

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR PARA PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Ariná Islaine da Silva¹, Maria Fernanda Lehmkuhl Loccioni¹, Renata Fabricia Orlandini¹, Jeferson Rodrigues², Girlane Mayara Peres³, Mariluci Alves Maftum⁴

RESUMO: Objetivou-se analisar a importância do Projeto Terapêutico Singular na gestão do cuidado para profissionais de uma equipe da Estratégia da Saúde da Família, no âmbito da Atenção Básica, em uma capital do sul do Brasil. O Projeto Terapêutico Singular é um dispositivo resolutivo nos casos de vulnerabilidade importante por organizar o processo de trabalho e possibilitar o cuidado baseado na clínica ampliada, respeitando a singularidade do sujeito. Foi realizado estudo qualitativo, descritivo, realizado por meio de entrevistas semiestruturadas com cinco profissionais, no período de agosto a setembro do ano de 2014. Os resultados mostram duas categorias: a identificação e o estabelecimento do Projeto às famílias com necessidades de cuidados longitudinais; os limites e desafios da implementação do Projeto na Atenção Básica. Conclui-se que há limites tais como a inclusão do Projeto Terapêutico Singular no sistema de informação e desafios como indicadores para sua avaliação pela equipe da Estratégia Saúde Família.

DESCRIPTORES: Serviços de saúde mental; Sistemas de informação; Saúde da família; Assistência integral à saúde.

SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT FOR PROFESSIONALS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

ABSTRACT: The objective was to analyze the importance of the Singular Therapeutic Project in care management for professionals from a Family Health Strategy team in the context of Primary Health Care in a state capital in the South of Brazil. The Singular Therapeutic Project is a problem-solving device in cases of important vulnerability because it organizes the work process and permits care based on the expanded clinic, respecting the subject's singularity. A qualitative and descriptive study was undertaken by means of semistructured interviews with five professionals between August and September 2014. The results show two categories: the identification and establishment of the Project for the families with longitudinal care needs; the limits and challenges in the implementation of the Project in Primary Health Care. In conclusion, there are limits, such as the inclusion of the Singular Therapeutic Project in the information system; as well as challenges, such as indicators for its assessment by the Family Health Strategy team.

DESCRIPTORS: Mental health services; Information systems; Family health; Comprehensive health care.

PROYECTO TERAPÉUTICO SINGULAR PARA PROFESIONALES DE LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

RESUMEN: La finalidad fue analizar la importancia del Proyecto Terapéutico Singular en la gestión del cuidado para profesionales de un equipo de la Estrategia de Salud de la Familia, en el ámbito de la Atención Básica, en una capital del sur de Brasil. El Proyecto Terapéutico Singular es un dispositivo resolutivo en los casos de vulnerabilidad importante porque organiza el proceso de trabajo y posibilita el cuidado basado en la clínica ampliada, respetando la singularidad del sujeto. Fue llevado a cabo un estudio cualitativo, descriptivo mediante entrevistas semiestruturadas con cinco profesionales, entre agosto y septiembre del 2014. Los resultados muestran dos categorías: la identificación y el establecimiento del Proyecto a las familias con necesidades de cuidados longitudinales; los límites y retos de la implementación del Proyecto en la Atención Básica. En conclusión, hay límites, tales como la inclusión del Proyecto Terapéutico Singular en el sistema de información, y retos tales como indicadores para su evaluación por el Equipo de Salud de la Familia.

DESCRIPTORES: Servicios de salud mental; Sistemas de información; Salud de la familia; Atención integral de salud.

¹Discente de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil.

²Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil.

³Psicóloga. Doutoranda do Programa de Pós Graduação de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil.

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.

Autor Correspondente:

Jeferson Rodrigues

Universidade Federal de Santa Catarina

R. Eng. Agrônomo Andrei Cristian Ferreira, s/n - SC, 88040-900 - Florianópolis, SC, Brasil

E-mail: jeferson.rodrigues@ufsc.br

Recebido: 26/02/2016

Finalizado: 14/09/2016

● INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como objetivo a reorganização da Atenção Básica à Saúde (ABS) no Brasil de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa estratégia foi concebida pelo Ministério da Saúde (MS) para melhorar a saúde da população em seu território. A ESF contribui para a consolidação da ABS por beneficiar a reorganização do processo de trabalho nesse componente da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e expande a resolutividade da situação de saúde das pessoas e coletivos⁽¹⁾.

A ESF fundamenta o trabalho em equipe interdisciplinar oportunizando o estabelecimento de vínculo entre profissionais e população de maneira longitudinal, com vistas à promoção da saúde e a autonomia destes por meio da corresponsabilização. Os profissionais da ESF atuam nos processos de saúde-doença dos usuários que cuidam, elaboram planos de cuidado e ações terapêuticas como, por exemplo, o Projeto Terapêutico Singular (PTS)⁽²⁾.

O PTS de pessoas e/ou coletivos trata-se de um movimento de coprodução e de cogestão do cuidado entre os envolvidos. É um instrumento voltado às pessoas em situação de vulnerabilidade, entendida como a capacidade dos sujeitos de se protegerem de um agravo, constrangimento, adoecimento ou situação de risco. O processo do adoecimento envolve, além das inúmeras variáveis, a relação entre elas. Dessa forma, constrói-se uma complexidade única. Portanto, o tratamento, o cuidado e o acompanhamento de cada pessoa devem ser feitos de forma singular, construídos a partir de uma resposta igualmente complexa e diversificada com inúmeros atores⁽³⁾.

A elaboração do PTS deve ser conduzida por uma relação entre profissionais-pessoa-família que empodera e serve para consolidação do vínculo e comprometimento entre eles. Para a elaboração do PTS pode-se, como um dos primeiros passos, abordar a contratualidade entre as pessoas, ou seja, possibilitar que os atores sejam aceitos e reconhecidos enquanto parceiros. Por vezes, devido às inúmeras dificuldades vivenciadas, a pessoa chega à unidade de saúde com pouco poder contratual. Nesse momento, o profissional pode reconhecer que a pessoa está fragilizada e ter cuidado para preservá-la de maneira que sejam criadas possibilidades para que os contratos possam efetivamente ser cumpridos pela pessoa. Espera-se que durante o manejo do contrato seja construída uma relação de reciprocidade, a qual requer do profissional paciência, tato e a capacidade de “estar com” o usuário⁽³⁾.

Dando continuidade à construção do PTS, faz-se importante a qualidade das conversas, pois a confiança ajuda a tornar possível a compreensão da história do outro. A construção da confiança é processual e decorre do vínculo, ou seja, da relação afetiva e emocional entre as pessoas.

Juntamente com o PTS, a Clínica Ampliada é uma ferramenta potente para utilizar na atenção básica⁽⁴⁾. Ela é uma estratégia que expande e integra as diferentes perspectivas profissionais para ofertar uma estrutura coletiva de resposta a uma demanda complexa de saúde e saúde mental. A relação entre o PTS e a Clínica Ampliada é intrínseca, ao sistematizar o PTS a clínica se amplia. Salienta-se que estas duas estratégias são relativas à Política Nacional de Humanização (PNH) e que juntas promovem além de um cuidado interprofissional, a tentativa de estimular a autonomia e cidadania entre os envolvidos no processo cuidativo⁽⁵⁾.

Destaca-se que a importância de se investigar o PTS no âmbito da ESF, tema que reflete a relação entre a Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (PNAB) e a PNH, permite ampliar o conhecimento acerca deste instrumento, capaz de sistematizar casos complexos, recentemente criado no Brasil e utilizado entre os profissionais da ESF. Entendemos que, na medida em que os profissionais organizam seu processo de trabalho com o PTS, possibilitam o trabalho interdisciplinar, garantem a qualidade na integração entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde e proporcionam melhora do vínculo entre profissionais, usuários e gestor⁽⁶⁾.

Este estudo tem como questão de pesquisa: Como profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família percebem o uso do Projeto Terapêutico Singular na gestão do cuidado às pessoas em situação de vulnerabilidade?

O objetivo do estudo foi descrever como profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família percebem o uso do Projeto Terapêutico Singular na gestão do cuidado.

● MÉTODO

Pesquisa qualitativa do tipo descritiva, realizada no município de Florianópolis, Santa Catarina, onde as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são denominadas de acordo com a realidade local como Centro de Saúde (CS). O CS pesquisado possuía seis equipes da ESF que davam cobertura a 14.286 habitantes⁽⁷⁾, sendo que apenas uma equipe da ESF utilizava o PTS em sua prática, por isso se constituiu o local de realização do presente estudo.

Foram convidados a participar todos os profissionais integrantes da equipe ESF do CS pesquisado, composta por sete profissionais (uma médica, uma enfermeira, um dentista, uma técnica de enfermagem e três agentes comunitários de saúde - ACS).

Aceitaram participar do estudo uma médica, uma técnica de enfermagem e três ACS. Os critérios de inclusão foram: ser profissional vinculado a uma equipe da ESF, que utilizassem o PTS como estratégia de cuidado ou modos semelhantes a esse e estivessem presentes durante o tempo da pesquisa em campo. O critério de exclusão foi a não utilização do PTS em sua prática profissional e ausência por motivos diversos. Foram excluídos da pesquisa a enfermeira e o dentista que no momento da coleta de dados estavam afastados por motivo de doença.

Os dados foram obtidos no período de setembro a outubro de 2014 mediante entrevista individual semiestruturada, audiogravada e em salas reservadas no próprio serviço de saúde. A entrevista foi dirigida pelas questões: Como são identificadas as pessoas em sua área-território que demandem cuidados longitudinais? A equipe utiliza o PTS como estratégia para o cuidado das pessoas? Como a equipe percebe o PTS no trabalho multiprofissional? Quais os limites e desafios para a utilização do PTS na Atenção Básica à Saúde pela equipe da ESF.

As entrevistas foram transcritas e os dados analisados com a técnica de Análise Temática Categorial em suas três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação⁽⁸⁾. Os temas como: identificação dos casos para elaboração do PTS, plano de cuidado, sistematização, limites e desafios são apresentados em categorias nos resultados. Para resguardar o anonimato, as falas dos participantes foram identificadas no texto por código alfa numérico na ordem das entrevistas (E1, E2, E3, E4 e E5).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria do Estado de Saúde de Santa Catarina, aprovado sob o parecer no 784.487, CAAE no 3417111400000115. Os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

● RESULTADOS

Os resultados e discussões serão apresentados em duas categorias. A primeira salienta a identificação e estabelecimento do PTS às famílias com necessidades de cuidados longitudinais, a segunda destaca os limites e desafios da implementação do PTS na ABS.

Identificação e estabelecimento do PTS às famílias com necessidades de cuidados longitudinais

Constatou-se que a equipe utilizava como critério para a construção do PTS os casos relacionados à atenção psicossocial em detrimento ao comprometimento orgânico.

Utilizamos naqueles pacientes complexos, que estão demandando um cuidado especial naquele momento. (E3)

Não temos conseguido fazer no mesmo momento a conversa entre a equipe, usuário e família. O que fazemos em geral é receber uma demanda, seja de usuário, da família, de outra pessoa [...] tentar a construção de vínculo com esse usuário, discutir o caso em equipe, e a partir dos olhares da equipe a gente devolve uma proposta para esse usuário ou para a família que trouxe a demanda. A partir disto envolve a família, usuário, outros atores [...] vai construindo, mas não é ao mesmo tempo, não é sincronizado. (E4)

Selecionar as famílias que precisam fazer o genograma, pensar nas ações mais emergenciais, pensar realmente naquela família [...] a gente até discute, mas não dá para ser a fundo, são muitas famílias [...] no PTS a gente parou algum tempo para estudar uma família mais a fundo, tentar descobrir mais coisas sobre a família. (E1)

A equipe reconhece que a sistematização é importante para o trabalho, que o registro auxilia nas intervenções e reavaliações diante do que foi encontrado, possibilitando a readequação do plano terapêutico. Contudo, fica explícita nas falas dos profissionais a ausência de uma organização conjunta da equipe referente à coleta e registro das informações e planejamento das ações de cuidado para as famílias identificadas com necessidades de ter um PTS.

Um documento, alguma coisa mais formal, mais estruturado de registro não é feito [...] fazemos no livro ata, às vezes no prontuário, cada profissional tem seu caderno, que anota nomes e pensamentos, coisas a respeito dos casos [...]. (E4)

Por vezes, cada profissional da equipe faz o registro a partir de anotações pessoais referente às famílias em acompanhamento. Eu tenho meu caderno, tenho tudo anotado, tenho todas as famílias e o que elas me passam e o que eu repasso para elas, mas é só anotação minha, não é nada registrado, é só para eu ter o controle, se eu já falei com uma ou não, se já levei o que a família me pediu ou não. (E1)

A forma de registro realizada pelos profissionais da equipe se faz a partir do registro coletivo, em ata de reunião de equipe e registro individual de cada profissional em um caderno próprio. Embora não tenha sido relatado pelos participantes, na UBS campo deste estudo existe o prontuário eletrônico do usuário no qual os profissionais do nível superior e médio, com exceção do ACS, realizam o registro das informações. Este registro não acontece de forma padronizada entre os profissionais, cada um faz de acordo com a sua preferência. Entrementes, da forma como o registro está organizado pelo serviço, limitando o acesso do prontuário eletrônico, isso pode se tornar uma barreira quando o ACS for escolhido pelo usuário para ser o seu profissional de referência.

A utilização do PTS pela equipe da ESF é diretamente proporcional ao quanto esses profissionais atribuem de importância à ferramenta. Este fato se relaciona ao valor, significado e sentido que essa equipe da ESF atribui a sua utilização. Pode-se constatar nos depoimentos a importância atribuída ao PTS como dispositivo que organiza o cuidado.

Ajuda organizar, não só o projeto porque a gente já vinha trabalhando com a d. M^a, mas ajuda a gente organizar o tratamento dela. (E1)

Para pacientes com o adoecimento multifatorial, onde os fatores envolvidos são complexos faz bastante diferença, porque organiza o cuidado. Trazer o paciente para discussão, o projeto terapêutico é compartilhado com o usuário e com a família. A gente tem um cronograma de ações e de expectativas nossas, do usuário e da família. E isso sem o Projeto terapêutico não tem, você vai atendendo conforme vai fazendo. Quando faz um projeto terapêutico você pactua e coloca metas de avaliação. Ele [usuário] participa ativamente da construção do projeto terapêutico. Empodera a equipe como um todo. Torna as pessoas da equipe participativas. (E4)

A partir das falas dos participantes, percebe-se que o PTS é relevante no cuidado oferecido pela ESF, pois auxilia na gestão do cuidado às pessoas, valoriza a singularidade destes no momento em que considera seu modo de ser, pensar e agir, ou seja, valoriza o que há de único na pessoa, considera a junção do conceito de sujeito do inconsciente e sujeito de direitos.

Limites e desafios da realização do PTS pela ESF

Conforme os participantes, a dificuldade para organizar o trabalho em equipe tem sido um entrave ao aplicar o PTS na rotina:

[...] sinto sempre que somos tomadas por outras coisas e o tempo que teríamos de sentar com calma, conversar sobre os pacientes, poder fazer um planejamento, é ruim. É claro que sozinha na consulta eu posso pensar em um PTS, mas acho que a riqueza do PTS é a gente pensar como equipe, junto com o usuário e a família dele, acho que a gente perde um pouco por causa disso. (E4)

O profissional relata que o atual contexto do processo de trabalho do CS se torna um fator desafiante devido ao excesso da demanda vinda dos usuários, dificultando assim a construção do PTS. Dispositivos como este demandam maior tempo dos profissionais, desta forma o tempo dos mesmos é limitado para as outras estratégias de cuidado, como consultas programadas e de demanda espontânea, além das atividades de ordem burocrática, como preenchimento de formulários e relatórios de produtividade.

Fiquei cansada, porque ia e não tinha resultado nenhum, porque a gente vai atrás, mas também tem que partir da pessoa, se a pessoa quer ajuda, porque você vai querer ajudar a pessoa e a pessoa não quer ajuda, aí você deixa de atender outra família que realmente precisa também, e que a gente sabe que vai atender. (E2)

Diferentes estratégias de uma maneira geral, a gente tenta, vincular o paciente a Unidade de Saúde e tenta construir um PTS, a partir da vinculação dele.(E4)

O vínculo é indispensável para que ocorra a adesão do usuário ao PTS. Para que seja construída esta relação é preciso que aconteça a indicação de um profissional de referência. Este deve pertencer à equipe e estabelecer confiança e afinidade com a pessoa. O uso de um sistema de registro que facilite a implementação do PTS e a adesão do projeto por parte dos profissionais surgiu nas falas como um modo para facilitar o processo de construção do PTS:

Acho que tem que estar no sistema de informação, tinha que ser uma ferramenta lá. Bom, o CAPS [Centro de Atenção Psicossocial] usa o sistema, então a gente poder entrar, ter um ícone, [...] a gente ter de PTS, vulnerabilidade, de a gente poder entrar lá e colocar isso, [...] para não ficar essa coisa de papel, então isso estar lá no sistema acho fundamental. (E4)

E tem aquela coisa que o paciente hoje está morando aqui e amanhã não sei aonde, se perde, então no prontuário dele, quando outro médico assumir já vai estar tudo certinho para ele conhecer melhor a pessoa. (E3)

Nas entrevistas emergiram a necessidade de Tecnologias da Informação em Saúde nos cenários em que o PTS se insere. Salienta-se a importância de que cada equipe, com sua singularidade, possa construir tópicos para o PTS, desde que baseada na PNH. Além disto, as informações registradas possam ser acessadas por outros serviços de saúde além dos Centros de Saúde, a exemplo de Policlínicas e Centros de Atenção Psicossocial.

● DISCUSSÃO

Para se estabelecer a condição de vulnerabilidade, devem ser consideradas as dimensões subjetivas do sujeito, levando em conta o contexto social e histórico da pessoa e/ou família objetos do PTS⁽⁹⁾.

As falas dos profissionais relacionam-se com o encontrado na literatura em que a equipe elege o sujeito/coletivo que atenda aos critérios de vulnerabilidade, aqueles casos reconhecidos como complexos e difíceis de serem acompanhados no cotidiano da prática de cuidado à saúde. Respeitando-se os critérios de vulnerabilidade e risco, identificam-se os casos que necessitam de intervenção intensificada a partir de consultas, visitas domiciliares, vigilância realizada pelos ACS.

Em consonância aos achados deste estudo, tem-se que a forma de registro do PTS em processos iniciais apresenta uma característica esperada de incompletude e há dificuldade para se estabelecer quais as responsabilidades que cada profissional envolvido possui no PTS. Tal situação demonstra a necessidade de uma sistematização que auxilie no processo de acompanhamento feito pela equipe⁽⁴⁾.

Para o PTS ser uma estratégia de cuidado eficaz, é necessária a criação de um modelo sistematizado pela equipe, porém sua construção e utilização não devem ser baseadas em protocolos rígidos na sua operacionalização. O PTS é uma estratégia que sistematiza o cuidado e que se constrói com o sujeito e a equipe de saúde um cuidado singularizado, garante a autonomia do sujeito, organiza o processo de trabalho e fortalece o trabalho interdisciplinar. Desse modo, o PTS garante a ampliação da clínica. Devido primar-se pela autonomia do sujeito e valorizar a inserção de todos os atores envolvidos nos processos de cuidado, o PTS torna-se um recurso importante para a estratégia de cuidado da ESF.

A organização do PTS se dá em quatro momentos: 1) Diagnóstico, o qual busca uma avaliação que possibilite uma conclusão a respeito do risco e da vulnerabilidade do usuário; 2) Definição de Metas, que visa construir propostas de curto, médio e longo prazo; 3) Divisão de Responsabilidades, quando se define e compartilha tarefas, aumentando as possibilidades de identificação dos problemas, incentivando a corresponsabilização dos participantes e diminuindo as práticas meramente prescritivas; 4) Reavaliação, em que se discute a evolução e se faz a adequação do plano de ação⁽⁴⁾.

A falas dos participantes deste estudo demonstra um cenário onde os profissionais desenvolvem o PTS em equipe, mesmo sem sistematizá-lo de acordo com o proposta na literatura⁽⁴⁾. No entanto, os participantes atribuem importância ao vínculo, discutem os casos interprofissionalmente e valorizam a singularidade dos sujeitos, conceitos inerentes ao PTS.

O PTS é uma estratégia que visa à gestão do cuidado dos casos complexos e de difícil resolubilidade. É um dispositivo ousado e se mostra como um novo jeito de promover cuidado além do modelo biomédico^(4,10). Nomina-se no PTS o sujeito de direitos como um ser protagonista, movido pelo social e o sujeito do inconsciente, constituído por suas vivências, tanto experiências concretas e quanto aquelas não percebidas⁽¹¹⁾.

Por meio desta ferramenta, é garantida a coparticipação e a corresponsabilização dos envolvidos no projeto, assim como a interdisciplinaridade, possibilitando a efetivação de uma clínica ampliada. Destarte, o PTS é visto como dispositivo de cuidado que visa à organização do processo de trabalho da equipe da ESF e favorece o diálogo e a corresponsabilização dos sujeitos, fortalecendo assim o trabalho em equipe^(4,9).

A percepção dos participantes aponta o quão importante e complexo é a inclusão desta ferramenta no cotidiano de seu trabalho. Isto indica que além do interesse dos profissionais é necessário analisar as condições estruturais do serviço para que as equipes possam implementar o PTS em sua rotina de trabalho.

Em uma perspectiva temporal, sabe-se que o PTS foi indicado a ser utilizado Rede de Atenção à Saúde⁽⁵⁾ com destaque a partir do ano de 2010, momento esse que a PNH⁽¹²⁾ foi intensificada nas discussões das agendas do setor Saúde. Todavia, a implantação do PTS na ABS é uma situação recente, uma vez que se trata de um instrumento atual e por respeitar a singularidade de cada equipe da ESF, uma vez que as discussões que abrangem sua implementação são peculiares a cada realidade. Destaca-se que as estratégias de sensibilização que denotem estranhamento nas equipes são primordiais para que estas valorizem a utilização desta ferramenta. Assim, faz-se necessário a construção de estratégias para implementar o PTS, a fim de que os serviços se apropriem do tema e se motivem, de modo que venham a utilizar esse dispositivo⁽¹³⁾.

Para estimular uma equipe da ESF a desenvolver um cuidado que considere novas práticas assistenciais como a utilização do PTS, é indispensável que os trabalhadores envolvidos incorporem novos conhecimentos, mudem a cultura do modelo assistencial tradicional e ampliem o compromisso com a gestão do cuidado. A fim de garantir esta prática, a PNH traz o PTS como um dispositivo para facilitar a mudança para novos paradigmas da saúde⁽¹⁴⁾.

As dificuldades dos profissionais para a construção do PTS ocorrem devido ao contexto da organização do processo de trabalho na instituição, na qual podemos citar a falta de profissionais, demanda elevada e falta de recursos materiais para a elaboração do projeto⁽⁶⁾. O contexto que revela se uma equipe está completa ou não, se há profissional novo e desconhecedor do PTS, torna-se um indicador essencial para análises de possibilidades ou não da execução do PTS.

O contato e o vínculo são fatores condicionantes para a construção do PTS, sendo estes um desafio enfrentado pelas equipes da ESF. O usuário busca na equipe de referência suporte para a sua situação de saúde-doença e o profissional capacitado atende e cuida deste, o que fortalece o vínculo entre eles e estabelece uma relação de confiança e compromisso⁽¹⁵⁾.

A construção do vínculo ocorre através da relação dos profissionais e sujeitos, sendo assim, os profissionais de saúde são agentes do cuidado, e devem ser capazes de efetuar acolhimento, responsabilizações e vínculo, considerando sempre as necessidades dos sujeitos⁽¹⁶⁾.

A Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde na saúde devem ser encaradas como ferramentas capazes de fomentar a democratização do acesso e serviços de qualidade em grande escala. Isto se houver um sistema de saúde efetivamente envolvido com as necessidades dos sujeitos, a saúde identificada como prioridade e as inovações e tecnologias em saúde proporcionando novas possibilidades e oportunidades de atuação para os profissionais da ESF⁽¹⁷⁾.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família deve ser composto por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das equipes da ESF. Ao utilizar dispositivo como o PTS, este apoio pode ser organizado na forma de matriciamento das equipes, que são agendados de acordo com as necessidades encontradas e a disponibilidade das mesmas. O apoio matricial garante intervenção interdisciplinar, com troca de conhecimentos, capacitação e corresponsabilização, propiciando experiência para ambos os profissionais envolvidos na construção do PTS. Com destaque em estudo e discussão de casos e situações, realização de PTS, orientações em espaços de reuniões, bem como consultas e intervenções conjuntas⁽¹²⁾.

● CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, o objetivo de analisar a importância do PTS na gestão do cuidado para profissionais da equipe da ESF no âmbito da ABS foi alcançado na medida em que esta se revelou uma ferramenta eficaz para a gestão do cuidado. Possibilita o cuidado baseado na clínica ampliada e respeita a singularidade do sujeito.

Este estudo revela que o PTS, mesmo sendo uma ferramenta recente, já começa a ser visto pelos profissionais de saúde como um mecanismo capaz de promover mudanças nos processos de trabalho e cuidado, garantindo assim práticas de saúde inovadoras e eficazes, em que se respeita as subjetividades dos usuários, gerando o cuidado pautado na PNH.

Embora o PTS não seja uma prática instituída de maneira sistematizada por todas as equipes do CS, observou-se que os profissionais da equipe do estudo utilizam a lógica desta ferramenta em suas práticas de cuidado.

A apropriação teórica e relatos de experiências exitosas são destacados pelos sujeitos da pesquisa como estratégias essenciais de implementação do PTS. Tal fato se reflete na importância de estratégias de sensibilização e educação continuada para os trabalhadores de saúde, para que estes se apropriem sobre a temática e passem a incorporá-la em seu cotidiano de trabalho.

Como contribuição desta pesquisa, indica-se a necessidade de um sistema de registro disponível na rede de informações da ABS e RAS, para assim integrar os cuidados entre os serviços, promover a adesão dos profissionais de saúde, facilitando o acompanhamento do sujeito e a construção do PTS.

Acredita-se que o PTS é uma ferramenta que deva ser considerada pelos profissionais da ESF, ao cuidarem de pessoas em situação de vulnerabilidade, por possibilitar atendimento mais digno, respeitoso e principalmente resolutivo às pessoas que necessitem de cuidados complexos.

● REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 17 mai 2014]. Disponível: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>.
2. Ramos PF, Pio DAM. Construção de um projeto de cuidado em saúde mental na atenção básica. *Psicol. ciênc. prof.* [Internet] 2010; 30(1) [acesso em 07 nov 2014]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932010000100016>.
3. Büchele F, Dimenstein MDB, organizadores. Atualização em álcool e outras drogas, da coerção à coesão. Recursos e estratégias do cuidado. Florianópolis; 2014. [apostila do Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão - Departamento de Saúde Pública - Universidade Federal de Santa Catarina].
4. Oliveira GN. O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde [dissertação].

Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2007.

5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 15 abr 2014]. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/palestras/humanizacao/pnh_atencao_gestao_sus.pdf.
6. Linassi J, Strassburger D, Sartori M, Zardin MV, Righi LB. Projeto Terapêutico Singular: vivenciando uma experiência de implementação. Rev. Contexto Saude. [Internet] 2011; 11(20) [acesso em 09 nov 2014]. Disponível: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1561>.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico. [Internet] 2010 [acesso em 02 dez 2014]. Disponível: http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades_saude/populacao/uls_2013_index.php.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. São Paulo: Hucitec; 2007.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e Projeto Terapêutico Singular. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [acesso em 24 abr 2014]. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf.
11. Costa-Rosa A. Ética e clínica na Atenção Psicossocial. São Paulo: Mimeo; 2010.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos HumanizaSUS: Atenção Básica. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 09 jun 2014]. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf.
13. Lemos CLS. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?. Ciênc. saúde coletiva. 2016; 21(3): 913-22.
14. Araujo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Ciênc. saúde coletiva. [Internet] 2007; 12(2) [acesso em 14 fev 2015]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022>.
15. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. Rev. esc. enferm. USP. [Internet] 2009; 43(2) [acesso em 14 fev 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000200015>.
16. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
17. Lorenzetti J. Praxis: tecnologia de gestão de unidades de internação hospitalares [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.