

Construção de um Projeto Terapêutico Singular para um idoso assistido em uma Clínica da Família no Distrito Federal

Construction of a Unique Therapeutic Project to an elderly assisted at a Family Clinic in the Federal District

Isabela Lemos Ferrer¹
Melorie Kern Capovilla Sarubo Baptistella¹
Adriana Mendonça Silva Alexandrino²
Abel de Castro Vieira³

¹Acadêmica de Medicina, Curso de Graduação em Medicina, Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

²Médica, Docente do Curso de Graduação em Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

³Médico, Graduado em Medicina pela Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Autor correspondente:
Isabela Lemos Ferrer.

E-mail: isabelalemospic@outlook.com

Recebido em 16/08/2021

Aprovado em 27/03/2023

RESUMO

Objetivo: descrever a experiência de construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) realizado por acadêmicos de medicina.

Método: trata-se de um relato de experiência, realizado durante 6 meses por acadêmicos de uma Faculdade de Medicina de Brasília, onde utilizou-se como ferramenta o PTS.

Discussão: durante visitas domiciliares e consultas, foram observados diversos problemas e fatores pessoais, sociais e familiares do paciente que necessitavam de atenção. Foi possível visualizar durante o projeto um progresso positivo na construção de um vínculo com o paciente. Contudo, considerando que adesão é uma ação multidimensional que envolve a interação de diversos fatores que afetam o comportamento e a capacidade de um indivíduo de seguir o tratamento, não foi possível ter uma completa adesão às metas estabelecidas.

Considerações finais: apesar do conhecimento, experiência e sucessos obtidos, ainda é necessário maior suporte profissional, acadêmico e tempo dedicado para que o PTS atinja todas as suas metas sugeridas.

Palavras-chave: Doenças Crônicas; Atenção Primária à Saúde; Estudantes de Medicina.

ABSTRACT

Objective: describe the experience of medical students in the constructions of Unique Therapeutic Project (PTS).

Method: this is an experience report, carried out for 6 months by students from a Medical School in Brasília, where the PTS was used as a tool.

Discussion: during home visits and appointments, several problems and personal, social, and family factors of the patient that needed

attention were observed. During the project, it was possible to see positive progress in building a bond with the patient. However, considering that adherence is a multidimensional action that involves the interaction of several factors that affect an individual's behavior and ability to follow the treatment, it was not possible to achieve complete adherence to the established goals.

Final considerations: despite the knowledge, experience and success obtained, greater professional and academic support and dedicated time are still needed for the PTS to achieve all its suggested goals.

Keywords: Chronic Disease; Primary Health Care; Students, Medical.

INTRODUÇÃO

A Clínica Ampliada é uma diretriz norteadora da Política Nacional de Humanização (PNH)¹ e baseia-se na compreensão ampliada do processo saúde-doença, construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, ampliação do objeto de trabalho, transformação dos instrumentos de trabalho e suporte para os profissionais de saúde². Para cumprir tais eixos, essa diretriz criou dispositivos resolutivos para atenção e gestão em saúde, como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), a Equipe de Referência e o Apoio Matricial².

A Equipe de Referência é, na Atenção Básica, a equipe multiprofissional de Saúde da Família, que funciona como referência de um grupo populacional e torna mais fácil o vínculo entre profissionais e pacientes¹. O Apoio Matricial é o processo em que um profissional oferece apoio técnico, em forma de orientação e em sua especialidade a outros profissionais, equipes e setores, com objetivo de aumentar a capacidade de Equipes de Referência de resolver problemas, garantindo que a conduta seja apropriada para aquele caso específico¹. O PTS é um instrumento de organização e sistematização do cuidado, que traz um conjunto de condutas terapêuticas para um indivíduo ou coletivo e é elaborado por uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário^{1,2}.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) consiste no diagnóstico biopsicossocial do paciente (1); na definição de metas de tratamento a curto, médio e longo prazo (2); na divisão de responsabilidades entre equipe, família e paciente (3) e na reavaliação do paciente (4). Dentro desses etapas, a reu-

nião da Equipe de Referência com o paciente e seus familiares constitui uma etapa importante do processo, onde todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito e definir propostas de ações¹.

O PTS, através de sua metodologia, traz como elemento principal a abordagem individualizada de cada caso, evitando que doenças comuns igualem sujeitos diferentes e minimizem suas singularidades. Além disso, este dispositivo pode contribuir significativamente para o entendimento de que olhar ampliado sobre determinada condição de saúde e o trabalho em equipe transformam a assistência e asseguram resultados mais efetivos³.

No âmbito da educação permanente, a PNH traz como uma de suas estratégias gerais a proposta de que seus princípios e diretrizes façam parte do conteúdo da graduação em saúde⁴. Desta forma, o Programa Curricular da Unidade Educacional Interação Ensino-Serviço-Comunidade do Curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), possui como um de seus objetivos educacionais a realização de Projetos Terapêuticos Singulares durante o 3º ano da graduação⁵.

Portanto, esse relato teve como objetivo descrever a experiência de construção de um Projeto Terapêutico Singular realizado por acadêmicos de medicina em conjunto com uma Equipe de Saúde da Família (ESF) de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Distrito Federal.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência sobre o processo de elaboração de um Projeto Terapêutico Singular para um idoso portador de comorbidades crônicas não controladas, como diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e hipertensão arterial sistêmica (HAS), assistido em uma Unidade Básica de Saúde no Distrito Federal.

O PTS foi elaborado por estudantes da 3ª série do curso de medicina da ESCS, sob supervisão e orientação do docente e de uma enfermeira, preceptora da faculdade e membro da Equipe de Referência do paciente, com duração de seis meses.

O processo de construção e implementação do PTS foi dividido em 4 pilares: as visitas domiciliares, a pesquisa em prontuários do TrackCare® e e-SUS®, o contato com os familiares durante as visitas e as consultas na UBS e a discussão de

caso com os profissionais de saúde da Equipe de Referência. Foram realizadas 5 visitas domiciliares, nas quais estiveram presentes os acadêmicos de medicina e docente da ESCS responsável pelos alunos, e 1 consulta na UBS, presente também a enfermeira da ESF do paciente e preceptora do curso de medicina da ESCS no serviço.

O encontro com os familiares ocorreu durante as visitas domiciliares e a consulta previamente marcada, sempre na presença do paciente, e teve como objetivo o esclarecimento acerca das ideias, percepções e sentimentos deles em relação às condições de saúde do paciente e as repercussões em suas vidas. Além disso, foram realizadas pactuações sobre as responsabilidades de cada familiar na assistência ao paciente e no auxiliar no cumprimento das metas definidas no PTS.

Após cada visita domiciliar e consulta com o paciente e seus familiares (filha e esposa), foi realizada uma reunião com a enfermeira da Equipe de Referência do paciente para discussão do caso. O contato com os profissionais de saúde da equipe que assistia o paciente teve como objetivos entender o contexto dele; conhecer as informações às quais a equipe de referência tem contato; e entender a relação da Equipe de Referência com o paciente.

Para viabilização do PTS, foram aplicados os princípios da PNH e as estratégias de cuidado da pessoa com doença crônica, conforme preconizado pela Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas⁶. A metodologia de elaboração de um Projeto Terapêutico Singular incluiu as seguintes etapas: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação^{1,7}. Foram usadas também classificações e estratificações, com base nas comorbidades do paciente, suas condições de saúde e suas necessidades.

Avaliação da Capacidade de Autocuidado

Esta avaliação classifica o paciente em suficiente ou insuficiente para o autocuidado, segundo o julgamento clínico realizado pelo profissional ou equipe de saúde. Foram usados como referência alguns fatores que interferem na capacidade de autocuidado do paciente e podem classificá-lo como insuficiente. São estes: pacientes com dificuldade de compreensão sobre a condição crônica, sua expectativa de cura e seu controle em curto prazo (1); com dificuldade de compreensão acerca das necessidades farmacológicas e de um plano de

cuidados em médio e longo prazos (2); pacientes que não demonstram interesse em realizar mudanças nos próximos meses ou possuem baixo suporte social (3); que não acreditam em si mesmas como agentes de mudança de suas condições (4); que possuem postura reativa às condições crônicas, com menor sociabilidade e reclusão devido às limitações secundárias (5); que abandonam o acompanhamento por não atingirem metas (6); e que possuem depressão grave, com prejuízo no desempenho de suas atividades (7)⁸.

Grau de Severidade da Condição Crônica Estabelecida

É classificado como Grau 1 o paciente portador de fatores de risco ligados aos comportamentos e estilos de vida na ausência da doença crônica. Grau 2 quando há presença de condição crônica simples, com fatores biopsicológicos de baixo ou médio risco. Grau 3 quando há condição crônica complexa ou presença de fatores de alto risco. Grau 4 quando a condição crônica é muito complexa ou de muito alto risco (complicações estabelecidas com grande interferência na qualidade de vida)⁸. O paciente do caso em questão foi considerado Grau 04 de severidade.

Através da avaliação do autocuidado e do grau de severidade da condição crônica do paciente, o paciente foi estratificado em cinco níveis que orientam o tipo de atenção profissional necessária. Para o nível 5 de atenção é preconizada a gestão de caso, com atividades como discussão de caso, visitas domiciliares e abordagem familiar. No nível 3 e 4, recomenda-se a atenção individual com consultas sequenciais e multidisciplinares. No nível 2 e 3 também recomenda-se atenção compartilhada em atividades de grupo e consultas coletivas. No nível 1, a ação de saúde predominante devem ser os grupos de educação em saúde, como por exemplo, grupos de tabagismo, caminhada, alimentação saudável⁸.

Estratificação de risco do paciente em relação ao DM tipo 2

Esta classificação voltada para uma comorbidade específica, a diabetes mellitus (DM) tipo 2, permite que se avalie o grau de vulnerabilidade e necessidade de atenção do paciente. Foi considerado como baixo risco o paciente com glicemia de jejum alterada ou intolerância à sobrecarga de glicose. Médio risco o paciente que possui diagnóstico

de DM e adequado controle metabólico e pressórico, sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e sem complicações crônicas. Alto risco o que possui diagnóstico de DM e inadequado controle metabólico e pressórico ou adequado controle metabólico e pressórico, mas com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses ou complicações crônicas. Muito alto risco o paciente com diagnóstico de DM e controle metabólico ou pressórico inadequado com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas⁹. O paciente do relato foi estratificado em Alto risco.

DISCUSSÃO

Etapa 1: diagnóstico

O diagnóstico do paciente baseou-se no levantamento de dados sobre as condições de saúde do paciente, através da anamnese durante visitas domiciliares, consulta aos sistemas de saúde, TrackCarer® e o e-SUS®, conversa com familiares e com os profissionais de sua equipe de referência.

O paciente foi avaliado com capacidade de autocuidado insuficiente⁸ preenchendo como critérios os fatores um, dois, três, cinco e seis, presentes na descrição da classificação de autocuidado da metodologia. Essas observações foram explanadas ao paciente e este foi estimulado a mudar algumas posturas em relação ao seu autocuidado, como explicitado no passo de definição de metas e responsabilidades abaixo. Além disso, a família foi esclarecida sobre a situação de saúde e avaliações do paciente, e orientada sobre como auxiliar o paciente nesse processo.

Ele também foi avaliado em grau 4 de severidade das doenças crônicas estabelecidas⁸ e classificado como de alto risco em relação a DM2⁹, devido inadequado controle metabólico e pressórico. Conforme classificação, estratificou-se o paciente no nível 5 de atenção à saúde e os exemplos de ações predominantemente recomendadas foram ações de gestão de caso, com discussão de caso, visitas domiciliares e abordagem familiar⁸.

Durante visitas domiciliares e consultas, observou-se dificuldade de adesão aos tratamentos não-farmacológicos de suas complicações secundárias ao DM2 e HAS, dificuldade no manejo das medicações do paciente em casa e presença de sintomas e queixas que demonstravam mau controle de suas doenças de base ou presença de complicações

ainda não diagnosticadas. Dessa forma, percebeu-se a necessidade de uma escuta ativa durante os atendimentos ao paciente (visitas domiciliares, consultas e acolhimentos) e trabalho multidisciplinar e integrado com a família, uma vez que diversos fatores pessoais, sociais e familiares associados à dificuldade do paciente de realizar corretamente seus tratamentos, como analfabetismo, polifarmácia, falta de motivação para realização de atividades diárias, baixa autoestima e pouco contato com filhos e netos, também foram encontrados durante a construção deste PTS. Desta forma, no seguimento das consultas domiciliares foram feitas tais abordagens.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) registrou que a falha na adesão a tratamentos de longo prazo na população geral é de cerca de 50%¹⁰. Um estudo constatou uma grande associação entre o maior número de doenças crônicas e baixa adesão¹¹. Com a transição demográfica atual existe um aumento crescente da carga de doenças crônicas e consequentemente um maior uso de medicamentos, principalmente na população idosa¹⁰.

A adesão é uma ação multidimensional que envolve a interação de diversos fatores que afetam o comportamento e a capacidade de um indivíduo de seguir o tratamento¹². Existem diversos fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento de um paciente, como as características do paciente (sexo, idade, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico), as características da doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias), as crenças de saúde, hábitos de vida e culturais (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar), as características do tratamento (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos) e, por fim, o relacionamento do paciente a equipe de saúde¹³.

Algumas condições de saúde ou tratamentos podem ter características que levam a obstáculos específicos para adesão. Quando a doença é assintomática, como a hipertensão e a diabetes, pode haver dificuldade no uso contínuo dos fármacos, tanto pela ausência de sintomas quanto pela falta de compreensão sobre o prognóstico da doença¹⁴. As doenças que necessitam de um tratamento complexo (polifarmácia, várias administrações diárias, dificuldades associadas à via de administração), e as próprias dificuldades diárias associadas ao uso dos medicamentos podem ser barreiras à adesão ao tratamento¹⁵.

É necessário levar em consideração a escolaridade do paciente, pois a baixa adesão ao tratamento foi maior na população com menor escolaridade, demonstrando a relevância desse fator no processo de cuidado¹¹. A dificuldade na autopercepção de sua saúde mostrou uma adesão ruim ao tratamento em pacientes com doenças crônicas¹¹. Uma metanálise descreveu que os pacientes com melhor entendimento do seu processo saúde-doença, têm melhor adesão ao tratamento, contribuindo para retardar a progressão da doença, principalmente naqueles que possuem doenças crônicas¹⁶. Pesquisas mostraram também que a compreensão do paciente sobre sua doença influencia na compreensão da sua família sobre sua situação de saúde, sendo um fator importante para consolidação de uma rede de suporte, que auxilia na adesão ao tratamento e às consultas¹⁷. Portanto, a educação em saúde com esclarecimento sobre suas doenças, à medida do possível de acordo com a possibilidade de compreensão do paciente, devido sua escolaridade, eram necessárias para melhor adesão ao tratamento.

Um aspecto interessante que a literatura mostra é a associação da adesão com a autoestima do indivíduo, mostrando que a autoestima diminuída e uma atitude geral de insatisfação e desânimo frente à vida, podem se espelhar no pessimismo em relação à efetividade do tratamento, favorecendo a baixa adesão, pois o indivíduo não vê sentido em investir na própria vida¹⁷.

Etapas 2: Definição de metas

Definiu-se, com base nas avaliações realizadas na etapa 1, metas de curto e longo prazo para o paciente. As metas de curto prazo foram o preenchimento da caderneta do idoso pela equipe de referência; a realização de um café da manhã educativo sobre alimentação saudável para o paciente, seus familiares e a equipe; e envolvimento da família, filhos, netos e esposa, no processo de cuidado do paciente; referenciamento do paciente para especialidades para acompanhamento das complicações de suas condições crônicas; inclusão do paciente no grupo de idosos da Clínica da Família; orientação para o paciente acerca da importância dos medicamentos e do uso correto dos medicamentos; e apresentação do PTS à Equipe de Referência do paciente, realizada pelos estudantes.

As metas de longo prazo foram o controle da HAS e DM2, com o controle da alimentação e uso ade-

quado e regular de medicamentos, e a sensibilização da Equipe de Referência sobre o caso dele para continuidade do PTS após a saída dos estudantes.

Etapas 3: definição de responsabilidades

Foram divididas responsabilidades entre o paciente, família e equipe que estava realizando o Projeto (acadêmicos, docente responsável e enfermeira da Equipe de Referência do paciente).

Equipe: encaminhamento para especialidades necessárias e orientações para cuidado da saúde, sendo realizada a marcação das consultas necessárias pela UBS e reforçada a importância de comparecer às consultas; preenchimento da caderneta do idoso; entrar em contato com familiares do paciente para convidá-los a participar do café da manhã educativo sobre alimentação adequada para o paciente e para envolvimento da família no processo de cuidado do paciente; providenciar local para realização do café da manhã educativo; orientar o paciente sobre o horário correto de uso de cada medicação; explicar ao paciente sobre a importância da organização de seu porta comprimidos para não deixar de tomar nenhuma medicação; checar a cada visita se o paciente está fazendo uso correto das medicações; informar a ESF referência do paciente sobre o projeto realizado e sensibilizar a equipe para que haja continuidade do cuidado iniciado pelos estudantes.

Paciente: corresponsabilização do paciente no processo de cuidado no controle de suas comorbidade através da alimentação e uso correto de medicamentos; participação no grupo de idosos da Clínica da Família; participação no café da manhã educativo; seguir orientações da equipe acerca dos horários de uso de cada medicação e sobre como organizar seu porta comprimidos para não confundir horários dos remédios; deixar o seu porta comprimidos sempre em local visível para não esquecer de tomar as medicações; seguir orientações sobre controle da alimentação, realizadas a cada visita domiciliar, durante atividades do grupo de idosos da Clínica da Família e durante café da manhã educativo: não ficar períodos prolongados em jejum, evitar ingestão de alimentos hiperlipídicos e hiperglicêmicos, e preferir alimentos integrais e naturais.

Família participação no café da manhã educativo; ajudar o paciente na organização e uso correto das medicações, perguntando, sempre que possível, se o paciente já organizou seu porta comprimidos

ou fez uso da medicação. Os familiares demonstraram-se abertos as propostas e se dispuseram a ajudar o paciente.

Etapa 4: reavaliação

Entende-se que o PTS não se deve limitar ao momento que acontece um problema único pontual, uma vez que tem também o objetivo de auxiliar o indivíduo a restabelecer suas relações afetivas e sociais, “buscar a autonomia afetivo-social e o incremento da incorporação desta na vida social e política”¹⁸. Logo, o trabalho atual obteve sucesso em detectar diversos aspectos biopsicossociais importantes da vida do paciente que necessitavam de atenção e acompanhamento continuado por profissionais da saúde, tanto nos atendimentos domiciliares quanto na unidade de saúde. Ainda foi possível visualizar um progresso positivo na construção de vínculo com o paciente ao longo dos 6 meses de vigência do projeto. Durante os primeiros contatos o paciente demonstrava-se menos aberto ao diálogo. No entanto, ao longo do trabalho foi se mostrando mais comunicativo e passou a manter com a equipe conversas mais abertas, fazendo brincadeiras e sendo sincero sobre suas opiniões, sentimentos e sintomas. Esse processo foi muito importante para visualizar quais ações seriam melhor recebidas pelo paciente e evitar a quebra de vínculo com a equipe de saúde.

Por outro lado, durante a reavaliação do PTS, percebeu-se a importância da continuidade ao acompanhamento do paciente iniciado pelos estudantes envolvidos, uma vez que mesmo após as orientações e trabalho realizado ao longo de 6 meses, o paciente ainda encontrava-se com suas comorbidades de base (HAS e DM2) causando complicações e descompensadas e ainda apresentava dificuldades para adesão ao tratamento e cumprimento metas sugeridas pela equipe.

O tempo para reavaliação do caso do PTS deve ser o mínimo possível com o intuito de alcançar o efeito esperado pelas ações planejadas. Deve durar o máximo de tempo possível, sem trazer riscos ou danos ao sujeito ou que permita que a equipe perca a familiaridade com a problemática em questão¹⁹.

O trabalho atual realizou uma reavaliação contínua do paciente em curtos intervalos de tempo, o que foi benéfico para construção de um vínculo com o paciente, no entanto, o tempo estabelecido para adesão às medidas propostas não foi o sufi-

ciente para trazer mudanças efetivas nos principais problemas de saúde do paciente.

No PTS, a primeira etapa possui objetivo de realizar uma avaliação biopsicossocial para estabelecer o momento e a situação vivenciada pelo sujeito. O segundo momento é a hora de traçar metas, definindo em conjunto com o paciente, o tempo necessário para que essas metas sejam cumpridas. Em seguida deve-se dividir as responsabilidades entre os profissionais e negociar propostas, considerando as diferenças e peculiaridades do sujeito. O quarto passo é reavaliar o trabalho e suas evoluções e trazer novas propostas de cuidado²⁰. Apesar dessas etapas terem sido cumpridas, não houve um detalhamento do tempo de dedicação semanal ou mensal necessária para cumprimento das metas ou do tempo esperado para tais metas surtirem efeito, o que afetou a perspectiva dos estudantes envolvidos sobre o sucesso do projeto, que participaram ativamente das etapas de diagnóstico, definição de metas e reavaliação do paciente, durante as visitas domiciliares e consultas na UBS.

Também é importante ressaltar que existem dificuldades para o desenvolvimento de um PTS, como: dificuldade da equipe em identificar a base teórica de sua prática; sobrecarga de responsabilidade assistencial ocasionada pela alta demanda; falta de qualificação da equipe; e a dinâmica proposta para as reuniões.

A organização das Equipes de Referência pode dificultar a troca de informações e a coordenação necessária para a organização do trabalho e definição de metas e prioridades das ações em um PTS²¹. Por envolver poucos profissionais da saúde, os estudantes apresentaram em diversos momentos dificuldades para organizar as ações, definir prioridades e dar continuidade às metas de curto e longo prazo propostas para o projeto.

Soma-se a esses fatores limitantes como: a falta de espaços para discutir o PTS com o usuário e família; a dificuldade da equipe para compreender e atender às necessidades do usuário; a fragmentação no desenvolvimento do PTS nas etapas de prevenção, tratamento e reabilitação ao invés de uma concepção contínua e integrada entre esses aspectos; a falta ou insuficiência de registros em prontuários; a formação profissional inadequada para as necessidades da nova política assistencial, a rotatividade da equipe²¹, a falta ou insuficiência de comunicação da equipe; o uso de modelos fechados e a compreensão do PTS como um mero dispositivo administrativo²².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todo indivíduo deve ser considerado como um ser humano complexo, pois possui diversas facetas a serem compreendidas. Dessa forma, a dificuldade de adesão de um paciente a propostas de cuidado à saúde, sejam estas farmacológicas ou não, pode envolver diversos fatores sociais, pessoas e/ou familiares. A construção de um Projeto Terapêutico Singular exige, portanto, que o indivíduo seja observado como um todo por uma equipe multidisciplinar, que sua família e outras redes de apoio estejam envolvidas e que diversos instrumentos e estratégias sejam utilizados para tornar possível a adesão às medidas traçadas em conjunto com a equipe de saúde.

Trabalhos como este demonstram a importância do cuidado continuado e contato próximo de profissionais da saúde com a população idosa com

comorbidades crônicas para melhoria do vínculo entre pacientes e sua equipe de saúde, e melhor compreensão do processo de construção de um PTS na Atenção Primária à Saúde, além de levantarem discussões acerca das dificuldades de aplicar o PTS no contexto de saúde pública atual.

O fato deste PTS fazer parte da matriz curricular de um curso de medicina também mostra a importância da inclusão de Projetos como este no currículo prático de Faculdades de Saúde para melhor compreensão do processo de criação de vínculo com o paciente e da atuação da Atenção Primária no cuidado longitudinal de paciente. Por outro lado mostra também que apesar do conhecimento, experiência e sucessos obtidos, ainda é necessário maior suporte profissional, acadêmico e tempo dedicado para que o PTS atinja todas as suas metas sugeridas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Caderno de Textos. Cartilhas da Política Nacional de Humanização. 2ª ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2010. 32 p. [Acesso em 15 de maio 2021]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Clínica Ampliada e Compartilhada. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. 68 p. [Acesso em 16 de agosto 2021]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf.
3. Wagner D, Rameh CA, Fonseca GL, Ribeiro MM, Ávila MPW. Vista do Implementação do Projeto Terapêutico Singular em um hospital universitário: relato de experiência. HU Rev. 2020;46:1-6. DOI: 10.34019/1982-8047.2020.v46.30630.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2004. 51 p. [Acesso em 16 de agosto 2021]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasis_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf.
5. Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina da ESCS [Internet]. Brasília; 2018. [Acesso em 16 de agosto 2021]. Disponível em: http://www.escs.edu.br/arquivos/PPCMedicina2018__3_.pdf.
6. Brasil M da S. Cadernos de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília, DF; 2014. 162 p. [Acesso em 15 de maio 2021]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf.
7. Junior C. Projeto Terapêutico Singulas (PTS) [Internet]. Telessaúde-Santa Catarina. 2018 [Acesso em 15 de maio 2021]. Disponível em: www.redehumanizasis.net/sites/default/files/1392720408.ppt.
8. Sturmer P, Bianchini I. Atenção às condições crônicas cardiovasculares: uma proposta de estratificação baseada nas necessidades das pessoas. 2012. p. No prelo.

9. Cavalcanti AM. Diabete Melito Tipo 2: diretriz de atenção à pessoa com Diabete Melito Tipo 2. Curitiba, PR: Secretaria Municipal da Saúde; 2010.
10. Tavares N, Bertoli A, Thumé E, Facchini L, França G, Mengue S. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(6):1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004834>.
11. Tavares N, Al E. Adesão ao tratamento de doenças crônicas no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2016;50(supl2):10s.
12. Organization WH. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva; 2003.
13. Gusmão JL, Mion Jr D. Adesão ao tratamento – conceitos. *Rev Bras Hipertens*. 2006;13(1):23-5.
14. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *New Engl J Med*. 2005;353(5):487-97. DOI: 10.1056/NEJMr050100
15. Coleman C, Limone B, Sobierai D, Lee S, Roberts M, Kaur R. Dosing frequency and medication adherence in chronic disease. *J Manag Care Pharm*. 2012;18(7):527-39. DOI: 10.18553/jmcp.2012.18.7.527.
16. DiMatteo M, Giordani P, Lepper H, Croghan T. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Med Care*. 2002;40(9):794-811. DOI: 10.1097/00005650-200209000-00009.
17. Melchior R, Nemes M, Alencar T, Buchalla C. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2007;41:88-93. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000900014>.
18. Cosser A, Massuda A, Oliveira AMF de, Guerrero AVP, Pinto CAG, Vianna D, *et al*. O Projeto Terapêutico Singular. In: Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. 1ª ed. São Paulo: Aderaldo e Rothschild (Hucitec); 2008. p. 283-97. [Acesso em 16 de Agosto 2021]. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/43319/2/manual_das_praticas_de_atencao_basica.pdf.
19. Zerbetto S, Pereira M. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. *Rev Lat Enferm*. 2005;13(1):112-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000100018>.
20. Linassi J, Strassburger D, Sartori M, Zardin MV, Rifhi LB. Projeto terapêutico singular: Vivenciando uma Experiência de Implementação. *Rev Context Saúde*. 2011;10(20):425-34. Disponível em: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2011.20.425-434>.
21. Barros JO. A construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidados [dissertação]. Universidade de São Paulo; 2010. DOI: 10.11606/D.5.2010.tde-21092010-093913.
22. Mororó MEM. Cartografias, desafios e potencialidades na construção de projetos terapêuticos em Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III [dissertação]. Universidade de São Paulo; 2010. [Acesso em 16 de agosto 2021]. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-23062010-093626/publico/Martha_Mororo.PDF.