



## ARTIGO

**PROJETO TERAPÊUTICO FAMILIAR: UMA TECNOLOGIA DE GESTÃO DO CUIDADO NA SAÚDE DA FAMÍLIA***FAMILY THERAPEUTIC PROJECT: A FAMILY HEALTH CARE MANAGEMENT TECHNOLOGY*MARCELO TORRES PEIXOTO<sup>1</sup>; ROSELY CABRAL DE CARVALHO<sup>2</sup>; ANA LUIZA QUEIROZ VILASBOAS<sup>3</sup>

1 - Professor Assistente da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, Brasil

2 - Professora Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, Brasil

3 - Professora Adjunta do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador-BA, Brasil

**RESUMO**

O Projeto Terapêutico Familiar (PTF) é uma tecnologia que possibilita a mudança na produção e gestão do cuidado na Estratégia de Saúde da Família. O objetivo deste artigo é descrever como o processo de elaboração e execução de PTF por alunos das Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC) do curso de Medicina da Universidade Estadual de Feira de Santana, pode contribuir para a formação de um médico generalista apto a atuar na Atenção Básica a Saúde (ABS). O PTF é utilizado como uma tecnologia guia e contém os seguintes elementos: Localização da Família; Condições de Moradia; Familiograma e/ou Ecomapa; História Individual dos Membros e Planilha de Intervenção Familiar e Individual. A elaboração e execução dos PTF acontecem mediante a realização de ações integrais de promoção da saúde, identificação de riscos, prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. O processo de elaboração e execução do PTF revela aos alunos a complexidade do processo de trabalho na ABS, a partir de vivências concretas no cotidiano de uma unidade de saúde da família, onde é possível trabalhar em parceria com a equipe de saúde e construir vínculos com as famílias e seus sujeitos.

**Palavras-chave:** Saúde da família; Projeto terapêutico familiar; Atenção básica à saúde.

**ABSTRACT**

The Family Therapeutic Project (FTP) is a technology that enables a change in the production and care management in the Family Health Strategy. The aim of this article is to describe how the process of elaboration and execution of TFP by students of the Teaching Service and Community Integration Practices (TSCIP) of the Medicine course from State University of Feira de Santana can contribute to the formation of a general practitioner able to act in the Primary Health Care (PHC). The PTF is used as a guiding technology and contains the following elements: Family Location; Housing conditions; Familiogram and or Ecomap; Individual History of the Family Member; and Family and Individual Intervention Worksheet. The elaboration and execution of FTP occurs through the implementation of integral actions of health promotion, identification of risks, prevention of diseases, diagnosis, treatment, rehabilitation and maintenance of health. The process of elaboration and execution of FTP reveal to students the complexity of the work process in PHC, based on concrete experiences in the daily life of a family health unit, where it is possible to work in partnership with the health team and build links with the family and its subjects.

**Keywords:** Family health; Family therapeutic project; Primary health care.

**INTRODUÇÃO**

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal consolida o início do processo de democratização da saúde no Brasil, ao reconhecer o direito de acesso universal e integral à saúde para toda a população. Com a implementação do SUS, o Ministério da Saúde (MS) adota a saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse da terra e acesso a serviços de

saúde<sup>1</sup>. A garantia desse direito constitucional não pode se materializar apenas na esfera da saúde, dependendo também de outras políticas econômicas e sociais e da presença de uma organização social da população com controle público dessas políticas.

Este conceito de saúde vem ao encontro do preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que, na declaração de Alma-Ata, define a Atenção Primária à Saúde (APS) como elemento chave para o desenvolvimento de mudanças nos sistemas nacionais de saúde em todo o mundo<sup>2</sup>.



A Organização Panamericana de Saúde (OPAS), no documento “Sistemas de Saúde com base na Atenção Primária em Saúde”<sup>3</sup>, propõe que a APS deve responder às situações estabelecidas de cobertura e acesso universais; à atenção integral e integrada; à ênfase na promoção e prevenção; orientação familiar e comunitária; mecanismos de participação ativa, assim como marco político, legal e institucional (organização e gestão de programas pró-equidade) e ações intersetoriais. Esse documento enumera valores, princípios e elementos da atenção primária, demonstrando sua abrangência, complexidade e, a necessidade de participação e engajamento de todos os sujeitos e coletivos organizados envolvidos no processo do cuidado.

A APS tem como atributos ser o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, deve ser contínua, com responsabilização pelo atendimento ao longo do tempo, pautada pela integralidade das ações de saúde e deve exercer a coordenação, para a garantia da continuidade do cuidado nos diversos níveis de atenção<sup>4</sup>. No Brasil, a organização da APS reflete os princípios do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, tendo o MS adotado a designação de Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial do SUS<sup>5</sup>.

De acordo com o Ministério da Saúde, a ABS é caracterizada por um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral, devendo ser desenvolvida no âmbito individual e coletivo. Dessa forma, é realizada através de práticas de cuidado e gestão (democráticas e participativas), do trabalho em equipe, sendo dirigidas a populações de territórios definidos, com base na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>5</sup>, que definiu como principal estratégia para capilarização da ABS, a Saúde da Família.

A equipe mínima de Saúde da Família é composta pelo Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde, sendo regulamentada a equipe de saúde bucal, que pode ser formada pelo Cirurgião-Dentista, o Técnico de Saúde Bucal e o Auxiliar de Saúde Bucal<sup>5</sup>.

Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) constituem-se numa estratégia inovadora na Saúde da Família que visa ampliar e aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na ABS. Equipes compostas por profissionais de diferentes áreas (nutricionista, educador físico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social), trabalham no apoio e em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família, com foco nas práticas em saúde nos territórios e nas concepções teóricas e práticas de matriciamento da Clínica Ampliada e do Projeto Terapêutico<sup>6</sup>.

Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família houve a necessidade de mudanças no processo de trabalho das unidades básicas de saúde e, conseqüentemente, na formação dos profissionais de saúde. Segundo Tesser<sup>7</sup>, a APS, no contexto da

atenção à saúde no SUS, vem ganhando cada vez mais espaço no mercado de trabalho, entretanto, carece de engajamento dos profissionais. A necessidade de reorientação da formação profissional, com a adoção de práticas inovadoras, constitui-se uma possibilidade de fortalecer a atenção primária como cenário de prática e uma maior interação entre a academia e os serviços de saúde<sup>8</sup>.

Alguns autores<sup>9,10,11</sup> discutem a necessidade de mudança na formação dos profissionais de saúde e, em especial, a formação médica, como um elemento essencial para a consolidação do SUS e da Saúde da Família, com uma convergência de que a formação tradicional baseado no modelo biomédico, centrado na doença, tendo o hospital como principal local de prática, incentivando a especialização precoce e caracterizado por metodologias de transferência do conhecimento, não acompanha os princípios e diretrizes do SUS.

Considerando o cenário apresentado, notamos que ocorreram tentativas de adequar a formação dos recursos humanos da saúde em consonância com as necessidades do país. O Ministério de Educação (MEC) em parceria com o Ministério da Saúde, universidades e instituições não-governamentais, ao longo dos anos, adotaram uma série de ações para melhorar a formação profissional no Brasil.

A adoção das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)<sup>12</sup>, no ano de 2001, foi uma importante ação governamental, redefinindo o perfil do profissional a ser formado, os conteúdos, competências e habilidades essenciais para graduação, a estrutura curricular dos cursos e as regras para o estágio curricular, privilegiando novos cenários de prática, como as unidades da atenção básica. Essas diretrizes estabelecem conteúdos essenciais de abordagem do processo saúde - doença do cidadão, da família e da comunidade, integrados à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações. Considera-se, também, as competências e habilidades para a formação médica que deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Em especial, para o curso de Medicina, uma nova DCN foi elaborada em 2014 e, estabelece que o médico deve possuir uma formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre a determinação social do processo de saúde e doença<sup>13</sup>.

Vários autores<sup>8,14,15,16</sup> sinalizam que a adoção das novas DCN podem favorecer o processo de consolidação do SUS e fortalecer a APS a partir da Estratégia Saúde da Família. Principalmente, a partir da formação de profissionais de saúde capazes de realizar a atenção integral a indivíduos/família/comunidade, entendendo que o processo saúde-doença-cuidado

pode ter elementos históricos, culturais, sociais, econômicos, psicológicos, biológicos e ambientais.

Este artigo tem o objetivo de descrever como o processo de elaboração e execução de Projetos Terapêuticos Familiares por alunos do componente curricular Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC), do curso de Medicina da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), pode contribuir para a formação de um médico generalista apto a atuar na Atenção Primária a Saúde, a partir de Estratégia de Saúde da Família.

### Curso de medicina da UEFS: os caminhos da formação médica

Nas Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina<sup>12,13</sup> é reconhecida a importância da formação do médico com competência na atenção à saúde, na gestão à saúde e na educação permanente em saúde o que, necessariamente, leva à exigência das Instituições de Ensino Superior para irem além do atendimento clínico individual hospitalocêntrico, favorecendo uma compreensão ampliada do contexto socioeconômico e cultural das comunidades onde o profissional exerce a medicina, assim como dos princípios e características do SUS na sua normativa e na realidade local.

Neste contexto, algumas escolas médicas introduziram, em seu currículo, duas metodologias inovadoras, a saber: a problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), com pressupostos teóricos e metodológicos, onde os estudantes de medicina têm um papel de protagonistas no processo de ensino-aprendizagem.

Nessa perspectiva, segundo Freire<sup>17:67</sup>, a educação

que se impõe aos que verdadeiramente se comprometem com a libertação não pode fundar-se numa compreensão dos homens como seres ‘vazios’ a quem o mundo ‘encha’ de conteúdos, mas dos homens como ‘corpos conscientes’ e na consciência como consciência *intencionada* ao mundo. Transformam-se de meros receptores e reprodutores de informações pré-processadas e passam a desenvolver estratégias para um melhor aprender (*aprender a aprender*).

O curso de Medicina da Universidade da UEFS baseia-se nestas orientações pedagógicas, assim como os demais cursos de Medicina das universidades estaduais da Bahia. A estratégia/modelo ABP alicerça uma das vertentes curriculares do curso, o tutorial, que constitui um espaço privilegiado para discussão, a partir de problemas fictícios, além do fomento ao aprendizado sobre a interação humana.

Na educação problematizadora, o aprendizado é construído a partir de problemas reais e da vivência de experiências significativas. Esta é a metodologia que embasa as Práticas de Integração Ensino Serviço e Comunidade, outra vertente do curso extraída da realidade de saúde de comunidades do município e da inserção crítica do aluno nessa experiência. Constitui-se de atividades que reúnem os estudantes, os professores, os profissionais de saúde da

Estratégia de Saúde da Família e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e os membros da comunidade local em torno do objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e das famílias.

A articulação ensino, serviço e comunidade, presente desde a década dos anos 1990 na regulamentação do SUS, fomenta a discussão e transformação na formação e na prática dos profissionais da saúde. O SUS é o maior mercado de trabalho e, portanto, constitui-se também num cenário privilegiado de formação profissional. Nessa perspectiva, a Lei 8080/90<sup>18</sup> reconhece que os serviços públicos de saúde constituem campo de prática para o ensino e a pesquisa, articulando os interesses das Instituições de Educação Superior e dos serviços de saúde para melhorar as condições de vida da população.

As PIESC têm como eixo norteador a medicina de família e a saúde coletiva, sendo desenvolvida em comunidades, tendo como referência as USF, no município de Feira de Santana-Ba. Essas práticas são desenvolvidas nos quatro primeiros anos do curso, onde os alunos realizam, nos dois primeiros anos, nas PIESC I e II, a territorialização da área, o diagnóstico situacional da comunidade, o planejamento e execução de ações de promoção, prevenção, educação, capacitação e tratamento de doenças e agravos a nível coletivo e individual. No terceiro e quarto anos, nas PIESC III e IV, intervimos no processo de trabalho das USF, onde os discentes e docentes atuam com ferramentas tecnológicas de gestão do cuidado e da Clínica Ampliada, com a elaboração e a execução de Projetos Terapêuticos Familiares (PTF) numa perspectiva da Medicina Geral de Família e Comunidade.

Durante as atividades das PIESC III e IV, os 32 alunos são divididos em quatro grupos de oito alunos e cada grupo é acompanhado por um professor de saúde coletiva e um professor da área clínica (medicina de família e comunidade, clínica médica, pediatria e ginecologia, a depender do rodízio), tendo uma USF como referência. Nos grupos, os alunos trabalham em duplas, sendo cada dupla responsável pelo acompanhamento de duas ou três famílias do território adscrito.

Os alunos participam de sessões teóricas e consultorias em gestão do cuidado, com discussão dos casos das famílias acompanhadas na USF, envolvendo todos os aspectos implicados no processo de cuidar, como ponto de partida para a elaboração dos PTF. Os temas abordados nas sessões teóricas são as diretrizes clínicas da atenção básica à saúde para o atendimento de crianças, adolescentes, mulheres, homens, gestantes, idosos, saúde mental e práticas integrativas (com ênfase na Homeopatia e na Medicina Vibracional), diretrizes de uma boa prescrição médica na ABS e o uso racional de medicamentos. Ainda, para aprofundar o conhecimento, realizamos discussões, com a participação de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, sobre Apoio Matricial, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família, o Centro de Apoio Psicossocial e a Central de Municipal de Regulação.

Por fim, realizamos o treinamento sobre os instrumentos que serão utilizados nas atividades práticas: familiograma,

ecomapa, fluxograma de risco, formulário completo do PTF e roteiro das consultas médicas (medicina de família, clínica médica, pediatria e ginecologia).

### **Gestão do Cuidado: um olhar na clínica centrada na pessoa**

A PNAB<sup>5</sup> estabelece que a atenção básica coordene a integralidade das ações programáticas e demanda espontânea (promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado) e de gestão ampliada, garantindo a autonomia dos usuários e coletividades; trabalho multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; gestão do cuidado integral do usuário e coordenação do conjunto da rede de atenção. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais para um processo centrado no usuário.

Para Cecílio<sup>19</sup>, gestão do cuidado é o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida. Para a implementação eficiente da gestão do cuidado, é necessário um conceito ampliado de saúde pelos profissionais com laços de vínculos e integralidade das ações<sup>20</sup>.

A prática da gestão do cuidado pressupõe uma nova maneira de se fazer a clínica pelos profissionais de saúde. Cunha<sup>21</sup> discute a adoção de um novo modelo de atendimento a partir da clínica ampliada. Esta nova perspectiva pode possibilitar que outros aspectos dos sujeitos, que não apenas o biológico, possam ser compreendidos e operados pelos profissionais centrando a saúde como foco e a doença, sendo colocada entre parênteses. O olhar deixa de ser exclusivamente técnico e clínico, incluindo o doente, o sujeito e suas subjetividades como objetivo do trabalho, e não a doença<sup>22</sup>, constituindo-se o conceito de Clínica Ampliada.

Entendemos que este binômio está exposto a riscos e vulnerabilidades históricas, culturais, sociais, econômicas, psicológicas, biológicas e ambientais, capazes de gerar doenças e agravos à saúde. Nessa perspectiva, para a construção do que chamamos de Clínica dos Sujeitos e da Família, compreendemos que a família é protagonista no processo de cuidar dos sujeitos.

A sistematização da Clínica dos Sujeitos e das Famílias ocorre através da elaboração e execução de projetos terapêuticos que, segundo Oliveira<sup>23</sup>, é um movimento de co-produção e co-gestão do processo terapêutico, devendo ser construído, reconstruído, repensado, redimensionado em relação com os usuários, familiares e a equipe de saúde.

A formulação de Projetos Terapêuticos implica na possibilidade de discussões coletivas de casos e pressupõe a figura de um gestor do cuidado responsável por articular todos os envolvidos na resolução dos problemas, acompanhar o andamento das ações propostas e servir de referência para o indivíduo e para a família<sup>23</sup>.

O Projeto Terapêutico para a APS tem sido proposto pela PNAB<sup>5</sup> e por diferentes autores<sup>20,21,22,23</sup>, com nomenclatura

de Projeto Terapêutico Singular<sup>21,23</sup> ou Projeto Terapêutico Cuidador<sup>24</sup>. Adotaremos a nomenclatura Projeto Terapêutico Familiar<sup>20</sup> para indicar o dispositivo utilizado no processo de cuidar na Clínica dos Sujeitos e das Famílias no cotidiano das USF.

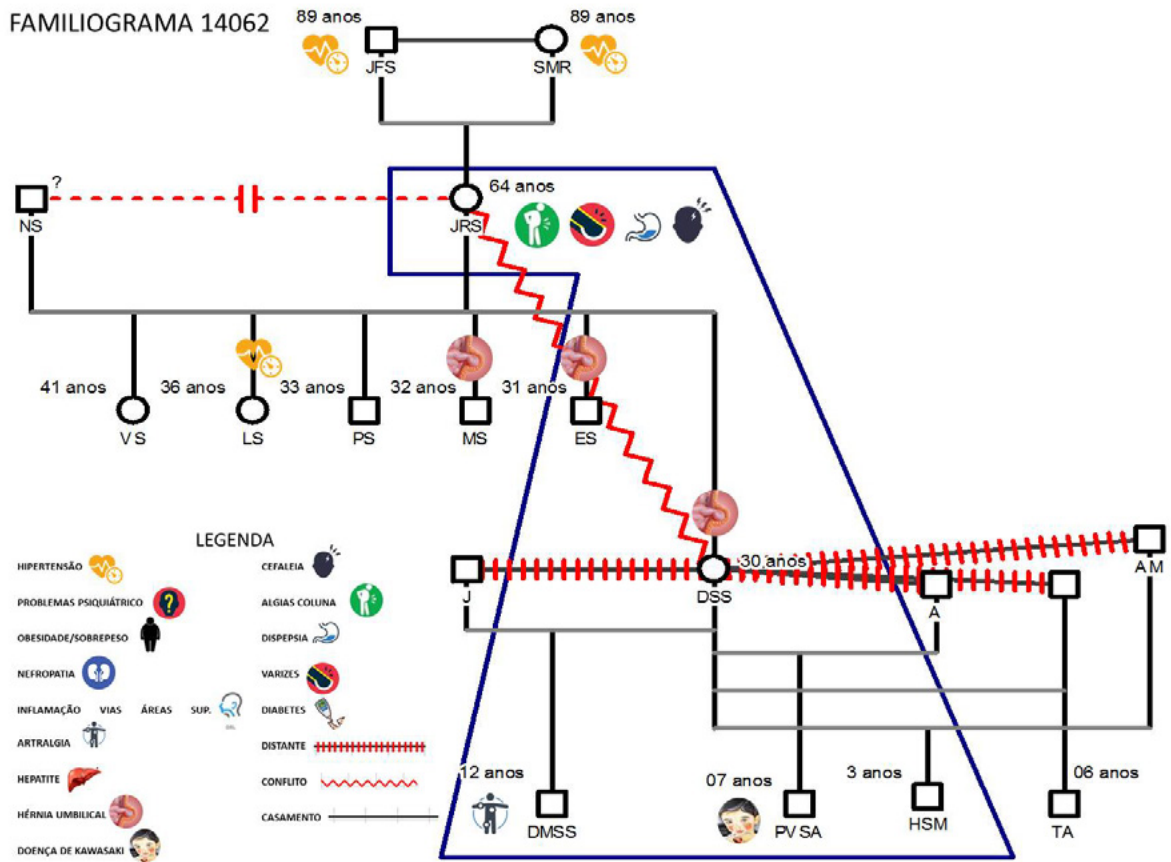
### **Projeto Terapêutico Familiar: um instrumento para formação de médicos generalistas**

O Projeto Terapêutico Familiar é compreendido como uma tecnologia que possibilita a mudança na produção e gestão do cuidado na Estratégia de Saúde da Família. A estrutura do PTF segue o modelo elaborado pelo corpo docente das PIESC, sendo utilizado como guia para alunos e professores e discutido com a equipe de saúde da família, a equipe do NASF e os sujeitos/famílias acompanhadas. O modelo de PTF adotado pelas PIESC contém os seguintes blocos de elementos: localização da Família no território (dados cadastrais do E-SUS); condições de moradia (questões estruturais do domicílio e ambientais); familiograma e/ou ecomapa (estrutura familiar, relações/vínculos legais, morbidade, mortalidade, riscos e vulnerabilidades); história individual dos membros (situação educacional e ocupacional; história da saúde atual, hábitos de vida, situação psicossocial-familiar, antecedentes médicos e familiares); e planilha de intervenção familiar e individual (problemas ou agravos de saúde com suas causas e consequências, ações propostas, responsáveis pela execução, resultados alcançados e encaminhamentos para serviços de referência).

No primeiro bloco de localização da família no território, utilizamos as informações constantes da ficha do E-SUS e ou de informações prestadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). Neste bloco, é registrado o endereço completo da família e contatos, a micro-área de residência, o ACS responsável pela família e o número de cadastro da família na USF. Essas informações são muito importantes para contarmos a família, quando necessário.

O segundo bloco descreve as condições de moradia da família, sendo registradas informações sobre a estrutura física da residência e seu estado de conservação; acesso à energia elétrica, água encanada, água de consumo e rede de esgoto; acondicionamento e destino do lixo doméstico; condições de higiene do domicílio e presença de animais domésticos. Esses dados são registrados a partir da observação da residência e de questionamentos aos moradores, sendo essas informações importantes para avaliarmos os riscos ambientais a que estão expostos os sujeitos e as famílias.

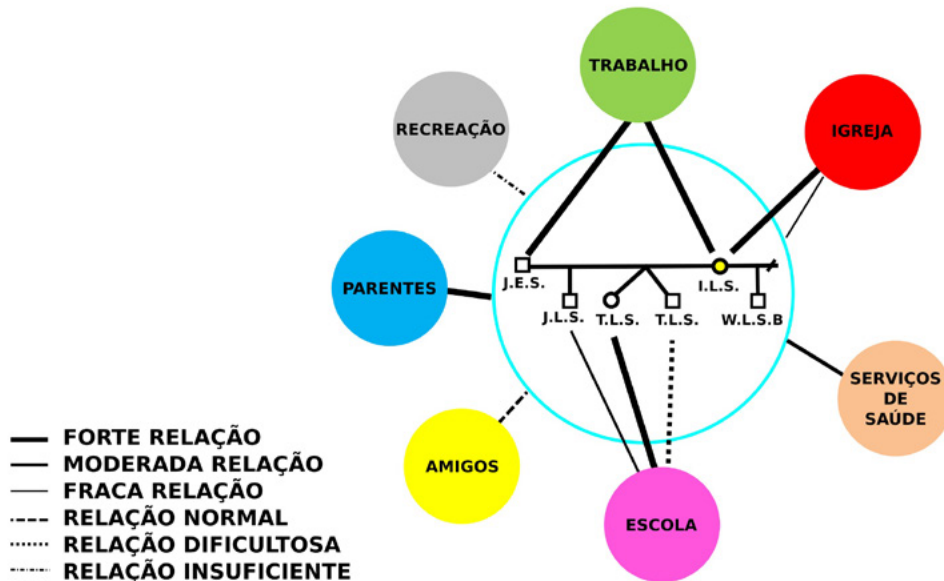
O Familiograma nos mostra uma visão gráfica da história e do padrão familiar, permitindo identificar a estrutura básica, o funcionamento e os relacionamentos da família (Figura 1). Sua utilização permite o registro sistêmico das doenças, riscos e vulnerabilidades e suas correlações no contexto familiar<sup>25</sup>. A partir da família nuclear, formada pelos moradores da residência, registramos uma geração acima e uma geração abaixo, as interações existentes entre



**Figura 1:** Familiograma de uma família acompanhada pelas PIESC  
 Fonte: PTF elaborado durante as PIESC IV.

os membros, laços afetivos positivos e negativos, bem como padrões de comportamento e de saúde que se repetem entre as gerações, ou seja, um fluxograma para identificar os processos biológicos, sociais, emocionais, culturais, entre outros fatores que compõem uma família por várias gerações<sup>26</sup>.

O Ecomapa revela a intensidade dos relacionamentos entre indivíduos e ou famílias como os demais sistemas institucionais e ou redes sociais<sup>27</sup>. Foi elaborado durante a realização de visitas domiciliares e observação das relações sociais da família com a comunidade (Figura 2).



**Figura 2:** Ecomapa de uma família acompanhada pelos discentes das PIESC.  
 Fonte: PTF elaborado durante as PIESC IV

Na história individual dos membros, registramos as informações de cada pessoa da família a partir dos seguintes questionamentos: nome, idade e local de nascimento; escolaridade; história ocupacional (identificando os possíveis riscos ocupacionais); renda individual e ou familiar; situação de saúde atual, identificando doenças crônicas existentes, sinais e sintomas de momento, riscos e vulnerabilidades, medicamentos em uso, alergias; hábitos de vida, descrevendo informações em relação ao tabagismo, etilismo, prática de atividade física, dieta, higiene pessoal, atividades de lazer; situação psicossocial-familiar, onde são identificadas as relações entre os membros da família; antecedentes médicos (identificando, ainda, doenças já tratadas, internamentos hospitalares, cirurgias realizadas, situação vacinal e especialistas já consultados); antecedentes familiares (morbidade e mortalidade na família).

Finalmente, nas Planilhas de Intervenção Familiar e Individual, descreveremos as ações que iremos realizar para toda a família e ou para pessoas específicas. As planilhas são construídas a partir dos problemas/riscos/vulnerabilidades identificadas, que constam as seguintes informações: causas, consequências, intervenções propostas, responsáveis pela execução, resultados alcançados (Tabela 1).

A elaboração dos PTF pelos graduandos de medicina acontece a partir dos dados coletados com as famílias em visitas domiciliares (sob a supervisão do docente de saúde coletiva), consultas médicas (sob a supervisão de docentes de medicina de família, clínica médica, pediatria e ginecologia), em consultorias de gestão do cuidado e *workshop* com os profissionais da Equipe de Saúde da Família e do NASF. Depois de elaborados, os PTF são discutidos com os sujeitos /famílias e realizados os ajustes necessários para a sua execução.

Na execução dos projetos, ocorre a realização de ações integrais (individuais e coletivas) de promoção da saúde, identificação de riscos e vulnerabilidades, prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde em unidades de saúde da família, no domicílio das famílias e em serviços de referência (quando necessário), de modo articulado com a rede de atenção à saúde do município. As ações dos PTF são executadas seguindo as diretrizes do MS para a atenção básica, priorizando o trabalho em equipes multiprofissionais e nas linhas da vida (criança, adolescentes e jovens, mulher, homem e idoso), segundo os programas vigentes no SUS.

**Tabela 1:** Planilha de Intervenção Individual de uma família acompanhada pelos discentes das PIESC. Fonte: PTF elaborado durante as PIESC IV

Problema/Membro da Família	Causas	Consequências	Ações Propostas	Responsáveis	Resultados
IMSL (13 a) Obesidade	- História familiar; - Desequilíbrio hormonal; - Hábitos alimentares inadequados; - Sedentarismo.	- Doenças cardiovasculares; - Diabetes; - Cansaço; - Baixa autoestima; - Isolamento.	- Orientar uma alimentação equilibrada; - Conscientizar sobre a importância da realização de exercícios físicos diários; - Avaliação nutricional; - Consulta com Pediatra.	- Dupla + Prof. Saúde Coletiva - Dupla + Prof. Saúde Coletiva - Nutricionista do NASF - Dupla + Prof. Pediatria	

Nas atividades realizadas durante as PIESC III e IV, estudantes, professores, profissionais da USF e NASF trabalham os princípios da Medicina Geral de Família e Comunidade como especialidade, sendo possível identificar as doenças e enfermidades desde seus momentos iniciais, ainda com manifestações indiferenciadas e atípicas; manejar condições crônicas e estáveis, com momentos de agudização e problemas que configurem situações de urgência e emergência. Desta forma, o profissional de saúde utilizando o PTF pode resolver pelo menos 80% dos problemas de saúde mais prevalentes, comprometendo-se com o cuidado integral às pessoas sob sua responsabilidade; seu foco de atuação são as pessoas de todas as idades e gêneros, no cenário biopsicossocial da família e da comunidade em que vivem; não restringe sua atuação à existência de uma doença, bem como não termina sua responsabilidade com a resolução desta; além de coordenar os cuidados a serem tomados com os sujeitos/famílias, independentemente do percurso deste, pela rede de serviços de saúde, inclusive quando este é referenciado para um especialista.

### **Impacto do Projeto Terapêutico Familiar na formação do futuro médico: uma reflexão crítica**

Ao longo dos últimos dez anos, cerca de 140 graduandos de medicina da UEFS utilizaram o PTF como tecnologia nas atividades práticas das PIESC III e IV, acompanhando, aproximadamente, 280 famílias em 16 USF, do município de Feira de Santana.

Os alunos aceitam bem o PTF como ferramenta para a gestão do cuidado, demonstrando responsabilidade no preenchimento do formulário a partir de visitas domiciliares e consultas clínicas, onde o desenvolvimento de uma escuta qualificada sinaliza a compreensão dos princípios da clínica ampliada.

No processo de elaboração do PTF, é possível identificar a construção do vínculo entre os principais sujeitos envolvidos, a saber: alunos, professores, famílias/indivíduos e a consequente responsabilização pelo cuidado contínuo, tendo a atenção básica como eixo norteador das ações de saúde numa

perspectiva de integralidade e humanização do cuidado<sup>28</sup>. As intervenções individuais planejadas para os membros são explicadas e dialogadas com as famílias acompanhadas, porém, em algumas situações, existem barreiras à execução dessas atividades, devido à problemas de comunicação e acesso aos serviços.

Ressentimos-nos de uma maior participação dos profissionais das equipes de Saúde da Família e do NASF no processo de construção das planilhas de intervenção. Embora ocorra um *workshop* com esses profissionais, onde as propostas para as famílias são discutidas, essa atividade não dá conta de discutir todos os problemas das famílias/indivíduos. Essa falta de diálogo na construção do PTF se reflete na pouca interação dos profissionais durante a execução dos projetos terapêuticos.

Durante a execução dos PTF, temos algumas dificuldades de adesão por parte das famílias/indivíduos que nem sempre priorizam as atividades propostas, principalmente as de promoção/prevenção e até as consultas clínicas, visto que não estão acostumadas a um processo de cuidado integral e contínuo, mas sim a procurar o serviço quando tem um problema específico para ser resolvido. Por isso, precisamos melhorar o engajamento das famílias em todo o processo do PTF, assim como os mecanismos de seleção das famílias, onde além de priorizarmos as questões sociais e epidemiológicas do âmbito da APS, possamos, também, discutir a corresponsabilização das ações propostas.

Outra questão importante na execução dos PTF é a participação da equipe de Saúde da família que ainda é incipiente, com maior envolvimento do Agente Comunitário, no contato direto com as famílias, sendo a participação do enfermeiro associada ao agendamento de atividades e a participação dos médicos, quase inexistente. Acreditamos que o processo de trabalho das equipes com uma sobrecarga de atividades pode contribuir para o pouco espaço que temos para discutir os PTF com os profissionais, por isso, precisamos criar mecanismos para estabelecer um maior vínculo com os profissionais da USF.

Importante salientar a boa participação dos profissionais do NASF na execução e acompanhamento dos PTF, principalmente dos nutricionistas e educadores físicos, que realizam o apoio matricial e atendimentos individuais quando necessário.

Por fim, encontramos dificuldades no itinerário terapêutico das famílias/indivíduos acompanhados quando necessitam de serviços da rede municipal e estadual, tivemos dificuldades em agendar consulta com especialistas, exames de imagem, atendimento com outros profissionais (fisioterapia, fonoaudiologia) e cirúrgico hospitalar, pois existem dificuldades na regulação em virtude da pouca oferta de alguns serviços.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de trabalho das USF compreende a busca da melhoria da produção e gestão do cuidado na saúde

dos sujeitos e das famílias atendidas, sendo necessário que a Equipe de Saúde da Família da unidade entenda o conceito ampliado de saúde, saiba acolher os sujeitos/famílias, busque alcançar a integralidade das ações, estabeleça vínculos e se responsabilize por coordenar e gerir todas as ações necessárias para melhorar a qualidade de vida no território. Por isso, a inserção de alunos e professores de medicina no ambiente da USF pode favorecer o processo de formação dos futuros médicos, bem como a ampliação e fortalecimento do cuidado aos usuários do SUS.

A experiência de elaborar e executar um Projeto Terapêutico Familiar durante as atividades das PIEESC III e IV permite aos alunos realizar inúmeras conexões entre teoria e prática, dentre as quais podemos destacar as seguintes: a gestão do cuidado de uma família; a aplicação dos instrumentos da clínica dos sujeitos e das famílias (familiograma, ecomapa, fluxograma de risco, plano de intervenções); a consolidação de conhecimentos e habilidades clínicas próprias do médico de família e comunidade através de intervenções individuais e coletivas (consultas médicas, visitas domiciliares, atividades educativas e de promoção da saúde); a percepção da importância à elaboração de um PTF com o fim de proporcionar intervenções multidisciplinares a partir do trabalho em equipe e o desenvolvimento de habilidades comunicativas para escutar e valorizar as subjetividades, os conhecimentos e as prioridades dos usuários do SUS e, desta forma, garantir sua participação na elaboração e execução do PTF.

Os benefícios relacionados ao impacto social, no processo de trabalho das equipes de saúde da família, pacientes/familiares e grupos comunitários envolvidos nos PTF, estarão diretamente relacionados ao cuidado de saúde e na promoção da cidadania com ações de educação e de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento junto às famílias em situação de vulnerabilidade social e de riscos à saúde das Unidades de Saúde de Família, visando à autonomia das comunidades/famílias/indivíduos, para a melhoria da situação de saúde.

A disponibilização das tecnologias de saúde no cotidiano das práticas da Estratégia de Saúde da Família, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, contribui, significativamente, nas dimensões individuais de segurança e autonomia e nas redes de apoio (família, amigos, vizinhos). Dessa forma também, possibilitam aos profissionais da rede, a organização do trabalho em equipe, coordenação das ações e gerência dos serviços, estabelecendo as conexões entre os serviços (rede de atenção), linhas de cuidados e elaboração de políticas públicas.

A vinculação do ensino à realidade de saúde da população/comunidade/família/sujeitos, como base de prática e reflexão da formação do futuro médico presente na proposta das PIEESC, busca trabalhar a construção ou a reconstrução das estruturas curriculares em consonância com as necessidades e com os problemas identificados na comunidade.

O processo de elaboração e execução do PTF revela, para os alunos, a complexidade do processo de trabalho

na atenção básica a saúde, a partir de vivências concretas no cotidiano de uma unidade de saúde da família, onde é possível trabalhar em parceria com a equipe de saúde da família e construir vínculos com as famílias e seus sujeitos. Com isso, esperamos contribuir para a formação de médicos generalistas que possam colaborar, na sua vida profissional, através de uma prática humanizada, com a construção e com a consolidação do SUS.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. **Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde - Declaração de Alma-Ata**, URSS: OMS; 1978.
3. Organização Panamericana de saúde (OPAS). **Sistemas de Saúde com base na Atenção Primária em Saúde**. Série: Renovação da Atenção Primária em Saúde das Américas, n. 1. Washington D.C.: OPAS; 2009.
4. Starfield B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; 2002.
5. Brasil, Ministério da Saúde, **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da saúde; 2011.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).
7. Tesser CD. Contribuições das Epistemologias de Kuhn e Fleck para a reforma do ensino médico. **Rev. Bras. Educ. Med.** 2008; 32(1): 98-104.
8. Carácio FCC, Coterno LO, Oliveira MAC, Oliveira ACH, Marin MJS, Bracchialli LAD. A experiência de uma instituição pública na formação do profissional de saúde para atuação em atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva** 2013; 19(7): 2133-2142.
9. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis** 2004; 14(1): 41-65.
10. Conterno SFR, Lopes RE. Inovações do século passado: origens dos referenciais pedagógicos na formação profissional em saúde. **Trab. Educ. Saúde** 2013; 11(3): 503-523.
11. Hora DL, Erthal RMC, Souza CTV, Hora EL. Propostas inovadoras na formação do profissional para o sistema único de saúde. **Trab. Educ. Saúde** 2013; 11(3): 471-486.
12. Brasil, Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES nº 4**, de 7 de novembro de 2001, Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Ministério da Educação; 2001.
13. Brasil, Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES nº 3**, de 20 de junho de 2014, Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
14. Lampert JB, Costa NMSC, Perim GL, Abdalla IG, Aguiarda-Silva RH, Stella RCR. Tendências de Mudanças em um grupo de Escolas Médicas Brasileiras. **Rev. Bras. Educ. Med.** 2009; 33(suppl 1): 19-34.
15. Massote AW. **Atenção Primária como cenário de prática na escola médica**. [Mestrado Dissertação - Universidade Federal de Minas Gerais]. Belo Horizonte; 2011.
16. Bezerra DF, Adami F, Reato LFN, Akerman M. “A dor e a delícia” do internato de atenção primária em saúde: desafios e tensões. **ABCS Health Sci.** 2015; 40(3): 164-170.
17. Freire P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1975.
18. Brasil. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1990.
19. Cecilio LC. O. Apontamentos Teórico-Conceituais sobre Processos Avaliativos Considerando As Múltiplas Dimensões da Gestão do Cuidado em Saúde. **Interface (Botucatu)** 2011; 15(37): 589-99.
20. Carvalho RC, Peixoto MT. **Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade: abordagem multiprofissional da gestão do cuidado a partir de projetos terapêuticos familiares**. Projeto de Extensão inscrito no Edital MEC-SESU 2015. Feira de Santana: UEFS; 2015.
21. Cunha G. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 2004. 150f. [Mestrado Dissertação - Universidade Estadual de Campinas]. Campinas; 2004.
22. Campos GW. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. Campinas: DMPS/Unicamp; 1997. Mimeo.
23. Oliveira GN. **O Projeto Terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC; 2008.
24. Merhy EE, Franco TB. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: HUCITEC; 2013.
25. Muniz JR, Eisenstein E. Genograma: informações sobre família na (in)formação médica. **Rev. Bras. Educ. Med.** 2009; 33(1): 72-79.
26. Rodrigues AC. **Genograma: representação gráfica da**



- vida familiar. Disponível em: <<http://psicologia.com.pt/genograma.html>>. [20 nov 2016].
27. Souza J, Kantorski LP. A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPSad: o ecomapa como recurso. **Rev. esc. enferm. USP** 2009; 43(2): 373-383.
28. Santos KPB. **Utilização do Projeto Terapêutico Integral no ensino de práticas de atenção básica de saúde na graduação de medicina em Feira de Santana – Bahia. 2009.** [Trabalho de Conclusão do Curso de Medicina - Universidade Estadual de Feira de Santana]. Feira de Santana; 2009.
- 
- Endereço para correspondência*
- Marcelo Torres Peixoto  
Rua Raul Leite, 990, ap. 903, Ed. Residencial da Vila,  
CEP: 40270-010 - Vila Laura, Salvador-BA.  
Telefone: (71) 99125-4910  
E-mail: marcelotpeixoto@gmail.com