



Projeto terapêutico singular: Um estudo de caso baseado em uma abordagem personalizada de cuidado em saúde

  <https://doi.org/10.56238/ciesaudesv1-100>

Anna July Vale Abdo

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ
Discentes do Curso de Medicina
Macaé – Rio de Janeiro

Arthur Felipe Silva Costa

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ
Discentes do Curso de Medicina
Macaé – Rio de Janeiro

Daphiny Barros da Cunha

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ
Discentes do Curso de Medicina
Macaé – Rio de Janeiro

Giulia Veloso Matias

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ
Discentes do Curso de Medicina
Macaé – Rio de Janeiro

Joao Pedro Pinheiro da Cruz

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ
Discentes do Curso de Medicina
Macaé – Rio de Janeiro

Jonatas Alves de Souza

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ
Discentes do Curso de Medicina
Macaé – Rio de Janeiro

Leonardo Cardoso dos Santos

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ
Discentes do Curso de Medicina
Macaé – Rio de Janeiro

Luis Gustavo Calmon Leitão

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ
Discentes do Curso de Medicina
Macaé – Rio de Janeiro

Mariana de Oliveira Omena

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ
Discentes do Curso de Medicina
Macaé – Rio de Janeiro

Marlon da Silva Pessanha Santos

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ
Discentes do Curso de Medicina
Macaé – Rio de Janeiro

Tiemy Vitória Manso Ikeda

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ
Discentes do Curso de Medicina
Macaé – Rio de Janeiro

Wallace Soares Teixeira

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ
Discentes do Curso de Medicina
Macaé – Rio de Janeiro

Michele Ribeiro Sgambato

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ
Docentes do Curso de Medicina
Macaé – Rio de Janeiro

Helvo Slomp Júnior

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ
Docentes do Curso de Medicina
Macaé – Rio de Janeiro

Érika Fernandes Tritany

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ
Docentes do Curso de Medicina
Macaé – Rio de Janeiro

RESUMO

O estudo tem como objetivo analisar as diferentes dimensões singulares de uma usuária da Unidade de Saúde da Família de Macaé, Rio de Janeiro, considerando seu quadro de doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociais, familiares e socioeconômicos. Foi proposto um Projeto Terapêutico Singular (PTS) baseado na integralidade do cuidado. O PTS foi construído a partir de atividades em grupo tutorial com estudantes do terceiro período do curso de Medicina, análise dos prontuários da paciente e a realização de entrevistas, visitas domiciliares e pesquisas bibliográficas. O plano de cuidados foi desenvolvido levando em consideração as patologias mais ameaçadoras que interferem na qualidade de vida da paciente e busca da manutenção do seu bem-estar físico, mental, social e espiritual, garantindo autonomia e independência. A equipe de saúde deve estar atenta à situação psicossocial da paciente para favorecer um cuidado efetivo. Reuniões de equipe são necessárias para acompanhar a efetividade da estratégia de cuidado e retrazar metas e objetivos.

Palavras-Chave: Conduta Terapêutica, Cuidado em Saúde, Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Projeto Terapêutico Singular, Saúde da Família.

1 INTRODUÇÃO

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) consiste em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um determinado indivíduo, que costuma ser indicado para situações em saúde de maior complexidade, visando um processo singular como elemento central. A construção de um projeto terapêutico singular pressupõe a participação coletiva - a fim de integrar e organizar as equipes multiprofissionais de saúde com o indivíduo - e uma concepção de sujeito que contemple os aspectos biopsicossocial, espiritual e cultural (PINTO et al., 2011).

A construção de um vínculo com o indivíduo e seu envolvimento na tomada de decisões sobre ações a serem realizadas compreendem - além de um dos princípios da clínica ampliada baseada no conceito de corresponsabilização e gestão integrada do cuidado - etapa fundamental para o sucesso do PTS. Visto que, em geral, a necessidade de desenvolvimento dessa proposta está ligada a uma situação que, embora anteriormente avaliada de formas pontuais, não atingiu o resultado esperado. Por isso, devido à combinação de dificuldades diversas, reforça-se a necessidade da participação ativa do paciente na formulação do PTS, bem como sua efetividade (BRASIL, 2008).

Com isso, o PTS permite notar fatores que estão além do momento crise do paciente, buscando não uma simples cura ou reparação de danos, mas sim proporcionar uma emancipação desse indivíduo, promovendo integração social e visando a promoção de saúde, com ações coerentes ao contexto atual de vida do sujeito. Diante disso, conhecer o paciente e suas necessidades - bem como sintomas, sinais, e os problemas de saúde que lhe afligem - é de suma importância para a elaboração do PTS.

O Projeto Terapêutico Singular pode ser realizado a partir de uma sequência de passos. A primeira etapa é o diagnóstico, que se assemelha à formulação de um caso clínico, porém também é necessário identificar os sujeitos envolvidos, as vulnerabilidades e as redes de apoio existentes e, com isso, genogramas e ecomapas ganham destaque como importantes técnicas de estudo. A segunda etapa é a definição de metas, seguida pela divisão de responsabilidades e, posteriormente, a reavaliação do caso.

Nesse sentido, o projeto terapêutico tem como sua essência a "dimensão singular" (PINTO et al., 2011), na qual emerge o cerne e as nuances do ser e que determina a origem do cuidado. Assim, busca suprir as necessidades em saúde ao trazer uma abordagem de forma específica e particular, tal como, segundo PINTO et al (2011), "cuidar, melhorar a qualidade de vida dos usuários, ampliar o entendimento e a apropriação do processo saúde-doença, entre outros".

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano. Somente no Brasil, as DCNT foram responsáveis por

mais de 70% dos óbitos no país (FLOR, 2015). O estilo de vida sedentário é considerado uma característica da sociedade atual, como consequência da urbanização e do crescimento das tecnologias, o que reflete diretamente nas mudanças dos padrões de comportamento populacionais, com redução do gasto energético, muito por conta de três aspectos principais: diminuição desse gasto nos afazeres domésticos, pelo uso de equipamentos que fazem as tarefas mais árduas; aumento do uso da televisão como principal fonte de lazer; e uso de automóvel ou outro veículo automotivo para os deslocamentos (SUZUKI, 2010). Nesse sentido, o comportamento sedentário está diretamente relacionado às DCNT, ressaltando a importância do tema para a análise da situação de saúde da usuária da USF deste trabalho.

Nesse contexto, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma importante DCNT que compõe uma das principais causas de morte prematuras em todo o mundo, que afeta principalmente indivíduos de baixa condição socioeconômica. Em 2020, cerca de 31% da população adulta, isto é, 1,2 bilhão de pessoas no mundo, eram portadores dessa condição (MENEZES, 2020). A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo e representa uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (LIMA, 2021). Similarmente, a diabetes mellitus (DM) apresenta alto risco para as doenças cardiocirculatórias, e sua importância vem aumentando pela crescente prevalência, assim como por suas complicações e a alta taxa de mortalidade (ROSA, 2009). As complicações da DM representam elevados custos, tornando essa uma importante questão de saúde pública a ser enfrentada (MARINHO, 2011).

Posto isso, o presente estudo tem por objetivo analisar as diferentes dimensões singulares de Dona Amélia, usuária do Sistema Único de Saúde, atendida na Estratégia de Saúde da Família Campo do Oeste. Assim, o projeto visa compreender seu quadro clínico, ambiente socioeconômico e núcleo de convivência para proposição de um PTS engajado no cuidado integral em saúde.

2 MÉTODOS

Para a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) adequado e pertinente à realidade da paciente, referenciada no texto pelo codinome Amélia, nos utilizamos de diversos meios para compreender as relações, externas e internas, às quais esta pertence e pelas quais se vê atravessada no cotidiano.

O presente estudo foi desenvolvido a partir das atividades práticas da disciplina Saúde da Comunidade III, ministrada para estudantes do terceiro período da graduação em Medicina. Foi conformado um grupo tutorial, composto por doze discentes e acompanhado por duas docentes. O grupo tutorial reuniu-se semanalmente, durante o segundo semestre do ano de 2022, para realização de atividades de visita técnica à Unidade de Saúde da Família, entrevista com profissionais de saúde e usuária, discussão e estudo do caso.

Este trabalho faz parte do projeto de pesquisa “Formando médicos/as pesquisadores/as: estudo de caso de experiências educacionais no ensino da saúde coletiva na graduação médica da UFRJ/Macaé”, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 53249921.9.0000.5699) bem como os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando em sua participação no estudo e atividade didática.

Inicialmente, o caso de Dona Amélia nos foi apresentado pela ACS da Estratégia de Saúde da Família da USF - Campo D`Oeste para a posterior elaboração de um PTS. Após a compreensão geral do caso, por meio da análise do prontuário da paciente, definiram-se duas duplas, que seriam responsáveis por uma entrevista agendada com Dona Amélia e outra com o médico responsável pelo seu caso, respectivamente. Cada dupla foi, então, subdividida em duas funções distintas: a de entrevistador, responsável pela formulação de perguntas a serem feitas ao entrevistado; e a de relator, responsável pela transcrição autorizada do conteúdo adquirido para sua posterior utilização na elaboração do projeto. Ambas as entrevistas foram realizadas de forma remota por meio da plataforma Google Meet, em virtude de uma maior praticidade e adequação de horários disponíveis, tanto da paciente quanto do profissional de saúde de referência.

As informações obtidas a partir dessas entrevistas revelaram as relações sociais que atravessaram e atravessam o cotidiano da paciente, bem como sua história de vida e sua relação com a própria saúde. Com base nisso, utilizamos de ferramentas de compreensão familiar e domiciliar – como genograma, ecomapa e ciclo de vida familiar – a fim de facilitar a visualização em amplo aspecto da história pregressa, da evolução e, por fim, das relações atuais mantidas pela paciente. Essa abordagem possibilitou a reconstrução de histórias de vida, de causas e agravamentos de doenças e, conseqüentemente, a elaboração de um projeto terapêutico singular para a usuária.

Somado à entrevista, realizou-se a pesquisa documental em bases de dados científicas e literatura indicada utilizando-se ao todo 34 artigos de referência, buscando maior aprofundamento teórico acerca dos agravamentos de saúde da paciente e as perspectivas apontadas pela literatura científica, a fim de elaborar um PTS apoiado naquilo que o meio científico aponta como alicerce da promoção da saúde em casos clínicos similares ao de Dona Amélia. Por fim, objetivando preservar a identidade da paciente e de seu cônjuge, seus nomes foram alterados e seus codinomes, Amélia e George, escolhidos em conjunto pelo grupo. Similarmente, os nomes dos profissionais de saúde entrevistados foram omitidos.

3 RESULTADOS

3.1 IDENTIFICAÇÃO E BREVE DESCRIÇÃO DO CASO

Dona Amélia (nome fictício), mulher, aposentada, evangélica, atualmente com 73 anos de idade, nasceu em 24 de março de 1949 em Tapera, área pertencente ao 3º Distrito de Trajano de Moraes – RJ, um pequeno município da região serrana do Norte Fluminense com pouco mais de 12.000 habitantes (IBGE, 2015). Por volta de 1969, aos 19 anos de idade, se mudou para Macaé, onde permaneceu até os 30 anos. Em 1980, se mudou para o Rio de Janeiro a trabalho, retornando em 2017 para Macaé, cidade em que reside atualmente. Amélia viaja mensalmente ao Rio de Janeiro para acompanhar o marido, que faz tratamento de saúde na capital. Eventualmente, viaja para outras cidades a passeio, por isso se ausenta de Macaé com certa frequência.

Dona Amélia é casada com Seu George há cerca de 10 anos, com o qual possui uma relação de companheirismo, cumplicidade e afeto, pois realizam muitas atividades juntos. Além do marido, tem carinho pelo cachorro Conde, que também faz parte de seu núcleo familiar. Embora Amélia não possua filhos, tem cinco sobrinhos e é madrastra de quatro filhos do casamento pregresso de Seu George, por isso sua família ampliada é bastante numerosa.

Segundo relatos de Amélia e registros em prontuários médicos, sua situação de saúde é caracterizada principalmente por hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2, glaucoma de ângulo aberto, hérnia de disco e esteatose hepática. Além disso, foi diagnosticada com um carcinoma papilífero da tireoide e, por esse motivo, submetida a cirurgias de tireoidectomia para remoção total da glândula com posterior iodoterapia, o que lhe causou um grande impacto emocional na vida. Adicionalmente, Amélia relata ser uma pessoa bastante ansiosa que apresenta dificuldade para dormir, sobretudo porque se preocupa sobremaneira com o bem-estar de sua família.

Na comunidade próxima, Dona Amélia declara não possuir vínculo de amizade com seus vizinhos, porém nutre uma relação de convívio respeitosa ao cumprimentá-los cordialmente no dia-a-dia. A religião, por outro lado, é central em sua vida e a principal forma de exercício de sua espiritualidade. Em sua rotina, frequenta três vezes por semana a Igreja Universal do Reino de Deus com seu marido.

Em relação às condições de vida e trabalho, Amélia mora numa casa confortável em Macaé com dois quartos, dois banheiros, sala, cozinha e varanda. Possui acesso a condições básicas como água, energia elétrica e internet. Quanto ao lazer, gosta de brincar com Conde e passear na beira da praia com o marido. Amélia não pratica atividade física com frequência, principalmente devido a dificuldades de locomoção oriundas de seu processo de envelhecimento e de sua radiculopatia decorrente da hérnia de disco. Portanto, a condição de saúde da paciente, ao determinar sua perda de mobilidade, prejudica não apenas sua locomoção, como também seus momentos de lazer preferidos.

Atualmente, Dona Amélia é acompanhada por cardiologista, endocrinologista, oftalmologista, clínico geral e nutricionista, alguns dos quais pelo sistema de saúde suplementar e outros pelo SUS. Na área em que mora, encontra-se vinculada à Unidade de Saúde da Família (USF) – Campo D’Oeste, onde é acolhida para aferir a pressão arterial, verificar a glicemia, receber vacinas e se consultar com médico e nutricionista quando necessário. Ademais, recebe visitas regulares de agentes comunitários de saúde em seu domicílio.

3.2 LISTA DOS PROBLEMAS DE SAÚDE

- Hipertensão arterial sistêmica (HAS) (CID-10: I10);
- Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) (CID-10 E11);
- Carcinoma papilífero da tireoide (CPT) (CID-10: C73);
- Glaucoma de ângulo aberto (CID-10: H40.1);
- Hérnia de disco intervertebral (CID-10: M51.1);
- Esteatose hepática (CID-10: K76);
- Ansiedade generalizada (CID-10: F41);
- Distúrbios do sono (CID-10: G47).

3.3 FERRAMENTAS DE ABORDAGEM FAMILIAR E DOMICILIAR

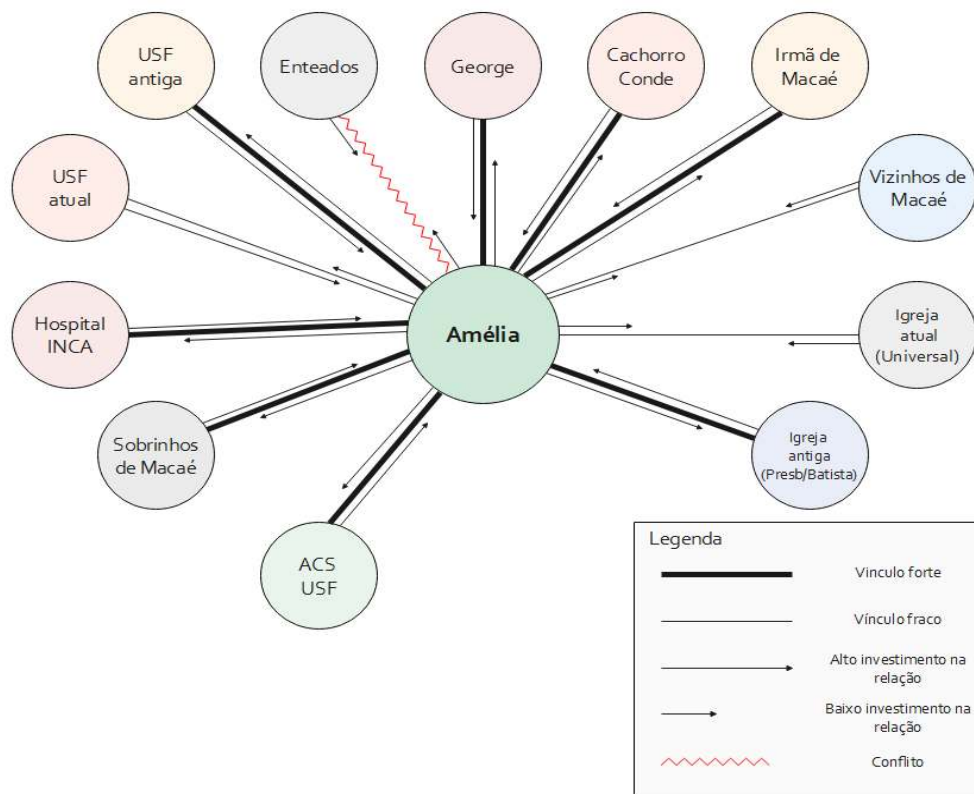
O processo saúde-doença-cuidado é precedido por uma boa análise familiar e, por isso, a compreensão de família em sua pluralidade e individualidade se faz essencial para a elaboração de um PTS. Desse modo, é necessário compreender que o conceito de “família” não se restringe unicamente a relações de consanguinidade, mas sim a toda “relação de familiaridade”, as quais são feitas essencialmente pelo sentimento de pertencimento e, por isso, compõem intrinsecamente a vida do indivíduo, seja na etapa de cura ou de adoecimento (SLOMP JUNIOR; FRANCO; MERHY, 2022). Diante disso, existem diversas ferramentas que são utilizadas para visualizar o nicho familiar, sendo utilizadas neste PTS o ecomapa, o genograma e o ciclo de vida familiar.

O ecomapa (Figura 1) se traduz em uma representação visual da “rede de familiaridade” da pessoa analisada, segundo a qual podemos visualizar de que forma e intensidade as relações com outros indivíduos e instituições estão construídas e em que etapa sentimental estão alicerçadas (SLOMP JUNIOR; FRANCO; MERHY, 2022).

No caso de Dona Amélia, notam-se muitas relações indivíduo-instituição, principalmente unidades de saúde (como a ESF referenciada) e Igrejas, ambas de grande relevância na vida da paciente. Notam-se também relações familiares - representadas por seu marido, irmã, sobrinhos, enteados e cachorro - auxiliando não apenas na elucidação da composição da família da paciente, mas

também na forma com a qual esses indivíduos podem influenciar, positiva ou negativamente, no seu estado de saúde. É graças a essas influências que se justifica a elaboração do ecomapa, visto que a compreensão da rotina da paciente e a relevância que tais entidades podem vir a ter na adesão ao tratamento indicam possíveis elementos e pessoas a serem envolvidos na elaboração do PTS.

Figura 1 - Ecomapa de Amélia

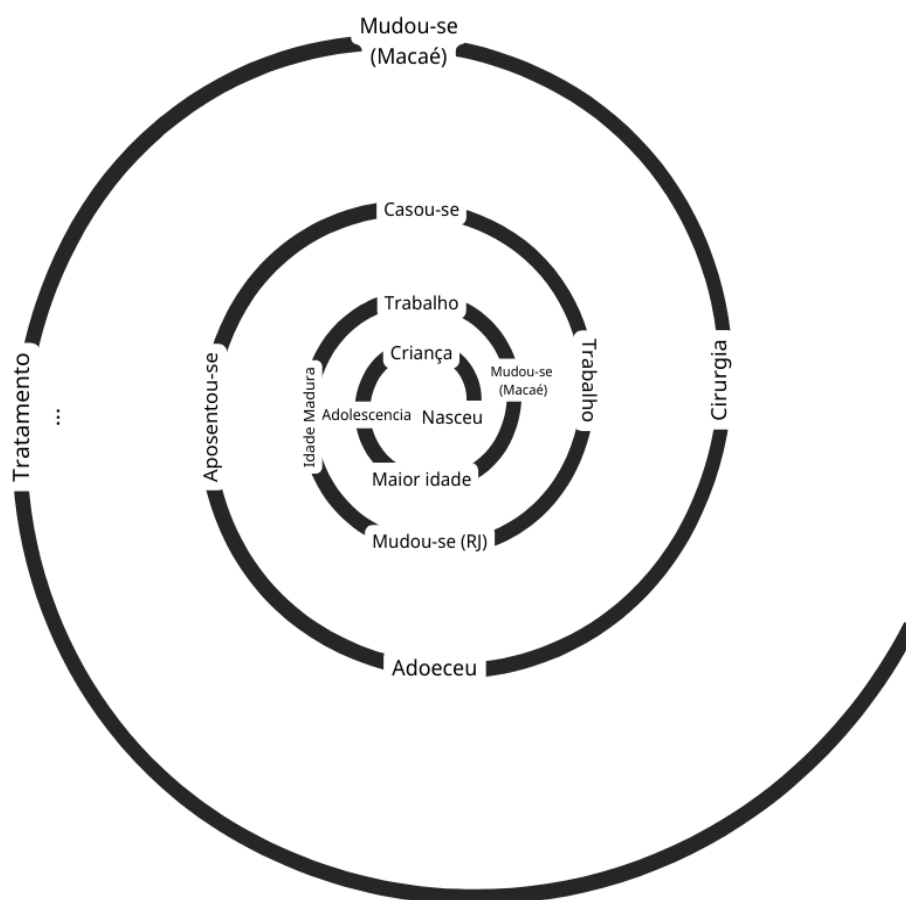


Fonte: elaboração própria.

O genograma (Figura 2), por sua vez, é uma representação gráfica na qual se encontram informações sobre a família de consanguinidade da paciente, no qual podemos ter uma rápida visão de sua composição (original e atual) e dos relacionamentos entre seus elementos, a fim de elaborar hipóteses sobre o processo de adoecimento a partir do contexto familiar.

Como descrito antes, o genograma é uma ferramenta auxiliar na construção de hipóteses diagnósticas, porém, para que se tenha um bom entendimento dessa ferramenta gráfica, é necessário explorar a sua metodologia. Na década de 80, os estudiosos Murray Bowen e Jack Medalie definiram a simbologia por trás do genograma, a qual perpetua na atualidade (KRUGER; WERLANG, 2008). Dessa maneira, de forma simplista, as figuras geométricas representam os indivíduos e as linhas suas relações (KRUGER; WERLANG, 2008). No caso da Dona Amélia, pode-se observar todo o seu contexto familiar, expandindo ao do seu marido, o qual era casado, teve filhos e se tornou viúvo. Além disso, demonstra sua relação de proximidade com sua irmã e sobrinhos de Macaé, o seu conflito com

Figura 3 - Ciclo familiar



Fonte: elaboração própria.

3.4 RECONSTRUINDO HISTÓRIAS DE VIDA

A história de vida de Dona Amélia é plurifacetada, repleta de multiplicidades e composições singulares que constituem a expressão de sua subjetividade traduzida no seu modo particular de conduzir a vida. Ao longo de sua trajetória, a construção da personalidade, assim como de seu território identitário, perpassou por múltiplas experiências que moldaram sua maneira de ser e de existir no mundo, repercutindo no processo de saúde-doença-cuidado (SLOMP JUNIOR; FRANCO; MERHY, 2022).

Conforme mencionado, Dona Amélia nasceu em Tapera, região pertencente ao 3º Distrito do município de Trajano de Moraes, localizado na região Norte Fluminense do estado do Rio de Janeiro. Amélia possui 73 anos e trabalhou durante décadas como professora de ensino infantil, porém, na atualidade, encontra-se aposentada. Casada com seu marido George há 10 anos, tem um cachorro bastante querido chamado Conde e, embora não tenha descendentes, é madrastra de quatro filhos do casamento anterior de seu companheiro.

Desde jovem, Amélia sempre frequentou a Igreja evangélica. Inicialmente, participava da Igreja Presbiteriana, entretanto, depois da mudança para o Rio de Janeiro, se tornou adepta da Igreja

Batista, que ficava mais próxima de sua casa. Posteriormente, passou a frequentar a Igreja Universal do Reino de Deus três vezes por semana, pois foi aconselhada pelo pastor da Igreja Batista a acompanhar o seu marido no exercício da fé. Embora o vínculo com os fiéis da igreja e com a comunidade de seu bairro seja relativamente frágil e superficial, Amélia possui uma forte relação de companheirismo com Seu George, uma vez que são bastante unidos e até mesmo co-dependentes.

Apesar de ter nascido no interior, parte substancial de sua vida transcorreu no Rio de Janeiro, de forma que apenas em 2017 retornou para Macaé em busca de maior qualidade de vida. Atualmente, encontra-se vinculada à estratégia de Saúde da Família da USF - Campo D'Oeste, que foi responsável pelo seu acolhimento, sobretudo por meio da agente comunitária de saúde que cativou Dona Amélia ao fomentar a realização de visitas domiciliares.

No que diz respeito aos problemas de saúde, conforme explicitado anteriormente, Amélia apresenta algumas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como hipertensão e diabetes mellitus tipo 2. Além disso, apresenta glaucoma, hérnia de disco, esteatose hepática, ansiedade e distúrbios do sono. Particularmente, seu diagnóstico de carcinoma papilífero da tireoide e o câncer de próstata de seu marido foram duas situações-chave de acontecimentos com repercussões demasiadamente importantes, provocando mudanças profundas que culminaram na desterritorialização de seu território existencial vigente para a construção de uma reterritorialização incipiente mediante uma nova maneira de compreensão da vida.

A primeira situação refere-se ao descobrimento do diagnóstico de carcinoma papilífero da tireoide, que aconteceu indiretamente ao se consultar com um ortopedista por sentir dores incômodas na região cervical da coluna vertebral. Na ocasião, o médico solicitou que Amélia fizesse fisioterapia e uma ressonância magnética, a qual acusou alterações na tireoide. Diante disso, no Hospital Federal do Andaraí (HFA), o médico oncologista informou que havia um carcinoma do lado esquerdo da tireoide que estava pressionando a traqueia e, portanto, causando as dores referidas.

A forma com que o diagnóstico de câncer foi informado deixou a senhora Amélia bastante nervosa e angustiada, pois além de se tratar de uma doença grave atrelada a estigmas sociais, foi também advertida de que o tumor estava bastante pronunciado e havia a possibilidade de metástase. Ademais, o médico também afirmou que Amélia fizera o diagnóstico tardiamente, no entanto, na visão dela, não havia o que ser feito para além de aguardar o atendimento no SUS e buscar apoio na religião, pois não tinha condições de pagar por um plano de saúde para agilizar o processo. Esse cenário serviu como agravante na condição emocional e mental da paciente, que se sentiu substancialmente abalada.

Diante da urgência do caso, em função da progressão tumoral, fez-se primeiramente uma cirurgia de tireoidectomia parcial com remoção do lado esquerdo da glândula, assim como biópsia do material biológico coletado. Após esse evento, Amélia foi encaminhada para o Hospital dos Servidores

com indicação para iniciar a iodoterapia, entretanto fora impedida pela equipe de saúde, que exigiu a remoção completa da tireoide. A partir disso, Amélia retornou ao Hospital do Andaraí, onde fez uma segunda tireoidectomia, dessa vez total. Assim, pôde iniciar a iodoterapia no Hospital dos Servidores. Nessa época, Amélia e George moravam no Rio de Janeiro e não podiam receber muitas visitas devido ao estado de saúde de Amélia. Mesmo assim, Seu George se mostrou presente para apoio físico e emocional ao longo de todo o tratamento, consolidando a parceria do casal.

Além disso, outro importante acontecimento na vida de Dona Amélia foi o diagnóstico de câncer de próstata de seu marido, que iniciou o tratamento há cerca de 15 anos. Como o acompanhamento ocorre no Hospital Mario Kroeff, na Penha, o casal desloca-se mensalmente para a cidade do Rio de Janeiro, aproveitando também para visitar a família de George, que reside no mesmo terreno em que o casal se hospeda na cidade. Como evidenciado, tanto Amélia quanto Seu George enfrentaram o câncer, por isso ambos estão familiarizados com as dificuldades e complicações decorrentes da doença, buscando apoio mútuo.

Atualmente, as principais preocupações de Amélia são relativas à manutenção de sua saúde, sobretudo no que diz respeito ao tratamento da hipertensão, diabetes, glaucoma e ao controle dos níveis de colesterol no sangue. Nesse sentido, busca fazer acompanhamento com cardiologista, endocrinologista e oftalmologista, bem como seguir as orientações nutricionais prescritas pela nutricionista da ESF em que está vinculada.

3.5 CAUSAS DE DOENÇAS, AGRAVAÇÃO, E FATORES DE RISCO: ATRAVESSAMENTOS DE ADOECIMENTO E MORTE

Ainda na perspectiva de aproximação das singularidades do caso, tem-se o conceito de fator de risco, isto é, “características ou circunstâncias que se relacionam com o aumento da probabilidade de ocorrência de um evento, o qual produz adoecimento” (LUIZ; COHN, 2006, pg. 2342). Nesse sentido, é relevante considerar fatores outrora relacionados com a atual ocorrência das doenças apresentadas pela senhora Amélia, além de fatores de risco contemporâneos que podem resultar em adoecimentos futuros.

Em relação ao quadro de doenças crônicas não transmissíveis relatado, sabe-se que a paciente apresenta Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), caracterizada por elevação persistente de pressão arterial sistólica, maior ou igual a 140 mmHg, e/ou pressão arterial diastólica, maior ou igual a 90 mmHg (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2020). No Brasil – conforme relatado pelo médico de família da Unidade de Saúde Campo do Oeste, responsável por Dona Amélia, e entrevistado ao longo da elaboração deste projeto terapêutico – a HAS é a principal causa individual de consulta. Essa é uma condição multifatorial cuja prevalência, no país, em pacientes

acima de 70 anos, chega a 71,3% e, além disso, é o principal fator de risco modificável para doenças cardiovasculares, doença renal crônica, riscos metabólicos e, até mesmo, morte prematura (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2020).

Nesse sentido, embora haja ausência dos históricos das doenças atuais no prontuário médico da paciente, é sabido que sobrepeso, sedentarismo, envelhecimento e fatores socioeconômicos - como escolaridade, qualidade de habitações e baixa renda (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2020) - são alguns dos fatores de risco para a HAS que podem ter estado presentes na realidade de vivência da senhora Amélia, haja vista os relatos apresentados pela mesma.

De acordo com Bezerra et al. (2011) em, “A relação entre hipertensão arterial, ansiedade e estresse: uma revisão integrativa da literatura”, apesar das incertezas e das complexidades na pesquisa dentro do tema, existem estudos que apontam a existência de uma relação direta entre fatores psicológicos, emocionais e comportamentais com vulnerabilidade e agravamento da situação de saúde vivenciada por esses pacientes. Essa informação se faz relevante, pois Dona Amélia alega ser uma pessoa ansiosa desde tenra idade, apresentando, em vista disso, dificuldades para dormir, aspectos que podem agravar o quadro hipertensivo atual e propiciar uma exacerbação dos sintomas relatados.

Ainda no quadro de doenças crônicas não transmissíveis, Dona Amélia também apresenta Diabetes Mellitus tipo 2, que, de acordo com a Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2022), é caracterizada pela resistência à insulina e pela deficiência parcial de secreção da mesma nas células pancreáticas, além de alterações da secreção de incretinas. Nesse sentido, os possíveis fatores de risco para essa condição - os quais podem estar presentes na vivência de Amélia - são sobrepeso, sedentarismo, hipertensão arterial e dislipidemia, como demonstram os indicativos atuais presentes no prontuário clínico e no relato da paciente.

Além disso, a doença, quando não tratada, pode apresentar como agravamento manifestações clínicas como retinopatia, nefropatia, neuropatia, microangiopatia, crises hiperglicêmicas, infecções, dentre outras complicações (PARANÁ, 2018), razões pelas quais a usuária necessita de acompanhamento direto e contínuo na unidade de saúde presente em seu território.

Na perspectiva de agravos, dentro do tema, sabe-se que ela é uma paciente que necessita se ausentar com frequência da cidade de Macaé, mediante a situação de saúde de seu marido, sendo essa uma das razões pelas quais o mecanismo de acompanhamento oferecido pela unidade se torna deficitário. Outrossim, a rotatividade frequente da equipe de profissionais de saúde também é um empecilho para a criação de vínculos duradouros com médicos, enfermeiros, nutricionistas, entre outros profissionais, os quais são imprescindíveis para o planejamento e a execução de um plano de cuidados efetivo que promova não só a continuidade da vida, mas a qualidade dentro do tempo que se possui.

Em outra perspectiva, é importante mencionar o isolamento social como um problema que interfere diretamente na qualidade de vida e no bem-estar individual dos seres. O termo se refere a um estado em que os indivíduos experimentam menos interações sociais do que gostariam, interferindo diretamente em suas vivências, fato que ocorre de maneira concomitante com a sensação subjetiva de solidão ou, até mesmo, a tem como consequência (BEZERRA et al., 2021). Ainda, é necessário frisar que o isolamento não se refere a uma escolha necessariamente voluntária, mas passível de imposição externa, devido às barreiras que dificultam ou impedem a conexão social. Esses obstáculos advêm do histórico de vida, do contexto social e, até mesmo, do modelo de funcionamento das sociedades urbanas, as quais têm como sequela um número de relacionamentos interpessoais significativamente diminuído ou mesmo ausente.

Nesse viés, possíveis resultados desse isolamento na vida da pessoa idosa variam desde riscos acentuados para o desenvolvimento de doenças, redução do bem-estar individual, prejuízo na saúde cognitiva, comprometimento da saúde mental, ampliação dos riscos para depressão e ansiedade, redução da atividade física diária com maiores tendências ao sedentarismo, e piora na qualidade do sono (BEZERRA et al., 2021), dentre outras problemáticas que podem se desenvolver no contexto de vida de Dona Amélia, como relatado até o momento. Apesar da utilização das redes sociais com fins comunicativos, a paciente possui dificuldades em ter encontros presenciais com a família por diversos motivos, como afazeres pessoais e cuidados exigidos frente a possibilidade de contaminação por SARS-CoV-2.

Além disso, Amélia afirma não possuir vínculos com a vizinhança de sua residência em Macaé, característica presente nas sociedades urbanas, mediante a celeridade e a urgência demandadas, as quais, muitas vezes, dificultam o contato de pessoas próximas. Em consonância, Dona Amélia relata ter sido criada na Igreja Evangélica, local em que construiu boas relações durante esse processo. Contudo, após o casamento, por recomendação de seu pastor, optou por frequentar a mesma igreja que seu marido, na qual afirma não possuir tanta proximidade com os fiéis, como havia outrora, devido ao funcionamento interno da unidade. Desse modo, tem-se o isolamento social como causa, agravo e fator de risco na realidade de Amélia, podendo interferir, a longo prazo, diretamente em sua autonomia e em sua independência, necessitando-se, por conseguinte, de um plano terapêutico que abarque as necessidades físicas, sociais, emocionais, espirituais e, assim, atue na prevenção de doenças e na promoção de saúde com ações voltadas à recuperação e a reabilitação da mesma, sem perder de vista uma perspectiva de cuidado que considere a prevenção quaternária.

3.6 FATORES DE PROTEÇÃO E POTENCIALIDADES: AGENCIAMENTOS DE VIDA E SAÚDE

Ao longo da vida, o território existencial – forma como a subjetividade do indivíduo se expressa no mundo, como um jeito particular de agir ou de experienciar as dimensões dialéticas da vida – pode ser atravessado pelo adoecimento, isto é, um fluxo ou passagem entre diferentes territórios existenciais (DELEUZE; GUATTARI, 2005). Nesse sentido, se por um lado a territorialidade pode ser cooptada por um atravessamento que ocasiona a morte do desejo, reduzindo a potência de agir, por outro pode ser ressignificada para produção de vitalidade, autocuidado, autoproteção e potência de vida (SLOMP JUNIOR; FRANCO; MERHY, 2022).

Assim, atravessamentos que adoecem podem ser revertidos em agenciamentos de vida e saúde, promovendo ações que estabelecem outros territórios existenciais mais saudáveis. Por isso, um agenciamento se traduz como um motor de desterritorializações e reterritorializações quando diferentes elementos se amalgamam para produção de vida sob a ótica de um novo projeto existencial (DELEUZE; GUATTARI, 1977, 2005). Complementarmente, na visão de Canguilhem (1982), a doença não consiste em uma variação da dimensão da saúde, mas sim uma nova dimensão da vida, ou seja, a patologia não implica apenas alteração no funcionamento do organismo, mas também, em maior ou menor grau, na reestruturação do mundo vivido e o surgimento de um outro modo de vida que pode ser positivamente ressignificado. Por esse motivo, a vida não é indiferente às condições que lhe são impostas, pois é polaridade e exercício de valoração permanente.

Posto isso, na vivência de Amélia, é possível identificar iniciativas, agentes e ações que promovem bem-estar e felicidade de acordo com seus valores, desejos e aspirações, respeitando sua individualidade e autonomia. Notavelmente, no ambiente familiar, pode-se identificar como agentes promotores de vida o seu marido, Seu George, e o seu cachorro, chamado Conde. Na família ampliada, a irmã e os sobrinhos também constituem, em certo grau, uma rede de apoio com interferências positivas. Na comunidade, a Igreja é um fator central na promoção da saúde, pois é através da fé que Amélia se nutre de esperança, resiliência e alento. Ademais, o trabalho da equipe de saúde – seja na USF ou no sistema privado – mostra-se fundamental para a manutenção da sua qualidade de vida.

Em primeiro lugar, Seu George pode ser considerado um importante promotor de vida e saúde na vivência de Dona Amélia, pois o casal sustenta uma relação muito íntima de companheirismo e afeto. Nas palavras de Amélia, “um tenta levantar o astral do outro”, o que denota a cumplicidade de ambos no relacionamento. Segundo Minuchin (1990), a família é um sistema aberto em constante transformação com os sistemas extrafamiliares, de forma que cada membro pode pertencer a diferentes instâncias de organização da dinâmica familiar. Nesse viés, no subsistema conjugal, cada cônjuge possui tarefas, atividades e funções de complementaridade e apoio essenciais para o funcionamento da

família. Ora, no lar do casal existe uma relação cordial de apoio mútuo bem estabelecida, de tal forma que Seu George é o principal ator envolvido no apoio a Amélia no ambiente doméstico, fato ainda mais evidenciado durante o tratamento do câncer de tireoide. Portanto, Seu George foi um agente ativo responsável por agenciamentos de vida e saúde para sua companheira.

Além disso, outro importante fator indispensável para a felicidade de Amélia é a sua relação com o cachorro Conde, que integra o núcleo familiar. Segundo Oliveira Brito et al. (2020), a relação humano-cão afeta positivamente a saúde física e mental de idosos, uma vez que o animal é cuidado com amor e afeto por ser considerado como um “filho”. Em vista disso, a presença de um cachorro no lar promove conforto e segurança, inclusão e participação social, estruturação de rotina, consolidação de laços afetivos e aumento da probabilidade de realização de atividades físicas, fatores que promovem maior qualidade de vida.

Em um estudo de revisão sistemática com meta-análise, de Kramer et al. (2019), constatou-se que ter um cão está associado a uma redução de 24% na morte precoce por qualquer causa, pois a companhia canina está associada a níveis mais baixos de pressão arterial, perfil lipídico melhorado e respostas simpáticas diminuídas ao estresse. Por isso, donos de cães possuem menor risco de morte a longo prazo, o que possivelmente é impulsionado por uma redução na mortalidade cardiovascular. Ainda, para Mubanga et al. (2019), pessoas que cuidam de cães possuem melhores resultados na recuperação da saúde após eventos decorrentes de complicações cardiovasculares. Portanto, a companhia de Conde é indubitavelmente positiva para as vivências de Amélia.

Outro importante aspecto agregador no cuidado da senhora Amélia é a interação com a família extensa, sobretudo sua relação com a irmã, de 82 anos, e seus sobrinhos. Conforme relatado por Amélia, o contato com os parentes com os quais possui afetividade ocorre principalmente pelas redes sociais, pois diversos fatores dificultam a realização de encontros familiares presenciais. Segundo Fernandes et al. (2018), as interações estabelecidas no ambiente virtual contribuem para a construção de redes significativas de suporte social que estimulam o compartilhamento de informações, conselhos e experiências entre indivíduos, o que afeta positivamente o gerenciamento de doenças. Assim, ao conversar com seus entes queridos pela internet, Amélia sente-se acolhida ao manter relações familiares de ternura e afeto.

No que diz respeito à espiritualidade, a religião é central na vida de Amélia, pois é um importante fator de significação, compreensão e ordenação da existência, fundamental como dimensão social e cultural para a expressão de sua fé. Ao frequentar a Igreja três vezes por semana com o marido, Amélia se sente pertencente a um grupo que compartilha valores, ideais, doutrinas e comportamentos, o que lhe traz conforto, significado e propósito de vida. Assim, dado que a religião é um elemento

constitutivo da subjetividade humana que traz alívio ao sofrimento, pode ser considerada uma ferramenta positiva na concepção do cuidado (MURAKAMI; CAMPOS, 2012).

Por último, a atuação multidisciplinar e intersetorial dos profissionais de saúde – como médicos, enfermeiros, nutricionistas e agentes de saúde – constitui um trabalho indispensável para a reversão de atravessamentos patologizantes em agenciamentos de vida e saúde no cuidado de Amélia. Segundo Canguilhem (1982), a medicina é uma práxis situada na confluência de vários saberes que visam aliviar ou eliminar o sofrimento humano e, com isso, permitir que a vida seja usufruída da maneira mais plena que cada indivíduo puder. Dessa forma, o trabalho médico está orientado no sentido de favorecer o fruir da vida de modo a amenizar os sofrimentos impostos pelas patologias, como as doenças crônicas experienciadas por Amélia. Por isso, ao ser atendida por profissionais de diferentes especialidades médicas, como cardiologista, endocrinologista e oftalmologista, o cuidado inicialmente pulverizado passa a adquirir novas facetas alinhadas com a promoção de saúde em sua vida.

Adicionalmente, é importante ressaltar que Amélia possui estreita relação com a agente comunitária de saúde responsável pelas visitas domiciliares, pois a considera bastante prestativa, solícita e atenciosa, o que fortalece o vínculo e a longitudinalidade preconizados à Atenção Primária à Saúde.

3.7 PLANO DE CUIDADOS

Ainda é necessário, dentro da realidade de vivência de Dona Amélia, a proposição de planos de cuidados que objetivem reverter e/ou amenizar os atuais atravessamentos em saúde, fortalecendo-se, por conseguinte, os agenciamentos do mesmo (SLOMP JUNIOR; FRANCO; MERHY, 2022). Dessa forma, o plano deve ser concomitante à própria realização do cuidado, tratando-se de uma discussão prospectiva, a qual não encerra o projeto terapêutico singular, mas sim permite sua continuidade, somando às intervenções de saúde as interferências cuidadoras (SLOMP JUNIOR; FRANCO; MERHY, 2022).

Nesse sentido, o material “Orientações Técnicas para a Implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à saúde da pessoa idosa no Sistema único De Saúde”, proposto pelo Ministério da Saúde (2018), afirma que o foco do cuidado a pessoas idosas independentes e autônomas, como Dona Amélia, volta-se à promoção e à proteção da saúde, com condutas voltadas a alimentação saudável e ao aumento dos níveis de atividade física, fortalecimento de vínculos e convivência familiar e comunitária, prevenção de agravos, controle de condições crônicas, práticas integrativas e complementares, e repetição da avaliação multidimensional de acordo com a necessidade do usuário.

Tais orientações são imprescindíveis para o contexto vivido por Dona Amélia. Contudo, a consecução de tais objetivos terapêuticos não é evidenciada na prática pois, como vem sendo relatado até o momento, Dona Amélia se ausenta com certa frequência de seu território de origem, local da unidade de saúde que a acolhe; apresenta dificuldades de locomoção, em decorrência do quadro de hérnia de disco; e, além disso, não possui um vínculo tão profundo com os profissionais que ali atuam, devido às mudanças frequentes da equipe de saúde.

Ainda quanto ao tema, um outro impedimento para a implementação das orientações previstas diz respeito à dinâmica interna e à estrutura física da Unidade de Saúde da Família, frequentada por Dona Amélia. Isso é, durante entrevista com o médico de família da unidade básica de saúde de referência, foi relatado que, em sua avaliação profissional, existe uma desorganização do fluxo de atendimento e uma escassez de interesse da equipe em relacionar-se com os usuários. Ainda, a infraestrutura do local é precária, com falta de acessibilidade e ausência de elementos essenciais para o atendimento médico, como macas, maçanetas, impressora e aqueles imprescindíveis à biossegurança, tendo como agravante da problemática o fato da estrutura física não ser propriedade da prefeitura, dificultando, desse modo, a atuação dos gestores com vistas a atenuar as adversidades descritas.

Ante o exposto, a construção e a implementação de um plano de cuidados que abarque as necessidades de Dona Amélia, levando-se em consideração a análise micropolítica e macropolítica, faz-se necessário. Nessa realidade, tem-se o mecanismo de ação da Política Redução de Danos, a qual tem como finalidade propor planos de cuidado que consideram as singularidades dos sujeitos, valorizando sua autonomia e lançando ações com objetivo de promover qualidade de vida de forma individual, minimizando, assim, os danos provocados por determinada prática (VINADÉ; CRUZ; BARBEITO, 2017). Essa, incita uma perspectiva reflexiva e distante de conceitos previamente estabelecidos, com o intuito de promover o acolhimento e, dessa forma, fortalecer os agenciamentos em saúde.

Aos moldes dessa teoria voltada tradicionalmente a atenuar as consequências adversas do uso de drogas, é necessário a elaboração de um plano de cuidados que também abarque as escolhas individuais de Amélia e suas necessidades em saúde. Isso é, a paciente afirma em sua entrevista que se alimenta de doces, apesar de considerar o fato um agravante em seu quadro de diabetes, mas não pretende interromper o consumo, pois acredita que devido à sua idade as perspectivas futuras não são duradouras e factíveis. Nesse sentido, um plano de cuidado alimentar, proposto de maneira conjunta por toda a equipe de profissionais especializados em nutrição e outras áreas de cuidado, o qual vise não necessariamente a redução em absoluto do consumo desse composto, mas a diminuição, a substituição ou o planejamento de horários ideias para consumo, considerando o uso medicamentoso,

é uma interferência essencial que valoriza as escolhas individuais de Dona Amélia, priorizando sua qualidade de vida em consonância com o fortalecimento de seus agenciamentos em saúde.

Ainda nessa perspectiva, sabe-se que o Autocuidado Apoiado tem como um de seus fundamentos auxiliar e estimular os usuários a desenvolverem autonomia e gerenciamento de sua própria saúde, com assistência e acompanhamento periódico em todo processo, o qual considera a longitudinalidade do cuidado e as necessidades individuais de cada ser, necessitando-se de uma revisão constante para sua efetividade (ARAUJO et al., 2020). Para isso, são considerados avaliação do estado de saúde, metas a serem alcançadas no plano de cuidados, disponibilidade para mudança (ARAUJO et al., 2020), entre outros aspectos que promovam essa atenção individualizada e o fortalecimento de vínculos entre a equipe da unidade de saúde e o usuário.

Segundo Volpi et al. (2012), em “Autocuidado Apoiado, Caderno de Exercícios”, proposto pela prefeitura Municipal de Curitiba, há exemplos desses mecanismos sobre temas que podem ser aplicados à realidade de vida de Dona Amélia, como a alimentação saudável, a atividade física, o manejo do estresse e da ansiedade, o uso correto de medicamentos para doenças crônicas, mecanismos de manejo de qualidade do sono, entre outros. Tratam-se de questionários diversos, com espaços para respostas dissertativas ou mesmo objetivas, como, por exemplo, “Não coloco mais sal no prato, não deixo o saleiro à mesa e evito cozinhar com muito sal e temperos prontos; opção de anotação: nunca, quase nunca, parte do tempo, quase sempre, sempre” ou “Caminhada; opções de anotação: duração, número de dias e percurso, atividade e nível de interesse empregado nela”, além de questionários que abordam o estado emocional envolvido em determinada situação, diários de atividade de lazer, relaxamento e interações sociais, objetivos e metas diários (VOLPI et al., 2012), podendo ser elaborado especificamente para o caso da paciente. Nesse viés, é recomendado que seja inserido um plano de cuidados detalhado, individual e acolhedor à Dona Amélia, o qual promova as interferências em saúde exigidas pelo quadro de doenças crônicas e estados emocionais apresentados.

Além disso, uma outra questão presente na realidade apresentada são as constantes ausências de Dona Amélia do município em que reside, representando, assim, uma das barreiras ao atendimento contínuo e encadeado proposto pela equipe multiprofissional, já que, para isso, seria necessária sua presença física à Unidade Básica de Saúde. Contudo, de acordo com Vianna et al (2021), no material “Guia Orientador de teleconsulta e telemonitoramento na Atenção Primária à Saúde (APS)”, proposto pelo governo do Estado do Rio Grande do Sul, devido ao cenário epidemiológico da Covid-19, a Secretaria Estadual da Saúde disponibilizou orientações para o plano de cuidado a ser realizado pela equipe de profissionais utilizando-se das tecnologias de informação e comunicação, empregando-as em casos que demandam monitoramento, vigilância e acompanhamento frequente, partindo-se da avaliação da necessidade de atendimento presencial ou à distância em cada caso proposto (VIANNA

et al., 2021). A telemedicina, portanto, seria uma estratégia viável e interessante para a situação apresentada, ou seja, o atendimento via veículos tecnológicos de comunicação remota, dentro do contexto de vivência de Dona Amélia, permitiria, assim, a construção de um canal de comunicação, atenção, acolhimento e cuidado efetivos, ainda que ela não pudesse estar presencialmente na unidade.

4 DISCUSSÃO

Ao longo dos anos, o Brasil vem sofrendo mudanças na estrutura etária de sua população que refletem em queda no número de jovens e aumento no número de idosos, um padrão condizente com sua atual fase de transição demográfica (IBGE, 2022). Essa mudança de estrutura etária tem impactos diretos no sistema de saúde público brasileiro, uma vez que pessoas idosas tendem a sofrer com doenças crônicas, as quais são agravadas pela idade avançada.

Nesse sentido, pode-se considerar que o bem-estar da população idosa deveria ser uma das principais preocupações do sistema de saúde brasileiro. O cuidado à saúde desse grupo etário deve apresentar como preocupação a sua instabilidade. O processo de envelhecimento culmina numa perda progressiva da reserva homeostática do organismo, que pode ser definida como a capacidade do corpo de se defender de agressões internas e externas (BRASIL, 2018). Com essa perda, a tendência de adoecimento torna-se maior, tornando o cuidado em saúde instável, com novas variáveis a todo momento.

A usuária Dona Amélia, aos 73 anos de idade, pode ser considerada uma pessoa autônoma e independente, tendo como convívio próximo apenas seu marido e o cachorro do casal. Nesse viés, analisar as prioridades de cuidado de Amélia levando em consideração as patologias mais ameaçadoras para sua condição de autonomia e independência faz-se necessário.

No que tange ao contexto social, sabe-se que o cultivo de relações interpessoais é fundamental para a manutenção do bem estar físico e mental, em especial dos idosos (RODRIGUES, 2018; CACIOPPO e CACIOPPO, 2014). Estudos têm apontado que a solidão se associa diretamente como um fator de risco para resistência vascular e pressão arterial aumentadas, síndromes metabólicas e baixa qualidade de sono, além de um controle diminuto de ações impulsivas (CACIOPPO e CACIOPPO, 2014).

Nesse contexto, e constatando o grau de isolamento social experienciado por Amélia, ganha destaque a possibilidade de manejo de iniciativas que promovam uma ampliação da sua rede de apoio, bem como a sua inserção em mais ambientes que propiciem possíveis interações sociais como mecanismo de promoção de saúde. A Organização Mundial de Saúde, em 1946, definiu “saúde” como não apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas sim um estado de completo bem estar físico,

mental e social; nesse viés, é importante reforçar que a equipe de saúde envolvida no caso da usuária deve se atentar também à sua situação psicossocial, para favorecer um cuidado em saúde holístico.

Também, é importante salientar que cada indivíduo reage aos processos de envelhecimento e adoecimento de formas diferentes, exigindo condutas de tratamento específicas por parte da equipe de saúde. Dessa forma, o PTS surge como uma ferramenta útil para tratar individualmente a condição de saúde de Amélia, permitindo uma maior taxa de sucesso no plano terapêutico.

Como destacado acima, a condição de saúde de uma pessoa idosa exige um acompanhamento constante. Por isso, no contexto de elaboração do PTS, fazem-se necessárias reuniões de equipe para acompanhar a efetividade da estratégia de cuidado e, no caso de falhas, para retrazar metas e objetivos. Nesse sentido, reuniões para incluir a usuária no desenvolvimento de seu PTS também são importantes. Contudo, a realização desses encontros pode ser considerada um dos maiores desafios para a equipe, pois atravessa a organização tradicional do processo de trabalho em saúde, uma vez que pressupõe maior articulação entre os profissionais (BRASIL, 2018).

Ademais, pode-se dizer que o desafio é ainda maior quando se considera a dificuldade em manter a continuidade do cuidado no caso de Dona Amélia. A usuária em questão, por motivos diversos, se ausenta frequentemente da cidade de Macaé, de modo que o contato com a equipe da ESF com a qual está vinculada se torna dificultoso, prejudicando o acompanhamento. Assim, se mantivesse a continuidade do cuidado na atenção básica, poderia obter diagnósticos e tratamentos mais precisos, além de reduzir o encaminhamento para procedimentos de maior complexidade e, conseqüentemente, diminuiria a demanda dos serviços de alta complexidade (ORTÚN e GÉRVAS, 1996; GÉRVAS e FERNÁNDEZ, 2005; CUNHA e GIOVANELLA, 2011).

Tendo em vista essa dificuldade em manter um acompanhamento regular da usuária, torna-se necessário o uso de outras ferramentas disponíveis pensando em minimizar possíveis prejuízos a ela. Nesse sentido, o atendimento remoto pode vir a ser explorado, devendo, para isso, serem melhor analisadas as condições da ESF em questão e, sobretudo, da usuária, uma vez que, para ser uma possibilidade válida, deve-se provar economicamente viável e tecnologicamente possível. Atestada sua adequação ao caso, o acompanhamento remoto não apenas traria praticidade para Dona Amélia, como também atuaria como mais uma ferramenta de auxílio e prevenção no cuidado e monitoramento da saúde da mesma, fortalecendo o vínculo com a unidade de saúde (DE MOURA e XAVIER, 2018).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que o Projeto Terapêutico Singular pode ser definido como uma estratégia de cuidado que permite a articulação das ações resultantes do diálogo e da construção coletiva de uma equipe

multidisciplinar, levando em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social do usuário ou do coletivo para o qual está dirigido (BRASIL, 2007).

Nessa perspectiva, o presente trabalho buscou desenvolver um PTS para uma usuária idosa, com poucos vínculos sociais e com consideráveis problemas de saúde, mas que não limitavam sua autonomia e independência, a fim de melhorar sua qualidade de vida e permitir que seja capaz de tomar e executar suas decisões por conta própria pelos anos que virão.

A situação de Dona Amélia implica um nível maior de atenção devido à complexidades logísticas. Com a usuária em constante deslocamento entre a capital do Rio de Janeiro e o município de Macaé, algumas estratégias exigem ser pensadas com cautela para que a equipe seja capaz de executá-las adequadamente. Além disso, neste caso em específico, as reuniões de equipe se tornam ainda mais importantes, pois a comunicação entre os componentes da equipe precisa estar sempre atualizada acerca do estado de saúde e, também, localização da paciente, o que permitirá a integralidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

Araujo, a. M; pires, f. M. S; lotti, f. M; barroso, v. G. Autocuidado apoiado. Aplicação prática das intervenções educacionais e de apoio no cuidado na atenção primária: a experiência da clinicassi juiz de fora. Convibra, ix congresso virtual de gestão, educação e promoção da saúde, 2020.

Barroso, weimar kunz sebba et al. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial – 2020. Arquivos brasileiros de cardiologia, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/207940>>. Acesso em: 28 nov. 2022.

Bezerra, h. C. De j.; gaudêncio, e. De o.; batista, j. R. De m.; de lucena, m. Do s. R.; de oliveira, a. R. A relação entre hipertensão arterial, ansiedade e estresse: uma revisão integrativa da literatura. Psicologia em estudo, v. 26, 12 nov. 2021.

Bezerra, p. A.; nunes, j. W.; moura, l. B. De a. Envelhecimento e isolamento social: uma revisão integrativa. Acta paul enferm., v. 34, 2021.

Brasil. Ministério da saúde. Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no sistema único de saúde – sus [recurso eletrônico] / secretaria de atenção à saúde, departamento de ações programáticas e estratégicas. – Brasília, 2018. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2022.

Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Coordenação-geral de atenção domiciliar. Melhor em casa – a segurança do hospital no conforto do seu lar. Caderno de atenção domiciliar volume 2. Brasília-df; 2012:14p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cad_vol2_cap1.pdf>. Acesso em: 1 dez. 2022.

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 / ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, núcleo técnico da política nacional de humanização – 2. Ed. – Brasília: ministério da saúde, 2008. 60p.: il. Color. – (série b. Textos básicos de saúde).

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, 2007.

Cacioppo, j. T.; cacioppo, s. Social relationships and health: the toxic effects of perceived social isolation. Social and personality psychology compass, v. 8, n. 2, p. 58-72, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/spc3.12087>>. Acesso em: 1 dez. 2022.

Canguilhem, g. O normal e o patológico. Rio de janeiro: forense universitaria, 1982.

Da cunha, e. M.; giovanella, l. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. Revista ciência & saúde coletiva, v. 16, 2011.

Deleuze, g.; guattari, f. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. São paulo: ed. 34, 2005. V. 4, (coleção trans).

Deleuze, g.; guattari, f. O que é um agenciamento? Kafka por uma literatura menor. Rio de janeiro: imago, 1977. P. 118–127.

De moura, c. J. M.; xavier, o. C. Protótipo de monitoramento remoto da saúde do idoso. In: anais da vi escola regional de informática de goiás. Sbc, 2018. P. 163-176.

Fernandes, l. S.; calado, c.; araujo, c. A. S. Redes sociais e práticas em saúde: influência de uma comunidade online de diabetes na adesão ao tratamento. *Ciência & saúde coletiva*, v. 23, p. 3357-3368, 2018.

Flor ls, campos mr, oliveira af, schramm jma. Diabetes burden in brazil: fraction attributable to overweight, obesity, and excess weight. *Rev saude publica*. 2015; 49: 29.

Gérvas, j.; fernández, m. P. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Revista brasileira de epidemiologia*, v. 8, p. 205-218, 2005.

Ibge. Estimativa da população em 2015: população estimada - comparação entre os municípios - rio de janeiro, 2015.

Ibge. População cresce, mas número de pessoas com menos de 30 anos cai 5,4% de 2012 a 2021. *Estatísticas sociais - 2022*. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34438-populacao-cresce-mas-numero-de-pessoas-com-menos-de-30-anos-cai-5-4-de-2012-a-2021>>. Acesso em: 2 dez. 2022.

Kramer, c. K.; mehmood, s.; suen, r. S. Dog ownership and survival: a systematic review and meta-analysis. *Circulation: cardiovascular quality and outcomes*, v. 12, n. 10, 2019.

Lima, tamyls emanoelly de et al. Hypertension: a systematic review. *Brazilian journals*, 2021. Doi:10.34119/bjhrv4n4-158

Linha guia de diabetes mellitus. Paraná: secretaria de estado da saúde do paraná, 2018. Disponível em: <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@4ee68bf2-3e1e-45ec-ac63-1aa54abce73c&empg=true>.

Luiz, o. Do c.; cohn, a. Sociedade de risco e risco epidemiológico. *Cadernos de saúde pública*, [s. L.], v. 22, n. 11, p. 2339–2348, nov. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=s0102-311x2006001100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 2 dez. 2022.

Minuchin, s. Famílias: funcionamento e tratamento. Porto alegre: artmed; 1990.

Menezes, thiago de castro; portes, leslie andrews; silva, natália cristina de oliveira vargas et al. Prevalência, tratamento e controle da hipertensão arterial com método diferenciado de busca ativa. *Cad. Saúde colet.*, rio de janeiro , v. 28, n. 3, p. 325-333, set. 2020 .

Mubanga, m. Et al. Dog ownership and survival after a major cardiovascular event: a register-based prospective study. *Circulation: cardiovascular quality and outcomes*, v. 12, n. 10, 2019.

Murakami, r.; campos, c. J. G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista brasileira de enfermagem*, v. 65, p. 361-367, 2012.

Oliveira Brito, T.; Castro Chaves, T.; Cardoso Costa, R.; Teixeira, F. B. A influência de cachorros de estimação na saúde de idosos: uma revisão de literatura. *Revista multidisciplinar de educação e meio ambiente*, [s. L.], v. 1, n. 2, p. 6, 2020.

Oliveira, G. N. O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP: [s.n.], 2007, 176p.

Ortún, V.; Gervas, J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)*, v. 106, n. 3, p. 97-102, 1996.

Pinto D. M.; Jorge M. S. B.; Pinto A. G. A.; Vasconcelos M. G. F.; Cavalcante C. M.; Flores A. Z. T.; Andrade A. S. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 20, n. 3, 2011.

Rodacki M.; Teles M.; Gabbay M.; Montenegro R.; Bertoluci M. Classificação do diabetes. Diretriz oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2022). Doi: 10.29327/557753.2022-1, isbn: 978-65-5941-622-6.

Rodrigues, R. M. Solidão, um fator de risco. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, v. 34, n. 5, p. 334-338, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.32385/rpmgf.v34i5.12073>>. Acesso em: 1 dez. 2022.

Slomp Júnior, H.; Franco, T. B.; Merhy, E. E. Projeto terapêutico singular como dispositivo para o cuidado compartilhado. 1. Ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. 222p. Disponível em: <<https://editora.redeunida.org.br/project/projeto-terapeutico-como-dispositivo-para-o-cuidado-compartilhado/>> acesso em: 10 set. 2022.

Suzuki CS, Moraes AS, Freitas ICM. Média diária de tempo sentado e fatores associados em adultos residentes no município de Ribeirão Preto-SP, 2006: projeto Obediard. *Rev Bras Epidemiol*. 2010; 4 (13): 699-712.

Vianna A. V. D. G; Rodrigues C. D. S; Quadros J. D; Laura F; Canto R. B. B; Nicola T. Guia orientador de teleconsulta e telemonitoramento na atenção primária à saúde (APS). Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde, 2021.

Vinadé, T. F.; Cruz, M. S.; Barbeito, M. M. Estratégias de redução de danos: da atenção primária à secundária. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, v. 5, 2017.

Volpi, et al. Autocuidado apoiado: caderno de exercícios. In: Cavalcanti, Ana Maria (org.). Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2012.