



## Programa de Integração Comunitária

Dezembro de 2019

Volume 7

Número 11

2019

# 11 <sup>o</sup> Anais do **PTS** Projeto Terapêutico Singular

São José do Rio Preto, SP 2019

# 11 <sup>o</sup> Anais do PTS

Projeto Terapêutico Singular

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte Anais do PTS – Projeto Terapêutico Singular

É uma publicação do:

## **Programa de Integração Comunitária**

Medicina Faceres

Avenida Anísio Haddad, 6751  
São José do Rio Preto · SP · Brasil · 15090- 305  
Tel.: 55 17 3201 8200  
www.faceres.com.br · picmed@faceres.com.br

### **FACERES**

*Diretor da Instituição:*

Toufic Anbar Neto, M.e.

*Coordenação de curso:*

Patricia Maluf Cury, Dra.

*Coordenação de Área:*

Fernanda Aparecida Novelli Sanfelice, M.e.

### **Programa de Integração Comunitária**

*Coordenação:*

Fernanda Aparecida Novelli Sanfelice, M.e.

*Preceptoria:*

Eloisa Ariane Moreale

Fernanda Luciana Calegari

Janaina Benatti de Almeida

Karina Rumi de Moura

Márcia Cristina Ayres Alves

Renata Prado Bereta Vilela

F614

Anais do PTS - Projeto Terapêutico Singular /  
Fernanda Aparecida Novelli Sanfelice (Org.); -  
Vol. 7, N. 11 - São José do Rio Preto: Editora  
Faceres, 2019.

62 p.;

ISSN: 25956523

1. Projeto Terapêutico Singular. 2.  
Programa de Integração Comunitária. I.  
Título.

# 11 <sup>o</sup> Anais do PTS

Projeto  
Terapêutico  
Singular

Volume 7, Número 11, 2019 – ISSN: 2595-6523

## CORPO EDITORIAL

### ORGANIZAÇÃO

#### E COMISSÃO CIENTÍFICA

Eloisa Ariane Moreale  
Fernanda Aparecida Novelli Sanfelice  
Fernanda Calegari  
Janaina Benatti de Almeida  
Karina Rumi de Moura  
Márcia Cristina Ayres Alves  
Renata Prado Bereta Vilela  
Tamara Veiga

### COMISSÃO AVALIADORA

Maria Amélia Zanon Ponce  
Fátima Zanchetta  
Nicolas Mattos

São José do Rio Preto, SP

Dezembro de 2019

## SUMÁRIO

<b>Apresentação.....</b>	<b>6</b>
<b>01. A interferência do uso de álcool no tratamento medicamentoso para patologias ósseas: um relato de caso.....</b>	<b>8</b>
<b>02. A percepção da saúde física em pacientes com alterações mentais: um relato de caso.....</b>	<b>11</b>
<b>03. A não adesão medicamentosa e seus impactos na socialização.....</b>	<b>14</b>
<b>04. O transtorno emocional que me habita: síndrome do pânico e suas consequências.....</b>	<b>16</b>
<b>05. Relato de caso: lipoma intradural raquiano com conseqüente paraplegia cirúrgica.....</b>	<b>19</b>
<b>06. Interrupção medicamentosa antiepilética suscitada por efeitos colaterais: relato de caso.....</b>	<b>21</b>
<b>07. A institucionalização de idosos e suas conseqüências físicas e psíquicas: relato de caso.....</b>	<b>24</b>
<b>08. Acompanhamento do idoso com distúrbio psíquico na atenção básica: relato de caso.....</b>	<b>27</b>
<b>09. A influência do cuidado familiar em paciente com Síndrome de Down: relato de caso.....</b>	<b>30</b>
<b>10. Impacto de doenças incapacitantes em uma idosa: relato de caso .....</b>	<b>33</b>
<b>11. Relato de caso: a violência sexual como fator de predisposição ao transtorno mental.....</b>	<b>36</b>
<b>12. Efeitos psicossociais de tentativa de suicídio e abandono familiar em dona de casa: relato de caso.....</b>	<b>39</b>
<b>13. Depressão e tentativa de suicídio: relato de caso.....</b>	<b>41</b>
<b>14. A Síndrome de Prune Belly no contexto familiar na atenção básica através do projeto terapêutico singular (PTS): relato de caso.....</b>	<b>43</b>

<b>15.</b>	A utilização do projeto terapêutico singular (PTS) para resgate familiar do idoso: relato de caso... ..	46
<b>16.</b>	Projeto Terapêutico Singular (PTS) como ferramenta na melhoria da qualidade de vida de uma família com diferentes comorbidades: relato de caso.....	48
<b>17.</b>	Depressão, vínculo familiar e não aderência ao tratamento: um relato de caso.....	50
<b>18.</b>	Projeto Terapêutico Singular envolvendo a linha tênue entre depressão, estresse e hipertensão arterial: um relato de caso.....	53
<b>19.</b>	Implementação de Projeto Terapêutico Singular para idosa com depressão e senilidade associadas ao déficit de mobilidade: um relato de caso.....	56
	<b>Premiações.....</b>	<b>59</b>

---

## **Apresentação**

Fernanda Aparecida Novelli Sanfelice

Este documento contempla os resumos dos relatos de casos apresentados no Fórum Relato de Experiência, sobre elaboração e aplicabilidade do Projeto Terapêutico Singular, no segundo semestre do ano de 2019, por graduandos de Medicina da etapa 4 da disciplina Programa de Integração Comunitária (PIC), sob orientação de suas preceptoras. O documento tem a finalidade de tornar público todo conteúdo apresentado, deixando acessível a todos.

O graduando em Medicina está inserido no contexto da Atenção Básica, e tem o objetivo de desenvolver trabalhos em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) estabelecendo contato com a realidade por meio de Visitas Domiciliárias e acompanhamento de atendimento em serviços e atividades em espaços comunitários.

De acordo com o Ministério da Saúde, 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. É importante ressaltar que a construção de um PTS, sempre que possível e necessário, deve ser realizada com a participação de membros das equipes de Atenção Básica (AB) quando o paciente em atendimento domiciliar (AD) se encontrar em sua área de abrangência. Dessa forma, o projeto terapêutico é enriquecido por informações e conhecimentos que só o acompanhamento transversal prestado pela AB poderia fornecer, além de favorecer o cuidado partilhado entre as equipes de AD e as de AB, fortalecendo, assim, vínculos, e não os quebrando(1).

O Anais é uma ótima fonte de pesquisa, é uma forma de disseminar o conhecimento de novas descobertas e contribuir com a divulgação científica no país.

---

**Referencia:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, v. 2, p. 07-204. 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_domiciliar\\_melhor\\_casa.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf).

## 01. A INTERFERÊNCIA DO USO DE ÁLCOOL NO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PARA PATOLOGIAS ÓSSEAS: UM RELATO DE CASO

### THE INTERFERENCE OF THE USE OF ALCOHOL IN MEDICAL TREATMENT FOR BONE PATHOLOGIES: A CASE REPORT

Lauren Andressa Silva Gonçalves; Lucas Bilaqui Zukovski; Mariana Gomes de Oliveira Santos; Roberta Pereira Guerra Pedra; Eloisa Ariane Moreale.

**Introdução:** O alcoolismo é uma doença crônica progressiva, caracterizada pela perda de controle sobre o uso do álcool, com consequências sociais, legais, psicológicas e físicas subsequentes.<sup>1</sup> O excesso de álcool no organismo acarreta vários distúrbios fisiológicos como hipertensão, fraqueza em membros inferiores, quedas frequentes, convulsões e tremores matinais; distúrbios psicológicos como irritabilidade, nervosismo, insônia; além de problemas sociais como perda da produtividade, uso de violência com amigos e familiares, entre outros.<sup>2</sup> Segundo o Ministério da Saúde, é considerado ‘uso abusivo de álcool’, a ingestão de quatro ou mais doses entre as mulheres e cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas entre os homens, em uma mesma ocasião, nos últimos 30 dias.<sup>4</sup> Além disso, o uso de álcool é considerado um fenômeno social, sendo assim um grave problema de saúde pública mundial, necessitando de investimento e atenção médica e sanitária em diversos países.<sup>3</sup> Quando o álcool reforça ou inibe os efeitos de outros fármacos, atuando em sítios diferentes e por mecanismos diversos, isso representa uma interação medicamentosa a qual na maioria das vezes é maléfica para os indivíduos. Além de fatores negativos, como a alteração da funcionalidade de medicamentos, causados pelo álcool, um de seus grandes malefícios é a negação de seu uso, visto que impede um tratamento adequado para aqueles que fazem utilização abusiva e, gera intensa dificuldade em debater sobre o tema com as famílias e indivíduos acometidos. **Objetivo:** Relatar um caso de interferência do alcoolismo não assumido no tratamento de doenças ósseas. **Relato:** No presente estudo foi trabalhado um caso de alcoolismo associado a patologias ósseas de uma paciente da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Parque Cidadania-São José do Rio Preto. A primeira visita domiciliária (VD) realizada no dia 20 de agosto de 2019, M.A.S, 75 anos, feminino, viúva, negra, cadeirante, baixa renda, natural de Meridiano-SP, procedência São José do Rio Preto-SP, Ensino Fundamental Incompleto, Aposentada, oito filhos de parto normal, três abortos (dois de gestação gemelar e um de gestação única), e dois filhos falecidos. Para segunda VD realizada no dia 01 de outubro de 2019, foi construído um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) o qual foi estruturado em duas vias, uma para a paciente e a outra para o arquivo técnico, sendo ambas assinadas pela participante e pela preceptora. A paciente foi classificada para o atendimento de VD devido a impossibilidade de locomoção até a UBSF em decorrência do agravamento do seu quadro clínico, o qual é constituído por artrite, artrose, osteoporose e gota. Além disso, a paciente apresenta diagnóstico de diabetes, hipertensão, catarata,

hipercolesterolemia, esteatose hepática, arterosclerose e depressão. A cliente possui um cuidador, com quem tem união estável, todavia o mesmo é incapaz de levá-la constantemente à UBSF, pois tem hérnia de disco e epilepsia. Ademais, antes mesmo de se tornar cadeirante, a paciente já mostrava um histórico de faltas aos cuidados básicos, recorrendo a UPA (Unidade de Pronto Atendimento) apenas em casos emergenciais. Foram realizados dois questionários para triagem de diferentes níveis de consumo de álcool, o *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)* cujo resultado em uma escala de 0-40 foi de 14, indicando um nível de risco baixo/moderado no qual o único problema é um consumo de risco necessitando orientação; e o *Questionário Cage*, o qual consiste em quatro perguntas, sendo que duas respostas afirmativas indicam dependência de álcool, conforma ocorreu com a paciente. Durante a realização das VD percebeu-se que a M.A.S faz uso constante de álcool, porém tem dificuldade de assumir esse vício relatando isso como algo do passado e fazendo a transgressão da culpa ao companheiro, o qual sofre intensa dependência de álcool de modo que apresenta tremores de abstinência. No dia 29 de outubro de 2019 foi realizada a última VD, as filhas de M.A.S. estavam presentes e pudemos perceber que a mãe mostra-se agressiva e impaciente quando questionada sobre o consumo do álcool perante as filhas. Em uma visita, na qual a paciente se mostrava mais aberta ao diálogo sobre o assunto, a mesma relatou um episódio de violência entre o casal. Após esse relato, os profissionais de saúde confirmaram que a bebida alcoólica interfere não somente em suas morbidades mas também em suas relações interpessoais e familiares. A paciente ainda apresenta diagnóstico de depressão relacionado às perdas de seus filhos homens, sendo que ela não realiza nenhum tipo de acompanhamento psicológico e isso está diretamente relacionado com seu abuso de álcool. Portanto, o Plano de Ação Compartilhado foi construído em conjunto com a Equipe da UBSF e continha acompanhamento odontológico, fisioterapêutico, nutricional, farmacêutico e médico, realizados mensalmente. Contudo, a paciente optou por não realizar as atividades temendo piora das dores. Desse modo, mostra-se a importância de reconhecer a dependência alcoólica e se dispor a realizar as ações propostas para melhora da qualidade de vida. Haja vista que a associação destes dois fatores leva a eficácia do segmento terapêutico.

**Considerações finais:** As patologias ósseas podem ter seus sintomas amenizados se a paciente fizer uso correto dos medicamentos, modificar seus hábitos de vida e adaptar a alimentação, ou seja, apesar de não haver cura completa existe possibilidade de melhora. Além disso, o alcoolismo pode ser revertido com medidas de ressocialização e acompanhamento psicológico. Em tal caso, o PTS visa unir ambas as medidas propostas tendo como parte fundamental a cooperação entre usuário e Equipe de Saúde da Família.

**Palavras Chave:** Alcoolismo; Doença; Saúde.

#### Referências:

- 1- BORGES OSÓRIO, M. R. & ROBINSON, W. M. Genética Humana. Artmed. 2002; 2 ed.
- 2- LARANJEIRA R, PNSKY I. O Alcoolismo. Contexto. 2001; 7ª ed.

---

3- VARGAS, D; OLIVEIRA, M; ARAÚJO, E. Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro. Cad. Saúde Pública. 2009; 25: 1711-1720.

4- PENIDO A. Consumo abusivo de álcool aumenta 42,9% entre as mulheres. Ministério da Saúde; 25 de Julho de 2019 [acesso em 01 de Novembro de 2019]. Disponível em: <http://saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45613-consumo-abusivo-de-alcool-aumenta-42-9-entre-as-mulheres>.

**Instituições:** Faceres; UBSF Parque da Cidadania, São José do Rio Preto – SP.

**Conflito de interesse:** Nenhum conflito de interesse.

## 02. A PERCEPÇÃO DA SAÚDE FÍSICA EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES MENTAIS: UM RELATO DE CASO

### THE PERCEPTION OF PHYSICAL HEALTH IN PATIENTS WITH MINOR CHANGES: A CASE REPORT

**Letícia Peres Moraes; Marina Miura Wagner Abdo Wanderley; Rayana Silva Rosado; Rodrigo Wenglarek Delorenzo;** Eloisa Ariane Moreale.

**Introdução:** A depressão é um problema de saúde pública grave, já que a mesma acarreta em custos enormes em vista do sofrimento e perturbação vivenciada pelos pacientes em qualquer período da vida, desde a infância até a terceira idade. A sua fisiopatologia sustentada em uma tríade (tristeza, anedonia, e baixa energia ou fadiga), podendo a mesma estar associado a outros sintomas, como problemas para pensar e tomar decisões, alterações na atividade do cotidiano e fadiga constante. A fisiopatologia tem como a sua base os neurotransmissores monoaminérgicos com alteração da síntese, captação ou armazenamento, que acarretará dessa patologia, tendo os sinais clínicos perceptíveis em intensidades e frequências diferentes<sup>1</sup>. Em vista de que a sua fisiopatologia está relacionada com neurotransmissores, seu tratamento é medicamentoso e psicoterapêutico, além da indicação da prática de atividades físicas. Sendo a causa mais comum de demência em pacientes com pelo menos 65 anos, a doença de Alzheimer, se faz uma doença progressiva e crônica, sendo a sua maior consequência a perda total da memória e funcionamento mental nas fases mais avançadas além de afetar o controle de emoções, coordenação de movimentos e no reconhecimento de indivíduos e objetos<sup>2</sup>. A sua fisiopatologia é vinculada com a perda de funções cognitivas relacionadas com a memória, o bom senso, pensamento abstrato e atenção. Seus sintomas iniciais são: falta de atenção, esquecimento de compromissos e confusões ambientais, sendo muitas vezes imperceptíveis na maioria dos casos. A sua fase avançada apresenta uma maior agressividade ou até mesmo passividade por parte do paciente, perdendo a consciência, com déficit cognitivo debilitante e personalidade paranoica. Não tendo uma cura definitiva, a doença de Alzheimer tem como tratamento a utilização de medicamentos que visam retardar o seu progresso. Há estudos que indicam a relação entre depressão e doença de Alzheimer em vista dos níveis de inervação monoaminérgica e a neurotransmissão. Como a doença está relacionada com a diminuição dos monoaminérgicos, o déficit de acetilcolina, proporcionada pela depressão, poderá desencadear distúrbios de humor e ser um precursor da Doença de Alzheimer, sendo vivenciado, em vários estudos, uma relação entre os sintomas de depressão e a idade de início da doença de Alzheimer<sup>3,4</sup>. Ficou-se claro, assim, a relação da progressão da demência vinculada com o início de depressão, já que ambas comprometem funções cognitivas, emocionais e funcionais<sup>5</sup>. **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente portadora de depressão e a possível relação com a sua percepção de saúde física e mental. **Relato de caso:** Foi construído um plano de ação direcionado à paciente I.J.C., 74 anos, católica, hipertensa controlada, moradora da área de abrangência da UBSF Parque da Cidadania. Na primeira visita domiciliar (VD),

realizada no dia 20 de agosto de 2019, foi realizado anamnese, coleta de dados e histórico pessoal e familiar. Aposentada. A paciente relatou queixas de dispneia a pequenos esforços, taquicardia, taquipnéia, relatou suspeitar de início de Alzheimer por falhas recorrentes de memória. Paciente, não realiza atividades físicas, sono regular (6 a 8 horas por noite). Frequenta raramente a igreja. Lazer: televisão e jardinagem. Paciente se mostrou muito emotiva na primeira consulta. Emocionando-se a cada frase que pronunciava associado ao humor deprimido. Ao exame físico, obteve-se: FR: 18 irpm; FC: 89 bpm; PA: 120/80 mmHG. De acordo com os dados colhidos, a suspeita foi de que seus sintomas fossem decorrentes de seu estado psicológico, já que a paciente se mostrava com humor depressivo e introvertido predominantemente. O plano desenvolvido para paciente foi: encaminhamento para psicóloga para avaliação e acompanhamento do estado mental da paciente. Para isso também foi realizado o mini exame estado mental: questionário Peffer (26/30) considerando contexto sociocultural da paciente, ela se encontrava dentro dos parâmetros. Quanto à depressão, paciente apresentou quadro de depressão leve, e por tanto a intervenção baseou-se em estimular a maior interação social, com ações voltadas para a melhoria de seu estado psicológico. Para isso aconselhamos frequentar uma igreja de sua religião pelo menos semanalmente, para relacionar-se com outras pessoas e criar vínculos. Além disso, indicamos um grupo de alongamento para hipertensos que existe na UBSF, dessa forma a paciente poderia interagir com os demais participantes do grupo, com as agentes de saúde e exercitar-se. No dia 29 de outubro de 2019, foi realizada a última VD, a paciente foi avaliada após a implantação do plano e referiu aderir todas as nossas propostas; A paciente passou a frequentar a comunidade da igreja, os exercícios de alongamento propostos, e dessa forma, aumentou seu círculo de interação social, conheceu pessoas da comunidade e fez amizades. Ao ser reavaliada, a paciente referiu melhora significativa de humor, além da retirada das antigas queixas de sua saúde física: dispneia a pequenos esforços, taquicardia, taquipnéia e início de Alzheimer. Assim podemos comprovar a relação da percepção de saúde física com a saúde psíquica, e assim, entender como um ser humano é um ser bio-psico-social. **Considerações finais:** A depressão é um problema de estado mental grave que atinge em torno de 15,5% da população ao longo da vida no Brasil e com diagnóstico clínico. Conclui-se que a paciente relatou em sua primeira visita domiciliar suspeita de início da doença de Alzheimer, além de uma depressão leve tornando-a bastante emotiva. Com o uso do mini exame de estado mental somado a escala de depressão geriátrica, foi perceptível, após a implementação do plano de ação e aderência de todas as propostas, uma correlação do quadro de depressão com sintomas físicos referidos pela paciente.

**Palavras Chave:** Depressão; Psicológico; Saúde.

### Referências:

- 1- A doença de Alzheimer e a Depressão no doente idoso. Disponível na internet em: [https://eg.uc.pt/bitstream/10316/79690/1/M\\_Ines%20Ascensão.pdf](https://eg.uc.pt/bitstream/10316/79690/1/M_Ines%20Ascensão.pdf)
- 2- B. Brigitta, Pathophysiology of depression and mechanisms of treatment. Dialogues in clinical Neuroscience. 2002.

---

3- Alzheimer's Association. 2009 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement.* 2009 May;5(3):234-70.

4- Consumer Reports, Evaluating Prescription Drugs Used to Treat: Alzheimer's Disease, ©2012 Consumers Union of U.S., Inc. May 2012.

5- Coimbra IB, Pastor EH, Greve JMD, Puccinelli MLC, Fuller R, Cavalcanti FS et al . Osteoartrite (artrose): tratamento. *Rev. Bras. Reumatol.* [Internet]. 2004 Dec [cited 2019 Nov 05]; 44( 6 ): 450-453.

**Instituições:** Faceres; UBSF Parque da Cidadania, São José do Rio Preto – SP.

**Conflito de interesse:** Nenhum conflito de interesse.

### 03. A NÃO ADESÃO MEDICAMENTOSA E SEUS IMPACTOS NA SOCIALIZAÇÃO

#### NON-ADHERENCE TO MEDICATION AND ITS IMPACTS ON SOCIALIZATION

**Brenda Mamed Jordão Cetrone; Camila Abdel Fattah Parra;** Fernanda Luciana Calegari.

**Introdução:** O tratamento medicamentoso se faz de extrema importância para a melhoria de diversas patologias, principalmente quando relacionado às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). As DCNT acometem um grande número de idosos e requerem tratamento prolongado. Sabe-se que a cura de algumas doenças (como a própria HAS, o diabetes mellitus e os transtornos de humor) não são alcançadas somente através do uso de medicamentos, mas o mesmo pode trazer um alívio sintomático e uma melhoria significativa no quadro clínico. O ponto chave dessa situação, é que para que isso ocorra, o paciente necessita aderir ao tratamento. Define-se adesão do tratamento medicamentoso quando o paciente utiliza pelo menos 80% dos medicamentos prescritos. O não uso, uso incorreto, irracional ou a não utilização total interfere na não adesão ao tratamento. Segundo a Organização Mundial da Saúde a taxa dessa não adesão varia em torno de 50%, este dado é importante, pois mostra que uma grande parcela da população pode desenvolver risco de complicação das doenças, surgimento de outras, maior número internações e até mesmo o óbito. Se tratando de patologias do espectro psíquico que podem levar a um comprometimento da socialização podemos citar ansiedade, síndrome do pânico, depressão e transtorno bipolar. O tratamento medicamentoso é essencial para doenças psíquicas porque além do alívio dos sintomas eles auxiliam na reinserção desse paciente no meio social, pois é perceptível o isolamento dessas pessoas. A não adesão ao tratamento implica em complicações severas, como progressão da doença, exclusão social e até mesmo óbito, com isso implantou-se o projeto terapêutico singular para assimilar essas duas variáveis, para melhoria do quadro clínico de um paciente acompanhado na unidade de saúde. **Objetivo:** Assimilar a não adesão medicamentosa com a dificuldade de socialização. **Relato de caso:** Descreveu-se o caso de um idoso acompanhado através de visitas domiciliares na prática de medicina de família, com distúrbios de humor e hipertensão arterial sistêmica e que não segue as orientações medicamentosas proposta para o tratamento, além da negação do autocuidado, e da sua própria higiene pessoal. O paciente não possui diagnóstico de bipolaridade, entretanto, é notável sua variação de humor ao longo das visitas domiciliares e pelo seu histórico médico/familiar. Portanto, para resolução do quadro, foi receitado pelos profissionais de saúde fazer uso de Clozapina (para o humor) e Captopril (para a pressão arterial elevada); entretanto, ao ler - na bula dos fármacos - os efeitos colaterais que essas medicações poderiam causar, o paciente começou a recusar fazer o uso, levando ao quadro da não adesão medicamentosa. Nesse contexto, para resolubilidade da situação, montamos um Projeto Terapêutico Singular (PTS) com o intuito de garantir que o paciente faça o uso correto das medicações e tenha o tratamento adequado para ter melhor qualidade de vida. Dessa forma, para

implementação do PTS realizou-se visitas domiciliares frequentes à residência e discutiu-se com a equipe de saúde da unidade. No entanto, por apresentar alterações em seu humor, o paciente nos recebia em alguns momentos, enquanto que outros momentos, não permitia que entrássemos em sua residência. Mesmo assim, criou-se um vínculo com o decorrer do projeto, que teve como principal objetivo fazer com que o paciente em questão aderisse a medicação, proposta para o tratamento da HAS e da alteração repentino de humor. Entretanto, a implantação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) não teve o sucesso desejado, devido o impasse na comunicação com o paciente em função do seu humor e sua disposição em nos ouvir, mesmo após o estabelecimento do vínculo. Portanto, não teve o êxito esperado, tendo em vista que o paciente não aderiu ao plano criado, continuou rejeitando tomar a medicação e apresentou resistência as ideias proposta, mantendo sua higiene de forma precária, ausência de banho há seis meses. Na última fase do PTS, podemos avaliar que o paciente não aderiu ao proposto e que houve pequena mudança em relação as metas planejadas. **Considerações finais:** A adesão medicamentosa serve como um dos principais tratamentos para que o indivíduo possa restabelecer seu estado de saúde, e melhorar suas condições de vida. Contudo, nos casos de saúde mental, a adesão medicamentosa é um dos métodos que melhoram a qualidade de vida, além de ser de extrema importância para o reestabelecimento do indivíduo, porém, quando isto não ocorre, há um déficit na socialização, pois há uma negação no seu próprio autocuidado, acarretando o isolamento social. Contudo deparar-se com a dificuldade de implantação do PTS, faz com que acadêmicos vivencie a persistência, e a frustração, sendo meios de aprendizagem e crescimento na inserção acadêmica.

**Palavras chave:** socialização; tratamento farmacológico, depressão.

#### **Referências:**

Mussi SV, Soares MRZ, Grossi R. Transtorno Bipolar: Avaliação de um Programa de Psicoeducação sob o Enfoque da Análise do Comportamento. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva. 2013, Vol. XV, nº 2, 45-63.

Arruda DCJ, Eto FN, Velten APC, Morelato RL1, Oliveira ERA. Fatores associados a não adesão medicamentosa entre idosos de um ambulatório filantrópico do Espírito Santo. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2015; 18(2):327-337.

TavaresI NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA, Luiz Ramos LR, Farias MR, Pizzo TSD. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. Rev Saúde Pública 2016; 50(supl 2):10s

**Instituições:** Faceres; UBSF Anchieta, São José do Rio Preto – SP.

**Conflito de interesse:** Nenhum conflito de interesse.

#### 04. O TRANSTORNO EMOCIONAL QUE ME HABITA: SÍNDROME DO PÂNICO E SUAS CONSEQUÊNCIAS

#### THE EMOTIONAL DISORDER THAT DWELLS IN ME: PANIC SYNDROME AND ITS CONSEQUENCES

Ana Flávia Fonseca Borges; Ana Laura Braga; Denner Juliano Neres Padilha Júnior; Fernanda Luciana Calegari.

**Introdução:** A Síndrome do Pânico é caracterizada por ataques de ansiedade recorrentes caracterizados por sintomas físicos e cognitivos que acompanham a sensação de medo ou mal estar, que atingem seu ápice de forma brusca. Esse quadro acarreta preocupações persistentes e modificações de comportamento, relacionados a recorrência de novos ataques de pânico. A manifestação do transtorno de pânico está relacionada no contexto dos fenômenos de ansiedade, paralisam as pessoas e parecem ocorrer sem uma provocação ou estímulo. Diante disso, é visto que o quadro é caracterizado por ataques repentinos, e recorrentes de grande ansiedade. Os principais sintomas envolvidos são: falta de ar, tonturas, palpitações ( taquicardia ), tremores, sudorese, sufocamento, náuseas ou desconforto no abdôme, formigamentos, ondas de calor ou calafrios, dor ou desconforto no peito, medo de morrer, enlouquecer ou de perder o autocontrole. Para que se estabeleça o diagnóstico da doença, são necessários pelo menos quatro dos sintomas acima citados para que seja comprovado. O diagnóstico emergencial do transtorno de ansiedade é dado por exclusão por meio de seis dos treze critérios diagnósticos do transtorno do pânico, os quais também são encontrados em doenças coronarianas, o que dificulta o diagnóstico inicial da crise do pânico. Exemplos sintomatológicos podem ser: formigamento nos braços, lábios endurecidos, peso no peito dor torácica, falta de ar e náusea. Dessa maneira, o paciente deverá passar inicialmente, por avaliação clínica cardiológica e exames da mesma área para que possa, assim, ser excluída a hipótese de doenças coronarianas antes de se diagnosticar o transtorno de ansiedade. Diante da patologia descrita, e da vivência dos estudantes de medicina, indaga-se o interesse pelo caso clínico do senhor J. J., o qual se encontra há vinte (20) anos com Síndrome do Pânico. Esse transtorno emocional surgiu devido a não aceitação da sua aposentadoria, visto que se sentiu improdutivo, já que era uma pessoa ativa. A síndrome trouxe consigo sinais clássicos de Acidente vascular cerebral (AVC). A partir disso, o presente estudo tem como propósito relacionar o estado emocional com o estado de saúde atual. **Objetivo Geral:** O presente estudo tem como objetivo relacionar o estado emocional com o diagnóstico da síndrome do pânico, comparando o quadro sintomatológico com o estado de saúde atual. **Relato de Caso:** Na primeira visita domiciliar, realizou-se a anamnese e exame físico completo do Senhor J. J. F., 70 anos, casado e aposentado. O quadro clínico observado é que o paciente apresentava bom estado geral (BEG), alteração da marcha, membro superior direito rígido e tremulo, fala e cognição comprometidas. Os antecedentes pessoais foram relatados pela esposa de J., pois ele não se encontra em condições de relatar a ordem de ocorrências de seu estado de saúde, já que a fala e capacidade cognitiva estão cada dia

mais afetadas. Foi relatado pela esposa que a partir do momento em que J. deparou-se com o processo de aposentadoria, entrou em estado depressivo e exibiu o quadro clínico exposto anteriormente. Após a identificação e avaliação do problema, elaborou-se um plano de ação compartilhado junto a equipe de saúde, para a busca de possíveis soluções para o estado de saúde do paciente, visando também a melhoria em sua qualidade de vida. Este foi exposto para a família na segunda visita domiciliar. O plano é composto por uma equipe multidisciplinar que visa atender as necessidades do senhor J., propondo sessões com psicólogo e médico psiquiatra para evitar a recaída da síndrome do pânico, fisioterapia para melhoria do seu estado de mobilidade e atendimento pelo médico geriatra como acompanhamento especializado. No entanto, como o paciente é portador do plano de saúde da Cabesp, foi solicitado a esposa, M. que procurasse informações sobre a disponibilidade dos serviços do plano, se este poderia contribuir com a fisioterapia e psicologia/psiquiatria semanalmente. A terceira e última visita domiciliar teve como foco a avaliação da evolução do quadro clínico do paciente e verificação da adesão ao plano de ação proposto na visita anterior. Paciente mantinha quadro estável, tendo ele acompanhamento diário de uma cuidadora. Foi percebido que a família aderiu parcialmente as propostas, uma vez que foram realizados exames de rotina, para analisar o estado de saúde de J. Entretanto, a esposa relata que ainda não buscou informações sobre a cobertura do plano de saúde da Cabesp, sendo novamente orientada sobre a importância dessa busca e adesão para melhor garantir atenção especializada a este paciente, visando atingir melhora do quadro clínico do paciente. **Considerações Finais:** O caso de senhor J. é um exemplo de complicação não desejada e que faz voltar atenção especial a prevenção, atenção e tratamento adequados aos distúrbios de ansiedade para prevenir seu agravamento, não deixando chegar a casos de síndrome do pânico. Os resultados obtidos foram em parte condizentes com o objetivo, já que senhor J., tem feito passeios mais frequentes e foi a consulta médica realizar os exames de rotina, no entanto, foi deixado a desejar o atendimento com psicólogo e fisioterapeuta, mas estes serão procurados para que se possa atingir o objetivo de influenciar na melhora da qualidade de vida, do estado de saúde e do estado emocional do paciente. Contudo este projeto tem como diferente e inovador o fato de identificar os fatores emocionais influenciando na ocorrência de doenças mentais graves. Além disso, é possível correlacionar o estado de saúde atual do paciente com o transtorno emocional diagnosticado à vinte anos, a síndrome do pânico.

**Palavras-chave:** Pânico; Acidente Vascular Cerebral; Ansiedade

#### **Referências:**

Zwielewski G, Bub TF. Identificação de Transtornos de Ansiedade em Pacientes com Suspeita de Doença Arterial Coronariana. Rev Bras Cardiol. 2014; 27 (5): 311-313.

---

Levitan MN, Chagas MHN, Linares IMP, Crippa JA, Terra M, Giglio A, Cordeiro JLC, Garcia GJ, Hasan R, Lopes AMC, Andrada NC, Nardi AE. Transtorno do Pânico: Diagnóstico. Assoc Med Bras. 2012.

Britto IAGS, Duarte AMM. Transtorno de pânico e agorafobia: um estudo de caso. Rev bras ter comport cogn. 2004;6 (2).

Salum GA, Blaya C, Manfro GG. Transtorno do Pânico. Rev Psiquiatr RS. 2009;31(2):86-94.

**Instituições:** Faceres; UBSF Anchieta, São José do Rio Preto – SP.

**Conflito de interesse:** Nenhum conflito de interesse.

## 05. RELATO DE CASO: LIPOMA INTRADURAL RAQUIANO COM CONSEQUENTE PARAPLEGIA CIRÚRGICA

### CASE REPORT: SPINAL INTRADURAL LIPOMA WITH CONSEQUENT SURGICAL PARAPLEGIA

Ana Carolina de Mesquita Netto Machado; Bárbara Arantes Cruvinel Rodrigues; Fernanda A. Novelli Sanfelice.

**Introdução:** Os lipomas intradurais raquianos tem origem controversa, porém, a maioria dos autores converge para a teoria de que são formados à custa de células gordurosas preexistentes na pia-mater ou da transformação do tecido conjuntivo em gorduroso. Macroscopicamente, ele se estende longitudinalmente, por vários segmentos medulares aderido à medula, podendo também incluir raízes espinais. As radiografias da coluna vertebral podem mostrar alargamento do canal raquiano com erosão dos pedículos, dos arcos e dos corpos vertebrais. Já o exame do líquido cefalorraquiano mostra as características de processo compressivo. Geralmente não se suspeita do tumor antes do ato cirúrgico; somente a presença de um lipoma subcutâneo situado no mesmo nível da compressão medular pode sugerir o diagnóstico. Em muitos casos, em virtude de seu crescimento lento, os lipomas não chegam a dar sintomatologia clínica, constituindo achados de necropsia em indivíduos falecidos por outras causas. Sendo assim, o quadro clínico desses tumores nada tem de característico. Eles se comportam como processos compressivos medulares de evolução lenta, localizando-se, na maioria das vezes, em níveis cérvico-torácicos. Diante do exposto e frente a uma paciente pertencente à área de abrangência da unidade de saúde com o quadro acima descrito, foi pensado na aplicabilidade do Projeto Terapêutico Singular (PTS) devido à falta de abertura que toda equipe da unidade tinha em relação a essa família. Infere-se, portanto, que a unidade de saúde não tinha informações concretas sobre o estado de saúde e de vida dessa família, a não ser pelo prontuário eletrônico. O PTS é uma excelente ferramenta para acompanhamento e avaliação com foco na resolução de possíveis problemas ou necessidades. Através da elaboração do plano de ação compartilhado do PTS para essa família, concluímos que a prioridade era a avaliação da fisioterapeuta do Núcleo Ampliado à Saúde da Família (NASF), com a finalidade de ensinar a paciente a executar algumas atividades e movimentos para facilitar os cuidados prestados pelo seu esposo que assumiu o papel de cuidador. **Objetivo:** Relatar um caso de paciente que após cirurgia de excisão de lipoma intradural raquiano teve como consequência a paraplegia de membros inferiores. **Relato de caso:** A paciente em questão foi primeiramente diagnosticada com câncer na fossa ilíaca ainda na sua infância. Em sua adolescência, foi diagnosticado lipoma em diversas partes do corpo, contudo, apenas em 1996 foi encontrado o lipoma, através de um raio X, comprimindo a 5ª vertebra cervical e o prognóstico era cirúrgico. Foram

realizados dois procedimentos cirúrgicos de excisão de lipoma. O primeiro procedimento não foi bem-sucedido e houve a necessidade de uma segunda intervenção, a qual a levou a paraplegia. Na primeira visita domiciliar realizada para levantar as necessidades da família, observou-se a necessidade de uma avaliação da fisioterapeuta do NASF, a fim de otimizar o cuidado para com a paciente realizado por seu esposo que tem o papel de cuidador. Sendo essa a necessidade prioritária da família. Na última etapa do PTS, foi constatado que o casal ainda não havia recebido a visita da fisioterapeuta, reforçando-se então, a importância da mesma em reunião com a equipe da unidade de saúde.

**Considerações finais:** O lipoma é um tumor benigno que pode ser encontrado em diversas partes do corpo, porém geralmente é detectado no tecido subcutâneo, principalmente nas regiões de pescoço, ombro, coxas, costas, braços e tronco. Se expressam como nódulos subcutâneos, indolores, bem delimitados e móveis. O diagnóstico é clínico e o tratamento é expectante, a não ser que seja desejado a extração cirúrgica. Sua forma mais grave é identificada pelo aparecimento deste na coluna vertebral, em que a intervenção cirúrgica é necessária. Portanto, o caso da paciente em questão se enquadrava com a necessidade da extração cirúrgica do lipoma. Contudo, o tratamento cirúrgico é bastante precário em virtude da íntima ligação do tecido tumoral com o segmento medular correspondente. Diante disso, o procedimento da paciente não foi bem-sucedido. Não é de conhecimento se o fracasso do procedimento foi decorrente de um erro médico ou se teve uma excisão parcial do tumor. Sabe-se que foi necessária uma segunda intervenção, também com resultado pouco satisfatório. Isso teve como consequência a paraplegia dos membros inferiores, em que a causa provável foi: erro médico, infecção secundária a cirurgia ou a recidiva local por ressecção incompleta.

**Palavras-chave:** Lipoma; Cirurgia; Paraplegia.

#### Referências:

- 1- Sociedade Brasileira de Dermatologia [homepage na internet]. Lipoma [acesso em 15 nov 2019]. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/dermatologia/pele/doencas-e-problemas/lipoma/79/>
- 2- Patil S, Senozan S, Ji B, Chamberlain RS. Well-Differentiated Extremity and Retroperitoneal Liposarcoma: A Population based Outcomes Study. *Surgical Oncology & Clinical Practice Journal*. 2018; 2(1): 1 - 4.
- 3-Osterne RLV, Lima-Verde RMB, Turatti E, Nonaka CFW, Cavalcante RB. Lipoma de cavidade oral: um estudo de 101 casos em uma população brasileira. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*. 2019; 55(2): 148-59.
- 4- Kumar V, Abbas AK, Aster JC. Doenças Ambientais e Nutricionais. In: Kumar V, Abbas AK, Aster JC. *Patologia Básica*. 9a edição. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013. 269-307.

**Instituições:** Faceres; UBSF Jardim Americano, São José do Rio Preto – SP.

**Conflito de interesse:** Nenhum conflito de interesse.

## 06. INTERRUPÇÃO MEDICAMENTOSA ANTIEPILEPTICA SUSCITADA POR EFEITOS COLATERAIS: RELATO DE CASO

### ANTIEPILEPTIC DRUG INTERRUPTION DUE TO SIDE EFFECTS: CASE REPORT

Alessandra Ayumi Tanaka; Bruno Felipe de Castro Bagon; Fernanda Aparecida Novelli Sanfelice.

**Introdução:** Epilepsia é uma doença neurológica crônica causada por diversas etiologias. Uma crise epiléptica é a ocorrência transitória de sinais ou sintomas clínicos secundários a uma atividade cerebral anormal, caracterizada pela ocorrência de atividade neuronal excessiva ou síncrona no cérebro. Sua prevalência difere em diversos aspectos como idade, gênero, etnia, fatores biopsicossociais, entre outros. Existem vários tipos de crises epilépticas, cada uma com características diferentes, sendo a mais comum a crise tônico-clônica, habitualmente chamada de “convulsão”. Esse tipo é facilmente reconhecível, pois o paciente apresenta abalos musculares generalizados, sialorreia, e em alguns casos, o paciente pode apresentar enurese e encoprese. Estudos afirmam que a prevalência mundial de epilepsia ativa esteja em torno de 0,5% a 1,0% da população e que cerca de 30% dos pacientes sejam refratários, ou seja, continuam a ter crises, apesar de tratamento adequado com medicamentos anticonvulsivantes. O diagnóstico, na maioria dos casos, pode ser feito clinicamente contando com uma história detalhada e de um exame físico geral, com ênfase nas áreas neurológicas. A história da moléstia atual, quando necessária, deve cobrir a existência de eventos pré e perinatais, qualquer crise não provocada, história de epilepsia na família, entre outros fatores como frequência e ocorrência. O eletroencefalograma, quando alterado, é capaz de identificar o tipo e a localização da atividade epileptiforme, porém não é obrigatório para se diagnosticar epilepsia, servindo apenas como exame complementar. Este exame é capaz de orientar na escolha do fármaco antiepiléptico. A tomografia computadorizada de crânio deve ser solicitada na suspeita de causas estruturais, que podem estar presentes nos pacientes com epilepsia focal. Visando que é uma doença incurável, o objetivo do tratamento da epilepsia é propiciar uma melhor qualidade de vida para o paciente, a fim de estabelecer um adequado controle de crises, com um mínimo de efeitos colaterais, estabelecido pela seleção correta do fármaco que deverá levar em consideração outros fatores além da eficácia. Medicamentos anticonvulsivantes agem por diferentes mecanismos que podem ou não ser favoráveis ao tratamento. Em caso de falha do primeiro fármaco escolhido, deve-se tentar fazer a substituição gradual por outro, mantendo-se a monoterapia, pois, poucos pacientes parecem obter benefício com a associação de mais de dois fármacos. A fim de um melhor acompanhamento do caso, foi aplicado o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que consiste em uma estratégia multidisciplinar que valoriza a autonomia do paciente, a fim de criar um espaço para a efetivação da clínica ampliada, solucionar e identificar problemas, por meio de visitas domiciliares. **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente que teve sua medicação antiepiléptica interrompida suscitada por efeitos colaterais. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, B.B.T., 67 anos, branca, casada, aposentada e sedentária. Histórico de acidente vascular encefálico (AVE) decorrente de um caso de eclampsia em sua primeira

e única gestação (gemelar) há 40 anos; diagnosticada com epilepsia, por conseguinte ao acidente neurológico. Na 1ª visita domiciliar, realizada no dia 20 de agosto de 2019, a paciente relatou que seu marido interrompeu o uso de seus medicamentos antiepiléticos, pois esta se queixava de cefaleia e vertigem. Sintomas que surgiram após um aumento da dose, prescrita pela médica da unidade de saúde da família (UBSF) da sua área de abrangência, devido ao aumento da frequência e ocorrência das crises. Medicação prescrita: Carbamazepina 220 mg, Lamotrigina 50 g. No dia 3 de setembro de 2019, após o levantamento dos problemas e comorbidades encontradas, foi elaborado juntamente a equipe multidisciplinar da UBSF um plano de ação compartilhado a fim de levantar propostas para a resolução e acolhimento do caso. A 2ª visita domiciliar, realizada no dia 10 de outubro de 2019, teve como principal objetivo a implementação do plano de ação compartilhado, onde a paciente foi orientada a buscar acolhimento na UBSF para que pudesse eleger outro medicamento que não causasse efeitos adversos. Apresentava-se prostrada e dificilmente era compreendida devido à disartria. A 3ª e última visita domiciliar foi realizada no dia 29 de outubro de 2019 para avaliar a evolução e a adesão da família ao plano proposto. Paciente apresentava-se em bom estado geral, compareceu a UBSF para substituição de seu medicamento após ficar 5 dias hospitalizada devido a uma crise epilética confirmada pela médica após seu parceiro afirmar erroneamente que a causa da internação seria desnutrição. Relata estar fazendo o uso correto dos novos medicamentos prescritos e nega efeitos colaterais. **Medicações em uso:** Clobazam 10 mg e Carbamazepina 200 mg. **Considerações finais:** Os medicamentos anticonvulsivantes, pelo fato de agirem por diferentes mecanismos, devem ser estabelecidos levando em conta diversos fatores além da eficácia, a fim de proporcionar uma melhora na qualidade de vida e controle de crises, com um mínimo de efeitos colaterais. Por ser uma doença de controle, o tratamento deve ser contínuo e monitorado. Em caso de falha do fármaco escolhido, deve-se sempre buscar acolhimento médico para fazer a substituição gradual por outro. Evidencia-se que a interrupção medicamentosa nunca deve ser uma decisão autônoma do paciente ou de seu cuidador, visando sempre o acolhimento médico nesses casos, evitando, desta forma, a piora progressiva da doença como crises epiléticas de forte intensidade e morte súbita.

**Palavras-chave:** Epilepsia, Medicamento, Tratamento.

### Referências:

1. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A et al. A practical clinical definition of epilepsy. ILAE official report. *Epilepsia* 2014; 55: 475-82.
2. Banerjee PN, Filippi D, Hauser WA. The descriptive epidemiology of epilepsy – a review. *Epilepsy Res* 2009; 85: 31-45.

- 
3. Elger CE, Schmidt D. Modern management of epilepsy: a practical approach. *Epilepsy Behav* 2008; 12: 501- 39.
  4. Duncan JS, Sander JW, Sisodiya SM et al. Adult epilepsy. *Lancet*. 2006; 367: 1087-100.
  5. Especialização multiprofissional em saúde da família: Assistência na atenção básica – Projeto Terapêutico Singular, UFSC (UNA-SUS).

**Instituições:** Faceres; UBSF Jd. Americano, São José do Rio Preto – SP.

**Conflito de interesse:** Nenhum conflito de interesse.

## 07. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DE IDOSOS E SUAS CONSEQUÊNCIAS FÍSICAS E PSÍQUICAS: RELATO DE CASO

### THE INSTITUTIONALIZATION OF THE ELDERLY AND THEIR PHYSICAL AND MENTAL CONSEQUENCES: CASE REPORT

**Luisa Mauro; Maiara Lunardello; Otávio Veiga; Fernanda Novelli**

**Introdução:** O envelhecimento do ser humano é um processo natural que acarreta em alterações de toda fisiologia. Nesse contexto, a alteração de humor também pode ocorrer e é uma das causas de perda de autonomia do(a) idoso(a), levando a piora de quadros patológicos. Dentre essas alterações, a depressão é a que apresenta maior risco de morbidade e mortalidade, pois traz uma auto negligência e posterior suicídio. Podemos perceber que a maioria dos casos de depressão acometem idosos que frequentam Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). Um estudo sobre a prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência concluiu que numa amostra de 118 pacientes, destes 36 foram diagnosticados com depressão representando 31%, ou seja, uma porcentagem significativa. Outro estudo sobre a depressão em idosos não institucionalizados revelou resultados contrários à pesquisa anterior, onde 75 idosos não institucionalizados, com idades entre 65 e 91 anos, apresentaram uma probabilidade de 74,1% mais baixa de não ter depressão. Dentro da tríade da bioética; a autonomia, a qual é referente à vontade da pessoa de ter liberdade de sua escolha; tem sido desrespeitada porque muitos familiares normalmente fazem a institucionalização desses pacientes de forma a não se preservar esse princípio. Pensando no melhor acompanhamento e resolutividade desse caso, foi proposto a aplicabilidade do Projeto Terapêutico Singular, que é uma estratégia de cuidado organizada por meio de ações articuladas desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar e definida a partir da singularidade do indivíduo, considerando suas necessidades e o contexto social em que está inserido. **Objetivo:** Relatar a relação da institucionalização de idosos e suas consequências físicas e psíquicas. **Relato de caso:** Realizada visita domiciliar na residência de C. M. B., 77 anos, aposentada, solteira, a qual reside sozinha e fica sob atenção de sua cuidadora, A. A. T., em período integral. A paciente foi submetida à revascularização do miocárdio há 06 anos sem intercorrência intra-operatório e satisfatória evolução pós-operatório. A mesma relatou que, após a cirurgia, passou a sentir fraqueza em ambas as pernas, que tem se agravado atualmente, tornando-se mais intensa e constante. Como consequência do quadro, a paciente sofre de uma limitação de movimentos, tendo que interromper a atividade física diária praticada. C. M. B., também relatou tristeza profunda, prostração e anorexia, tendo sido medicada com ansiolíticos. Essa sintomatologia se agrava quando a paciente é atemorizada a ser institucionalizada pelo irmão, que a ajuda financeiramente, cobrindo gastos de manutenção da cuidadora, alimentação e plano de saúde privado. Entre a paciente e sua cuidadora existe uma relação hostil em alguns momentos, porém não apresenta sinais de maus tratos. A cuidadora é responsável por medicá-la, porém, na maioria das vezes, ocorre uma negação e falta de colaboração da paciente em tomar o

24

medicamento. A paciente é submetida a polifarmácia. C. M. B. frequenta a UBSF da sua área de abrangência quando necessário, mas sem periodicidade. Também é acompanhada por algumas especialidades como geriatra, cardiologista e psiquiatra. O plano de ação compartilhado, proposto através do Projeto Terapêutico Singular, desenvolvido pelos acadêmicos e equipe multiprofissional da UBSF, enfatizou a inserção da paciente no grupo “Qualidade de vida”, visando melhorar seu convívio com as pessoas ao seu redor e expandir suas relações interpessoais por meio de um trabalho realizado pela psicóloga do Núcleo Ampliado à Saúde da Família (NASF). Porém, isso não foi possível, pois ao retornarmos para a última visita prevista pelo cronograma, fomos informados pela agente comunitária de saúde que a idosa havia sido institucionalizada pelo irmão. **Considerações finais:** O envelhecimento populacional tem desafiado o cuidado comunitário e familiar de idosos. Nesse caso em específico, considera-se a experiência da idosa, quanto à institucionalização, algo traumático e desencadeador de sintomas depressivos. Isso porque muitas dessas instituições lembram alojamentos que raramente articulam propostas para incentivar a independência e autonomia dos usuários, onde subjagam idosos a possibilidades limitadas de vida social e afetiva, assemelhando-se a depósitos de pessoas desabrigadas e ainda sem respeitar um dos principais princípios bioéticos, que é a autonomia do idoso.

**Palavras-chave:** Idoso; Autonomia; Institucionalização; Depressão.

### Referências:

- 1- Valcarenghi, Rafaela Vivian, Costa Santos, Silvana Sidney, Devos Barlem, Edison Luiz, Teda Pelzer, Marlene, Calcagno Gomes, Giovana, Lange, Celmira, *Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas*. Acta Paulista de Enfermagem [Internet]. 2011;24(6):828-833. Recuperado de: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/307023880017>
- 2- Oliveira Deise A A P, Gomes Lucy, Oliveira Rodrigo F. Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2006 Aug [cited 2019 Nov 04]; 40( 4 ): 734-736. Available from:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000500026](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500026&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000500026>.
- 3- KOVACS, Maria Julia. Bioética nas questões da vida e da morte. *Psicol. USP* [online]. 2003, vol.14, n.2, pp.115-167. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642003000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642003000200008&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 0103-6564. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642003000200008>.
- 4- Frade João, Barbosa Patrícia, Cardoso Susana, Nunes Carla. Depression in the elderly: symptoms in institutionalised and non-institutionalised individuals. Rev. Enf. Ref. [Internet]. 2015, serIV( 4 ): 41-49. Disponível em:

---

[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832015000100005&lng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000100005&lng=pt)

5- Boccardo, A., Zane, F., Rodrigues, S., & Mângia, E. (2011). O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. *Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo*, 22(1), 85-92. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i1p85-92>. [Acesso em 15.05.2019].

**Instituições:** Faceres; UBSF Jd. Americano, São José do Rio Preto – SP.

**Conflito de interesse:** Nenhum conflito de interesse.

## 08. ACOMPANHAMENTO DO IDOSO COM DISTÚRBO PSÍQUICO NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE CASO

### FOLLOW-UP OF THE ELDERLY WITH PSYCHOLOGICAL DISORDERS IN PRIMARY CARE: CASE REPORT

Thalia Vieira Pires; Karolliny Araújo Faria; Mayara Reis Sardinha, Janaina Benatti de Almeida.

**Introdução:** O envelhecimento da população é realidade atual no quadro brasileiro. Juntamente a ela, há uma maior prevalência de enfermidades, características dessa faixa etária. De acordo com a Organização Mundial da Saúde 20% dos idosos apresentam algum distúrbio neurológico. A esquizofrenia é um dos principais distúrbios neurológicos já estudados, sendo o seu diagnóstico clínico, é uma doença que envolve diversos parâmetros e pode estar associada ao processo de envelhecimento, e necessita ainda de vários estudos para desvendar sua complexidade. Pode ser definida como esquizofrenia de início tardio, após quarenta e cinco anos. Seus principais sintomas são delírios, desorganização do pensamento, incoerência mental, dificuldade de expressão das emoções, desânimo, exílio social, perda da noção do que é real. A falta de adesão ao tratamento ocorre em 50% dos casos de esquizofrenia, contribuindo para a piora do quadro desses pacientes. Sendo esse, de evolução crônica, e que tornam o idoso ainda mais vulnerável e marginal na sociedade. Apesar da dificuldade de diagnóstico, o prognóstico é positivo, já que com a administração da medicação, tem-se melhora satisfatória dos sintomas. Nesse quadro, as políticas de atenção à saúde visam promover a humanização e avaliar o paciente de forma integral, aproximando a realidade familiar e social ao serviço de atenção básica, auxiliando no tratamento farmacológico e não farmacológico da doença.

**Objetivo:** Relatar o caso de um idoso acompanhado na atenção básica, com distúrbio psíquico, sem adesão de tratamento e negação dos sintomas. **Relato de caso:** Trata-se do caso de um idoso com distúrbios psíquicos, para o qual foi aplicado o Projeto Terapêutico Singular (PTS). O mesmo reside com sua esposa, que o auxilia no uso de suas medicações prescritas pela médica da Unidade Básica de Saúde (UBS). Na primeira visita domiciliar, para execução da primeira fase do PTS, o diagnóstico, observou comportamentos alucinantes do paciente, com fuga da realidade e convicção de que todos aqueles episódios irreais tinham total veracidade, levando à suspeita de quadro de esquizofrenia. Na anamnese, foi observado certo grau de surdez, devido provavelmente ao excesso de pelos no ouvido externo e higiene inadequada. O paciente relatou já ter tido caxumba quando adolescente, e afirma ter orquite pós caxumba, porém afirmou já ter sido tratado. Ao exame físico, não apresenta alterações dos sinais vitais ou exame por sistemas. Sua companheira afirmou que os medicamentos prescritos (Diazepam, Alprazolam) são administrados sem o consentimento do idoso, diluídos em refrigerante, já que o mesmo é resistente ao tratamento medicamentoso. Até então, o paciente não tem diagnóstico confirmado pelos médicos da UBS, devido ao não comparecimento nas consultas e negação na realização de exames que possam servir para conclusão do caso.

Posteriormente, em reunião com a equipe da UBS, foram realizadas as seguintes fases do PTS, definição de metas e divisão de responsabilidades, onde foi traçada uma proposta em conjunto, que seria o encaminhamento do caso ao CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), já que a principal suspeita diante o quadro clínico, é a esquizofrenia. Para isso seria necessária a adesão e consentimento do idoso ao tratamento. Essa Instituição auxiliaria no fechamento do diagnóstico, na adesão ao tratamento medicamentoso e melhora da qualidade de vida, promovendo sua reinserção no meio social. A segunda visita, tinha objetivo implementar a proposta traçada. No entanto, a implementação foi dificultosa, devido a impossibilidade de um diálogo compreensível com o paciente, que durante a visita apresentava falas e atitudes de incoerência mental, não sendo possível sua aplicação. No terceiro encontro com o paciente, para reavaliar o caso, foi relatado o comparecimento do idoso uma consulta com a médica da UBS, onde exames foram solicitados, porém, o paciente se recusa a realizá-los. Sendo assim, a última tentativa de diagnóstico da médica, foi inseri-lo no Grupo de Intervenção Psicossocial (GIP), que ocorrerá em Março de 2020, em que existe a inter consulta entre a médica da UBS e uma psiquiatra, para avaliar melhor o caso e realizar possível diagnóstico. Em reunião final com a equipe da UBSF, foi discutido que a resistência do paciente às consultas e tratamento dificultam o fechamento do diagnóstico e também foi levantada a suspeita de, além da esquizofrenia, uma possível neuro sífilis, visto que é uma doença de diagnóstico diferencial para todo paciente que apresenta deterioração cognitiva e mudanças de comportamento. **Considerações finais:** Sabe-se que o diagnóstico de esquizofrenia é complexo. Dessa forma, a resistência do idoso ao acompanhamento nas consultas e exames, torna a conclusão do caso ainda mais distante, e conseqüentemente, um tratamento impossível, devido a não aceitação aos medicamentos. A execução do PTS por meio das visitas domiciliares, contribuiu com maior vínculo do paciente à UBS, possibilitando maior eficácia na promoção da saúde, com melhora na qualidade de vida do idoso, visto que previne a piora do quadro e ampara no tratamento atual, auxiliando no acompanhamento do mesmo, diante de possíveis desafios futuros biopsicossociais.

**Palavras chave:** Saúde do Idoso, Esquizofrenia, Tratamento Farmacológico, Visita Domiciliar.

#### Referências:

Maragno Luciana, Goldbaum Moisés, Gianini Reinaldo José, Novaes Hillegonda Maria Dutilh, César Chester Luiz Galvão. **Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública [Internet]. 2006 Aug [cited 2019 Nov 04]; 22(8): 1639- 1648. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000800012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800012&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800012>.

Avrichir Belquiz Schifnagel. **Esquizofrenia: adesão ao tratamento.** Rev. Bras. Psiquiatr. [Internet]. 2008 Dec [cited 2019 Nov 04]; 30(4): 410- 410. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462008000400026&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000400026&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-444620080>

---

**Instituições:** Faceres; UBSF Parque Industrial, São José do Rio Preto – SP.

**Conflito de interesse:** Nenhum conflito de interesse.

## 09. A INFLUÊNCIA DO CUIDADO FAMILIAR EM PACIENTE COM SÍNDROME DE DOWN: RELATO DE CASO

### THE FAMILY CARE INFLUENCE'S IN DOWN SYNDROME PATIENTES: CASE REPORT

**Micaelly Faria Costa de Oliveira; Nadine Roiz Remaili; Ricardo Cavalari Dória, Janaina Benatti de Almeida.**

**Introdução:** A síndrome de Down, também conhecida como trissomia do cromossomo 21, consiste em uma síndrome na qual os afetados possuem 47 cromossomos, um a mais (46) do que a maioria da população. A síndrome se manifesta em 1 em cada 700 nascimentos na população brasileira, assim, aproximadamente, cerca de 270 mil pessoas no Brasil têm Síndrome de Down. Os pacientes podem apresentar características semelhantes, tais como olhos amendoados, hipotonia muscular e maior propensão ao desenvolvimento de algumas doenças. Entre essas doenças, as principais são as cardiopatias congênitas, sendo o defeito do septo atrioventricular (DSAV) a mais frequente delas e seus principais sintomas são: cansaço, respiração rápida e pneumonia de repetição; e sua única forma de correção é a cirurgia.<sup>1</sup> Nos pacientes com síndrome de Down, o cuidado familiar desde o nascimento é de extrema importância para a adequação do bebê a vida externa, tendo em vista que este pode passar por diversos problemas relacionados com sua síndrome. Tal cuidado interfere diretamente na longevidade do paciente, além de influenciar em sua capacidade de socialização e no seu processo de maturidade. A superproteção dos pais aos filhos (as) com síndrome de Down, por um lado, pode garantir longa vida a eles, o que é importante, visto que a expectativa de vida para pacientes com Down é consideravelmente mais baixa do que a da população em geral, sendo de 60 anos de sobrevida; porém, ao mesmo tempo, retarda seu desenvolvimento social e pessoal. O excesso de proteção muitas vezes é confundido com demonstração de amor, de forma que o filho (a) se torne completamente dependente por não desenvolver maturidade e autonomia.<sup>2,3</sup> **Objetivo:** Relatar um caso de paciente com Síndrome de Down e como o cuidado familiar influencia em sua expectativa e qualidade de vida. **Relato de caso:** V.M, de 43 anos, portadora de Síndrome de Down e que mora com sua mãe J.C.M., de 73 anos, sua única cuidadora no momento. Ao momento da primeira visita domiciliar e primeira fase do Projeto Terapêutico Singular (PTS), o diagnóstico, foi realizada a anamnese e exame físico. O diagnóstico da síndrome aconteceu após os 2 anos de idade de V. M., pois a família residia na área rural com pouco acesso a serviços de saúde. J.C.M relata que notava desenvolvimento emocional e comportamental mais lento de V.M em relação à outras crianças, porém só obteve diagnóstico da Síndrome quando procurou uma unidade de saúde com a queixa de “engasgos” frequentes de V.M. Desde então, a família adquiriu plano de saúde privado para acompanhamento de serviços de saúde. Houve a tentativa de matricular V.M na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), mas segundo relato da mãe, V.M passou por bullying e foi retirada da Instituição, não frequentando outras

escolas. A rotina de V.M consiste em passar o dia com a mãe em casa, ir à igreja e caminhar pelo quarteirão. V.M apresentava frequentemente problemas relacionados a retina ocular, passou por 6 transplantes no olho esquerdo e perdeu grande parte da visão desse olho. Também passou por uma cirurgia para retirada de uma hérnia umbilical, e a mãe alegou boa recuperação. Com os dados colhidos, foi elaborado o *Ecomapa* e *Genograma* para esquematizar a árvore genealógica da família e sua relação com o meio externo, e aplicada a Escala de Coelho, que classifica a situação de risco da família. Com base no caso relatado, foi obtida a pontuação 4 nessa escala, não sendo considerada uma família em situação de alto risco. Na segunda e terceira fase do PTS, definição de metas e divisão de responsabilidades, formulou-se em conjunto com equipe da Unidade Básica de Saúde, metas para J.M.C. e V.M. a fim de implementar maior convívio social para elas, tanto na APAE, para V.M., com a finalidade dela desenvolver maior autonomia e interação com outros portadores de deficiência, quanto no centro de idosos, para J.M.C., com a finalidade de não sobrecarregá-la com os cuidados que a filha demanda e proporcionar a ela atividades para entretenimento. Na quarta e última fase do PTS, a reavaliação, J.M.C afirmou não ter modificado a rotina da família. **Considerações finais:** Para o portador de Síndrome de Down é fundamental a presença familiar ativa durante toda a vida e influencia diretamente no tipo de desenvolvimento biopsicossocial da pessoa. Isto quer dizer que todo o cuidado é justificado para que se mantenha a harmonia e bem-estar da portadora da síndrome, protegendo-a de transtornos recorrentes na vida das pessoas com Down. A superproteção familiar, portanto, não pode ser julgada, porém deve ser alertada quando ultrapassa o razoável e atrapalha o desenvolvimento social e individual da portadora. Contudo, há de haver um meio termo entre cuidado e liberdade, de modo que a filha com síndrome de Down consiga aprimorar sua maturidade durante o convívio com seus pais para que se torne o menos dependente deles possível.

**Palavras chave:** Síndrome de Down, Visita Domiciliar, Atenção Básica.

### Referências:

1. Movimento Down [homepage na internet]. Informação e qualidade de vida para pessoas com síndrome de Down [acesso em 5 nov 2019]. Disponível em: <http://www.movimentodown.org.br/>
2. Barbosa MAM, Chaud MN, Gomes MMF. Vivências de mães com um filho deficiente: um estudo fenomenológico. Acta Paul Enferm. 2008; 21(1): 46-52.
3. Instituto de Análise do Comportamento em Estudos e Psicologia (IACEP). Os Efeitos da Superproteção [acesso em 5 nov 2019]. Disponível em: <https://iacep.com.br/londrina/wp-content/uploads/2017/02/Para-Pais-OS-EFEITOS-DA-SUPERPROTEÇÃO.pdf>

---

**Instituições:** Faceres; UBSF Parque Industrial, São José do Rio Preto – SP.

**Conflito de interesse:** Nenhum conflito de interesse.

## 10. IMPACTO DE DOENÇAS INCAPACITANTES EM UMA IDOSA: RELATO DE CASO

### IMPACT OF DISABRED DISEASES ON AN ELDERLY: CASE REPORT

**Andressa Alves da Silva; Maria Júlia de Oliveira Dadona; Natália Ferrari;** Janaina Benatti de Almeida.

**Introdução:** A atenção domiciliar tem como estratégia para facilitar oportunidades de convivência de pessoas com deficiências físicas e idosas, pois está intimamente ligada a melhora da qualidade de vida do paciente<sup>1</sup>. Desse modo, vê-se a importância do atendimento em domicílio para a adaptação à nova condição de vida em caso de aquisição de alguma deficiência e envelhecimento, assim, percebe-se a sua relevância na ampliação das condições e bem-estar do paciente<sup>2-4</sup>. À vista disso, as intervenções podem ser realizadas a partir da compreensão de que o paciente é parte de um contexto biopsicossocial promovendo uma reabilitação e ampliação das capacidades físicas, mas, também, oferecendo suportes para que as pessoas possam se inserir novamente em seu meio social e nas redes de atenção à saúde<sup>5</sup>. Logo, há necessidade de realizar o Projeto Terapêutico Singular para as pessoas mais necessitadas, e apesar de entender a terapêutica do paciente com foco no tratamento da doença, o Projeto Terapêutico Singular não confere apenas tratamento clínico, mas também compreensão daquilo que o circunda, com medidas cuja meta é assegurar o bem-estar do paciente em seu meio social<sup>6</sup>.

**Objetivos:** Relatar o caso de uma idosa portadora de doenças incapacitantes e o impacto delas no seu cotidiano. **Relato de caso:** SMDMS, sexo feminino, 64 anos de idade, obesa, católica, natural da cidade de São José do Rio Preto/SP, nacionalidade brasileira, não tabagista, não etilista, foi acompanhada através de visita domiciliares para diagnóstico do Projeto Terapêutico Singular. Além disso, houve o questionamento quanto à vacinação de seus animais domésticos, os quais não eram vacinados contra raiva, e a sua caderneta de vacinação, a qual estava incompleta. Na primeira visita domiciliária, SMDMS encontrava-se incapacitada de realizar algumas atividades diárias básicas, pois fica a maior parte do dia na cadeira de rodas sem conseguir mover suas pernas, apresentava sinais e relatava sintomas de quadro depressivo. SMDMS faz acompanhamento médico para o tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde do bairro onde mora. Também faz uso de medicamentos como sinvastatina, losartan 50mg, metildopa 250 mg e AAS 100mg para hipertensão, bromazepam para insônia e insulina NPH com esquema 20U-10U-10U para o controle da diabetes mellitus. Outrossim, a paciente apresenta uma hérnia inguinal direita, localizada na fossa ilíaca direita, com dor contínua, em grau 7, principalmente no período da noite, com irradiação para a virilha, qualidade/caráter de repuxamento, piora aos pequenos esforços e melhora em decúbito lateral esquerdo. Com relação a outros sinais e sintomas associados, possui obstipação e mal-estar. Entretanto, relatou que não pode realizar a cirurgia de correção da hérnia, uma

vez que é hipertensa, diabética e obesa, e, portanto, não se enquadra nos critérios eletivos para o procedimento. Ao primeiro exame físico apresentou frequência cardíaca de 102 bpm; frequência respiratória de 17 ipm; temperatura de 36,1°C; saturação de O<sub>2</sub> de 95%; pressão arterial de 128/86 mmHg. Em contrapartida, no segundo exame físico apresentou frequência cardíaca de 71 bpm; frequência respiratória de 18 ipm; temperatura de 35,9°C; saturação de O<sub>2</sub> de 97%; pressão arterial de 130/90 mmHg. Além disso, foi a partir da primeira visita realizada, que os estudantes de medicina da Faculdade Ceres (FACERES) elaboraram o *Genograma* e o *Ecomapa* como meio de facilitar a visualização dos problemas familiares e sociais de SMDMS e assim, elaborar metas e divisão das responsabilidades junto à equipe da Unidade de Saúde, para que o Projeto Terapêutico Singular se concretize. Desse modo, na reavaliação das metas traçadas, foi perceptível a melhora da paciente em relação ao indício de depressão e normalidade no exame físico, porém quanto a dor da hérnia inguinal direita, não houve evolução. Em relação às metas traçadas em reunião de equipe, SMDMS negou-se ter uma pessoa auxiliando-a no seu dia-a-dia, vacinar os seus animais de estimação e completar a sua caderneta de vacinação, assim como a de seus netos, porém, a paciente conseguiu retirar fitas de glicosímetro na Unidade Básica de Saúde, controlar o nível de sua glicose pós-prandial e houve adesão adequada aos movimentos fisioterapêuticos ensinados pelas estudantes durante a implementação das propostas. **Considerações finais:** Durante o desenvolver do Projeto Terapêutico Singular, as alunas assumiram o compromisso de, direta e indiretamente, transformar a qualidade de vida em aspectos físicos e psicológicos. Portanto, com a Visita Domiciliar, apresentou-se a possibilidade de a paciente possuir o sentimento de pertencimento e cuidado, além da disponibilização de um apoio e uma ponte de comunicação a enfermas e serviços pela unidade, os quais da competência oferecer tais incumbências. Também, notou-se, de imediato, a confiança da paciente no trabalho das estudantes da etapa 4 no Programa de Integração Comunitária e o interesse em colaborar e fazer parte ativamente de seu processo de melhoria. Desse modo, todas essas considerações remetem e revelam à importância da realização deste projeto, bem como permitem o sentimento de dever cumprido diante do grande progresso da paciente.

**Palavras chave:** Visita Domiciliar; Atenção Primária à Saúde; Humanização da Assistência; Qualidade de vida; Dependência.

### Referências:

1. Santos EM, Morais SHG. A visita domiciliar na estratégia saúde da família: percepção de enfermeiros. 2011; 16(3): 492-7
2. Santos GS, Cunha ICKO. Visita Domiciliar a idosos: características e fatores associados. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2017; 7: 1-8.
3. Hilbert MA, Costa AEK, Pissaia LF. Qualificação da assistência ao idoso na atenção básica: realização da visita domiciliar pela equipe multiprofissional. Revista Espaço Ciência & Saúde. 2017; 5(2): 32-44.

---

4. Costa RG. Atendimento domiciliar do idoso realizado pela equipe de saúde da família: revisão de literatura [trabalho de conclusão de curso]. Governador Valadares: Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG; 2011.

5. Ferreira TG, Oliver FC. A atenção domiciliar como estratégia para ampliação das relações de convivência de pessoas com deficiência física. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2010; 21(3): 189-97.

6. Pinto DM, Jorge MSB, Pinto AGA, Vasconcelos MGF, Cavalcante CM, Flores AZT, Andrade AS. Projeto Terapêutico Singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva.

**Instituições:** Faceres; UBSF Parque Industrial, São José do Rio Preto – SP.

**Conflito de interesse:** Nenhum conflito de interesse.

## 11. RELATO DE CASO: A VIOLÊNCIA SEXUAL COMO FATOR DE PREDISPOSIÇÃO AO TRANSTORNO MENTAL

### CASE REPORT: SEXUAL VIOLENCE AS A PREDISPOSING FACTOR FOR MENTAL DISORDER

Isabela Munhoz Ferreira; Lorena Silvestre Gabelini; Mariana Bighetti Diana; Karina Rumi de Moura.

**Introdução:** A violência sexual é o ato ou tentativa de qualquer ato sexual não desejado, comentários ou insinuações por parte de qualquer pessoa, independentemente da relação com a vítima e em qualquer contexto.<sup>1</sup> A violência, de qualquer natureza, envolve além do indivíduo, relações interpessoais, comunidades e a sociedade.<sup>2</sup> Atualmente, é um dos principais problemas de saúde pública e uma das maiores causas de mortalidade e morbidade do mundo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, mais de 1,6 milhão de pessoas morreram no ano 2000 como resultado de violência. Mais de 90% dessas mortes ocorreram em países em desenvolvimento (PED).<sup>3</sup> Ao debater as consequências do abuso sexual infanto-juvenil, é necessário considerar algumas particularidades que envolvem a violência praticada, tais como: grau de penetração; acompanhamento de insultos ou violência psicológica; uso de força ou violência física.<sup>4</sup> Ainda, a duração do abuso, idade da vítima, intensidade da violência, grau de segredo e de ameaça, apoio social e familiar. Havendo ou não algum tipo de relação com o agressor, a violência sexual pode acarretar danos que incluem: infecções sexualmente transmissíveis, gestação não desejada, fobias, pânico, transtornos de ansiedade, de sono ou alimentar, depressão, síndrome do estresse pós-traumático e pode desencadear problemas sexuais e conjugais. Ainda, pode levar a falta de libido, repulsa ao ato sexual e alterações cognitivas, dificultando relacionamento interpessoal e até mesmo tentativas de suicídio.<sup>1-5</sup> Existe uma relação entre a vivência de diversas situações com violência e, conseqüentemente, a produção de sofrimento psíquico e transtornos mentais. Destaca-se na esfera social a exclusão social e a negação do exercício de seus direitos, além das barreiras de acesso ao tratamento.<sup>6</sup> Recentemente, pesquisadores mostraram que sofrer abuso sexual, físico ou psicológico, pode deixar repercussões duradouras na vida do indivíduo, incluindo pré-disposição ao comportamento suicida na idade adulta. Acerca da importância do tema para a saúde, não só mental como física, ainda são necessários mais estudos para clarear as relações entre transtorno mental, violência sexual e suicídio.<sup>7</sup> **Objetivo geral:** Relatar um caso de vítima de abuso sexual na adolescência relacionado ao seu quadro atual de transtornos mentais. **Objetivo específico:** Identificar os problemas biopsicossociais que interferem no tratamento do transtorno mental. **Relato de caso:** H.A.S, sexo feminino, 45 anos, sofreu um episódio de abuso sexual aos 16 anos de idade pelo próprio namorado e hoje apresenta distúrbios mentais. W.S.N, 24 anos, sexo masculino e L.A.S.P, sexo feminino, 20 anos, seus filhos de dois relacionamentos anteriores, que não residem com a mesma. Atualmente reside com seu ex-marido, G.S.M, e com a filha A.S.S, sexo feminino, 6 anos, fruto desse último casamento, no bairro Santo Antônio em São José do Rio Preto. Na primeira fase do

PTS, a paciente relata crise depressiva e histórico de 15 tentativas de suicídio, por intoxicação de uso excessivo de medicamentos. Nesse mesmo dia, foram coletadas informações para a construção da anamnese; foi identificadas condições precárias de moradia, falta de higiene, baixa renda familiar e condições socioeconômicas, sendo os dois adultos aposentados por invalidez. Além da depressão e transtorno bipolar, a paciente apresenta outras comorbidades: Hipertensão Arterial Sistêmica, diabetes mellitus, obesidade (IMC=41,7), hepatomegalia, esplenomegalia e asma. Foi realizado exame físico pelas acadêmicas, sendo identificado abdômen globoso, com dificuldade para realizar achados na palpação, com relato de dor à palpação da fossa ilíaca direita, sibilos difusos nos pulmões, alterações cutâneas nas mamas (“pele em casca de laranja”). Sinais vitais: TA = 36,7C, PA = 190 X 130 mmHg e FC = 84 bpm. A paciente faz uso irregular de medicamentos, além de fumar 3 maços de cigarro por dia. Ao colher os antecedentes pessoais, relatou que em sua terceira gestação teve pré-eclâmpsia. Sua menarca foi aos 13 anos e coitarca aos 16 anos, sendo resultado de um abuso sexual, nunca antes referido para alguém. No relato do episódio de violência, ela detalha ter sido amarrada na cama pelo parceiro, que a forçou ter relação sexual; a mesma, relaciona seus transtornos mentais com a agressão na adolescência. Após o encerramento da primeira visita, as acadêmicas elaboraram o Plano Terapêutico Singular e discutiram com a equipe da UBS. Foram agendadas 3 consultas, sendo ginecologista, clínico geral (com carta de recomendação a encaminhamento para cardiologista e pneumologista) e odontologista. Na seguinte visita domiciliar, as alunas levaram os agendamentos das consultas para a paciente, incentivando-a a ir com justificativa de que seria atendida por profissionais mulheres. Ainda, nesse mesmo dia, H.A.S assinou o TCLE. Também foi proposto o acompanhamento psicoterápico e psiquiátrico no CAPS, no entanto a paciente não aderiu ao proposto.

**Considerações finais:** O relato de caso contribui para a literatura científica médica de forma positiva, mostrando que é relevante a associação de abuso sexual na adolescência e o desenvolvimento de transtornos mentais. O vínculo alunas-paciente contribuiu e favoreceu a exposição íntima da paciente, que se sentiu confortável em relatar sobre o episódio de violência sexual, mostrando a importância de uma boa relação médico-paciente. O PTS poderia ter contribuído para progressão do caso, se a paciente tivesse se comprometido com o mesmo, porém, o resultado já estava dentro do esperado, visto que a equipe da UBS já havia previsto a não adesão da paciente. Com base na literatura, o contexto de pobreza e baixa escolaridade, corroboram os transtornos mentais, assim como o desamparo familiar face a violência sexual. Esse histórico contribui "para uma permissividade ao ato e para cegueira e surdez de antes dos apelos das vítimas".

**Palavras-chave:** abuso sexual; transtorno mental; saúde mental; suicídio.

### Referências:

- 1- Barbosa JAG, de Souza MCMR, Freitas MIF. Violência sexual: narrativas de mulheres com transtornos mentais no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2015;37(4/5):273–8.
- 2- Mari JJ, de Mello MF, Figueira I. The impact of urban violence on

---

mental health. *Rev Bras de Psiquiatr.* 2008;30(3):183-4.

3- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.

4- Florentino, B. R. B. (2015). As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. *Fractal: Revista de Psicologia*, 27(2), 139-144.

5 - Silva Doralúcia Gil da, Gava Lara Lages, Dell'Aglio Débora Dalbosco. Sintomas e quadros psicopatológicos em supostas vítimas de abuso sexual: uma visão a partir da psicologia positiva. *Aletheia* [Internet]. 2013 Abr [citado 2019 Nov 04]; ( 40 ): 58-73.

6- Gusmão, R. O. M., Rocha, S. F., Urcino, A. T. A., Souza, B. S. R., Xavier, M. D., Ladeia, L. F. A., & da Silva Junior, R. F. (2018). A violência e seus imbricamentos com o campo da saúde mental: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde e Pesquisa*, 11(3), 603-612.

7- Duarte, D. G. G., Tscherbakowski, T., & Correa, H. (2012). Associação entre trauma infantil, transtornos psiquiátricos e suicídio. *Rev Med Minas Gerais*, 22(Supl 7), S13-S21.

**Instituições:** Faceres; UBS Santo Antônio, São José do Rio Preto – SP.

**Conflito de interesse:** Nenhum conflito de interesse.

## 12. EFEITOS PSICOSSOCIAIS DE TENTATIVA DE SUICÍDIO E ABANDONO FAMILIAR EM DONA DE CASA: RELATO DE CASO

### PSYCHOSOCIAL EFFECT OVER HOUSEWIFE AFTER SUICIDE ATTEMPT AND FAMILY ABANDONMENT: A CASE REPORT

**Letícia Souto Hernandes; Marcela Rodrigues da Cunha Alvarenga; Matheus Dutra Mendes;** Karina Rumi de Moura.

**Introdução:** A saúde não consiste apenas em ausência de enfermidades. É uma somatória de uma complexa interação entre corpo, mente e contexto social<sup>1-5</sup>, sendo a família uma base de extrema importância, visto que o suporte familiar pode ser associado a uma proteção contra riscos de doenças mentais<sup>1</sup>. Depressão e ansiedade podem ser considerados como fatores desencadeantes de doenças crônicas, de acordo com o conceito de psicossomática<sup>3,4</sup>. Deste modo, é essencial que haja um olhar acerca dos aspectos somáticos, cognitivos e emocionais no tratamento de doenças crônicas, para que haja resultados efetivos e conseqüentemente não sobrecarregar o Sistema Único de Saúde (SUS), com medicamentos de elevados custos e consultas desnecessárias e recorrentes<sup>5</sup>.

**Objetivo:** Identificar a relação entre a saúde mental (diagnóstico de depressão) com a tentativa de suicídio e abandono familiar na efetividade do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e na evolução da saúde do paciente. **Relato de caso:** Fomos encaminhados para fazer uma visita domiciliar em um caso de tentativa de suicídio por uma menor. A UBS relatou que a jovem estava tendo relações com um usuário de drogas e que a relação com a mãe estava conturbada. Ao chegar na casa, descobrimos que a jovem não residia mais lá, por conta disto, conversamos com sua mãe e ela nos relatou que não mantinha mais contato com a filha desde que ela saiu de casa para morar com o namorado, descrito como “traficante, usuário de drogas e ex-presidiário”. Ao ser questionada sobre a tentativa de suicídio de sua filha, M.C.S.A. disse acreditar que a filha simulou uma tentativa de suicídio como forma de chamar atenção, com base em outras ocasiões em que a filha a ameaçou em chamar o conselho tutelar, com a justificativa de que a mãe não a apoiava e não foi presente em sua criação. Ao falar de seus outros 4 filhos, alegou que a jovem era a de mais difícil convivência e a única que lhe deu trabalho. M.C.S.A. relatou também já ter tentado suicídio 3 vezes e arrastar uma depressão prévia que se intensificou após a morte de seu marido e a saída de sua filha de casa. Quinze dias antes da primeira visita, a paciente havia dado início ao tratamento para depressão recorrente com o uso de sertralina e amitriptilina diários. Além dos problemas da carga psicológica prévia associada ao luto e ao abandono familiar, a paciente menciona extrema dor pélvica crônica que acredita ser decorrente de um suposto mioma, no entanto, sem diagnóstico médico devido a demora do sistema público de saúde (SUS) para agendar uma ultrassonografia transvaginal para confirmação da patologia. A dor descrita era de forte intensidade a ponto de impedi-la de realizar algumas atividades necessárias em seu trabalho, faxinas esporádicas. Dentre os fatores relacionados com o desenvolvimento da Doença Pélvica

Crônica, estão os fatores psicossomáticos, tais como: Stress, ansiedade e depressão. Com base nos relatos feitos pela paciente, o grupo se prontificou a desenvolver um Projeto Terapêutico Singular começando por marcar uma consulta com o ginecologista como tentativa de adiantamento dos exames necessários, e acompanhamento com o clínico geral que havia prescrito a medicação para depressão. Na UBS, nos foi indicado o CAPS como forma de acompanhamento psicossocial para a nossa paciente. Na segunda visita domiciliar, apresentamos o PTS para a paciente, explicamos como seria feito e entregamos a guia de encaminhamento de consulta e o termo de consentimento livre e esclarecido, o qual foi assinado pela paciente prontamente. A mesma relatou melhora do quadro depressivo e piora das dores pélvicas. Já na terceira e última visita, a paciente não se encontrava em sua residência. Como forma de acompanhamento do caso, o grupo junto a enfermeira da UBS acessou seu prontuário eletrônico e foi constatado que a paciente se encontrava admitida no Hospital Dia para a realização do USG transvaginal. No dia seguinte ao descobrir que estivemos em sua residência, a paciente entrou em contato e relatou que o exame havia dado certo, aguardava o resultado, e que apesar de não ter iniciado o tratamento para tal, a dor havia melhorado significativamente. **Considerações finais:** Com base nos fatos observados durante as visitas os alunos identificaram uma possível relação da realidade psicossocial na qual a paciente está inserida com a dor crônica apresentada. Essa hipótese foi criada devido a repentina melhora das dores após o acolhimento feito pelos alunos e desenvolvimento do tratamento psicológico recebido, evidenciando os benefícios do Projeto Terapêutico Singular. Vale reforçar que o mesmo contribui significativamente na formação do futuro médico evidenciando a importância do estabelecimento de vínculo entre paciente/profissionais.

**Palavras chave:** Impacto Psicossocial; Atenção Primária à Saúde; Tentativa de Suicídio.

### Referências:

1. Basso LA, Wainer R. Luto e perdas repentinas: Contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. Rev Bras de Terapia Cognitivos. 2011; 7(1): 35-43.
2. Cruz MZ, Pereira Júnior A. CORPO, MENTE E EMOÇÕES: Referenciais Teóricos da Psicossomática. Rev Simbio-Logias. 2011; 4(6): 46-66.
3. Luz RA, Rodrigues FM, Vila VSC, Deus JM, Lima KP. Sintomas depressivos em mulheres com dor pélvica crônica. Rev Bras Ginecol Obstet. 2014; 36(2):79-83.
4. Souza MS, Baptista MN. Associações entre suporte familiar e saúde mental. Rev Psico Argumento. 2008; 26(54): 207-215
5. Silva JDT, Muller MC. Uma integração teórica entre psicossomática, stress e doenças crônicas de pele. Estud Psicol (Campinas). 2007; 24(2): 247-256

**Instituições:** Faceres; UBS Santo Antônio, São José do Rio Preto – SP.

**Conflito de interesse:** Nenhum conflito de interesse.

### 13. DEPRESSÃO E TENTATIVA DE SUICÍDIO: RELATO DE CASO

#### SUICIDE DEPRESSION AND ATTEMPT: CASE REPORT

**Isabela Stáble Farinasse; Lucas Otávio de Paula Souza Silva;** Karina Rumi de Moura.

**Introdução:** A depressão é uma síndrome psiquiátrica apontada nos dias de hoje como a 4ª doença mais presente no mundo.<sup>1</sup> O termo *depressão*, tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo, a tristeza, quanto um sintoma, uma síndrome ou várias doenças.<sup>2</sup> Estima-se que acometa 3% a 5% da população em geral. Porém, a incidência em populações clínicas acomete de 5% a 10% dos pacientes ambulatoriais e 9% a 16% em pacientes internados. Apenas 35% dos doentes são diagnosticados e tratados adequadamente.<sup>3</sup> A dificuldade na avaliação dos sintomas é decorrente aos subdiagnósticos do tratamento médico, em que os pacientes dão ênfase nos sintomas somáticos em detrimento das queixas cognitivas e afetivas, sendo elas fadiga, inapetência, dor, insônia, lentificação, bem como de condições associadas à percepção das consequências adversas das doenças, causando desalento e baixa autoestima.<sup>3</sup> Estudos descreveram que a associação entre o suicídio e os transtornos mentais é de mais de 90%.<sup>4</sup> Dentre eles, destaca-se a depressão em que há maior taxa de mortalidade associada a sintomas depressivos.<sup>3</sup> É de vital importância que haja uma associação entre depressão e outras morbidades clínicas, indicando analisar as razões para o subdiagnóstico e subtratamento da depressão.<sup>3</sup> **Objetivo Geral:** Relatar o caso de paciente depressiva com tentativas de suicídio. **Objetivo Específico:** Identificar a relação entre saúde mental (diagnóstico de depressão) com a tentativa de suicídio na efetividade do Projeto Terapêutico Singular (PTS). **Relato de Caso:** Paciente M.B, 56 anos, sexo feminino, apresentava quadros depressivos somado com inúmeras tentativas de suicídio. Atualmente, divorciada a um ano de A.H, sexo masculino. M.B mora com seus dois filhos, N.H, 22 anos, sexo masculino, M.H, 5 anos, sexo masculino no bairro Santo Antônio, São José do Rio Preto. Na primeira fase do PTS, os acadêmicos de medicina da Faculdade FACERES realizaram visita domiciliar na casa de M.B, a mesma relatou o uso de Clonazepam e Fluoxetina há quase 15 anos. Foi exposto também, dores em região lombar devido ao serviço braçal de reciclagem onde trabalha a quase 11 anos sem carteira registrada sem o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), mesmo trabalhando com materiais perfurocortantes e em ambiente insalubre. Relatou ainda perda da acuidade visual e tratamento para suspeita de glaucoma no Hospital Do Olho, porém a mesma não deu continuidade no tratamento, referiu ainda não usar óculos de grau por “atrapalhar” no serviço. Foi detectado dermatite tópica na pele, levando a escoriações, sem o uso de medicações. Sinais Vitais: PA: 110 x 70 mmHg; TA: 37,2; **OBS:** (não foi possível a realização dos demais exames físicos, pois a mesma teria que voltar ao trabalho e relatou estar sem tempo). Paciente tabagista desde os 25 anos, totalizando 31 anos de tabagismo, fumando cerca de 2 maços de cigarro por dia, a mesma referiu nunca ter feito RX de Pulmão por medo do resultado. Após colher os dados, os acadêmicos elaboraram o Plano

Terapêutico Singular com apoio da equipe de saúde da UBS, sendo possível agendar consulta com a clínica médica que iria encaminhar para os demais serviços, sendo eles, psiquiatra, oftalmologista, fisioterapeuta e psicólogo. Na segunda visita, somente foi encontrado na residência N.H, a quem entregamos a data da consulta ao especialista de M.B, além de ser entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para que assinasse ou não concordando com os termos, para então darmos continuidade no processo. Na terceira visita, voltamos a residência de M.B onde encontramos a mesma. Em uma conversa, foi referido que não compareceu à consulta médica devido a não disponibilidade de tempo em decorrência do seu trabalho, também com uma breve anamnese, foi observado alta incidência de tosse, além de ter relatado pela paciente que os remédios antidepressivos ansiolíticos não estão fazendo mais efeito, relatando ainda que a mesma apresenta episódios de agonia, principalmente no período noturno. Com isso, retornamos a UBS onde foi remarcada a consulta de M.B, a qual foi informada pelos alunos no mesmo dia qual seria a nova data. **Considerações finais:** Tal relato de caso foi de suma importância para literatura médica devido a correlação entre transtornos depressivos e suicídio. Foi observado que o vínculo aluno-paciente contribuiu para a obtenção de informações, antes desconhecidas, para melhor abordagem do tratamento, concluindo assim a vital importância entre a relação médico-paciente. Mesmo o PTS sendo fator contribuinte do caso, a falta de comprometimento e disponibilidade do paciente, levou a um resultado não tão agradável, porém não interferiu no aprendizado. Conclui-se que o Projeto Terapêutico Singular foi de suma importância para os acadêmicos de medicina, pois pode reafirmar os dados que já eram existentes nas literaturas, comprovando assim a grande necessidade do controle da saúde mental, para que a taxa de mortalidade relacionada entre depressão e suicídio possa ser diminuída, levando a melhora da qualidade de vida da população.

**Palavras chave:** depressão; transtornos psiquiátricos; suicídio; mortalidade.

#### **Referências:**

- 1- Gonçalves CAV, Machado A. DEPRESSÃO, O MAL DO SÉCULO: DE QUE SÉCULO? R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2):298-304.
- 2- Del Porto, José Alberto. **Conceito e diagnóstico.** Rev. Bras. Psiquiatr. vol.21 s.1 São Paulo May 1999.
- 3- Teng, C.T.; Humes, E.C.; Demetrio, F.N. Depressão e comorbidades clínicas. Rev. Psiq. Clín. 32 (3); 149-159, 2005.
- 4- Oliveira Barbosa, Fabiana de. Depressão e o suicídio. Rev. SBPH vol.14 no.1 Rio de Janeiro jun. 2011.

**Instituições:** Faceres; UBS Santo Antônio, São José do Rio Preto – SP.

**Conflito de interesse:** Nenhum conflito de interesse.

## 14. A SÍNDROME DE PRUNE BELLY NO CONTEXTO FAMILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA ATRAVÉS DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS): RELATO DE CASO

### THE PRUNE BELLY SYNDROME ON THE FAMILY CONTEXT THROUGH THE SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT (PTS): CASE REPORT

**Katia Lara de Souza; Maria Eugênia Garavello; Márcia Cristina Ayres Alves.**

**Introdução:** A Síndrome de Prune Belly, também conhecida como Síndrome do Abdome da Ameixa Seca, é caracterizada por uma tríade de má formação, sendo um conjunto de alterações congênitas. Ela se manifesta através da ausência ou deficiência da musculatura abdominal, criptorquidia bilateral e malformação do trato urinário<sup>1</sup>. Sua incidência é de 1:40.000 nascidos vivos, sendo mais comum no sexo masculino. Embora haja vários registros, sua etiologia ainda é desconhecida, existindo apenas teorias que expliquem tal anomalia. Nesse contexto, as teorias citadas atualmente é a obstrutiva, a qual se caracteriza pela dilatação anormal da bexiga e ureteres no início da gestação, assim, distendendo a parede abdominal, comprometendo sua formação e a migração dos testículos, e a do defeito mesodérmico, sendo essa caracterizada pela não migração dos mesoblastos durante o desenvolvimento embrionário<sup>1-3</sup>. A atenção básica, sendo a porta de entrada para o SUS e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde<sup>4</sup>, oferece cuidados primários, integrais e informações básicas de prevenção. A mesma, utiliza ferramentas como o PTS, que possibilita a participação de uma equipe multiprofissional, com a finalidade de minimizar os danos do contexto em que o usuário ou uma família estão inseridos, respeitando as necessidades individuais e coletivas<sup>5</sup>, proporcionando uma melhor qualidade de vida. **Objetivo:** Relatar a utilização do PTS em caso de paciente com a Síndrome de Prune Belly. **Relato de Caso:** Na primeira visita domiciliar conhecemos os membros da família e suas necessidades, para elaborarmos o PTS. Entre eles uma criança, 10 anos, diagnosticado ao nascimento com a Síndrome de Prune Belly, realizando, desde então, diversas cirurgias de redução de ureteres, além de inúmeras internações devido à recorrência de quadros de infecção urinária, assim, tendo sempre o Hospital de Base ou a UPA como referência, excluindo a atenção primária. Sua mãe, 35 anos, está há 5 anos sem realizar consulta de rotina e de rastreamento com o ginecologista. Uma irmã, 5 anos e que há 3 anos sem acompanhamento pediátrico e outro irmão adolescente, 16 anos, sem acompanhamento há anos para consultas. Seu pai, 33 anos, diagnosticado com transtorno de bipolaridade e depressão, interrompeu os medicamentos à base de lítio por conta própria, voltando a manifestar quadros violentos. Além disso, todos eles encontravam-se sem atualização da carteira vacinal. Em reunião com a equipe da UBSF Renascer foi discutido o plano de ação compartilhado, elaborado a partir do genograma, ecomapa e deficiências observadas na família durante a primeira visita. Entre as medidas propostas constava a necessidade de consultas ginecológica, pediátrica, médica, psiquiátrica e psicológica de acordo com a necessidade de cada um,

além da atualização da carteira vacinal de todos integrantes. Ademais, também a orientação de buscar um advogado para recorrer ao auxílio do menor, portador da síndrome que futuramente será interrompido. Na segunda visita domiciliar para aplicabilidade do plano, os familiares não estavam na residência. Assim, foi tentando novamente, porém também não puderam nos receber. Na terceira visita, destinada à avaliação, foi possível fazer a aplicação do PTS. Neste dia a mulher explicou que nesse período a família passou por situações críticas, tendo um cenário familiar alterado. A mesma sofreu violência verbal e física pelo esposo durante o processo de divórcio, além disso, ele retirou todo o dinheiro da conta bancária da família e levou da casa itens alimentícios e domésticos. Devido esse contexto, a mesma se encontrava desorientada com a situação. Portanto, foi instruída a procurar um advogado através do ministério público, para a realização de um divórcio justo, e assegurar que seus filhos sigam todas as exigências do ECA, as quais já eram as propostas definidas no PTS, para que não corra o risco de perder a guarda dos mesmos. **Considerações finais:** Por se tratar de uma síndrome complexa, as precauções familiares eram voltadas totalmente à criança portadora da síndrome, sendo o restante da família excluída dos cuidados com a saúde. Nesse contexto, a utilização desse PTS teve como finalidade levar soluções que inseriram a família novamente na atenção primária, minimizando a carência que todos os integrantes estavam sofrendo. Assim, no dia seguinte da implementação das metas do projeto, recebemos a informação da equipe da unidade, que a mulher havia realizado o exame de Papanicolau, atualizou as carteiras de vacinação e agendou consultas para todos os membros da família.

**Palavras chave:** Síndrome de Prune Belly, Contexto familiar, PTS, Atenção Básica.

#### **Referências:**

- 1- Carvalho NDS, Cavachini C, Dudus MM. Síndrome de Prune Belly. Residência Pediátrica. 2017; 8(1):45-47.
- 2- Bomfim KB, Hamu TCDS. Aspectos clínicos da Síndrome de Prune Belly: revisão de literatura. Rev Movimenta. 2013; 6(4): 596-605.
- 3- Castro ARR, Resende LM. Avaliação e terapia do processamento auditivo na Síndrome de Prune Belly: relato de caso. Cong Bras Cong Intern Fonoaudiologia. 2015.
- 4- Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012.
- 5- Carvalho LGP, Moreira MDS, Rézio LA, Teixeira NZF. A Construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. O Mundo da Saúde. São Paulo, 2012. 521-25.

---

**Instituições:** Faceres; UBSF Jardim Simões/Renascença, São José do Rio Preto – SP.

**Conflito de interesse:** Nenhum conflito de interesse.

## 15. A UTILIZAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) PARA RESGATE FAMILIAR DE IDOSO: RELATO DE CASO

### THE USE OF THE SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT (PTS) FOR FAMILY RESCUE OF THE ELDERLY: CASE REPORT

**Ana Celina Cavalcante Oliveira; Carolina Fernandes; Gabriella Baldan; Márcia C. Ayres Alves.**

**Introdução:** O conceito de qualidade de vida relaciona-se à autoestima e ao bem estar pessoal e abrange uma grande gama de aspectos, tais como: a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, o autocuidado, o suporte familiar, o estilo de vida e a satisfação com o ambiente em que se vive. Neste sentido, é importante destacar a evidente interação desses componentes na melhora ou piora na qualidade de vida de idosos. Foi possível observar que a qualidade de vida é o produto de uma série de comportamentos adotados pelos idosos. Visto isso, é essencial a relação do idoso com o componente familiar e social, pois a família e os amigos são considerados relações primárias, que se caracterizam por serem relações emocionais e duradoura, contribuindo para os sentimentos de enfrentamento das situações do dia a dia e do sentimento de solidão que pode surgir na velhice. Sendo assim, o vínculo familiar é o elemento primordial e está assegurado no estatuto do idoso como uma das garantias de direito do idoso. Desse modo, é evidente que o resgate familiar é essencial para os idosos que não possuem assistência familiar adequada. A atenção básica preconiza que uma das funções das equipes de saúde da família é auxiliar os membros familiares a renegociarem seus papéis e funções de maneira a constituírem um sistema familiar mais harmônico e funcional para o idoso. O PTS é uma forma de organização da gestão do cuidado, instituída no processo de trabalho em saúde entre as equipes da Atenção Básica. Trata-se de ferramenta viabilizadora de diálogo interativo entre os profissionais envolvidos na Atenção Básica, permitindo o compartilhamento de casos e o acompanhamento longitudinal da responsabilidade destas equipes. Dessa forma, o PTS será utilizado como uma ferramenta que busca a singularidade e a resolução das problemáticas encontradas no âmbito social e familiar. **Objetivo geral:** Relatar um caso da utilização do PTS para resgate familiar de idoso. **Relato de caso:** Descreveu-se o caso de uma idosa, de 72 anos, com as seguintes patologias: diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, fibromialgia, artrite, artrose, obesidade, depressão e estenose do canal vertebra. A paciente não apresenta um cuidador para auxiliá-la em suas atividades diárias visto que esta possui grande dificuldade de deambular, além de que o domicílio não apresenta uma estrutura adequada para suas morbidades. Em 2016, a paciente foi diagnosticada com uma enfermidade na coluna cervical que a impossibilitou de prosseguir sua rotina de trabalho como doméstica. Deveria realizar uma cirurgia para reparo da lesão, contudo os riscos de sequelas eram maiores que os benefícios. A frente dos problemas apresentados a paciente não recebeu apoio adequado da família tanto financeiro como o afetivo, já que apresentava dificuldade para a

compra dos medicamentos necessários e para ir até as consultas. Sendo assim, a primeira fase do PTS foi realizada objetivando a coleta dos dados acima relatados através de uma visita domiciliar. A segunda fase focava na elaboração do genograma, ecomapa e a escala de coelho, que são instrumentos utilizados pelas equipes da unidade de saúde para avaliar a organização e o risco familiar e a sua interação com o meio. Através dessas ferramentas constatamos uma relação familiar conturbada e baixa relação com o meio social devido à dificuldade de mobilidade. E também, nessa mesma fase realizamos a elaboração do quadro de intervenções. Na terceira fase discutimos com a equipe de referência, sobre as metas desenvolvidas. Ficaram então estabelecidas as propostas como agendamento de consulta domiciliária e uma avaliação com a equipe do núcleo de apoio da saúde da família (NASF). Na quarta fase foi analisada a evolução no quadro da paciente a partir das metas estipuladas, no qual a mesma já havia realizado a consulta com o médico generalista, e a fisioterapeuta já havia dado o auxílio com a execução de exercícios diários para restauração. Porém, a paciente não aderiu de forma regular as orientações recebidas, contribuindo para não melhora do quadro, referindo estar desanimada e se sentindo solitária. **Considerações finais:** Concluiu-se que a adesão ao PTS é de extrema importância para que sejam observadas melhorias no quadro da paciente. Sendo assim, analisamos que neste caso, o resgate familiar é prioritário para tal melhora. Ficando para equipe de referência e o NASF, resgatar os membros familiares a renegociarem seus papéis e funções perante a paciente, proporcionando qualidade de vida e resgatando sua autoestima.

**Palavras chave:** Qualidade de vida; resgate familiar; idoso; projeto terapêutico singular.

### Referências:

AREOSA SVC, BENITEZ LB, WICHMANN FMA; Family relationship and social interaction among elderly. *Textos & Contextos Porto Alegre*, v.11, n.1, p.184–192, jan./jul. 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.192 p.42.

Ferreira LK, Meireles JFF, Ferreira MEC; Evaluation of lifestyle and quality of life in the elderly: a literature review. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* vol.21 nº 5 RJ Sept./Oct. 2018.

**Instituições:** Faceres; UBSF Jardim Simões/Renascença, São José do Rio Preto – SP.

**Conflito de interesse:** Nenhum conflito de interesse.

## 16. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) COMO FERRAMENTA NA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DE UMA FAMÍLIA COM DIFERENTES COMORBIDADES: RELATO DE CASO

### SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT (PTS) AS A TOOL TO IMPROVE THE QUALITY OF LIFE A FAMILY WITH DIFFERENT COMORBIDITIES: CASE REPORT

Aryanne de Souza Silva; Giovanna Gonçalves de Lima; Márcia Ayres.

**Introdução:** A crescente preocupação com questões relacionadas à qualidade de vida vem de um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. Assim, qualidade de vida é abordada, por muitos, como sinônimo de saúde. Como auxílio para uma boa qualidade de vida prevenindo as comorbidades, o Sistema Único de Saúde, desenvolve um instrumento denominado Projeto Terapêutico Singular. O PTS é uma maneira de organização da gestão do cuidado, aplicada entre as equipes da Atenção Básica. É uma ferramenta que pressupõe a participação coletiva e uma concepção de sujeito que contemple os aspectos biopsicossocial e cultural. Além disso, viabiliza o diálogo interativo entre os profissionais envolvidos, permitindo assim o compartilhamento de casos e o acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes da Atenção Básica. A construção do PTS transforma as práticas de cuidado e também fortalece o papel da equipe multiprofissional ao permitir a troca de saberes e promover uma atenção integral centralizada nas necessidades das pessoas em seu contexto social. Sendo assim, este trabalho se dá com base nas necessidades de saúde de cada usuário, mediante um esforço mútuo entre trabalhador/usuário/família, com o intuito de promover saúde integral, melhorando dessa forma a qualidade de vida da situação singular de cada indivíduo da família. **Objetivo Geral:** Relatar como o PTS auxilia na melhoria da qualidade de vida em uma família que apresenta diferentes comorbidades. **Relato de Caso:** Para a elaboração do Projeto Terapêutico Singular, foram realizadas visitas domiciliares com o intuito de conhecer a problemática de cada indivíduo da família. Com as informações levantadas, foi utilizado instrumentos como genograma e ecomapa para auxiliar na elaboração de um plano de ação, contendo metas que auxiliariam na melhoria da qualidade de vida de todos os membros. Foi realizada uma reunião com a equipe da Unidade de Saúde da Família, para a finalização das metas do PTS. Descreveu-se o caso de uma família que apresenta comorbidades como: paciente do sexo feminino com diagnóstico de esclerose múltipla, desde 2017 a partir de exames que comprovaram a presença dessa doença na qual está sendo controlada por meio de medicações, retardando as complicações da sua progressão. Uma criança do sexo feminino com déficit de atenção na qual foi diagnosticada a partir da percepção de um atraso escolar, levando assim ao uso de medicamentos e acompanhamento psiquiátrico desde então. A terceira situação, que no caso não se refere a uma comorbidade, mas sim a uma evasão, se enquadra no fato de que o paciente do

sexo masculino não realiza consultas médicas periódicas, impossibilitando assim um diagnóstico verídico de sua situação, colocando sua saúde em risco, devido a não adesão ao tratamento proposto. A implementação do PTS teve uma boa eficácia, mas com algumas intercorrências. As metas elaboradas como a inserção dos usuários a uma atividade, além da escolar, para a melhoria do contato social, foram aderidas de forma positiva. Além disso, também acataram a utilização do sistema de saúde, realizando consultas de maneira adequada para assim estabelecer um diagnóstico correto intervindo na qualidade de vida do paciente. Contudo, a intercorrência encontrada foi a desistência do auxílio financeiro para a paciente com esclerose múltipla, devido a intensa burocracia.

**Considerações Finais:** Durante as fases do PTS foi observado uma melhoria na sua adesão, tendo em vista que na primeira fase os pacientes não estavam tão dispostos a implementar as ações propostas. No entanto, a partir da segunda fase, e principalmente na terceira fase, foi notado a participação mais efetiva elevando assim o nível de resolubilidade das comorbidades presentes na família. Dessa forma, é notável que a execução de um PTS se faz necessário para a melhoria na qualidade de vida, tendo em vista que a atenção básica se compromete a atendê-los de maneira integral e com equidade para assim cumprir os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde.

**Palavras chave:** PTS, qualidade de vida, comorbidades, atenção básica, saúde.

#### **Referências:**

MIRANDA, F.A.C. COELHO, E.B.S. Projeto Terapêutico Singular. Eixo 3:A Assistência na Atenção Básica. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/48118020.pdf>

Pinto D. M, Jorge M.S.B, Pinto A.G.A, Vasconcelos M.G.F, Cavalcante C.M, Flores A.Z.T, Andrade A.S, Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. Texto e Contexto- Enfermagem vol.20 no.3 Florianópolis Jult/Sept.2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072011000300010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300010)

PEREIRA E.F, TEIXEIRA C.S, SANTOS A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. Universidade do Estado de Santa Catarina. Sociedade Educacional de Santa Catarina. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. CDD. 20.ed. 613.7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v26n2/07.pdf>

SILVA E.P, MELO F.A.B.P, SOUSA M.M, GOUVEIA R.A, TENÓRIO A.A, CABRAL A.F.F, PACHECO M.C.S, ANDRADE A.F.R, PEREIRA T.M, Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática de Multiprofissionalidade nas ações de Saúde. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. Vol.17 n°2 Páginas 197-202/2013. Disponível em: <https://app.uff.br>

**Instituições:** Faceres; UBSF Jardim Simões/Renascença, São José do Rio Preto – SP.

**Conflito de interesse:** Nenhum conflito de interesse.

## 17. DEPRESSÃO, VÍNCULO FAMILIAR E NÃO ADERÊNCIA AO TRATAMENTO: UM RELATO DE CASO

### DEPRESSION, FAMILY BOND AND NON-ADHERENCE TO TREATMENT: A CASE REPORT

**Gabriel de Melo Borges; João Victor Santos Motta;** Renata Prado Bereta Vilela.

**Introdução:** A realidade do Brasil é de uma transição demográfica, com a melhora da qualidade de vida e a diminuição na taxa de natalidade, há um aumento da proporção da população de 60 anos ou mais, tal fato remodela a relação da saúde com a população, visto que o idoso convive com doenças crônicas que necessitam em grande escala dos serviços de saúde e conduz a um aumento do consumo de medicamentos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 40% dos idosos que apresentam idade entre 75 e 84 anos tem algum grau de incapacidade. Isso produz um quadro de sobrevivência de idosos na dependência de pessoas para suprirem suas incapacidades, e, na maioria das vezes, essas pessoas são os familiares. Nesse contexto, essa incapacidade funcional atua diretamente a vida do idoso, fazendo com que seja necessário que alguém preste suporte para que o mesmo possa buscar por atendimento à sua saúde, seja pelo traslado à consultas médicas, a compra dos medicamentos, a orientação sob como tomar os remédios, entre outras atividades. Visando essas necessidades que podem surgir com o envelhecimento, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) que é um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas que podem atender a um indivíduo, família ou grupo, pode ser uma estratégia para melhorar a qualidade de vida desta população vulnerável.

**Objetivos:** Relatar o caso de uma idosa que tem dificuldade de aderir ao tratamento e realizar acompanhamento médico devido a vínculo familiar fragilizado, depressão, dificuldade de deambulação e múltiplas patologias; relatar a implantação do PTS no caso desta idosa. **Relato de caso:** Idosa de 62 anos, com hipertensão arterial, depressão grave, problemas de marcha e dependente de anticonvulsivantes. O caso em evolução tem como marco uma cirurgia para retirada de tumor cerebral em 2017. Após a cirurgia, a paciente apresentou episódios de convulsão e uma piora no quadro geral com o surgimento de artralgia constante e intensa e também importante piora na marcha. A idosa vive com o neto e com a filha, a qual relata não ter um bom relacionamento. Ciente, de que precisa buscar tratamento para os problemas já descritos, ela relata desamparo, pois, não recebe apoio familiar para que possa buscar medicamentos ou comparecer a consultas médicas. Devido a sua fragilidade e dificuldade de locomoção a adesão ao tratamento a saúde está impossibilitada em razão do vínculo ruim entre mãe e filha e a dependência da idosa para realizar atividades diárias. Além disso, o vínculo problemático existente na família piora o quadro de depressão da idosa, que relata pensamento suicida. A ocorrência de conflitos diários corrobora para instalação de desavença entre os moradores. Juntamente a esse problema, a senhora por ter dificuldades de caminhar acaba ficando a maior parte do tempo em casa. Após a primeira visita domiciliária foi elaborado o genograma e ecomapa da

família, bem como a classificação segundo a escala de Coelho, que obteve resultado R1 (leve). Foi elaborado um plano de ação para a visita domiciliar do dia 10/09/2019, em que o objetivo principal seria conversar com a paciente, e a partir disso, marcar consulta ao cardiologista que era a principal necessidade do momento e falar com sua filha sobre a possibilidade dela levar sua mãe a consulta. Então, foi realizada uma reunião com a equipe da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) para a divisão de responsabilidades. No encontro seguinte, foi realizada a segunda visita domiciliar para implementação do PTS, foram verificadas todas as fichas de encaminhamento que a paciente possuía e orientado como deveria proceder para agendar a consulta com o cardiologista, foi passado o contato do transporte de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) para atendimento médico, pois, não foi possível conversar com sua filha; foi aplicada a Escala do Apgar Familiar, tendo como resultado elevada disfunção familiar; e também a Escala de Depressão Geriátrica, obtendo o resultado de depressão severa, visto que a paciente relatou pensamento suicida, onde por um longo período, foi conversado com a paciente para desestimular este pensamento. Ao retornar a UBSF a equipe de saúde foi comunicada da sobre a situação da paciente, e foi agendado uma visita com a equipe multidisciplinar para resolução desta problemática. Durante a terceira visita a paciente não estava no domicílio, porém a mesma foi encontrada próxima a UBSF retirando medicamentos. A mesma foi acompanhada até seu domicílio, para buscar a ficha de encaminhamento para agendamento de cardiologista no ambulatório de especialidades, foi novamente orientada sobre o serviço de transporte de usuários. Contudo, o relacionamento familiar continua problemático afetando sua adesão ao tratamento. A Artralgia continua sendo um problema diário e o quadro de depressão não apresentava nenhuma melhora com a paciente se evidenciando triste e com desânimo. Após a visita de reavaliação o caso foi repassado para a equipe da UBSF continuar o acompanhamento. **Considerações finais:** Observou-se que a dificuldade de adesão aos tratamentos e diminuição da qualidade de vida da paciente decorrente do vínculo familiar tem um impacto importante em sua vida. O PTS foi implantado com êxito, sendo possível agendar a consulta com o cardiologista e viabilizar o transporte. A equipe da UBSF dará continuidade ao acompanhamento para os problemas psíquicos e sociais, uma vez que estes são de resolução a longo prazo.

**Palavras chave:** Idoso; Relações Familiares; Depressão; Limitação da Mobilidade; Saúde da Família; Relatos de Casos.

#### Referências:

Ministério da Saúde (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.

Gordilho A, Nascimento JS, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espíndola N, et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro (RJ): UnATI/UERJ; 2000.

---

Caldas CP. Cuidado familiar: a importância da família na atenção à saúde do idoso. In: Saldanha AL, Caldas CP, organizadores. Saúde do idoso: a arte de cuidar. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Interciência. 2004: 41-7.

UnaSUS. Processo de Trabalho na Atenção Básica: As Ferramentas Tecnológicas do Trabalho do NASF. Projeto Terapêutico Singular. Especialização Multiprofissional da Atenção Básica. Disponível em: [https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/35093/mod\\_resource/content/1/un5/top4\\_1.html](https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/35093/mod_resource/content/1/un5/top4_1.html)

**Instituições:** Faceres; UBSF São Deocleciano, São José do Rio Preto – SP.

**Conflito de interesse:** Nenhum conflito de interesse.

---

## 18. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR ENVOLVENDO A LINHA TENUE ENTRE DEPRESSÃO, ESTRESSE E HIPERTENSÃO ARTERIAL: UM RELATO DE CASO

### SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT INVOLVING THE TENUE LINE BETWEEN DEPRESSION, STRESS AND ARTERIAL HYPERTENSION: A CASE REPORT

**Brenna Fiorilli Assunção; Dáfane Lima Miquel; Fillipe Silva Costa; Renata Prado Bereta Vilela.**

**Introdução:** O luto que é definido um sentimento de tristeza profunda relacionado a morte de alguém, pode gerar um estado depressivo temporário ou quando não trabalhado adequadamente pode ocasionar a depressão. Atualmente a depressão é a alteração afetiva mais discutida, sendo considerada a doença da sociedade moderna. Sua causa ainda levanta muitos debates e divergências, no entanto, seus sintomas são muito característicos, como, apatia, irritabilidade, ansiedade, tristeza, perda de apetite, atraso motor ou agitação, insônia ou perda de sono, fadiga, perda de interesse e desolação. Acredita-se que alguns dos mecanismos da depressão e do estresse tenham relação com a hipertensão arterial (HA) e que a base fisiopatológica para isso envolve a hiperatividade do sistema nervoso simpático e influências genéticas. A HA é considerada, ao mesmo tempo, uma doença e um fator de risco, representando um grande desafio para a saúde pública, pois, as doenças cardiovasculares constituem a primeira causa de morte no Brasil. É definida quando encontrados valores pressóricos para pressão arterial sistólica acima de 140mmHg e diastólica acima 90mmHg. A pressão arterial limítrofe é aquela com valores sistólicos entre 130-139 mmHg e diastólicos entre 85-89 mmHg, enquanto que a pressão arterial normal sistólica deve ser inferior a 130 mmHg e diastólica inferior a 85 mmHg. Já para a pressão arterial classificada como ótima, a sistólica até 120 mmHg e a diastólica até 80 mmHg. A cada ano morrem 7,6 milhões de pessoas em todo o mundo devido a HA, sendo que 80% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento como o Brasil, mais da metade das vítimas têm entre 45 e 69 anos. Devido à complexidade desses problemas, para casos mais vulneráveis é indicado o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que é um conjunto de condutas e propostas articulados para um indivíduo, família ou grupo. Ele acontece em quatro etapas, sendo, diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação. **Objetivos:** Relatar o caso de uma idosa com diagnóstico de depressão, relato de estresse físico e emocional associado a Hipertensão Arterial. Relatar a elaboração e implantação de um PTS para o caso desta idosa. **Relato de caso:** Idosa de 62 anos, auxiliar de enfermagem, aposentada, casada, no momento do diagnóstico do PTS, realizado através da primeira visita domiciliar (VD) residia sozinha, pois, o esposo estava em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) após um Acidente Vascular Encefálico (AVE). Há aproximadamente dois anos e meio seu único filho faleceu decorrente de complicações de Diabetes Mellitus, ainda ao falar sobre o ocorrido sente um grande pesar e se emociona. Diz se sentir muito sozinha e depressiva, não tem ideação suicida, relata fazer uso de antidepressivos e outras medicações

(Mirtazapina 15mg, Atrorvastatina 20mg, Diazepam 5mg, Atenolol 25mg, Lozartan 50mg, Anlodipino Besilato 5mg, Omeprazol 20mg, Sinvastatina 40mg). Relata não ter um bom relacionamento com os filhos do esposo, com seus netos e noras, também não tem muito contato com os vizinhos. Foi aplicada a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) apresentando 11 pontos (depressão severa). Com queixas nos últimos meses de dores de cabeça constantes, perda de apetite, desânimo, dores na coluna, prostração e picos de hipertensão arterial (150/ 90mmHg). Após a primeira VD, foi realizado genograma e ecomapa da idosa e feita a classificação de risco através da Escala de Coelho R1. Foi feito um plano de intervenções onde foram definidas as metas, incluindo orientações sobre busca de grupos sociais e de atividade física, melhora da alimentação, busca de psicólogo para início de terapia, criação de maior vínculo com a equipe da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF). Após foi discutido o caso com a equipe da UBSF, com a finalidade de divisão de responsabilidades. Na segunda VD para a implantação do PTS o esposo da paciente havia voltado para a residência, apresenta-se dependente dos cuidados da esposa, a mesma estava de saída para consulta com cardiologista, foi orientada quanto aos grupos para melhoria da qualidade de vida próximos a sua residência. Aparentemente a idosa estava mais disposta e alegre. Na terceira VD feita para a reavaliação, foi aplicado novamente a GDS-15, mostrando resultado de 13 pontos (depressão severa), a idosa relata não estar participando dos grupos, pois, após a chegada de seu marido houve sobrecarga de trabalho, começou a fumar e não está fazendo o uso da medicação para depressão, pois, está aguardando consulta com o médico generalista da UBSF. O caso, foi passado a equipe para dar continuidade, e foi definido que será acionado o Serviço de Atendimento Domiciliar para auxílio e capacitação dos cuidados com o esposo da idosa.

**Considerações finais:** Foram dadas devidas orientações a idosa, quanto a mudanças nos hábitos de vida, alimentares, indicações de grupos de apoio (Lian Gong e Centro de Referência de Assistência Social - CRAS) a fim de minimizar o quadro de depressão, aliviar o estresse e melhorar a pressão arterial, o resultado não foi satisfatório, devido à resistência e não adesão da paciente para com o tratamento. O caso, foi passado a equipe da UBSF que continuará a assistência com as metas a longo prazo.

**Palavras chaves:** Depressão; Luto; Estresse Psicológico; Hipertensão; Idoso; Relatos de Casos.

### Referências:

Scalco AZ, Scalco MZ, Azul JBS, Lotufo-Neto F. Hipertensão arterial sistêmica e depressão. *Clinics* [online]. 2005; 60(3):241-250.

Kohlmann Jr O, Guimarães AC, Carvalho MHC, Chaves Jr HC, Machado CA, Praxedes JN, et al. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (CBHA). *Arq Bras Endocrinol Metab.* 1999;43(4). 3.

World Health Organization. Arterial hypertension, Genebra, 1978. (WHO – Technical Report Series, 628).

---

Pandey GN, Pandey SC, Janicak PG, Marks RC, Davis JM. Platelet serotonin-2 receptor binding sites in depression and suicide. *Biol Psychiatry*. 1990;28(3):215-22. 19.

Kaplan NM. Systemic hypertension: mechanisms and diagnosis. In: Braunwald E, editor. *Heart Disease. A textbook of Cardiovascular Medicine*. Philadelphia: WB Saunders. 1997: 807-39.

Brasil. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

**Instituições:** Faceres; UBSF São Deocleciano, São José do Rio Preto – SP.

**Conflito de interesse:** Nenhum conflito de interesse.

## 19. IMPLEMENTAÇÃO DE PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR PARA IDOSA COM DEPRESSÃO E SENILIDADE ASSOCIADAS AO DÉFICIT DE MOBILIDADE: UM RELATO DE CASO

### IMPLEMENTATION OF SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT FOR ELDERLY WITH DEPRESSION AND SENILITY ASSOCIATED WITH MOBILITY DEFICIT: A CASE REPORT

**Andressa Ribeiro da Costa; Camila Bublitz;** Renata Prado Bereta Vilela.

**Introdução:** O Projeto Terapêutico Singular (PTS) define-se pela associação de propostas e condutas multidisciplinares para um apoio matricial a um indivíduo, família ou grupo. Divide-se em diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidade e reavaliação para melhora da qualidade de vida<sup>1</sup>. Desta forma, a utilização do PTS faz-se necessária e de fundamental importância para o auxílio familiar de uma paciente idosa com múltiplas queixas de âmbito psiquiátrico, físico e social. Sabe-se que a população idosa desenvolve mais doenças crônicas, como a Hipertensão Arterial e problemas de mobilidade, as quais fazem com que o equilíbrio cognitivo, sensorial, nervoso e musculoesquelético sejam prejudicados. Ainda, predispõem a quedas, fraturas e aumento das internações, gerando um alto custo para o Sistema de Saúde, causando diminuição da independência e depressão no idoso<sup>2</sup>. Outrossim, essa problemática em idosos pode ser mensurada quantitativamente através da utilização de determinadas escalas e testes. São exemplos: a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) que visa avaliar humor, disposição, ansiedade pelo futuro, motivação de vida e irritabilidade<sup>3</sup>. O teste *Timed Up and Go Test* (TUGT) que demonstrou-se útil na avaliação de mobilidade e prevenção de quedas em idosos<sup>4</sup>. E o Teste de Caminhada de 6 minutos (TC6M), que é uma forma muito utilizada para avaliação de aptidão física<sup>5</sup>. **Objetivos:** Correlacionar depressão e mobilidade em uma paciente idosa; Avaliar mobilidade e risco de queda através do TUGT; Verificar correlação de mobilidade e humor por meio do TC6M; Observar resistência cardiovascular pelo TC6M. Propor melhorias para a qualidade de vida da idosa através da implementação do Projeto Terapêutico Singular. **Relato de caso:** O PTS foi realizado com a idosa A.C.P., 83 anos, aposentada e viúva, reside com o filho mais novo de 46 anos, casa própria de 8 cômodos, atividades domésticas realizadas pelo filho (cuidador). A primeira visita domiciliar (VD) foi realizada no dia 20 de agosto de 2019, nesta data, foi feita anamnese, constatando-se problemas na marcha, maus tratos por parte da filha, que não reside junto com a idosa, Depressão e Hipertensão Arterial. Ela faz uso contínuo das medicações, Losartana Potássica 50 mg, AAS, Flavonid (diosmina 450 mg e hesperidina 50 mg), Calmitane 40 mg, Cloridrato de Donepezila 5 mg, Risperidona 1 mg, Oxalato escilopram 10 mg. Ainda para o diagnóstico do PTS, foram feitos genograma e ecomapa da família, e a classificação segundo a escala de Coelho foi escore R1 (leve). Após o diagnóstico e definição de metas, foi feita uma reunião com a equipe da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) para a divisão de responsabilidades. Na segunda VD realizada no dia 01 de outubro de 2019,

a paciente encontrava-se disposta e animada, totalizando zero pontos no GDS (normal). Queixou-se de queda dois dias pregressos à VD. Foi realizado teste de marcha, observando-se ausência da dorsiflexão no contato inicial, diminuição da elevação do calcanhar no apoio terminal, aumento do tempo de duplo apoio, diminuição da altura do passo com redução da fase de balanço, diminuição da amplitude de movimento nas articulações de quadril, joelho e tornozelo, redução da dissociação de cinturas. Com genu valgo, abaixamento do arco plantar, aumento da cadência, pisada pronada bilateral (pé valgo). Aplicação do TUGT com resultado de 50,13 segundos. A idosa realizou TC6M percorrendo 92,1 metros, com Pressão Arterial (PA) inicial:130x80 mmHg e final: 140x90mmHg; Frequência Cardíaca (FC) inicial: 83bpm e final: 98bpm. Também foi realizada goniometria apresentando: flexão de quadril direito de 70°, quadril esquerdo 80°, extensão quadril direito 20°, quadril esquerdo 15°, flexão de joelho direito 90°, joelho esquerdo 87°, extensão completa em ambos os joelhos, flexão plantar de tornozelo esquerdo 18° e direito 27°, dorsiflexão de tornozelo esquerdo 10° e direito 9°. Foram repassados os seguintes exercícios para aumento de mobilidade e fortalecimento de musculatura de membros inferior e CORE: Agachamento 10 vezes sem apoio, extensão de joelho 10 vezes cada membro, dorsiflexão de tornozelo em pé 10 vezes, flexão de quadril sentada 10 vezes em cada perna, caminhada de 5 minutos. O último retorno da VD para realização da reavaliação aconteceu no dia 29 de outubro de 2019. A paciente encontrava-se irritada, indisposta para conversar, refere ter sofrido agressões verbais da filha. PA: 140x90 mmHg, FC: 79bpm. GDS de 3 (normal). Foi realizado TUGT com resultado de 34 segundos. Ao ser questionada, A.C.P relata ter realizado os exercícios repassados, porém não diariamente. No TC6M a paciente percorreu 18 metros e solicitou parada alegando não estar disposta. PA final: 150x100 mmHg, FC: 85 bpm. Na goniometria observou-se dorsiflexão de tornozelo direito de 15°, esquerdo 14° e flexão plantar de tornozelo esquerdo de 28° e direito 40°. O caso foi repassado à equipe da UBSF que está avaliando e tomará providências em relação as agressões verbais que a filha infringe à idosa. **Considerações finais:** O humor da paciente foi fator consubstancial para resistência cardiovascular no TC6M, o qual a paciente quando se apresentava disposta e animada conseguiu realizá-lo até o final. Os exercícios repassados para a paciente demonstraram-se efetivos para auxílio na marcha, mobilidade e na prevenção de queda, através da melhora do TUGT de 50,13s para 34s, e goniometria em tornozelo de dorsiflexão direito de 9° para 15° e esquerda de 10° para 14°, valores de referência de 20°<sup>6</sup>, e flexão plantar de tornozelo direito de 27° para 40° e esquerdo de 18° para 28°, valores de referência de 40°<sup>6</sup>. Destarte, asseverou-se que o emocional é fator determinante nas atividades de vida diária para esta paciente.

**Palavras chaves:** Idoso; Idoso de 80 Anos ou mais; Depressão; Limitação da Mobilidade; Saúde da Família; Relatos de Casos.

### Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

2. Borges LJ, Benedetti TRB, Mazo GZ. Rastreamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos iniciantes em programa de exercício físico. J Bras Psiquiatr. 2007; 56(4): 273-279.
3. Yesavage JÁ, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. Journal of Psychiatric Research. 1982-1983, 17(1): 37-49.
4. Bischoff HA, Stahelin HB, Monsch AU, Iversen MD, Weyh A, Von Dechend M. Identifying a cut-off point for normal mobility: A comparison of the timed 'up and go' test in community-dwelling and institutionalised elderly women. Age Ageing. 2003; 32: 315-320.
5. Pires SR, Oliveira AC, Parreira VFE, Britto RR. Teste de caminhada de seis minutos em diferentes faixas etárias e índices de massa corporal. Rev. bras. fisioter. 2011; 11(2): 147-151.
6. Marques AP. Manual de goniometria. 2. Ed. Barueri: [Manole]; 2003.

**Instituições:** Faceres; UBSF São Deocleciano, São José do Rio Preto – SP.

**Conflito de interesse:** Nenhum conflito de interesse.

---

## Premiações

Foram premiados os seis melhores relatos apresentados no Fórum, sendo três na modalidade de apresentação oral e três na modalidade pôster. O prêmio foi um certificado de “honra ao mérito” para os alunos.

### Apresentação Oral:

#### Primeiro

**Título:** IMPLEMENTAÇÃO DE PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR PARA IDOSA COM DEPRESSÃO E SENILIDADE ASSOCIADAS AO DÉFICIT DE MOBILIDADE: RELATO DE CASO.

**Autores:** Andressa Ribeiro da Costa, Camila Bublitz e Renata Prado Bereta Vilela.

**Instituição:** Faceres e UBSF São Deocleciano.

#### Segundo

**Título:** RELATO DE CASO: A VIOLÊNCIA SEXUAL COMO FATOR DE PREDISPOSIÇÃO AO TRANSTORNO MENTAL

**Autores:** Isabela Munhoz Ferreira, Lorena Silvestre Gabelini, Mariana Bighetti Diana e Karina Rumi de Moura

**Instituição:** Faceres e UBS Santo Antonio.

#### Terceiro

**Título:** A NÃO ADESÃO MEDICAMENTOSA E SEUS IMPACTOS NA SOCIALIZAÇÃO

**Autores:** Brenda Mamed Jordão Cetrone, Camila Abdel Fattah Parra e Fernanda Luciana Calegari

**Instituição:** Faceres e UBSF Anchieta.

---

## **Apresentação de Pôster:**

### **Primeiro**

**Título:** PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR ENVOLVENDO A LINHA TENUE ENTRE DEPRESSÃO, ESTRESSE E HIPERTENSÃO ARTERIAL: UM RELATO DE CASO

**Autores:** Brenna Fiorilli Assunção, Dáfane Lima Miguel, Filipe Silva Costa e Renata Prado Bereta Vilela.

**Instituição:** Faceres e UBSF São Deocleciano.

### **Segundo**

**Título:** A INSTITUCIONALIZAÇÃO DE IDOSOS E SUAS CONSEQUENCIAS FÍSICAS E PSÍQUICAS: RELATO DE CASO

**Autores:** Luisa Mauro, Maiara Lunardello, Otávio Veiga e Fernanda Aparecida Novelli Sanfelice.

**Instituição:** Faceres e UBSF Jardim Americano.

### **Terceiro**

**Título:** A SÍNDROME DE PRUNE BELLY NO CONTEXTO FAMILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA ATRAVÉS DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS): RELATO DE CASO

**Autores:** Katia Lara de Souza, Maria Eugênia Garavello e Márcia Cristina Ayres Alves.

**Instituição:** Faceres e UBSF Jardim Simões/Renascença.