

**Relato de experiência em uma unidade de saúde da família de Santa Maria,
RS: colocando em prática o Plano Terapêutico Singular**

**Rosa, Bruna Vanessa Costa da¹
Bubadué, Renata de Moura²
Pinto, Tainá Adrielle Pereira³
Schimith, Maria Denise⁴**

Caracterização do problema: Trata-se de um relato de experiência acerca da prática do desenvolvimento de um Plano Terapêutico Singular (PTS) realizado através da disciplina de Saúde Coletiva III do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Segundo Oliveira (2008), o PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas não somente no plano biológico, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. O PTS é uma forma de proporcionar um cuidado baseado na clínica ampliada. É proposto então, que sejam escolhidos usuários ou famílias em situações mais graves ou difíceis, na opinião de alguns membros da equipe (BRASIL, 2007). O caso foi trazido pela Agente Comunitária de Saúde (ACS) do bairro São José da cidade de Santa Maria-RS. Tratava-se de uma paciente idosa, parcialmente acamada e que necessitava de cuidados específicos pela sua idade avançada e pelos problemas mentais decorrentes da mesma, além de outras patologias. Segundo Jacob Filho (1998) existem dois conceitos que definem o envelhecimento: a senescência e a senilidade. A senescência caracteriza-se pelo período em que ocorre gradualmente um deterioramento físico e mental, trata-se de um processo natural do ciclo vital. Já a senilidade refere-se à fase em que o declínio físico é mais acentuado e acompanhado de desorganização mental, enquadra-se num processo patológico. Segundo Campos (1997), o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Partindo desse pressuposto viu-se a necessidade de estabelecer um vínculo com a família na qual nossa intervenção foi proposta. O trabalho teve como objetivo principal desenvolver atividades de educação em saúde com a finalidade de melhorar a qualidade de vida e promover a saúde não apenas de um paciente, mas da família como um todo. **Descrição da experiência:** O PTS foi desenvolvido na comunidade, visando o aprendizado e a experiência do primeiro contato com o paciente em seu domicílio. A metodologia está fundamentada nos Círculos de Cultura de Paulo Freire (BARRETO, 2004), e na Clínica Ampliada (BRASIL, 2009). Esse método visa à troca de experiências e vivências, através das informações que se possui sobre a patologia da pessoa ao qual é responsável, possibilitando que o conhecimento seja construído de forma compartilhada entre o ser educando e o facilitador através do diálogo (NEVES & CABRAL, 2008b). Participaram durante os sete encontros, as três alunas da graduação em Enfermagem, e algumas vezes acompanhadas da professora da disciplina, e por uma vez, acompanhadas pelas profissionais da residência multidisciplinar (fonoaudióloga, nutricionista e enfermeira). Em um primeiro momento, foi discutido o caso trazido pela ACS. Este necessitava de cuidados maiores e especiais e possuía dificuldade para se locomover devido a sua idade avançada. Ela residia com a filha e o genro. Através do prontuário, foi possível verificar o histórico familiar e individual. A paciente “X” estava com 86 anos, apresentava senilidade, hipertensão, problemas de coluna, transtornos mentais e estava permanecendo acamada a maior parte do tempo. A filha “Y” estava com 47 anos e apresentava HAS, depressão, fumante, também problemas graves de coluna. O genro

“Z” com aproximadamente 50 anos, sofria de HAS e problemas dentários. Após verificarmos tais dados, foi realizada a primeira visita a família com o intuito de reconhecer as reais condições e o contexto de vida da mesma. Para colocarmos em prática o plano de cuidado, foi feita inicialmente uma entrevista informal com a paciente e seus familiares, que residiam na mesma casa, para conseguirmos fazer um planejamento singular que promovesse a melhora da qualidade de vida dessas pessoas, tendo em vista todo o histórico familiar. O cuidado foi realizado através das necessidades que a família possuía e também o que foi observado a partir do decorrer das visitas. Tais necessidades eram, entre outras, o controle de pressão arterial, temperatura, as necessidades básicas diárias. Percebeu-se principalmente a necessidade de escuta terapêutica, assim foi dada ênfase ao diálogo visando uma facilitação na criação do vínculo, esclarecimento de dúvidas sobre as patologias, assim como sobre o cotidiano. Foram realizadas atividades que visavam melhorar a auto-estima da paciente “X”. Foram realizadas atividades de reabilitação com a paciente, não esquecendo que possuía patologias, mas considerando em primeiro plano a vida da usuária. No momento da primeira visita, verificou-se que a paciente acabara de retornar do hospital após ter sofrido uma crise hipertensiva com conseqüências neurológicas. Primeiramente foi diagnosticado que a paciente ficara com dislalia e disfagia. Sendo assim, desenvolvemos algumas práticas que tinham como objetivo melhorar as condições de vida, que no momento estavam precárias por não conseguir se alimentar direito e se comunicar. Foi solicitado o acompanhamento de uma equipe multiprofissional constituído por uma fonoaudióloga, uma nutricionista, uma enfermeira, que faziam parte da equipe de residência multiprofissional da UFSM. O objetivo principal dessa solicitação foi verificar e tentar solucionar possíveis distúrbios de fala e de alimentação que tal paciente vinha sofrendo. Realizou-se educação em saúde acerca de alimentação e conforto ambiental. Viu-se também a necessidade de cuidar do bem estar e da aparência da paciente, por essa ter sido sempre uma pessoa muito vaidosa e que nos últimos tempos estava incapacitada de cuidar de si mesma e sentia falta desta autonomia. Também era uma pessoa muito ativa e que rapidamente, havia ficado impossibilitada de cumprir suas tarefas diárias ficando parcialmente dependente de cuidador, cujo papel era cumprido pela filha e pelo genro. Sendo assim, surgiu a ideia de cuidarmos de suas unhas, pois verificamos que ela mantinha as unhas grandes e com muito cuidado. A partir dessa simples observação, atuamos de forma positiva, passando esmalte nas unhas da paciente. Tal ato foi visto como uma atitude que proporcionou uma alegria e um entusiasmo ao sentir-se bem consigo mesma, considerando que estivesse fora de condições de fazê-lo. A maior dificuldade observada, era a respeito de os familiares terem ficado doente junto com a paciente, pois deixaram de viver suas vidas, para prestarem uma atenção pormenorizada à paciente “X”. A filha “Y” encontrava-se em um estado de depressão evoluído, com tentativas, inclusive, de suicídio, constatado no prontuário. A partir desse fato, foi atentado para se verificar o motivo de tal atitude e o porquê de estar daquela forma. Chegou-se a história da perda do filho ainda não superada. Foi constatado que tal fato influenciou, não apenas a filha, mas também a paciente “X”. Isso só foi possível ser verificado após as primeiras visitas e a criação de um vínculo suficiente para que a paciente fosse capaz de nos introduzir na sua vida a tal ponto de nos contar sua história. O genro “Z” apresentava distúrbios hipertensivos e problemas dentários. O mesmo relatou, que seu problema dentário estava evoluindo. Sendo assim, foi encaminhado para uma consulta odontológica na Unidade de Saúde da Família São José. Ao final de cada visita, sentava-se com os participantes do PTS, acadêmicas de enfermagem, professora, residentes, equipe, discutia-se sobre o caso e o que poderia ser feito com a família para uma mais eficiente

promoção da saúde e um resultado positivo do plano. **Efeitos alcançados:** Através do vínculo criado com essa família foi possível obter melhora significativa em seu contexto. O projeto foi tão bem aceito e tão benéfico para a paciente e seus familiares, que foi requisitado que o projeto fosse continuado com o próximo grupo que passaria pelo campo de aula prática. O PTS proporcionou a paciente uma melhora significativa em sua auto-estima, no seu estado emocional e segundo a própria paciente uma esperança de vida. Conseguimos também, juntamente com a paciente, tornar o ambiente em que vivia em uma forma que este pudesse lhe proporcionar melhorias em sua saúde e seu bem estar. As discussões do caso logo após as visitas condicionaram uma ampla visão sobre a forma como poderíamos atuar significativamente na vida e no contexto da paciente. O apoio matricial e uma equipe multiprofissional construída na unidade, também foram de extrema importância, trazendo da mesma forma resultados positivos para a construção do PTS. Desta forma, foi possível obter resultados benéficos para aquela família e seu contexto. Foi possível ainda, para nós, ampliar nossos conceitos e obter novos valores acerca do cuidado do paciente e da observação de suas necessidades e de seu contexto. **Recomendações:** É importante ressaltar que o PTS é um instrumento que permite uma aproximação maior com o paciente de um modo integral, observando as necessidades evidenciadas no decorrer do projeto. Sendo assim, à equipe cabe exercitar uma abertura para o imprevisível e para o novo e lidar com a possível ansiedade que essa proposta traz. O caminho do usuário ou do coletivo é somente dele, e é ele quem dirá se e quando quer ir, negociando ou rejeitando as ofertas da equipe de saúde. É preciso verificar as intenções, as linhas de força que interferem na relação profissional-usuário para produzir algum caminho comum (BRASIL, 2007).

¹ Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem E-mail: bruninha_vcr@hotmail.com

² Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade. PET. Email: renatabubadue@gmail.com

³ Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa . Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à saúde das pessoas, família e sociedade. Bolsista do Grupo PET. E-mail: taina11@gmail.com

⁴ Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. E-mail: ma.denise@yahoo.com.br

Referências:

BARRETO, Vera. **Paulo Freire Para Educadores**. 6ª Edição. São Paulo, 2004, p.116

CAMPOS, GWS. **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas**. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O., organizador. **Inventando a mudança na saúde**. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 29-87.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. Brasília, 2007. Disponível em:

< http://www.ufjf.br/hu/files/2009/10/projetos_terapeuticos.pdf >. Acesso em 21 de março de 2010 às 17:36

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Humaniza SUS: Clínica Ampliada e Compartilhada**. Brasília, 2009. Disponível em:

<http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf>
Acesso em: 23 de Março de 2010 às 15:32.

JACOB FILHO, W. **Promoção da saúde do idoso**. São Paulo: Lemos Editorial, 1998. p.141

NEVES, E. T.; CABRAL, I.E. **Cuidar de crianças com necessidades especiais de saúde: desafios para as famílias e enfermagem pediátrica**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a09.htm>>. Acesso em 20 de março de 2010 às 18:26.

OLIVEIRA, G.N. **O Projeto Terapêutico Singular**. In: CAMPOS, G.W.S. GUERRERO, A. V. P. (Orgs) **Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada**. Hucitec: Rio de Janeiro, 2008.