

AÇÃO E MANEJO DOMICILIAR: INTERPROFISSIONALIDADE NA RAPS

Felipe Matheus Zanetti
zanettifm@gmail.com

Gabriela Martins Cyrillo
gabymartinscy@gmail.com

Matheus Martins Garcia
saudemental@aracatuba.sp.gov.br

Alessandra Maria Pedroso Mendes
divisaosaudemental.dae@aracatuba.sp.gov.br

Paula Roberta Pedrucci Leme
dae.saude@aracatuba.sp.gov.br

A esquizofrenia, segundo DSM-5 (2014), é um transtorno mental que envolve uma gama de disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais, como delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico e/ou sintomas negativos. Para o sujeito que vivencia os sintomas o mundo é percebido como assustador, no qual todos os olhares estão voltados a ele, o sujeito não consegue socializar por acreditar que o mundo está contra ele, essa persecutoriedade leva o sujeito ao isolamento social, e consequentemente à recusa do tratamento.

Em maio de 2024, o pai de um jovem de 29 anos procurou o CEAPS para dar suporte ao seu filho, diagnosticado com esquizofrenia, e que naquele momento estava apresentando delírios, alucinações visuais, auditivas e táteis, além de discurso desorganizado. O jovem passava dias em casa em decorrência de pensamentos persecutórios, indo apenas a um estabelecimento próximo à sua residência para comprar comida. O CEAPS, seguindo os preceitos da lógica psicossocial, priorizou esgotar todas as possibilidades primeiramente, antes de uma possível internação, para um maior conforto e cuidado do atendido. O grande desafio foi pensar em alternativas para que o paciente aderisse ao tratamento, considerando que o atendido negava ter qualquer patologia, e a família aparentava desesperança em virtude do longo histórico de acompanhamento, até então sem melhora e/ou estabilização do quadro.

Com o caso em perspectiva, construíram-se alguns objetivos para nortear as ações e outros foram surgindo no decorrer do processo. Primeiramente, estabilizar o quadro do paciente, para tal foi necessário realizar visitas domiciliares a fim de facilitar o acesso do paciente ao acompanhamento, necessitando assim de um veículo (pertencente ao CAPS AD-III) e um motorista (pertencente ao CAPS III), desta forma, organizamos a agenda do veículo e a agenda do motorista juntamente com a agenda dos profissionais para melhor aproveitamento do veículo. Para que houvesse a adesão do paciente, também foi colocado como objetivo a construção de vínculo e a utilização de outros serviços da rede aos quais o paciente já possuía algum vínculo.

Primeiramente foi realizada visita domiciliar (VD) com psicólogo e enfermeira para verificar o estado mental do paciente. Ele foi receptivo, porém apresentava falas disruptivas, delírios e alucinações, negou que tivesse qualquer transtorno e se recusou a comparecer ao serviço para avaliação psiquiátrica. Após, foi realizada nova VD, em conjunto com o psiquiatra do CEAPS, contudo, o paciente se trancou no quarto e recusou contato. A tentativa seguinte foi a de trocar a medicação – de comprimido para gotas, ficando a família responsável em lhe dar a medicação. Contudo, devido à persecutoriedade dele, pensou que a família estava tentando envenená-lo.

Discutiu-se o caso em reunião de matriciamento com a UBS de referência, CAPS AD e CAPS IJ para pensar em novas intervenções. A UBS indicou o vínculo existente com a agente comunitária de saúde (ACS). O CEAPS explorou tal vínculo e através da ACS levou-se o médico da família da UBS para uma VD, e lhe foi ofertado uma injeção de antipsicótico. Após a segunda VD, o paciente não aceitou mais a medicação.

Em nova VD, a equipe do CEAPS ouviu as queixas dele, após, o psiquiatra propôs que o paciente tomasse a medicação corretamente por 15 dias, posteriormente fosse até o CEAPS para retorno médico, no qual o psiquiatra mudaria toda a medicação que lhe fizesse mal. O paciente compareceu ao serviço para retorno médico, sem queixa em relação a medicação, e com remissão dos delírios e alucinações. O paciente compareceu a novo retorno com o psiquiatra após 30 dias. Enquanto aguardava sua vez de falar com o psiquiatra, o paciente encontrou com o psicólogo e a enfermeira, sorriu e os cumprimentou. Durante a consulta em tela, o paciente não fez mais alusão às alucinações táteis (sensação de bicho andando pelo corpo), nem auditivas e visuais. Ainda apresentou algumas falas delirantes, com menor frequência que antes. Em relação a medicação, antes de procurar o CEAPS, a família dava os comprimidos ao paciente, que nem sempre os ingeria. Em outras oportunidades, a família tentou misturar a medicação junto aos alimentos, sem sucesso. Após as intervenções do serviço, o paciente passou a fazer uso da medicação indicada, sem a necessidade da família ou a equipe técnica ter que fazer uso de artifícios. Mantido o acompanhamento com médico psiquiatra com retorno a cada 30 dias.

O paciente está fortalecendo os vínculos com os profissionais envolvidos, e diante da gravidade do caso e das dificuldades enfrentadas, mantém-se a agenda para utilização do veículo e motorista dos CAPS AD e III, respectivamente, afim de manter o fluxo de VD com intervalos entre 15 e 20 dias para tornar o vínculo ainda mais sólido.

O trabalho desenvolvido só foi possível em virtude dos serviços de saúde pertencentes à RAPS (Brasil, 2023), que articularam para facilitar o acesso ao serviço e estabilização do transtorno. O êxito alcançado se deu pela flexibilidade apresentada pela equipe interprofissional (atenção básica e atenção especializada) de pensar em soluções e da construção de vínculo com o paciente. O indivíduo, mesmo que destoe da realidade ainda está inserido nela, e não há existência sem vínculos (Ávila, 2003), é através do vínculo que o sujeito pode sentir-se seguro e pertencente a algo. Destaca-se que o espaço de acolhimento e escuta durante as VDs facilitou a construção do vínculo entre o paciente e a equipe (Jorge, et al, 2011). Devido ao estado mental inicial do paciente e o progresso obtido, faz-se necessário manter o vínculo fortalecido através das VDs, que foram possíveis através do suporte ofertado pelos CAPS III e AD com o empréstimo do motorista e veículo respectivamente. Sem isso, o tratamento seria inviável.

Por fim, o paciente relaciona-se melhor com a família, fez entrevistas de emprego e cogita praticar atividade física. O acompanhamento proporcionou a ele uma nova perspectiva de vida, podendo se sentir pertencente ao mundo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ÁVILA, Lazslo Antonio. Saúde Mental – uma questão de vínculos. Revista da SPAGESP – Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo, vol. 4, n. 4, 2003, p.69-76. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v4n4/v4n4a10.pdf>. Acesso em: 21 de setembro de 2024.

BARBOSA, Márcio Ferreira. A noção de Ser no Mundo em Heidegger e sua Aplicação na Psicopatologia. Rev. Psicologia Ciência e Profissão, vol. 18, n. 3, 1998, p.2-13. Disponível em: scielo.br/j/pcp/a/8GyPD5kC6VwFqSYYrD4PBNt/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 22 de setembro de 2024.

BRASIL, Portaria nº 757, de 21 de junho de 2023. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-757-de-21-de-junho-de-2023-491629280>. Acesso em: 21 de setembro de 2024.

JORGE, Maria Salete Bessa, et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia. Revista Ciência e Saúde Coletiva, vol. 16, n. 7, 2011, p.3051-3060. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CMNBywFRDpPgjhFHBzxTqWH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 de setembro de 2024.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 / [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.]. – 5. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

TAMELINI, Melissa; BENEDITO, Leandro Augusto Pinto; FUNARO, Guilherme Ludovice. Fenomenologia da Esquizofrenia. TAMELINI, Messias; et al. Fundamentos de clínica fenomenológica / editores Guilherme Messas, Melissa Tamelini. – 1. ed. – Santana de Parnaíba-SP: Manole, 2022, p.54-71.