

O PROJETO TERAPEUTICO SINGULAR COMO INSTRUMENTO DE CUIDADO AO USUÁRIO DE SAÚDE MENTAL

JULIANA COSTA HAERTEL¹; JÉSSICA STEUER MENNA²; VANESSA SOUZA
BARROS DE LEMES³; ANELISE MORAIS OLIVEIRA⁴; ARIANE DA CRUZ
GUEDES⁵

¹Universidade Federal de Pelotas – Juliana.haertel@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – jessicamenna@yahoo.com.br

³Universidade Federal de Pelotas – vanessahlems@gmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – aneliseoliveira.enf@gmail.com

⁵Universidade Federal de Pelotas – arianecguedes@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de condutas/ações/medidas, de caráter clínico ou não, propostas para dialogar com as necessidades de saúde de um sujeito individual ou coletivo, geralmente em situações mais complexas, construídas a partir da discussão de uma equipe multidisciplinar, propiciando uma atuação integrada da equipe, valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários. Envolvem em sua construção a equipe, o usuário e sua família, com a ordenação do cuidado sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e/ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e efetivo acompanhamento interdisciplinar do caso (BRASIL, 2012; BRASIL, 2015).

Os PTS, acompanhando o usuário, em sua história, cultura, projetos e vida cotidiana, ultrapassam, necessariamente, o espaço do próprio serviço, implicando as redes de suporte social e os saberes e recursos dos territórios e possuem quatro etapas: 1) diagnóstico; 2) definição de metas; 3) divisão de responsabilidades; 4) reavaliação, etapas que serão apresentadas e detalhadas no decorrer do Projeto (BRASIL, 2008; BRASIL, 2015).

Daré e Caponi (2017) afirmam que a depressão apresenta-se na delimitação e ou diminuição das capacidade funcionais dos indivíduos, bem como as relações sociais e a capacidade de gerenciamento das responsabilidades diárias, podendo chegar ao suicídio no seu estado mais avançado. Sendo assim, observa-se a necessidade de elaborar um PTS para o usuário, visto que é uma depressão grave, que além do tratamento farmacológico, necessidade de um plano terapêutico mais assistido e aprofundado.

Trata-se de um relato de experiência que tem como objetivo apresentar as intervenções tanto para as situações psíquicas, quanto nas situações clínicas e sociais levantadas pelas acadêmicas durante a construção do PTS para o usuário, bem como suas ações e avaliação das mesmas.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em um relato de experiência tendo como base o acolhimento e acompanhamento de um usuário em um CAPS do município de Pelotas, realizados pelas acadêmicas de enfermagem durante o oitavo período da graduação. O usuário retratado frequenta o CAPS desde julho de 2017 e possui o diagnóstico de depressão grave com sintomas psicóticos, além de ter dor crônica. A construção do PTS do usuário se deu prioritariamente através da comunicação terapêutica, uma técnica que permite uma boa avaliação do estado de saúde

mental do usuário, promovendo uma gestão eficaz de sua terapêutica (SEQUEIRA, 2014). O levantamento de dados foi realizado durante o período de campo prático das acadêmicas do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, em um CAPS do município de Pelotas, entre os meses de abril e julho de 2018. Nesse período, ocorreram encontros com o usuário, onde o mesmo expôs suas emoções, necessidades e história pregressa da sua patologia. Além disso, foram coletados dados do prontuário do usuário.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Risco Clínico

O usuário em questão apresentava hipertensão arterial sistêmica o que configura fator de risco para Diabetes Mellitus tipo 2 e doenças cardiovasculares. Durante as conversas, foi orientado quanto aos benefícios de uma alimentação saudável e ao uso dos medicamentos anti-hipertensivos nos horários corretos, conforme prévia prescrição médica. Além disso, foram acompanhados os níveis da pressão arterial durante as consultas de enfermagem. O usuário demonstrou-se atento e a pressão arterial estava controlada, o mesmo relatou que irá seguir as recomendações.

Uma das principais queixas do usuário durante os encontros era com relação a dor crônica que o mesmo relatava apresentar nas articulações, e os exames realizados não demonstraram nenhuma alteração. Através do médico que acompanhava o usuário do CAPS, conseguiu-se um encaminhamento para um médico reumatologista, e o mesmo foi encaminhado pela Faculdade de Medicina, onde aguarda ser chamado para consulta. Foi solicitada também uma reavaliação da medicação para dor que o usuário tinha prescrita no seu prontuário.

3.2 Risco Psíquico

Devido a depressão, referia episódios de tristeza profunda, principalmente quando estava sozinho além de desvalorizar sua vida (refere já ter reagido a assaltos sem preocupação em sofrer violência física durante o mesmo). Apresentava risco de suicídio e durante o acompanhamento, relatou que não possuía um “plano” para realizar o ato, no entanto, deixa implícito através de frases como “se for para viver com dor, então para que viver?”.

Através do contato com a equipe, foi solicitado que falassem em reunião de equipe sobre a reavaliação dos psicofármacos, visto que é explícito que a medicação não estava apresentando o efeito desejado. Além disso, foi orientado para que comparecesse ao serviço para conversar com algum profissional, além de procurar distrair-se com algum lazer que gostasse, sempre que se sentisse triste.

3.3 Risco Social

O usuário vivia com um irmão no terreno onde moravam também os pais adotivos, relatava ter um bom relacionamento com o irmão, no entanto, às vezes brigavam devido as frequentes mudanças de humor do irmão. Foi orientado para que o usuário tentasse convencer o irmão de aderir também ao acompanhamento do CAPS, porém o usuário afirma que já tentou, mas esse negou. Foi sugerido então para que a equipe realizasse uma visita domiciliar para tentar convencer o irmão a aderir o acompanhamento. O usuário frequentava o bar de um dos irmãos biológicos com quem referia manter um bom relacionamento. Possuía alguns amigos de juventude que o visitavam para tomar chimarrão e conversar, no entanto, relatava não ter interesse em sair de casa e não se sentir capaz de se

locomover em distâncias maiores que os arredores do bairro, o que faz com que não saia sem necessidade, mesmo que para visitar os amigos. Para isso, foi confeccionado um mapa com pontos que o usuário conseguisse reconhecer, com o objetivo de estimular a autonomia e fazer com que o mesmo se sinta capaz de ir até o centro da cidade.

Devido a sua disfunção sexual, diz não conseguir se relacionar afetivamente com nenhuma mulher há muitos anos, fato que também inviabiliza seu desejo de constituir uma família. Foi conversado com a equipe do CAPS, para que conseguisse um encaminhamento para o urologista e tentar conseguir a consulta para o usuário.

Os sintomas psicóticos de sua depressão ocorriam quando o usuário ainda exercia a função de vigilante e encontram-se estáveis atualmente, no entanto corria o risco de voltar a exercer a função devido ao parecer desfavorável durante a perícia, fato este que o desestabilizou muito emocionalmente, em parte, por ter medo de que os episódios psicóticos retornem. Com isso, foi agendada, através da assistente social do CAPS, uma nova consulta com a assistência social, a fim de tentar reativar o benefício.

4. CONCLUSÕES

Conseguiu-se concluir a maioria das intervenções propostas. Porém, o encaminhamento para o urologista e o pedido para a reavaliação das medicações não conseguimos obter resposta até o final desse trabalho, pois não estivemos mais no serviço desde o seu pedido. Infelizmente, não conseguimos participar de nenhuma reunião de equipe.

O usuário compareceu a todos os encontros marcados e aceitou muito bem todas as orientações que foram prestadas. Acreditamos que as intervenções surtiram efeito, e conforme o decorrer dos encontros, o mesmo sempre se mostrava mais animado e motivado a continuar o acompanhamento, bem como passou a ser mais receptivo as ideias de se relacionar com outros indivíduos, sair mais de casa e buscar formas de distração nos momentos de tristeza profunda, tendo aderido a esta última proposta e observando resultados positivos os quais relatou terem surtido efeito para amenizar sua tristeza.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 14 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 44 p.: il.



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. 60 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

DARE, P. K.; CAPONI, S. N. Cuidado ao indivíduo com depressão na atenção primária em saúde. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**. Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, p. 12-24, 2017.

SIQUEIRA, C. Comunicação terapêutica em saúde mental. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. Porto, n. 12, 2014.