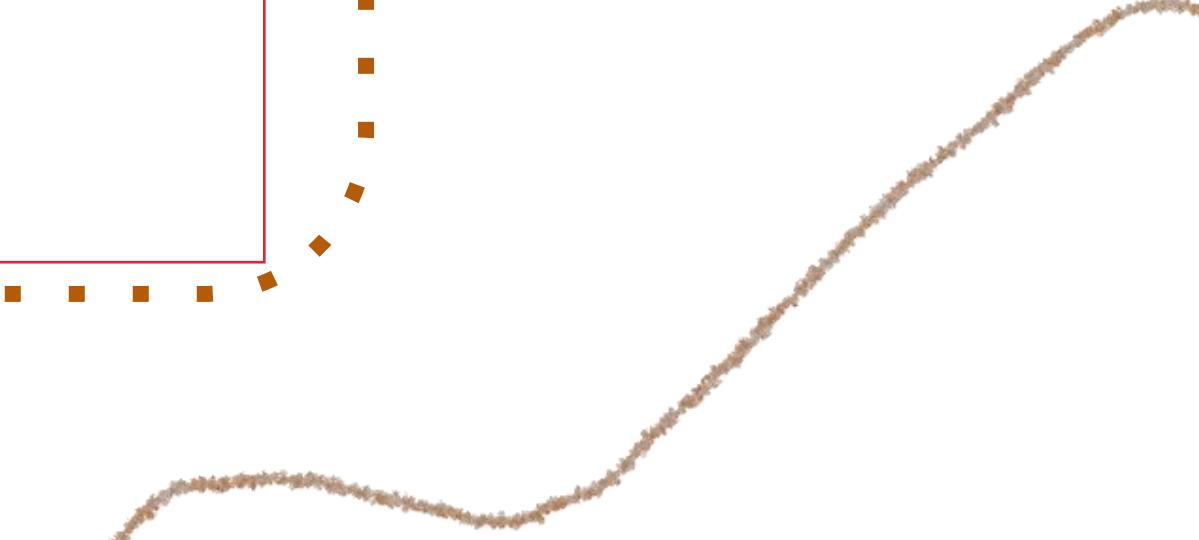
A partir de todos os aspectos relatados no caso clínico, responda:

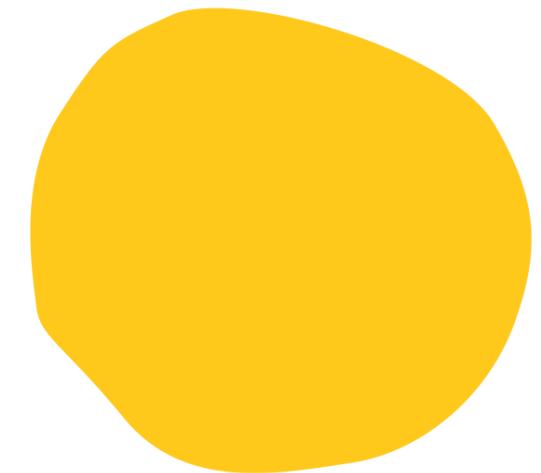
1. Como você avalia as metas estabelecidas pela equipe? Você gostaria de propor alguma alteração na coluna das metas?



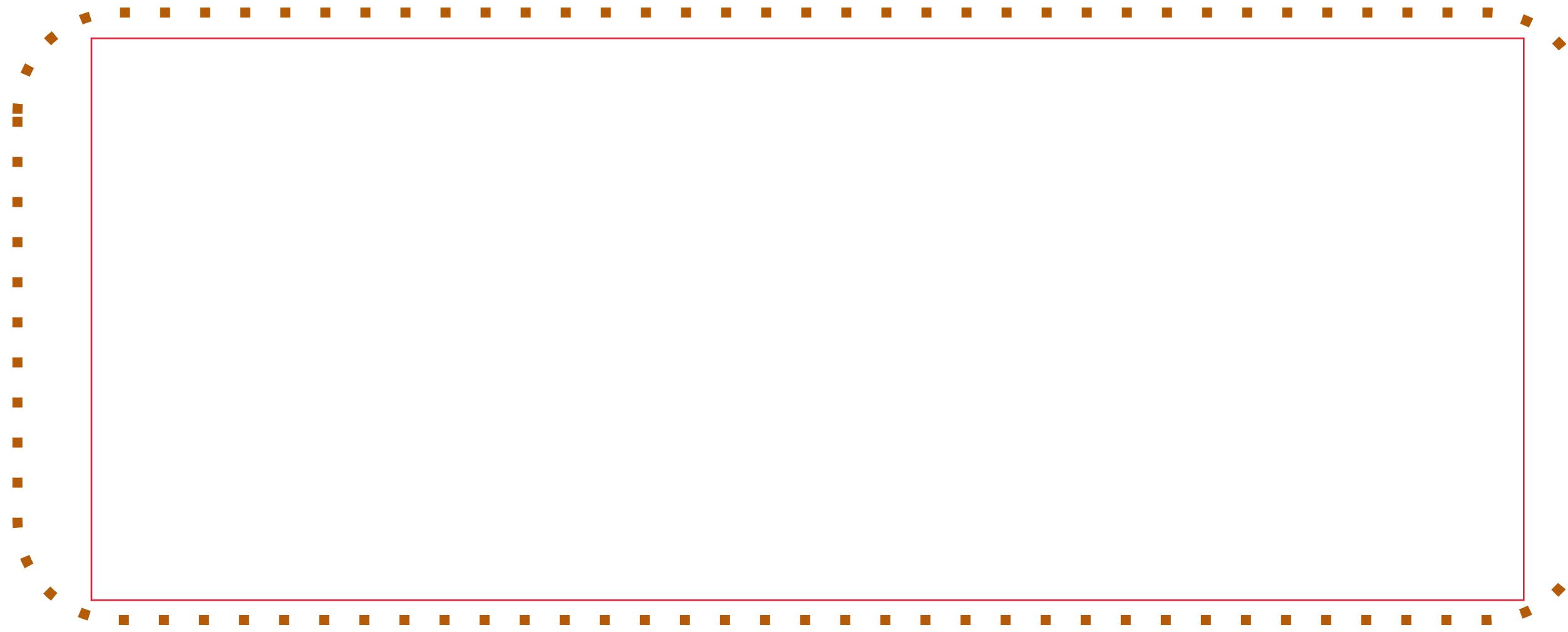


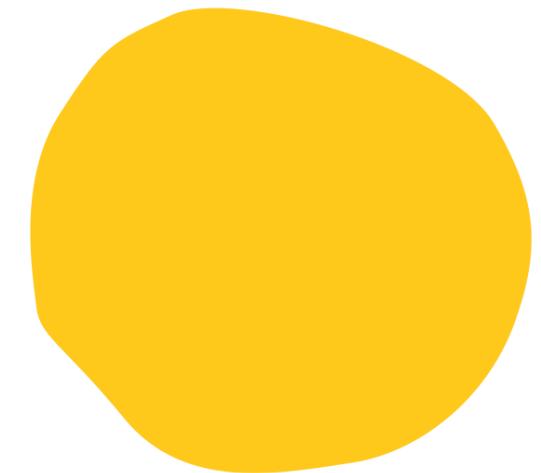
2. Que estratégias alimentares você proporia à Sra. Josefa e seus familiares?





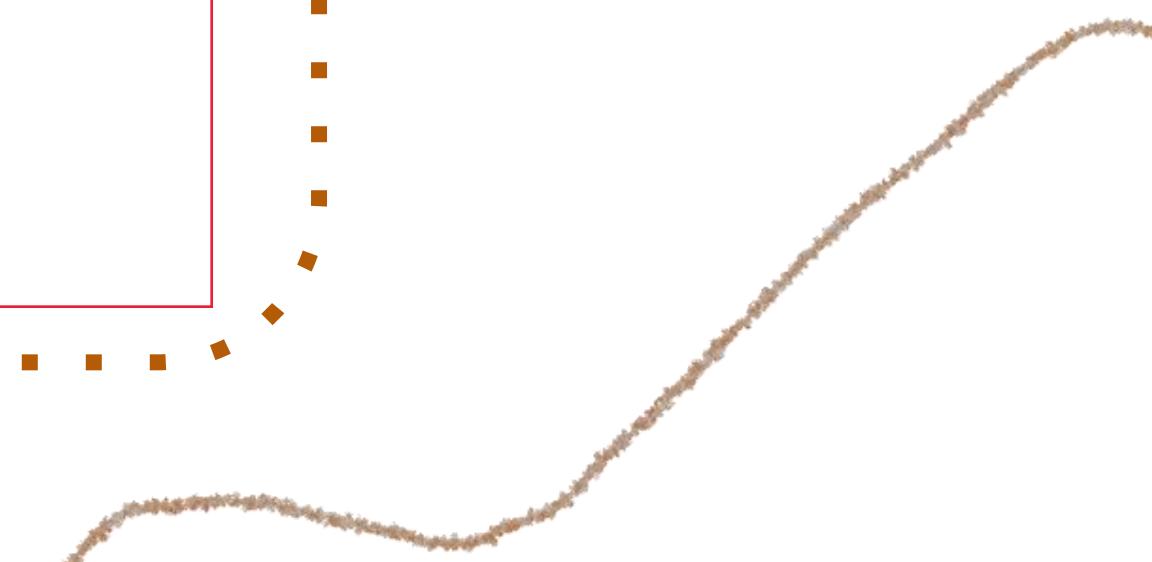
3. Quais formas de monitoramento e métodos de avaliação dessas estratégias alimentares você pactuaria com a eSF?

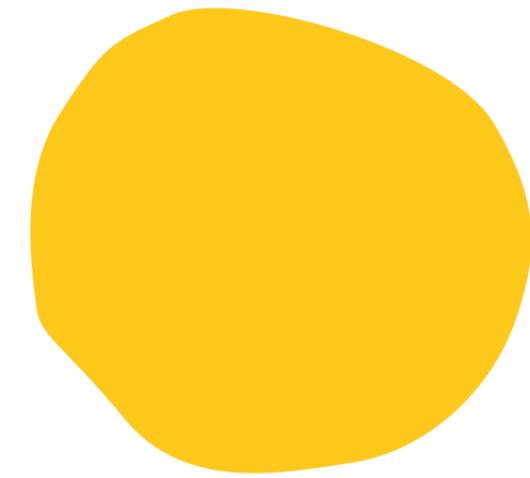




4. Considerando que o desenvolvimento de um PTS é uma oportunidade de desempenhar a função de apoio matricial nas vertentes clínico-assistencial e técnico-pedagógica, como você avalia que o nutricionista da equipe NASF-AB poderia contribuir neste caso?

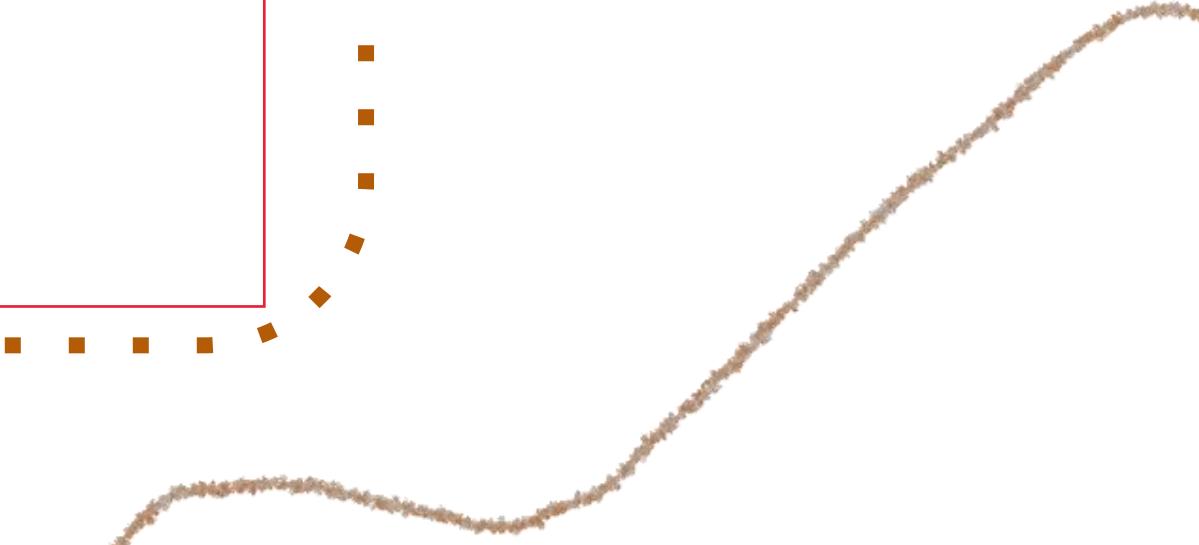
A large red rectangular frame with a dashed orange border is centered on the page. This frame is surrounded by a pattern of orange diamonds, some solid and some outlined, forming a decorative border around the central area.



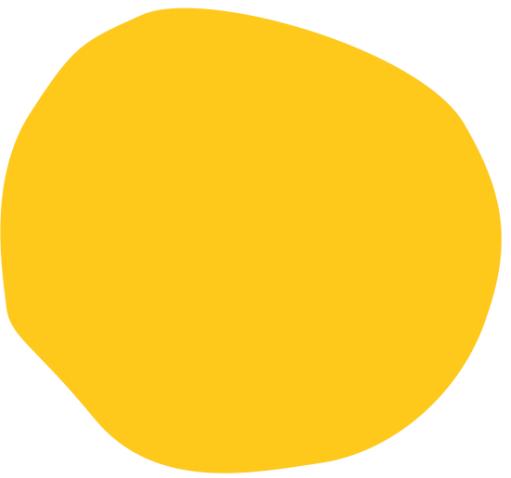


5. O que você espera do nutricionista para contribuir com a aprendizagem em serviço dos profissionais da equipe de referência, acerca dos cuidados em alimentação e nutrição para usuários com doenças crônicas?

A large red rectangular frame with a dotted border, centered on the page. This frame likely serves as a placeholder for a response or drawing.



4^a atividade, parte 2



Olá, você está quase lá.

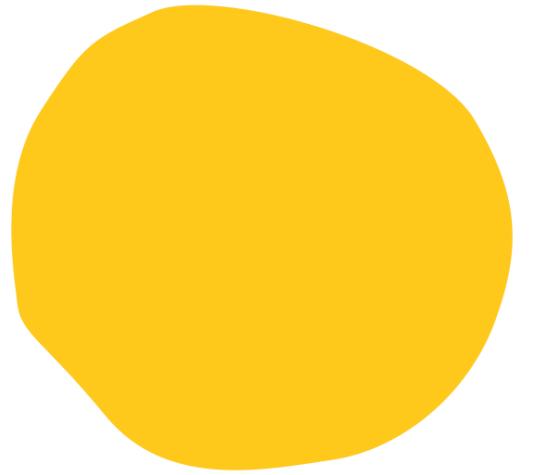
Mas antes de finalizar a sua participação no curso, participe desta segunda parte da 4^a atividade que consiste em preencher este **breve formulário**.

É muito importante para nós saber o que você achou do curso.

Desde já, agradecemos sua participação.



Referências



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38).

UNA-SUS. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Processo de Trabalho na Atenção Básica. **As Ferramentas Tecnológicas do Trabalho do NASF**. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2015. Disponível em:
https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/35093/mod_resource/content/1/un5/top4_1.html . Acesso em: 16 nov. 2020.



Fechamento do CURSO

Parabéns! Você acaba de concluir o curso **A equipe multiprofissional e a organização do cuidado da pessoa com obesidade.**

Esperamos que nossas reflexões tenham movimentado sua prática e seu grupo de trabalho.

Outros cursos e conteúdos temáticos também estão disponíveis nesta plataforma.

Reserve um tempo para descobrir nossos materiais.



Acesse nossa biblioteca para conhecer.

<https://www.opsan.unb.br/biblioteca-obesidade>