



O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DA REFORMA PSQUIÁTRICA – O USO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

VAZ, Milene Fagundes¹; ESCOBAL, Ana Paula de Lima¹; QUEVEDO, André Luis Alves de¹; FERRAZ, Fabiana Rodrigues¹; LIMA, Julyane Felipette¹; MARQUES, Lara Dinis da Rosa¹; JACONDINO, Michelle Barboza².

¹Acadêmicos de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia/UFPel

²Professora Substituta da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia/UFPel. Orientadora do trabalho.
Praça 20 de Setembro, 904 bloco E, 205. Centro – CEP 96015-360 milenef.vaz@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde mental, na perspectiva da reforma psiquiátrica, pressupõe uma nova maneira de tratar a loucura no seio social. Por muitos anos a pessoa em sofrimento psíquico foi exilada do convívio social, sendo trancafiada em hospitais psiquiátricos. Hoje, busca-se a tecedura de novas ações e diálogos no campo da saúde mental (AMARANTE, 1995).

Nesse contexto, de uma nova organização da atenção psiquiátrica, surge a proposta de serviços comunitários, como os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), os serviços residenciais terapêuticos (SRT), os leitos psiquiátricos em hospitais gerais, dentre outros. Os CAPS, conforme a portaria 336/2002 caracterizam-se como serviços ambulatoriais, que seguem a lógica do território. Destinam-se a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes; sendo que os transtornos leves e moderados são cuidados em outros dispositivos abertos, a saber: unidade básicas de saúde, ambulatórios, etc. (BRASIL, 2002).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS), ou também chamado projeto terapêutico individual, é o conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, planejado através do diálogo entre uma equipe multidisciplinar que visa resgatar a pactuação com usuário, através de um atendimento integral e efetivo para o sujeito com transtorno mental. É uma ampliação da discussão de "caso clínico". Desta maneira, o PTS é bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros, aspectos sociais e econômicos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários (BRASIL, 2007).

A construção do Projeto Terapêutico Singular encontra fomentação inicial no berço da saúde coletiva. Onde se propõe a ruptura *“de administrar pessoas como se elas fossem instrumentos, coisas ou recursos destituídos de vontade ou de projeto*

próprio.”, se contrapondo à Teoria Geral da Administração, o taylorismo em particular (CAMPOS, 1998).

Nesse sentido, o presente trabalho **tem a finalidade** de realizar uma reflexão teórica sobre o cuidado em saúde mental, na perspectiva da reforma psiquiátrica, a partir da construção do projeto terapêutico singular.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um Projeto Terapêutico Singular desenvolvido no componente curricular Unidade de Cuidado de Saúde Mental, da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, da Universidade Federal de Pelotas, no semestre 2009/01, elaborado e implementado por um subgrupo de acadêmicos do 7º semestre. A escolha do sujeito do estudo deu-se no decorrer das práticas no serviço de saúde. Optou-se pela cliente M. T. D., devido a boa relação com o sujeito do estudo, uma vez que este mostrou-se comunicativo, e tinha boas relações sociais no espaço do CAPS.

A coleta de dados foi realizada em quatro encontros informais, nos meses de junho e julho de 2009. No primeiro momento foi feita um diálogo com a usuária, no sentido de explicar a proposta do estudo, e esclarecer sobre os aspectos ético-legais. A usuária foi orientada sobre sigilo das informações, e quanto a possibilidade de participar ou não do presente trabalho.

Por fim, no segundo momento pactuou-se o Projeto Terapêutico Singular, e foi desenvolvido o planejamento das intervenções em saúde. Ainda, tentou-se mais dois encontros com a usuária, mas essa mostrou-se não-receptiva, portanto não foi possível realizar nenhum diálogo e intervenções.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Origem dos sintomas: Usuária relata que apresenta alterações psíquicas sintomáticas desde os 14 anos. Conta que sentia uma grande ansiedade, insônia, sonhos perturbadores. Segundo os relatos de M. T. D, trabalhava como atendente de enfermagem em um hospital, no município de Pelotas. Relata que com o aprimoramento da profissão de enfermagem, exigiu-se que todos os auxiliares da instituição se capacitassem, realizando o curso técnico de enfermagem. Afirma que na época, ela não tinha condições de fazer tal curso e teve que abrir mão de seu emprego, por exigência da instituição de saúde.

A partir deste momento M. T. D. começou a sentir-se desvalorizada, pois ela gostava muito do seu trabalho, e de suas atividades desempenhadas. A influência das atividades de enfermagem em sua vida são tão significativas, que ela, por vezes, conta ser técnica de enfermagem do CAPS. Em decorrência de tais acontecimentos, relata que acabou, igualmente, perdendo sua fonte de renda. A usuária menciona que sempre viveu em alto padrão; e essa foi mais uma das perdas materiais que ajudaram a acarretar seu sofrimento psíquico.

Condições gerais de saúde: **S)** Usuária relata alterações psíquicas: fobia, medo dos pensamentos, ansiedade intensa, taquicardia, sonhos perturbadores com crianças e idosos. Quanto às alterações físicas: relata dor nas articulações, denominando como “artrose”. **O)** Paciente adulto, cabelos limpos, mucosas normocoradas, cavidade auricular íntegra, cavidade bucal com presença de prótese

dentária, sem demais alterações. Região cervical sem nódulos, tórax e abdômen em conformidade. Membros superiores e inferiores sem alterações.

Avaliação social: A visita domiciliar (V. D.) é um momento de reconhecimento das condições de habitação do usuário e de suas relações com a comunidade. Nesse sentido, buscou-se a realização de uma V. D., ao sujeito do estudo, porém não foi possível, pois este impôs muitos empecilhos. Como um dos princípios da visita domiciliar é a aceitação prévia dessa, achamos pertinente não realizar a atividade. Assim, diante dessa impossibilidade realizou-se um levantamento de fonte secundária, sobre a situação social e de moradia da usuária, pautada nas informações da enfermeira do serviço. A usuária mora em um apartamento, simples e pequeno. Nessa residência moram M. T. D., a filha mais nova, e o neto de 13 anos. M. T. D. não tem nenhuma atividades de trabalho, em decorrência de seu quadro patológico.

Identificação da singularidade do usuário diante da doença: a usuária almeja ser uma pessoa “de posses”, devido a precária situação financeira em que se encontra. Referiu desejo de voltar as atividades exercidas anteriormente (associação dos usuários, grupo de danças, etc), e estudar para retornar as funções laborais. Quando a usuária encontra-se no serviço ela exacerba os sintomas, porém quando está fora do mesmo ela nega que apresente algum sofrimento psíquico.

SITUAÇÕES DE RISCO

Risco clínico: Uma das medicações prescritas a M. T. D. é Imipramina e Carbonato de Lítio. Entretanto ela não adere ao uso destas medicações, justificando que apresenta como efeitos colaterais ganho de peso e mal-estar. Soma-se a isso o fato de M. T. D. ser uma pessoa vaidosa e preocupada com o corpo. Fatos esse que ajudam a pensar no reflexo da atuação do psicofármaco na auto-estima da usuária. Algumas vezes M. T. D. entra em crise pelo não uso da medicação.

Risco psíquico: Foi relatado tem vários conflitos com seus familiares, chegando muitas vezes a agressão física. Usuária referiu ter tentado várias vezes cometer suicídio.

Risco de exclusão social: Consideramos M. T. D. em risco de exclusão social, pois a mesma não gosta de frequentar lugares públicos, de utilizar transporte coletivo, fazer compras, e apresenta “sentimentos de pânico” quando está próxima a crianças e pessoas idosas em sofrimento.

V DEFINIÇÃO DE METAS – Propões-se o cuidado, na perspectiva da clínica ampliada (BRASIL, 2007), e da contratualização, proposta por Roberto Tykanori Kinoshita (1996). Para esse autor, a reabilitação deve ser entendida como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Autonomia, no sentido de capacidade do indivíduo reorganizar normas e ordens para seu cotidiano; e nesse processo nós, enquanto profissionais de saúde, temos uma grande parcela de implicação, atuando como catalisadores.

Propostas de cuidado a curto prazo: Pactuadas com a usuária: conscientizamos a importância de aderir ao tratamento semi-intensivo no CAPS, e buscou-se valorizar a importância de sua presença no serviço, em função da ausência da usuária na instituição; assim como a importância da medicação para supressão dos sintomas, promovendo assim uma melhora no seu quadro.

Propostas de cuidado a médio prazo: Contratualizada com a usuária: visita a Unidade Básica de Saúde, da área de abrangência, para realizar o exame preventivo de câncer de colo de útero; Valorizamos a importância de retomar o

programa da rádio e as atividades da Associação dos Usuários de Saúde Mental, no sentido de socialização, incorporação de atividades de lazer.

Propostas de cuidado a longo prazo: Contratualizada com a usuária sobre a importância de rever o papel de cada membro da família;

Definição das tarefas dos atores sociais envolvidos no cuidado da usuária: a) equipe de saúde, em todos os momentos, tentou assumir o seu papel de cuidador, fazendo busca ativa de usuária e parentes para o cuidado; b) familiares, descomprometidos, provavelmente por não-aceitação, não mantêm uma boa relação com a doença mental, dessa forma não se responsabilizam efetivamente pela sua parte.

O cuidado de M. T. D. caracteriza-se por momentos de melhora em seqüência de crise; destaca-se que quando há avanços, a usuária se desvincula do serviço e do tratamento, retornando em momentos de extrema crise, ou busca ativa do serviço; situação essa que foi evidenciada, pelos acadêmicos de enfermagem, no processo de cuidado da usuária.

Reavaliação das ações pactuadas para correção das estratégias: Devido as constantes evasões da paciente do tratamento, não foi possível interferir de forma incisiva nas condições que causam sofrimento em M. T. D.. No processo de cuidado da usuária as pactuações tornam-se cíclicas e repetitivas porém necessárias para, em alguns momentos, intervir efetivamente no sofrimento mental.

4. CONCLUSÕES

A partir da construção do Projeto Terapêutico Singular de M. T. D., e das vivências no Centro de Atenção Psicossocial Fragata/RS/BRA, foi possível perceber a complexidade do cuidado de saúde mental, na perspectiva de serviços abertos e comunitários. Estudar e compreender o caso clínico de M. T. D. nos colocou diante da pluralidade da vida daquele sujeito, que por muitas vezes no cotidiano do serviço nos escapa, devido às demandas apresentada pelo conjunto de usuários daquela instituição.

Concluimos que toda atenção desprendida na saúde mental, é aquém das teceduras que a vida, de cada usuário, faz; assim, é necessário um trabalho interdisciplinar capaz de articular uma rede, seja de serviço, social, afetiva, e afins. Só assim, seremos capazes de reconhecer nossos limites, e ao mesmo tempo potencializar a nossa capacidade de responder, minimamente, de forma responsável e qualificada às demandas trazidas pelos usuários dos serviços.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2.^a edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60p.

CAMPOS, G.W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad Saúde Pública**, v.14, n.4, p.863-870, 1998.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-9.

NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S. M. M.; HAYES, V. E. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. **Texto&Contexto Enferm**, v.14, n. 2. p. 280-286, 2005.

WRIGHT L. M.; LEAHEY, M. **Nurses and families: a guide to family assessment and intervention**. 3th ed. Philadelphia: (PA): F. A. Davis; 2000.