

O Projeto Terapêutico Singular como dispositivo de promoção da integralidade do cuidado em um serviço de emergência¹

*Priscila Viegas Kercher
Alice Magagnin Neves
Franciele Plachi
Sabrina da Cunha Godoy
Sofia Palagi
Cristianne Maria Famer Rocha*

INTRODUÇÃO

A integralidade é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), podendo ser compreendida, pelo menos, por meio de três perspectivas. A primeira corresponde à abordagem integral do sujeito, superando a visão fragmentada curativa, buscando a compreensão das suas dimensões biopsicossociais. A segunda se refere às práticas de saúde oferecidas a partir da integração e articulação das ações de prevenção, promoção, reabilitação e cura. Por último, considera-se o acesso continuado às redes de atenção conforme as necessidades da população, que deve ser garantido mediante a organização dos serviços. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012) Para dar conta da complexidade desse princípio, torna-se necessária a ampliação da clínica, no sentido de considerar a singularidade do sujeito. (CAMPOS; AMARAL, 2007) Dessa forma, é fundamental que a equipe de profissionais de saúde possa se instrumentalizar tecnicamente, utilizando-se de ferramentas de produção de relação como o acolhimento, a escuta ativa e a construção de vínculo e de afeto com o sujeito. (BRASIL, 2008) Assim, é possível reconhecer, além das características comuns, o conjunto de sinais e sintomas que se expressam no sujeito, ampliando as possibilidades de atuação e de intervenção. (CARVALHO; CUNHA, 2012)

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) aparece como um importante dispositivo de cuidado, sendo definido como um conjunto de propostas terapêuticas articuladas e interdisciplinares, resultado da discussão coletiva de uma equipe multiprofissional, visando à singularidade do sujeito. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2008) Para Foucault (2010), o termo dispositivo engloba elementos heterogêneos, como discursos, leis, decisões regulamentares, proposições filosóficas, morais, filantrópicas entre outros. O dito e o não dito são os elementos que compõem o dispositivo, caracterizando-se como a rede que se estabelece entre eles. Segundo Deleuze (1990), o dispositivo faz ver e falar e funciona acoplado a regimes históricos de enunciação e de visibilidade. Barros (1997) se baseia nas considerações de Deleuze para mencionar as quatro linhas que compõem um dispositivo: a visibilidade, a qual torna visível o invisível; a enunciação, que faz emergir a potencialidade da fala e do que é dito; a força, que está relacionada com a dimensão do saber-poder; e a subjetividade, responsável pelos novos modos de criar-se e inventar-se.

O acesso continuado às redes de atenção, conforme as necessidades de cada usuário, implica na elaboração e adaptação do dispositivo do PTS frente às peculiaridades dos diversos

¹ Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, ênfase Adulto Crítico. Texto escrito por ex-residentes e uma ex-tutora.

cenários de prática. A utilização dessa estratégia de cuidado, além da contribuição para o usuário, tem-se mostrado uma ferramenta importante na formação de profissionais para o SUS, uma vez que propicia a convivência interdisciplinar e o exercício da ampliação da clínica.

Nesse texto, pretendemos relatar a utilização do PTS, como um dispositivo de atenção/cuidado em saúde, em um Serviço de Emergência (SE) de um hospital geral universitário no Sul do Brasil. O PTS foi realizado, nesse Serviço, por uma equipe de saúde composta por diferentes profissionais residentes (psicóloga, enfermeira, farmacêutica, fisioterapeuta, assistente social e nutricionista), sob a supervisão de preceptores e tutoras de um Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde com ênfase em Adulto Crítico.

O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: UM DISPOSITIVO EM AÇÃO

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) foi realizado ao longo do período de formação do referido Programa de Residência, enquanto atividade obrigatória, tendo como atores principais os residentes multiprofissionais e como facilitadores do processo, preceptores e tutores. Apesar de a equipe que realizava o PTS não contar com um profissional médico, o médico responsável pelo usuário sempre foi informado e convidado a participar da realização do Projeto. O SE em que o PTS aconteceu se caracteriza como porta de entrada para situações clínicas, não recebendo usuários com condições psiquiátricas ou traumatológicas, visto estarem presentes na rede saúde do município hospitais específicos para o atendimento dessas demandas.

As reuniões para a produção dos PTS eram realizadas de forma coletiva e semanalmente, em dia e horário específicos com duração aproximada de duas horas. Esse espaço de análise e discussão dos casos se iniciou com a instrumentalização teórica de todos os participantes a respeito do PTS, com a finalidade de que todos pudessem compreender o Projeto como dispositivo de cuidado diferenciado. Entre as discussões inicialmente realizadas, uma das pautas levantadas era como viabilizar essa proposta em um SE, tendo em vista as peculiaridades desse local. Após algumas vivências práticas, definiu-se que a população que se beneficiaria com a execução do Projeto seriam usuários com acessos frequentes ao SE e com múltiplas demandas, a fim de entender as causas de tal acontecimento.

Essas necessidades eram constatadas por qualquer um dos profissionais envolvidos no Projeto e não tinha obrigatoriamente relação direta com sua formação profissional, pois, na medida em que a equipe amplia sua clínica, trabalhando interdisciplinarmente, todos os profissionais sentem-se apropriados a analisar a possibilidade de realização do PTS para garantir a integralidade do cuidado do usuário. O acompanhamento do usuário iniciava durante sua hospitalização e, por meio de ações de matriciamento² buscava-se a longitudinalidade³ do cuidado. Essas ações procuravam contemplar as suas diversas necessidades, considerando suas dimensões biopsicossociais, a partir do seu contexto familiar, socio-sanitário, biológico, psicológico e cultural. As ações de apoio matricial permitem maior articulação entre os serviços envolvidos, troca de conhecimento, além de potencializar os

2 Matriciamento (ou apoio matricial) em saúde visa assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. (CAMPOS; DOMITTI, 2007)

3 Segundo Bárbara Starfield, longitudinalidade do cuidado é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde. (STARFIELD, 2002)

canais de comunicação, facilitando o diálogo entre equipes e o usuário. (CAMPOS; DOMITTI, 2007)

Escolhido o usuário pela equipe, cada integrante realizava uma avaliação minuciosa, desde sua respectiva área de conhecimento, a partir das demandas apresentadas. Após, no espaço destinado para o planejamento das ações, essa análise/avaliação era compartilhada com todos os demais participantes da equipe para que o usuário fosse compreendido na sua totalidade e não de forma fragmentada. Nesse momento, era realizada a avaliação multiprofissional, pensada/discutida primeiramente entre a equipe e, após, conjuntamente com o usuário e seus familiares. Na maioria das vezes era os familiares que tomavam as decisões referentes às ações a serem realizadas na continuidade do cuidado no domicílio, principalmente devido ao usuário apresentar-se debilitado.

Na reunião inicial da equipe, definia-se o profissional de referência, isto é, aquele que possuía maior vínculo afetivo com o usuário, bem como eram divididas as responsabilidades entre os demais profissionais. Antes da execução efetiva do Projeto, o profissional de referência apresentava a proposta de cuidado ao usuário e sua família para que eles pudessem compreender, decidir, sugerir e participar ativamente do processo. Todas as atividades desenvolvidas eram devidamente registradas no prontuário do usuário. Durante um ano de execução do PTS⁴, os usuários e seus familiares se mostraram receptivos a participar dessa proposta de cuidado.

Estratégias para modificar a atenção à saúde no Brasil e seu modelo de cuidado hospitalocêntrico foram propostas ao longo dos anos. (CECÍLIO, 1997) Entre elas a Estratégia de Saúde da Família, implantada em 1996, com o objetivo de modificar esse modelo curativista, ineficaz e de alto custo, centrado no cuidado hospitalar. (MERHY, 2000) Apesar dos avanços alcançados, alguns usuários ainda desconhecem suas Equipes de Referência (ER). Enquanto a ER do território não os acolhe, os mesmos devem ser considerados como responsabilidade da ER da urgência que, além de iniciar o plano de cuidado, deve iniciar os contratos com as unidades externas ao hospital para que as equipes de Atenção Básica saibam que um paciente sob sua responsabilidade está usando uma unidade de urgência, ou apresentou complicações de um problema crônico (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2008). Dessa forma, o hospital pode fortalecer as ações de Atenção Básica e ajudar a reverter o modelo hospitalocêntrico. Sob essa perspectiva, além da avaliação multiprofissional e da realização de uma clínica de cuidado ampliada, outro objetivo do Projeto era buscar vincular, de forma mais efetiva, o usuário à ER do seu território, a fim de que fosse possível garantir o seguimento do cuidado no pós-alta hospitalar. Para estreitar e fortalecer o vínculo com essa Equipe, as profissionais residentes do SE, envolvidos na realização do PTS, utilizavam a visita institucional (VI), a fim de conhecer a rede de cuidado do indivíduo. A VI é uma estratégia de visita *in loco* que não só melhora o fluxo de informações, buscando a qualificação da alta hospitalar, como também realiza a integração entre as equipes do SE e de Referência, possibilitando a formação de redes de conversação (TEIXEIRA, 2003).

Na visita, as residentes eram acompanhadas por um preceptor e o deslocamento era realizado por meio de carro fornecido pela Instituição Hospitalar, mesmo quando se tratassem de usuários no interior do Estado. A visita era agendada com antecedência e o processo de comunicação com a ER já se iniciava por meio de contatos telefônicos, tão logo o usuário e familiares concordassem em participar do PTS. A VI ocorria dentro da carga horária da

4 O Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, com ênfase em Adulto Crítico, desenvolve-se em dois espaços de formação diferentes: no primeiro ano, os residentes desenvolvem suas atividades no Serviço de Emergência e, no segundo ano, no Centro de Terapia Intensiva.

Residência e durava o tempo necessário para que as equipes realizassem as trocas de informações, a fim de considerar as necessidades do usuário. Durante a VI, o serviço era conhecido de forma geral (Unidade Básica de Saúde/Estratégia de Saúde da Família) e, em um momento posterior, as pautas giravam em torno das especificidades do usuário. Percebemos que algumas ER estranhavam esse movimento de articulação de um hospital geral com os serviços/equipes de atenção básica. Mas logo percebiam e reconheciam a importância de um maior diálogo entre os diferentes pontos da rede de saúde, visto a longitudinalidade do cuidado e a resolutividade⁵ das demandas do usuário.

As VIs tinham, pelo menos, dois objetivos: vincular o usuário a sua ER e conhecer o funcionamento da unidade de saúde para futuros matriciamentos. Em alguns casos, além de vincular o usuário a sua ER, dentro do setor saúde, eram articuladas também algumas ações com a Assistência Social. Para isso, realizávamos VI no Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) da região/ou município de residência do usuário, considerando as necessidades sociais do usuário. Durante a realização das VIs, fazíamos o movimento de colocar os serviços de referência do usuário em diálogo, uma vez que as ações intersetoriais somente são resolutivas quando os profissionais trabalham em conjunto de forma integrada.

A visita domiciliar (VD) era outra ferramenta utilizada pelas residentes. Realizada logo após a alta hospitalar do usuário, era combinada previamente e, sempre que possível, na presença da ER que daria continuidade ao cuidado. A VD tinha como objetivo compreender o cotidiano do usuário e adaptar o seu cuidado de saúde a essa realidade. Eram apresentadas as ações já desenvolvidas a partir do SE (agendamentos de possíveis consultas, por exemplo), bem como era realizada a pactuação entre as equipes, usuário e familiares quanto às prioridades a serem trabalhadas a partir daquele momento. É importante salientar que nem todos os profissionais envolvidos com o PTS participavam da VD, por entendermos que poderia se tornar invasivo ou não produtivo muitas pessoas em, algumas vezes, restritos espaços físicos, com tantas informações a serem repassadas/pactuadas entre usuário, familiares e trabalhadores. Ainda que nem todas estivessem presentes, nessa ocasião, as profissionais que realizavam a VD tinham a oportunidade de efetivar o trabalho na perspectiva multiprofissional, através da execução do plano realizado de forma conjunta, garantindo a integralidade da intervenção.

Importante salientar que, durante todo o processo de execução do PTS, as metas eram definidas em curto, médio e longo prazos. Esse movimento de reavaliação se tornava muito importante, pois nem sempre o que se planejava era viável ou mudanças e adaptações se faziam necessárias durante o percurso, tal como preconiza o texto do Ministério da Saúde sobre “Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2008) Afinal, a integração com a ER desde os primeiros movimentos do PTS é uma estratégia que deve ser levada em consideração para a definição das metas de médio e longo prazos. A concordância e análise da viabilidade de execução das ações devem ser consideradas pela equipe que será responsável pela continuidade do cuidado. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2008) Particularmente com relação ao PTS realizado a partir de SE, no qual geralmente o tempo de permanência do usuário é curto, essa integração mostra-se vital para a efetivação do plano de cuidado.

O PTS propicia que a produção de cuidado em saúde combine ações e intervenções que desloquem a díade sujeito-objeto para sujeito-sujeito, tornando possível uma pluralidade

⁵ Resolutividade das demandas do usuário é aqui apresentada como o plano de intervenções a serem realizadas para resolver ou melhorar algum(ns) problema(s) do usuário. (STARFIELD, 2002)

dialógica por meio do encontro subjetivo e do acolhimento da diferença e da singularidade do outro. Possibilidades de escolha e estímulo à autonomia do usuário podem favorecer um cuidado em saúde com mais liberdade e com maior exercício de cidadania (MARTINES; MACHADO, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como referimos anteriormente, a equipe que realizava o PTS não contava com um profissional médico. A despeito das muitas críticas à clínica tradicional na redução dos sujeitos a objeto/doença, não se pode negar a importância dos médicos no prolongamento e melhoria da qualidade de vida das pessoas, ao realizar a cura e a reabilitação. Entendemos que a ausência do profissional da medicina despotencializa – entretanto não inviabiliza – o Projeto, já que não é possível superar o paradigma biomédico sem a contribuição desses profissionais. (CARVALHO; CUNHA, 2012)

Ao longo de um ano de realização do PTS no SE, foi possível perceber que esse dispositivo qualificou o cuidado, aproximando-o do conceito de integralidade, uma vez que permitiu considerar os usuários em suas singularidades. O PTS propiciou intensa troca de saberes entre profissionais e serviços em direção à construção coletiva e corresponsável do cuidado, tornando a prática do matriciamento mais próxima da realidade, especialmente em um SE. A dialogicidade intersetorial foi um dos maiores desafios encontrados, pois atuar de forma integrada pressupõe uma relação dinâmica entre os diferentes setores para que a saúde possa ser compreendida em seu conceito ampliado. Sendo assim, o PTS contribuiu de forma significativa para a formação multiprofissional dos residentes, pois foi o exercício multiprofissional mais intenso realizado, o qual exigia troca de saberes e construção conjunta das ações a serem desenvolvidas.

Da mesma forma, encontramos dificuldades na sua realização, como a comunicação entre profissionais, baixa articulação entre os diferentes pontos da rede, trabalhadores pouco implicados com essa proposta – muitas vezes por não conhecer a potência desse dispositivo –, insuficiência de equipes que acompanham o usuário após sua alta hospitalar, além da impossibilidade de realizar o PTS com um número maior de usuários. Destaca-se ainda a peculiaridade da execução do PTS em um SE, local onde, muitas vezes, o sujeito emerge e que, ao mesmo tempo, parece (in)visível aos que ali circulam. Humanizar o cuidado é direcionar o olhar para os usuários do SE como sujeitos de direitos, capazes de exercer sua autonomia, participando ativamente do seu processo terapêutico, sendo capazes de produzir o cuidado de si. O PTS fortalece o exercício de entender a complexidade dos sujeitos e a multicausalidade das questões que envolvem a produção de saúde, possibilitando a compreensão das demandas objetivas e subjetivas de cuidado. (SILVA et al., 2013)

Diante da vivência relatada, concluiu-se que, para promover a integralidade da atenção à saúde dos usuários, é necessária a construção de estratégias de intervenção que considerem a intersetorialidade. Assim, torna-se fundamental a articulação e a corresponsabilização de todos os atores envolvidos no processo de construção de redes que produza a diferença e se produza na diferença. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO DO SUS, 2010) O desenvolvimento do PTS pela equipe multiprofissional, no SE, propiciou a experimentação desse desafio, contribuindo para uma melhor formação profissional em benefício do usuário. Além disso, permite⁶ que o hospital cumpra seu papel na Rede de Atenção à Saúde, por meio do

⁶ As autoras desse estudo não têm conhecimento sobre a continuidade do PTS enquanto atividade obrigatória do Programa de Residência.

atendimento e devolução corresponsável do usuário à sua ER, auxiliando na reversão do modelo de atenção hospitalocêntrico.

REFERÊNCIAS

BARROS, R.D.B. Dispositivos em ação: o grupo. In: SILVA, A. et al. (Orgs.). *Subjetividade: questões contemporâneas*. São Paulo: Hucitec, 1997. p.183-91.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de Saúde: uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, p.849-59, 2007.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 2, p.399-407, 2007.

CARVALHO, S.R; CUNHA, G.T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização da saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2012. p.837-68.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, n. 3, p.469-78, jul./set. 1997.

DELEUZE, G. *Que és um dispositivo?* Barcelona: Gedisa, 1990.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal, 2010.

MARTINES, W.R.V.; MACHADO, A.L. Produção de cuidado e subjetividade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 2, p.328-33, 2010.

MERHY, E. E. Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo. *Livre docência*. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2000.

SILVA, E.P. et al. Projeto terapêutico singular como estratégia de prática de multiprofissionalidade nas ações de saúde. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 17, n. 2, p.197-202, 2013.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2003. p.89-111.