

XVIII

CIC

XI ENPOS
I MOSTRA CIENTÍFICA



Evoluir sem extinguir:
por uma ciência do devir



PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR PARA PORTADORA DE PARKINSON: EM BUSCA DA QUALIDADE DE VIDA

BOROWSKI, Diéllen Moura¹; RIBEIRO, Caroline Vargas¹; LOMBARDI, Geovani Carvalho²; CRUZ, Karen Casarin Flores²; CARDONA, Natanielle²; CARDOZO-GONZALES, Roxana Isabel³.

¹Graduanda do 6º semestre da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia/UFPEL e bolsista pelo Programa de Bolsas de Extensão e Cultura (PROBEC).

²Graduando do 6º semestre da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia/UFPEL.

³Profª da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia/UFPEL. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela EERP/USP, Orientadora do estudo. (roxanacardozoandre@yahoo.com)

diellen_mb@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

A Doença de Parkinson (DP) é uma enfermidade descrita pela primeira vez em 1817, pelo médico inglês James Parkinson: "Doença neurológica progressiva que afeta os centros cerebrais responsáveis pelo controle e regulação do movimento". Apresenta cinco classificações: parkinsonismo idiopático, pós-infeccioso, tóxico, arteriosclerótico e atípico (O'SULLIVAN & SCHMITZ, 1993).

O Parkinson atípico caracteriza-se por formas mais incapacitantes de parkinsonismo, pois o processo degenerativo não se restringe à diminuição de dopamina, acometendo também outras regiões do cérebro (LIMONGI, 2001). Também é chamado de "Parkinson-plus" porque neste grupo de doenças é muito comum haver uma síndrome parkinsoniana associada a outras anormalidades neurológicas. (FERRAZ, 2004).

Diante do exposto considera-se necessário um planejamento do cuidado de forma sistematizada, individualizada e integral para potencializar a capacidade de resposta do serviço de saúde às necessidades dos portadores. O plano de cuidado deve ser desenvolvido a partir de um trabalho interdisciplinar (MICHAELSEN & RIBEIRO, 2007), onde cada profissional da saúde desenvolva ações complementares, de forma a favorecer o cuidado integral e contínuo para a melhora da qualidade de vida. Torna-se fundamental um processo de avaliação contínuo para intervir e reajustar as intervenções quando necessário.

A adequação e/ou identificação de novas estratégias se fazem necessário para dar conta da complexidade do cuidado. Identifica-se o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como um instrumento de gestão da atenção à saúde que apresenta grande potencial de construção de um plano de cuidado integral e humanístico, capaz de identificar amplamente as necessidades do portador de Parkinson e intervir coletivamente por meio de pactuações entre os membros da equipe de saúde, com o paciente e a família.

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão de uma equipe

interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas (POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2007).

Na elaboração do PTS se faz necessário instituir o gerenciamento do caso, isto é, definir uma equipe ou um único profissional para se responsabilizar das articulações necessárias à construção do PTS do portador. Este profissional discutirá com a equipe e familiares sobre as necessidades dos serviços, promoverá reuniões com a equipe e reavaliará as intervenções e as necessidades de atenção por meio de todos os serviços e instituições dentro da rede de saúde (MONROE *et al* 2005) e fora dela. Reconhece-se a capacidade gerencial do enfermeiro no cuidado dos pacientes devido a seu amplo conhecimento clínico, habilidade para oferecer cuidado holístico, advocacia a favor do paciente, conhecimento da rede de saúde e capacidade de otimização de recursos (CASARIN *et al* 2002).

A partir das considerações supracitadas elaborou-se um Projeto Terapêutico Singular, tendo como objetivo principal, o cuidado do sujeito portador da DP, a partir de um olhar ampliado, sem restringir-se apenas a sua patologia e promovendo ao mesmo tempo a participação e o cuidado da família. A partir desta perspectiva foram traçados objetivos específicos para melhoria da qualidade de vida da portadora, ou seja, readquirir parte de sua autonomia dentro das limitações impostas pela doença, além de capacidade de enfrentamento desta, que envolveram: identificar as necessidades individuais e coletivas; estabelecer um plano terapêutico de curto, médio e longo prazo a partir de um trabalho em equipe; intervir sobre as necessidades identificadas; reavaliar e readequar as intervenções realizadas e elaborar um plano de transferência do cuidado.

2. METODOLOGIA

No decorrer da jornada acadêmica da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas, os docentes e discentes vivenciaram a transferência para uma nova estrutura curricular, cujo propósito visa uma maior proximidade com a Rede de Saúde, com foco na Atenção Básica. Esta nova proposta organizou-se a partir de componentes, sendo um deles o Cuidado da Atenção Básica II, desenvolvido em três momentos: bases teóricas, síntese e campo prático.

O período de práticas do sexto semestre envolveu 90 dias da primeira metade do ano de 2009, sendo que em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada em um município do sul do Rio Grande do Sul, foi efetivado por um grupo de sete graduandos. Através da articulação com alguns membros da equipe (médica, enfermeira, fisioterapeuta, assistente social e recepcionista), estes alunos desenvolveram um Projeto Terapêutico Singular.

Este projeto foi dividido em várias etapas:

Escolha do caso: realizado após o diálogo com um membro da equipe da UBS (médica). Optou-se em desenvolver este trabalho com o sujeito em estudo por ser considerado um caso complexo em função da sua doença (portadora de parkinsonismo atípico), maus tratos e fragilidade emocional relatados pela profissional; *Conhecimento do caso:* a partir de fonte secundária (prontuário) foi possível tomar ciência da história clínica e evolução da doença, bem como as peculiaridades da portadora: sexo feminino, 52 anos, cor branca, dependente de auxílio para a locomoção, movimentação e realização das atividades diárias; *Definição da equipe responsável pelo caso:* o grupo constituído de sete acadêmicos no campo prático foi dividido em três subgrupos, onde dois, ficaram responsáveis por auxiliar a equipe no atendimento na UBS, dois pela vinculação com os

equipamentos sociais (escolas, igrejas, associação de moradores etc.) e três pelos cuidados domiciliares sendo estes últimos os que assumiram o gerenciamento da construção do PTS para a portadora.

Após: *Primeiro contato*: objetivou-se a criação de vínculo com a portadora e a família, através da apresentação do grupo e da proposta do plano de cuidado e acompanhamento do caso; *Identificação das necessidades*: no decorrer da visitas domiciliares foram coletados dados para a elaboração da descrição da patologia, estudo dos fármacos, histórico de vida, genograma, ecomapa, situações de risco, redes de apoio e identificação de cuidadores. Através dessa coleta, pode-se perceber a precariedade do cuidado da portadora quanto à higiene, a dificuldade de comunicação e de eliminação intestinal, a carência emocional, o desleixo dos cuidadores, tanto no manejo da portadora, quanto no cumprimento dos horários adequados para alimentação e medicações e a necessidade de um fortalecimento do vínculo familiar.

Elaboração/execução do PTS: as intervenções foram planejadas com base nas necessidades identificadas e executadas através das visitas semanais da cliente e família. Concretizaram-se as seguintes intervenções: orientações aos cuidadores quanto à importância da higiene adequada; mobilização (posição e manejo correto) da paciente; ingestão hídrica e alimentos ricos em fibras; reforço do trabalho da fisioterapia; padrão de horários para alimentação e medicação; incentivo a fazer perguntas que exijam respostas curtas, como sim e não; fortalecimento do vínculo familiar, inserção/participação da família no plano terapêutico, bem como inserção dos mesmos nas atividades. Em relação ao cuidado direto à portadora trabalhou-se sempre tendo em vista a melhora da auto-estima e prestou-se constantemente apoio emocional. *Reavaliação/ajustes das intervenções*: foram desenvolvidas através de discussões entre grupo, docentes, família e equipe de saúde. *Plano de transferência do cuidado*: através de pactuações entre os membros, identificou-se a necessidade de dar continuidade ao cuidado da portadora, nesse sentido assume-se como desafio delegar o plano de transferência do cuidado à portadora para os acadêmicos que estiverem estagiando na UBS no segundo semestre de 2009.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com Nettina (1996), o tratamento do portador de Parkinson é realizado no intuito de diminuir os sintomas e a velocidade do avanço da doença, onde o planejamento de um cuidado integral realizado por uma equipe interdisciplinar, pode prolongar as estimativas e manter uma melhor qualidade de vida. Uma vez implantado o plano terapêutico obtiveram-se resultados satisfatórios após a criação do vínculo com o sujeito e família. As orientações relacionadas à higiene da portadora foram aceitas pelos cuidadores, onde ocorreu melhora notável; mudança no padrão de horários das medicações onde passaram a medicá-la nos momentos corretos; fortalecimento do vínculo familiar, uma vez que se tornaram mais unidos e com notável interesse no cuidado e ao reforço do trabalho da fisioterapia, pois incentivavam a portadora a realizar os exercícios propostos.

Algumas orientações não obtiveram sucesso, dentre elas, as relacionadas à mobilização, pois se mostraram resistentes quanto aos nortes do manejo correto da paciente orientados pelos acadêmicos e também quanto a seguir um horário para alimentação, onde relataram falta de tempo. Quanto ao cuidado individual da portadora, alcançaram-se os objetivos estabelecidos, onde se observou melhora da auto-estima e da vontade de auto cuidar-se, percebidos ao longo processo de cuidado.

O trabalho conjunto no cuidado da paciente demonstrou a importância do trabalho em equipe e da comunicação, estabelecidos entre o profissional de saúde e os familiares que auxiliam no processo de cuidar. De acordo com a literatura, o cuidador é a primeira pessoa que percebe os sintomas e alterações comportamentais, necessitando de atenção constante e valorização do cuidado prestado (REIS, 2004).

Destaca-se o forte vínculo criado com a usuária e família, fato que tem contribuído de forma significativa para responsabilização do cuidado da portadora, bem como maior empenho no desenvolvimento das habilidades teóricas e práticas dos acadêmicos, no intuito de desenvolver um plano de cuidado integral e humanístico.

4. CONCLUSÕES

A realização do Projeto Terapêutico Singular foi de grande valia, pois proporcionou o exercício da gestão do cuidado, a valorização do trabalho em equipe e a complexidade de desenvolver cuidados individuais e coletivos. Tudo isso vinculado às limitações do cuidado no contexto social, econômico e cultural dos portadores da doença.

Salienta-se a importância do trabalho interdisciplinar, que envolveu os profissionais de saúde das diversas áreas do saber, juntamente com a colaboração da academia (docente/discente), enriquecendo a troca de experiências e promovendo um cuidado integral, que buscou a melhora da qualidade de vida da portadora. Houve o reconhecimento das ações de enfermagem no acompanhamento do caso, tanto nas ações técnicas, quanto nas relações humanas.

Torna-se relevante destacar a afirmação de Matumoto (1998), onde relata que “compreender melhor a relação trabalhador-usuário poderia ajudar a elaborar melhor as estratégias para o resgate do humano, da cidadania e da vida na saúde. Na posição de trabalhadores de saúde temos a responsabilidade social de lidar com necessidades, dores e sofrimentos do outro. É essencial nos questionar constantemente no dia a dia da nossa prática sobre esse *outro* com quem me relaciono: Quem é esse outro? Como me relaciono com ele? Para quê?”. Acredita-se que esse exercício possa vir a criar espaços de mudanças na prática de saúde para o resgate do sujeito, que espera e busca alcançar a sua cidadania e seu direito à saúde. Sendo assim colocou-se em prática a humanização do cuidado, essência de nossa atuação enquanto futuros profissionais de saúde.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- FERRAZ, H. B. Parkinsonismo Atípico. **Revista Beija-flor da Associação Brasileira de Parkinson**. v. 48, p. 8-10, 2004.
- LIMONGI, J. C. P. Conhecendo melhor da doença de Parkinson – uma abordagem multidisciplinar com orientações práticas para o dia-a-dia. **Summes**. p. 33, 2001.
- MATUMOTO, S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. Ribeirão Preto, 1998, 225p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP.
- MENESES, M. S.; TEIVE, H. A. **Doença de Parkinson**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- MICHAELSEN, S. C.; RIBEIRO I. M. Assistência de enfermagem aos portadores do mal de Parkinson e seus cuidadores. **Ciência da saúde**, 2007.

MONROE, Aline Aparecida et al. Gerenciamento de caso ao doente/família com tuberculose: uma estratégia de sistematização do cuidado no domicílio. **J. bras. Pneumol**, v. 31, n.1, p. 91-92, 2005.

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. 331p.

O'SULLIVAN S. B.; SCHMITZ T. J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1993.

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, Ministério da Saúde, 2007.

REIS, T. **Doença de parkinson: pacientes, familiares e cuidadores**. Porto Alegre: Pallotti, 2004, 368p.