



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

Especialização em Saúde da Família

Rodrigo Barreto Oliveira

Gerenciamento do cuidado frente à complexidade dos transtornos mentais: um estudo de paciente com transtorno do espectro autista

RIO DE JANEIRO

JANEIRO/2016

Rodrigo Barreto Oliveira

Gerenciamento do cuidado frente à complexidade dos transtornos mentais: um estudo de paciente com transtorno do espectro autista

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família, a Universidade Aberta do SUS.

Orientador: Pedro Carlos Xavier da Rocha

Rio de Janeiro
JANEIRO/2016

RESUMO

De considerável prevalência em todo o mundo, o autismo vem sendo foco de uma atenção maior a cada dia por parte dos setores de saúde em diversos países. Contudo, ainda se apresenta como um distúrbio neurológico sem elucidação concreta e pouco conhecido da maioria da população. Por seu caráter comportamental, engendra uma gama de variáveis psicossociais nem sempre fáceis de lidar, quando se trata de famílias que convivem com essa situação. No Brasil, ainda são poucos os estudos sobre o tema, prevalecendo as informações colhidas em estudos fora do país. Nesse diapasão, famílias de classes sociais menos favorecidas emergem como vítimas da ainda insuficiente atenção especializada, tendo que lidar com a já conhecida realidade da saúde do país, carente de recursos que atendam à demanda nos centros de referência. O presente trabalho visa lançar um olhar sobre os desafios enfrentados por uma família ao se deparar com esse distúrbio em um de seus membros, ao mesmo tempo em que procura debruçar sobre o tema *autismo infantil* como uma realidade cada vez mais comum no cotidiano das famílias brasileiras, especificamente abordando uma família em crise paranormativa, vulnerável aos transtornos inerentes a essa condição clínica na medida em que tenta se adaptar às adversidades, buscando o apoio da rede de atenção primária como alicerce para dirimir conflitos e almejar soluções.

Palavras-chave: Autismo. Transtorno comportamental. Crise paranormativa.

SUMÁRIO

1 Introdução	5
1.1 Apresentação do caso	6
2 Problema	9
3 Justificativa	9
4 Objetivos	10
4.1 <i>Objetivo geral</i>	10
4.2 <i>Objetivos específicos</i>	10
5 Revisão de Literatura	11
6 Metodologia	14
7 Cronograma	18
8 Recursos necessários	18
9 Resultados esperados	19
10 Conclusão	20
Referências	21

1. INTRODUÇÃO

O presente projeto apresenta-se como pré-requisito para a conclusão do Curso de pós-graduação *lato sensu* em Saúde da Família, promovido pela Universidade Aberta do SUS – UnaSUS.

Aventada a possibilidade de estratégias de promoção da saúde mais direcionadas à realidade de pacientes com transtornos mentais, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), surgiram como o aperfeiçoamento de antigos projetos que datam da reforma psiquiátrica no país, e que perpassam pela extinção dos antigos projetos manicomiais.

Como parte da Rede de Atenção da Saúde Mental do Ministério da Saúde, é proposto, em benefício da comunidade, o atendimento a pacientes com diferentes transtornos mentais, em seus variados graus de intensidade, promovendo o acolhimento desses indivíduos e sua reinserção social, e servindo como referência no apoio de famílias que convivem com essa realidade.

Parte extensiva dessa política de promoção da saúde, o CAPS trabalha dando suporte e tratamento a crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais em diferentes graus de intensidade. Seu público-alvo, contudo, não se resume apenas aos pacientes, mas insere familiares e responsáveis legais no contexto de orientação e suporte.

Este estudo debruça sobre a realidade de uma família monoparental, aqui considerados a Sra. N. e o adolescente L., moradores de Grama, Nova Iguaçu, estado do Rio de Janeiro; este portador do *autismo infantil*, dependente, sem acompanhamento regular especializado; aquela, desempregada, com comorbidades não tratadas, histórico de abandono de instituições para cuidado de seu filho e de não aceitação da sua condição social.

O intuito principal do trabalho é discutir as possibilidades de uma intervenção direta na estrutura dessa família no que tange à retomada do tratamento do adolescente de forma continuada, estabelecendo vínculos família – ESF da localidade para a melhoria do ambiente familiar, atualmente em conflito.

A atuação da ESF parte do princípio da integralização de recursos humanos e de políticas públicas de promoção da saúde, ambas limitadas, mas capazes de absorver demanda e promover condições de melhorias para casos como da Sra. N. e de L. A urgência, contudo, deve nortear as ações, priorizando casos sociais dessa dimensão.

1.1. Apresentação do caso

Médico e ACS foram orientados a realizar uma visita domiciliar à paciente, Sra. N., com idade de 50 anos, sabidamente hipertensa, em uso irregular de medicações e sem relato atualizado das medicações que faz uso. O prontuário apresentava escassez de mais informações.

Chegando ao local, notou-se uma paciente visivelmente ansiosa, acolhendo prontamente a equipe de saúde, ainda na calçada, com ressalvas para que não adentrassem ao recinto até que pudesse ter certeza que seu filho estivesse a uma distância segura. Questionado o motivo de tal preocupação, a genitora convidou a equipe para conhecer o interior da residência, onde se propôs a explicar a situação de seu filho.

O que se pôde notar ao adentrar a residência foi a precariedade em que essa se encontrava. Por fora, paredes sujas e sem sinais de pintura recente, alguns pedaços de madeira soltos, supostamente pertencentes a antigos móveis, portão principal com pintura antiga e com improvisação de tranca, bem como sinais de degradação do imóvel. Não havia evidência de animais de estimação, o que foi confirmado pela moradora.

Agente e médico, à medida que entravam no recinto, eram acompanhados a todo o momento pela Sra. N., cada vez mais ansiosa, sempre se posicionando a frente da equipe.

O adolescente L. encontrava-se dentro da residência, em pé, observando a certa distância a chegada dos visitantes, o que de imediato chamou a atenção pela forma como se apresentava. Vestia apenas um short sujo, estava ansioso e comportava-se de forma agitada, enquanto balbuciava sons desconexos. Não se apresentou agressivo ao deparar com a equipe de saúde, mas, visivelmente nervoso, correu para dentro da casa.

Por dentro, a situação do imóvel era ainda mais degradante. Bastante escuro, com paredes com pintura desgastada e com evidentes marcas de sujeira supostamente feitas por braços e mãos. O chão estava sujo e a sala principal não possuía móveis íntegros no seu interior. Na ocasião, apenas uma mesa pequena e uma cadeira quebrada. Ademais, notavam-se sinais de infiltração no teto, a sugerirem ausência de manutenção, bem como um odor forte que emanava pela sala, cuja origem não podia ser identificada.

Ao ser convidada pela Sra. N. para usar a mesa para acomodar o material que dispunha em mãos, a equipe foi imediatamente afrontada pelo adolescente, que se mostrou, a partir daquele momento, agitado e com atitudes agressivas. Retirou o short, se despindo totalmente, ao mesmo tempo em que proferia frases de alto tom, porém ainda desconexas. A genitora, ao tentar acalmá-lo, foi prontamente abraçada pelo adolescente, num gesto típico de proteção do rapaz.

Indagada sobre a história do adolescente, a genitora proferiu um relato abrangente do histórico de saúde mental do rapaz, ao mesmo tempo em que relatou de forma veemente a insatisfação e desespero em conviver com um filho naquele estado.

De acordo com a Sra. N. o adolescente foi diagnosticado com *autismo infantil*, tendo já sido tratado em diferentes locais especializados e usado medicações de forma regular. Relata uma imensa dificuldade no cuidado e convívio com o filho nessa situação, tendo em vista a gravidade do quadro clínico, sua agitação, agressividade, falta de autonomia e adaptação social.

Refere que devido a esses fatores, teve seu quadro agravado pela falta de suporte familiar e recursos financeiros, sendo obrigada a abandonar o seu emprego e demais atividades, incluindo os cuidados com sua própria saúde, para dedicar-se exclusivamente aos cuidados com o filho nos últimos anos após o falecimento de sua mãe, que lhe auxiliava (financeiramente inclusive), nos cuidados com o adolescente.

A genitora relatou que não possui fonte de renda própria e não conta com auxílio do pai de L. (sobre quem não se mostrou receptiva a relatar mais detalhes), mas que conseguiu que o filho tenha *passo livre* e receba *benefício de prestação continuada* (BPC/Loas).

Questionada sobre os locais de tratamento de L., relatou que este foi acompanhado pelo CAPS-i, porém buscou atendimento em outras instituições de saúde no município de Nova Iguaçu e até mesmo em outros municípios do Estado do Rio de Janeiro (sic) segundo seu relato, na tentativa de encontrar um tratamento que ela considerasse mais eficaz para o caso de seu filho.

Refere ainda não ter havido continuidade nos tratamentos em questão. Segundo a familiar, ocorreram desentendimentos com a equipe técnica da Unidade CAPS-i, não obstante manifestar o desejo de retorno, haja vista, segundo veementemente exposto à equipe, “não suportar mais essa vida”, requerendo auxílio do Posto de Saúde (USF Dr. Pedro Arume) para dirimir essa situação em que se encontra, ao mesmo tempo em que seu filho seja tratado e ela finalmente possa ter um acompanhamento médico regular. Enfatizou o abandono do serviço público de saúde, ao mesmo tempo em que se queixou do atendimento prestado pelo CAPS-i.

A todo o momento em que a equipe de saúde permaneceu na residência, pôde-se notar a instabilidade emocional de ambos os moradores. Por parte da genitora, ao evidenciar de forma ansiosa a insatisfação em continuar convivendo naquela condição segundo ela “insuportável”, tendo que (sic) “dopar” o adolescente com as medicações que adquiria mediante receitas antigas, para que ela pudesse sair de casa para fazer compras ou mesmo procurar atendimento médico para si.

Por parte do adolescente, pela própria condição clínica, sendo ora agressivo, ora ausente, o que punha médico e agente de saúde em constante alerta. Isso se evidenciou nas diversas tentativas de anamnese da Sra. N., em que não foi possível colher os dados necessários pela interrupção agressiva do seu filho.

Em determinado momento, o adolescente mostrou-se bastante agitado, proferindo gestos agressivos, o que tornou inviável a permanência da equipe de saúde no local naquele momento.

Visando a segurança e o bem-estar de todos, a equipe optou por retornar em outro momento para nova abordagem do caso, manifestando de antemão a Sra. N. a necessidade de continuidade do tratamento de ambos e da intenção do médico e da Unidade de Saúde Pedro Arume em dar continuidade ao acompanhamento da família.

Finalizada a visita domiciliar, foi acordado entre a agente comunitária de saúde e o médico da USF uma reunião para tratar do caso. Foi sugerida a inclusão

da coordenação e da psicóloga da unidade, tendo esta já conhecimento do caso clínico do paciente em oportunidade prévia. Na ocasião, foi iniciado levantamento de dados daquela família, através de anotações de prontuários, contato com CAPS-i e informações colhidas na USF Pedro Arume. Segundo relatos, o adolescente foi acompanhado pelo CAPS-i de Nova Iguaçu, sendo reportadas passagens desde 2011, inclusive no setor de Psiquiatria, sendo ofertado na ocasião o serviço de transporte pelo SEMUS (Secretaria municipal de Saúde), porém sem regularidade (sic). O adolescente também não teve continuidade do tratamento na Clínica do Autismo em Itaboraí, município do Estado do Rio de Janeiro. Fez uso de Risperidona, Carbamazepina e Clonazepina, passando por consulta psiquiátrica no Instituto Fernandes Figueira em Botafogo, Rio de Janeiro.

2. PROBLEMA

Como problema trazido na presente pesquisa, indaga-se sobre a viabilidade e eficácia no tratamento de caso de transtorno do espectro autista, e as possibilidades de atuação pela equipe de Saúde da Família, envolvendo intervenção direta na estrutura da família considerada (Sra. N. e adolescente L.), considerando-se a gravidade do quadro psicossocial apresentado.

3. JUSTIFICATIVA

A escolha do projeto de intervenção surgiu da identificação de um adolescente autista e sua genitora, moradores da área de Grama, localidade abrangida pela USF Dr. Pedro Arume, em Nova Iguaçu, cujo quadro familiar e social apresentado revelou graves distúrbios de ordem médica, psicossocial e familiar, engendrando, por imperativos de ordem profissional, ética e científica, a necessária e premente investigação e atuação. Nesta ótica, durante uma visita domiciliar, pôde-se identificar nessa família elementos suficientes para deflagrar o interesse em abordar as dificuldades e desafios do gerenciamento do cuidado frente à complexidade dos transtornos mentais apresentados.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

O objetivo geral da presente proposta é analisar as dificuldades e desafios no tratamento do caso de transtorno do espectro autista evidenciado na família objeto do presente projeto de intervenção (Sra. N e adolescente L.), e as consequências de ordem médica e social derivadas desse tratamento, dada a complexidade do transtorno mental apresentado.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Constituem objetivos específicos:

- Verificar a aceitação, adaptação e continuidade do tratamento frente à família considerada.
- Verificar a articulação entre a USF de Grama e a rede de apoio especializado no caso apresentado.
- Verificar a inserção da família na rede de apoio e a continuidade no acompanhamento dessa família.
- Analisar a evolução do quadro mental do paciente L. e a eventual diminuição ou cessação de seu quadro de agressividade.
- Analisar a eventual melhoria no quadro de saúde da paciente, Sra. N., e sua consequência no plano da estrutura familiar considerada.

5. REVISÃO DE LITERATURA

Nikolov et al. (2006, p. 40) reporta o surgimento do autismo na infância, distúrbio esse caracterizado por alterações invasivas do desenvolvimento, cientificamente relacionadas como *transtornos do espectro do autismo*, com comprometimento de diversas áreas do funcionamento, como a interação social, a comunicação, comportamentos repetitivos e interesses restritos.

A mesma terminologia é empregada por Arima (2009, p. 8), evidenciando a presença de uma heterogeneidade de quadros clínicos relacionada ao autismo, como o transtorno do espectro autista (TEA), transtornos invasivos do desenvolvimento (TID) e transtornos globais do desenvolvimento (TGD).

Klin (2006) relata como características comuns ao autismo o prejuízo na interação social, alterações na comunicação e padrões limitados ou estereotipados de comportamentos e interesses, presentes em torno dos 3 anos de idade. Essas mesmas características são igualmente apontadas por Smith (2013, p.1).

Freitas e Zilda (2013, p. 351), por seu turno, relacionam os transtornos do espectro autista a certas características, como o comprometimento na interação social e comunicação e repertório restrito de comportamentos, atividades e interesses.

No que se refere à incidência do autismo, percebe-se, de maneira significativa, um aumento considerável do número de casos em todo o mundo. De acordo com Elsabbagh et al. (2012) essa incidência se deve a inúmeros fatores, dentre os quais a maior eficiência na identificação do diagnóstico de autismo e o incremento dos critérios para esse diagnóstico.

O tratamento do autismo não se constitui uma tarefa fácil, seja pela dificuldade em se conseguir um diagnóstico preciso da doença, seja pela existência de uma multiplicidade de tratamentos atualmente existentes. Neste mister, menciona Bosa (2006, p. 52) a escassez de embasamento empírico no que se refere ao autismo, propugnando uma maior cautela no fechamento do diagnóstico bem como no tratamento dessa síndrome, concluindo pela inexistência de uma abordagem unicamente eficaz em todas as diferentes etapas da vida do paciente.

Por via de consequência, mostra-se inadequado tratar os pacientes com autismo da mesma maneira, já que eles apresentam diferentes características e especificidades a depender do grau de autismo considerado. Este, aliás, é o pensamento de Misquiatti et al. (2014), para quem crianças com TEA diferenciam-se de outros grupos de deficientes e não deficientes, de tal sorte que a busca por recursos e metodologias educativas a serem aplicadas na mediação de seu desenvolvimento resta dificultada.

No que se refere ao tratamento farmacológico de crianças com autismo, apontam Morant, Mulas e Hernández (2002, p. 64) a existência de diversos tipos de fármacos possíveis de serem empregados, a exemplo dos medicamentos neurolépticos, os inibidores de receptação de serotonina e os antiepiléticos.

Note-se que o tratamento do autismo não deve ser exclusivamente baseado em remédios. Com efeito, prelecionam Santos e Sousa (2006, p. 42-43) que abordagens educacionais também podem ser utilizadas para a melhoria do desempenho, das capacidades individuais e da adaptação das crianças ao ambiente, de tal sorte que a “terapia comportamental, a reeducação dos pais para a aceitação dos deficits da criança, terapias de diálogo e linguagem (como o PECS), terapia ocupacional, programas psico-educacionais como o TEACH, equoterapia, musicoterapia, entre outros” também devem ser utilizados.

Mostra-se, assim, viável e adequado conjugar o uso de fármacos juntamente com métodos de intervenção no comportamento dos pacientes. Esta solução é igualmente contemplada por Chugani (2005, p. 350), para quem uma nova era de intervenções farmacológicas é possível devido à melhor compreensão dos eventos moleculares relacionados ao desenvolvimento cerebral. Nesta ótica, a possibilidade de identificação das variações genéticas em indivíduos com autismo para a determinação dos processos aplicáveis poderá nortear estratégias racionais de intervenção, entretanto não se abrindo mão do uso, concomitantemente às estratégias farmacológicas, de intervenções comportamentais.

Inúmeros medicamentos são utilizados para o tratamento do autismo. Um estudo realizado por James T. McCracken et Al. (2002, p. 314) evidenciou que a *Risperidona* se revelou eficaz e bem tolerada no tratamento dos sintomas de agressão e comportamentos de autolesão em crianças com distúrbio do autismo.

No que se refere ao tratamento do autismo, reportam Kumar et Al. (2012, p. 1300) que as terapias recomendadas para o tratamento de diversos sintomas comportamentais do autismo compreendem abordagens educacionais. Ao mesmo tempo, menciona o referido autor que várias intervenções na dieta e tratamentos alternativos auxiliaram na cura dos sintomas do autismo.

Ainda de acordo com os citados autores, no que se refere ao uso de medicamentos (antidepressivos, antipsicóticos, anticonvulsivos e estimulantes) estes se mostraram eficazes no tratamento de diversos distúrbios de comportamento em indivíduos autistas, como a hiperatividade, falta de atenção, agitação, insônia, agressão, irritabilidade, ansiedade e comportamentos repetitivos e compulsivos. No entanto, no processo de tratamento e intervenção junto à família de paciente com autismo, é fundamental a atuação conjunta dos centros de apoio à família do paciente. Tal orientação também está contida no guia **Autism Spectrum Disorders: Guide to Evidence-based Interventions** (2012, p. 50), destacando-se a necessidade de deliberações conjuntas envolvendo os centros de atendimento, pacientes e respectivas famílias.

O Guia **Scottish Intercollegiate Guidelines Network**(2007, p. 22-23) relata o uso de alguns medicamentos no tratamento do autismo. Dentre eles, a Risperidona (útil no tratamento em curto prazo de agressões e autolesões em crianças com autismo); Metilfenidate (para o tratamento de dificuldade de atenção e hiperatividade em crianças); Melatonina (para o tratamento de distúrbios do sono), dentre outras.

6. METODOLOGIA

O método de trabalho baseou-se nos modelos de elaboração de planilhas de intervenção familiar construídos para nortear as ações a serem desenvolvidas no tratamento da família considerada.

Tal projeto de intervenção seguiu os moldes dos projetos terapêuticos singulares cujo desenho inclui a análise situacional e diagnóstica dos elementos da família, a seleção de problemas, as ações e metas a serem desenvolvidas, prazos e possíveis resultados.

Além disto, foi utilizada a pesquisa bibliográfica, com as citações de autores renomados que subsidiaram as argumentações ligadas ao tema e alicerçaram a construção do plano terapêutico.

Grupo Familiar	Análise Situacional/Diagnóstico	Seleção dos Problemas	Metas	Prazos/ Responsável(is)	Cumprimento de metas
Família	<p>- Família Monoparental.</p> <p>- Distanciamento afetivo.</p> <p>- Moradia em péssimas condições; ambiente sujo, ausência quase total de móveis íntegros, escuro, paredes com sinais de sujeira e marcas de mãos e braços; forte odor na residência e infiltrações no teto.</p> <p>Fonte de informação: Visita domiciliar.</p>	<p>- Área cadastrada, com agente comunitário de saúde fixo e de acesso fácil.</p> <p>- Família sem assistência especializada de saúde.</p> <p>- Dificuldade de verbalização dos sentimentos.</p> <p>- Dificuldade em lidar com adoecimento do membro da família.</p> <p>- Incapacidade de colher relato mais apurado vide agressividade de membro da família.</p>	<p>- Escuta ativa</p> <p>- Compreensão da visão da chefe de família sobre a situação vivenciada.</p> <p>- Contribuir para uma melhor compreensão sobre as questões de saúde envolvidas.</p> <p>- Aceitação, adaptação e continuidade do tratamento.</p> <p>Inserção da família na rede de apoio e a continuidade no acompanhamento dessa família</p> <p>- Notificação aos órgãos cabíveis.</p> <p>- Investigação clínica da família e coleta de exames laboratoriais</p>	<p>-Visita domiciliar – médico, psicóloga, ACS: agendamento mensal</p> <p>- Coleta de dados, levantamento do histórico de saúde da família pela equipe da USF Pedro Arume. – Imediata.</p> <p>- Consulta clínica/ psiquiátrica e psicológica – 03 semanas – Médico e Psicóloga da USF.</p> <p>- Doação de móveis e pintura da residência – recursos a definir – 2 meses.</p> <p>- Contato com Capsi – Médico/Coordenação da USF – Imediata.</p>	<p>- 1ª Visita domiciliar realizada (31/08/2015) – Diagnóstico situacional – Médico e ACS.</p> <p>- 2ª Visita domiciliar (21/09/2015) – Psicóloga, Médico e ACS vão até a residência para reavaliação do ambiente, suporte e nova tentativa de consulta médica.</p> <p>- Contato com Capsi de Nova Iguaçu (02/09/15).</p> <p>- 3ª Visita domiciliar (05/10/2015) – Médico vai à residência para acompanhamento clínico avaliação do ambiente. Aguardado demais setores nos ajudar com consulta psiquiátrica. Aguardo encontro com representantes do Capsi. Obs: Família não atendeu ao Médico na ocasião – Não atendeu a porta.</p> <p>- Médico, Coordenação da USF e Enfermagem se reúnem com representantes do Capsi de Nova Iguaçu. Definido plano de intervenção para o “Caso Luan”, assim como as estratégias de abordagem e reintegração da família ao suporte especializado. Na ocasião equipe de saúde e representantes Capsi deliberaram sobre histórico clínico e social da família.</p> <p>- Contato com Capsi para agendamento de nova visita domiciliar (04/01/2016) – Médico, ACS, Psicóloga, Enfermagem, Representante do Capsi.</p> <p>- 05/01/2016 – Confirmação de visita domiciliar para 2ª semana de janeiro/2016 - Médico, ACS, representante Capsi, representante CRAS. Médico recebe a notícia que adolescente será reintegrado ao Capsi; consulta com Psiquiatra já agendada para 2ª semana de janeiro/2016; medicação doada pelo Capsi.</p> <p>- 06/01/2016 – Confirmada avaliação do Psiquiatra em consulta agendada para dia 11/01/2016 no Capsi Nova Iguaçu. Confirmada por essa instituição a reintegração do adolescente ao cuidado continuado, doação das medicações, consultas regulares com Psiquiatria e Terapia Ocupacional (Genitora e Adolescente) e transporte do paciente para avaliações periódicas.</p> <p>- 13/01/2016 – Nova visita domiciliar para reavaliação situacional – Médico, Enfermagem, Coordenação da USF, Assistente Social (CRAS), ACS.</p> <p>- 16/03/2016 – Visita domiciliar agendada para reavaliação multidisciplinar – Médico, ACS, Psiquiatra (Capsi), Representante Capsi, Assistente Social (CRAS), Coordenação da USF Grama, Psicóloga (USF Grama), Enfermagem.</p>

Grupo Familiar	Análise Situacional/Dia gnóstico	Seleção dos Problemas	Metas	Prazos/ Responsável(is)	Cumprimento de metas
N, 50 anos, chefe de família	<ul style="list-style-type: none"> - HAS descompensada em tratamento irregular. - Desempregada. - Relação conflituosa com filho autista. - Distanciamento afetivo e financeiro com ex marido. - Descrédito no tratamento. <p>Fonte de informação: Visita domiciliar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Baixa escolaridade. - Ansiosa. - Humor deprimido. - Ceticismo em relação à situação vivida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação, investigação e controle de doenças crônicas. - Apoio psicossocial, - Consulta médica centrada na pessoa e abordagem familiar, avaliação diagnóstica e regularização terapêutica. 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 Meses – Médico, Psicóloga e ACS. - Imediato/ Equipe da USF Pedro Arume. 	<ul style="list-style-type: none"> - 1ª Visita domiciliar realizada (31/08/2015) – Diagnóstico situacional. Médico fica ciente do relato da genitora. - 2ª Visita domiciliar (21/09/2015) – Psicóloga, Médico e ACS vão até a residência para reavaliação do ambiente, suporte e nova tentativa de consulta médica. - 3ª Visita domiciliar (05/10/2015) – Médico vai à residência para acompanhamento clínico avaliação do ambiente. Aguardado demais setores nos ajudar com consulta psiquiátrica. Aguardo encontro com representantes do Capsi. Obs: Família não atendeu ao Médico na ocasião – Não atendeu a porta. Médico, Coordenação da USF e Enfermagem se reúnem com representantes do Capsi de Nova Iguaçu. - 06/01/2016 – Confirmada avaliação do Psiquiatra em consulta agendada para dia 11/01/2016 no Capsi Nova Iguaçu. Confirmada por essa instituição consultas regulares com Psiquiatria e Terapia Ocupacional (Genitora e Adolescente) e transporte do paciente para avaliações periódicas. 13/01/2016 – Nova visita domiciliar para reavaliação situacional – Médico, Enfermagem, Coordenação da USF, Assistente Social (CRAS), ACS. - 16/03/2016 – Visita domiciliar agendada para reavaliação multidisciplinar – Médico, ACS, Psiquiatra (Capsi), Representante Capsi, Assistente Social (CRAS), Coordenação da USF Grama, Psicóloga (USF Grama), Enfermagem.
L, 16 anos, filho.	<ul style="list-style-type: none"> - Adolescente com distúrbios de comportamento severos, mãe relata estado de saúde desde nascimento. - Sem acompanhamento regular de saúde por não encontrar local que o atenda (SIC). - História de tratamento em Capsi - Fonte de informação: Visita domiciliar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso crônico de fármaco sem critérios médicos. - Sem escolaridade. - Higiene pessoal ruim. - Risco à integridade física e psicológica. - Agressividade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação psiquiátrica e psicológica. - Abordagem familiar, agendar consulta com psiquiatria. - Suporte da Rede de apoio. - Retomada de tratamento em CAPSI. - Adesão ao tratamento continuado. 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 Meses – Médico, Psicóloga e ACS. - Imediato/ Equipe da USF Pedro Arume. - Imediato – Iniciar contato com Capsi – Médico e Coordenação da USF Pedro Arume. 	<ul style="list-style-type: none"> - 1ª Visita domiciliar realizada (31/08/2015) – Diagnóstico situacional. Médico observa alteração comportamental do adolescente. Contato com Capsi de Nova Iguaçu (02/09/15). - 2ª Visita domiciliar (21/09/2015) – Psicóloga, Médico e ACS vão até a residência para reavaliação do ambiente, suporte e nova tentativa de consulta médica. - 3ª Visita domiciliar (05/10/2015) – Médico vai à residência para acompanhamento clínico avaliação do ambiente. Aguardado demais setores nos ajudar com consulta psiquiátrica. Aguardo encontro com representantes do Capsi. Obs: Família não atendeu ao Médico na ocasião – Não atendeu a porta. - Médico, Coordenação da USF e Enfermagem se reúnem com representantes do Capsi de Nova Iguaçu. Definido plano de intervenção para o “Caso Luan”. Contato com Capsi para agendamento de nova visita domiciliar (04/01/2016) – Médico, ACS, Psicóloga, Enfermagem, Representante do Capsi. 05/01/2016 – Confirmação de visita domiciliar para 2ª semana de janeiro/2016 - Médico, ACS, representante Capsi, representante CRAS. Médico recebe a notícia que adolescente será reintegrado ao Capsi; consulta com Psiquiatra já agendada para 2ª semana de janeiro/2016; medicação doada pelo Capsi. - 06/01/2016 – Confirmada avaliação do Psiquiatra no dia 11/01/2016 no Capsi Nova Iguaçu. Este confirma reintegração do adolescente ao cuidado continuado, doação das medicações, consultas regulares com Psiquiatria e Terapia Ocupacional (Genitora e Adolescente) e transporte para avaliações periódicas.

CONDIÇÕES DE MORADIA

Grupo Familiar	Análise Situacional/ Diagnóstico	Seleção dos Problemas	Metas	Prazos/ Responsável(is)	Cumprimento de metas
Família Monoparental	- Moradia em péssimas condições; ambiente sujo, ausência quase total de móveis íntegros, escuro, paredes com sinais de sujeira e marcas de mãos e braços; forte odor na residência e infiltrações no teto.	- Ambiente degradado. - Péssima conservação dos alimentos e estado de limpeza do imóvel - Risco à saúde.	- Levantamento das condições de estrutura e bens. - Mutirão de pintura e limpeza do imóvel. - Doação de móveis. - Reorganização estrutural do local	- 1 Mês - 1 Mês - 6meses - 1 Mês	- 2ª Visita domiciliar (21/09/2015): realizado levantamento da estrutura e bens (móveis). - Reunião com Equipe para estabelecer projeto de doações e pintura. 06/01/2016 - Realizada reunião de equipe USF Grama (Coordenação, Médico, Enfermagem, ACS) para avaliação do Caso Luan. Iniciado plano de intervenção estrutural do imóvel. Avertado parecer do CRAS através da Assistência Social (Projeto de mutirão? / Intervenção de políticas públicas adequadas?).

7. CRONOGRAMA

Pretende o aluno levar o trabalho, de seus primeiros delineamentos à conclusão e apresentação do Projeto de intervenção, conforme o cronograma a seguir:

TAREFAS/MESES	OUT/2015	NOV/2015	DEZ/2015	JAN/2016	FEV/2016
ESCOLHA DO TEMA	█				
DELIMITAÇÃO DO TEMA		█			
LEVANTAMENTO DE DADOS		█	█		
LEVANTAMENTO BIBLIOGRAFIA		█	█		
ELABORAÇÃO DO PROJETO			█		
CONCLUSÃO DO PROJETO			█		
ENTREGA DO PROJETO				█	
APRESENTAÇÃO DO PROJETO					█

8. RECURSOS NECESSÁRIOS

Não estão previstos recursos financeiros significativos na presente pesquisa. Eventuais gastos financeiros restringir-se-ão a medicamentos, estes a serem adquiridos junto à rede especializada de apoio. Tampouco estão previstos gastos relacionados a recursos humanos, já que a pesquisa será desenvolvida pelo próprio pesquisador e autor da proposta em conjunto com sua equipe de saúde da família. Registre-se que eventuais gastos excepcionais que porventura se revelem necessários serão arcados pelo próprio pesquisador.

9. RESULTADOS ESPERADOS

Até o presente momento alguns resultados já foram alcançados. Dentre eles, pode-se mencionar:

- a) Contato satisfatório e promissor entre os profissionais de saúde e a genitora do paciente, estabelecendo-se atmosfera de confiança e cumplicidade para o início do tratamento.
- b) Colheita das impressões do ambiente e do quadro socioeconômico do núcleo familiar relacionado.
- c) Identificação inicial do quadro médico do paciente e necessidades médico-farmacológicas.

Outros resultados esperados no presente Projeto de Intervenção:

- a) Consolidar prática da equipe de saúde.
- b) Trabalhar com planilhas de intervenção.
- c) Garantir avanços da multidisciplinaridade para a transdisciplinaridade no cuidados aos casos complexos.
- d) Diagnóstico do quadro médico e clínico da família pesquisada e o estabelecimento das condições de continuidade do tratamento, em especial com a diminuição do quadro de gravidade apresentado.
- e) Continuidade do fornecimento dos medicamentos eventualmente necessários à família objeto da intervenção, delimitada a responsabilidade da rede de apoio envolvida no caso.
- f) Diagnóstico do quadro psicossocial da família pesquisada, com a promoção de melhor qualidade de vida no seio da estrutura familiar considerada.

10. CONCLUSÃO

Evidenciou-se, com o presente Projeto, o estudo de caso relacionado à família monoparental relatada na pesquisa, a saber, Sra. N. e adolescente L. (portador de autismo infantil), moradores de Gramma, Nova Iguaçu, estado do Rio de Janeiro, aqui considerado, no contexto relacionado, um histórico familiar de desamparo social e graves distúrbios psíquicos e emocionais.

Consoante afirmado na presente pesquisa, a proposta trazida busca discutir as possibilidades de intervenção direta na estrutura dessa família no que tange à retomada do tratamento do adolescente de forma continuada e o estabelecimento de condições mínimas de ordem médica e humanística, de tal sorte a ampararem essa família, considerando-se a precariedade e fragilidade do lar considerado.

O contexto aqui apresentado evidencia um dos temas de maior monta no campo da medicina e da psiquiatria. Adentra-se, nessa perspectiva, o universo do *autismo*, no exame de suas particularidades, características e variáveis psicossociais, sendo este distúrbio de conhecimento reduzido na literatura mundial. Mais que isso, busca essa pesquisa lançar um olhar sobre o universo do cotidiano de uma família nitidamente afetada pelas consequências psicossociais do quadro autista em um dos seus membros.

Nesta ótica, o acompanhamento cotidiano dessa família promoverá, assim se acredita, uma melhoria do quadro clínico do paciente, engendrando-se a possibilidade concreta de atuação eficaz no referido cotidiano, de tal sorte a promover a melhoria no tratamento fornecido, bem como uma melhoria no quadro de reinserção social dos diretamente afetados com o distúrbio.

REFERENCIAS

ARIMA, Elaine Soares. **Avaliação psicológica e intervenção farmacológica de crianças autistas em dois serviços públicos**. Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em ciências do comportamento da UNB. 2009.

Autism spectrum disorders: guide to evidence-based interventions. Missouri Autism Guide lines Initiative. Missouri, EUA, 2012.

BOSA, Cleonice Alves. Autismo: intervenções psicoeducacionais. **Revista brasileira de psiquiatria**. 28, Supl. I, p. 47-53, 2006.

CHUGANI, Diane C. **Pharmacological intervention in autism: targeting critical periods of brain development**. Clinical Neuropsychiatry. Giovanni Fioritti Editopres. 2.6, p. 346-353, 2005.

ELSABBAGH, M.; DIVAN, G.; KOH, Y.-J., KIM, Y.; KAUCHALI, S.; MARCÍN, C.; FOMBONNE, E. **Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders**. Autism Research, 5(3), 160–79. Doi: 10.1002/aur.239, 2012.

FREITAS, Lucas Cordeiro; ZILDA, Aparecida Pereira Del Prette. Habilidades sociais de crianças com diferentes necessidades educacionais especiais: avaliação e implicações para intervenção. **Avances em psicologia latinoamericana**. Bogotá, Colombia. Vol. 31(2), p. 344-362, 2013.

KLIN, Ami. **Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral**. Revista Brasileira de Psiquiatria. vol.28 suppl.1. SãoPaulo, May 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006000500002>. Acesso em 03.01.16.

KUMAR, Baldeep; PRAKASH, Ajay; SEWAL, Rakesh K.; MEDHI, Bikash; MODI, Manish. Drugtherapy in autism: a presentand future perspective. **Pharmacological reports**, 64, 12911304, 2012.

McCRACKEN et Al. Risperidone in children with autism and serious behavioral problems. Research unitson pediatric psychopharmacology autism network. **The new England journal of medicine**. V. 347, No. 5, August 1, 2002.

MISQUIATTI, Andréa Regina Nunes; BRITO, Maria Claudia; CERON, Jéssica dos Santos; CARBONI, Priscila Piassi; OLIVATI, Ana Gabriela. **Comunicação e transtornos do espectro do autismo: análise do conhecimento de professores em fases pré e pós-intervenção**. Rev. CEFAC vol.16 no.2 São Paulo Mar./Apr. 2014. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201418712>. Acesso em 03.01.16.

MORANT, A; MULAS, F; HERNÁNDEZ, S. Abordaje farmacológico em el espectro autista. **Revista neurol**, 34, Supl. 1, p. 64-67, 2002.

NIKOLOV, Roumen; JONKER, Jacob; SCAHILL, Lawrence. Autismo: tratamentos psicofarmacológicos e áreas de interesse para desenvolvimentos futuros. **Revista brasileira de psiquiatria**. 28, Supl. I, p. 39-46, 2006.

SANTOS, Isabel Margarida Silva Costa dos; SOUSA, Pedro Miguel Lopes de. **Como intervir na perturbação autista**. Revista eletrônica psicologia.pt. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0262.pdf>. Acesso em 03/01/16.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Assessment, diagnosis and clinical interventions for children and young people with autism spectrum disorders. 28 Thistle Street, Edimburgo, Escócia, Julho, 2007.

SMITH, Jacklyn Dianna. **Dietary treatment and pharmacological intervention for core behaviours in the BTBR T+Itpr3tf/J mouse model of autismo**. A thesis submitted to the Faculty of Graduate Studies in Partial Fulfillment of the Requirements for a Master of Science Degree. Department of Neuroscience. University of Calgary. Alberta, Canada, July, 2013.