GABRIELA RUAS

MELHORIAS NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESF SANS SOUCI – ELDORADO DO SUL/RS

PORTO ALEGRE, JUNHO DE 2017

GABRIELA RUAS

MELHORIAS NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESF SANS SOUCI – ELDORADO DO SUL/RS

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: Tiago Maas

PORTO ALEGRE, JUNHO DE 2017

RESUMO

Introdução: entende-se que a integração da saúde mental na atenção primária é essencial no cuidado integral dos indivíduos. Estudos demonstram prevalência mundial de transtornos mentais de até um terço da demanda na atenção primária. Na ESF Sans Souci encontra-se número crescente de pacientes com transtornos mentais com manejo inadequado do seu sofrimento, seja por subdiagnósticos, uso abusivo de medicações ou escassez de medidas terapêuticas alternativas ao cuidado ao indivíduo. Assim, pretende-se por meio deste Projeto de Intervenção a implantação de ações que melhorem o cuidado de pacientes com transtornos mentais na ESF Sans Souci. Metodologia: estimar a prevalência de usuários com transtornos mentais na ESF Sans Souci por meio de aplicação pelos ACS durante visita domiciliar do questionário SRQ-20. Os dados coletados serão inseridos em um banco de dados. Baseado nos dados obtidos será proposta a criação de um grupo de suporte para os pacientes com sofrimento mental. Ao final de 3 meses de encontros do grupo será aplicado um questionário entre os integrantes para que seja identificado o nível de satisfação dos indivíduos. Pretende-se apresentar os resultados obtidos aos gestores municipais para que fossem avaliadas as ações a serem implantadas futuramente como apoio matricial, grupo terapêutico e CAPS. Resultados esperados: estabelecer a prevalência de transtornos mentais entre a população atendida na ESF Sans Souci bem como a criação de grupo de suporte, com a ampliação de responsabilidade e de autonomia dos pacientes com sofrimento mental.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Promoção da Saúde, Saúde Mental, Saúde da família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 5

2. ESTUDO DO DE CASO CLÍNICO 8

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO 13

4. VISITA DOMICILIAR 16

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA 18

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 20

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO 23

1. INTRODUÇÃO

Sou Gabriela Ruas dos Santos, médica formada em dezembro de 2015 pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Natural de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, participei da primeira turma da UFCSPA a ter o acesso ao curso de medicina mediante a avaliação no Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM). Esse fato proporcionou que a minha turma (AD 2015) fosse composta por colegas de diferentes origens no Brasil, sendo caracterizada pela multiplicidade cultural. Integrando a minoria gaúcha, pude estabelecer amizades com pessoas de Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Brasília, Goiás, Rondônia e Espírito Santo.

Durante a minha formação, tive diversos exemplos de colegas determinados e disciplinados que perseveraram em seu sonho profissional, mesmo que para isso estivessem longe de suas origens e de suas famílias. Nesses 6 anos como acadêmica, também vivenciei a crise financeira e de segurança pública que, infelizmente, prejudicou tantos familiares e amigos. Morei com meus pais durante a graduação e, para complementar a renda, tive bolsas de incentivo. Participei do PET-Saúde Vigilância em Saúde – em que analisamos o perfil epidemiológico da influenza A H1N1 no surto de 2009, integrei equipes de pesquisas científicas no Hospital Santa Clara (Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre) e fiz estágio na Central de Transplantes de Porto Alegre. Além disso, vendia trufas caseiras de fabricação própria para meus colegas de curso.

Desde o início da faculdade somos orientados a seguir uma residência para especialização profissional e eu sempre tive dúvidas referentes a essa escolha. Por todos os exemplos de sucessos e de fracassos que tive ao longo da formação, além de vivenciar situações pessoais de violência urbana, no final do internato decidi que não prestaria nenhuma prova de residência no Brasil. Fiz uma pesquisa na internet sobre os possíveis lugares para trabalhar como médica e após uma análise de qualidade de vida, segurança pública, reconhecimento e remuneração profissional, contato com a natureza, condições climáticas e aceitação de imigrantes, tentarei revalidar meu diploma na Austrália.

Enquanto me preparo para este fato, decidi optar pelo Programa Mais Médicos para ter experiências profissionais e para realizar um curso de especialização de qualidade que será reconhecido internacionalmente. Neste

momento, atuo na ESF Sans Souci, no município de Eldorado do Sul/RS. Este município tem 37366 habitantes, em relação aos serviços de saúde apresenta 1 Pronto Atendimento 24h, 6 UBS, 2 ESF e não possui hospital. A economia é baseada em comércio e indústrias, com 5% da população desempregada. Existe desigualdade social, com o bairro Sans Souci localizando-se entre uma área de ocupação irregular de terrenos do Estado e um condomínio residencial fechado com casas luxuosas. A comunidade residente no bairro Sans Souci apresenta, em sua maioria, domicílios com saneamento básico, água tratada e asfaltamento. Referente ao tipo de lazer, os moradores costumam freqüentar a praça da comunidade (recentemente inaugurada ao lado da ESF Sans Souci, com alguns equipamentos para a prática de exercícios físicos) e lojas comerciais no centro da cidade.

Com o recadastramento realizado pelos agentes comunitários de saúde (ACS) no ano de 2017, esta unidade atende a uma população de 5156 habitantes. Na área de abrangência, a comunidade dispõe de creche municipal, 2 escolas (Escola Estadual Américo Braga e Escola Municipal La Hire Guerra) e o Clube de Mães Amizade – centro comunitário organizado por mulheres do bairro, local de encontros, feiras, eventos festivos e que é cedido para a ESF Sans Souci para a organização de ações de educação em saúde e para a realização de grupos – neste local está sendo realizado o Grupo Emagrecimento, coordenado pela técnica de enfermagem e pelos ACS.

Desde que iniciei meu trabalho, em março de 2016, a agenda médica foi dividida a fim de reservar espaços para as principais demandas da ESF. Esse fato também aconteceu por sugestão da participação no PMAQ. Dessa maneira, os turnos são divididos em horários de pré-natal, puericultura, hiperdia (atendimento de hipertensos e de diabéticos), consultas clínicas e conviver (atendimento em saúde mental). O cadastramento demonstra que a comunidade é formada em sua maioria por adultos (total de 4026 pessoas acima de 15 anos), com 34 gestantes, 84 crianças menores de 2 anos, 672 hipertensos e 222 diabéticos no território.

Ainda não há levantamento sobre o número de usuários do território que necessitam de atendimento em saúde mental. Entretanto, percebe-se na ESF Sans Souci que, além do turno semanal reservado ao atendimento de pacientes com diagnósticos estabelecidos de transtornos mentais, muitos casos de sofrimento mental comum estavam em atendimento no período destinado aos atendimentos clínicos. Em nossa rotina, percebi o número crescente de pacientes com

necessidade de atendimento em saúde mental com manejo inadequado do seu sofrimento, seja por uso abusivo ou escassez de psicofármacos, subdiagnósticos ou pela carência de medidas terapêuticas alternativas ao cuidado do indivíduo.

Sabemos que a prevalência de transtornos mentais comuns pode chegar até um terço da demanda na atenção básica. Existem exemplos de sucesso em diversas ESF do Brasil com a implantação do apoio matricial, criação de grupos terapêuticos e de suporte e a implantação de CAPS na área de abrangência. Como o município de Eldorado do Sul/RS não apresenta nenhuma dessas alternativas no cuidado ao paciente com sofrimento mental, escolhi o tema do meu Projeto de Intervenção como sendo “Integração de Saúde Mental na Atenção Básica: Melhorias para o Cuidado de Pacientes com Sofrimento Mental na ESF Sans Souci” (anexo 1).

Com a execução desse projeto, pode-se estabelecer a prevalência de transtornos mentais comuns na ESF Sans Souci, além de proporcionar a discussão da implantação de estratégias que melhorem o cuidado desses pacientes por meio de uma equipe multidisciplinar e da co-responsabilização do cuidado continuado.

2. ESTUDO DO DE CASO CLÍNICO

ESF Sans Souci – Eldorado do Sul/RS

Identificação: T.R., feminina, negra, 39 anos, natural de Porto Alegre, mora em Eldorado do Sul, escolaridade ensino médio completo, sem religião, mora com namorado, desempregada.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

31/10/16: Paciente vem em consulta com queixa de atraso menstrual há 3 meses (DUM aproximada 05/08/16). Faz uso de anticoncepcional oral combinado, mas esqueceu de tomar alguns comprimidos na última cartela e não usou preservativo durante as relações sexuais. É dependente química (crack e cocaína) há 15 anos em abstinência há 6 meses, refere práticas de prostituição quando tem recaídas. Realizava acompanhamento psiquiátrico há 6 anos em hospital de Porto Alegre, recebeu alta em maio/16 em uso de clorpromazina 100mg/noite e fluoxetina 20mg/dia. Nega outras comorbidades.

HISTÓRIA PSICOSSOCIAL

Tem filha de 18 anos e outra de 15 anos (desconhece a paternidade). Ambas as filhas moram com a avó materna. Relata bom relacionamento com as filhas, com encontros semanais – prefere que elas morem com sua mãe para terem “melhor criação”(sic), visto que precisou ficar internada em clínicas de reabilitação (estima que foram 10 internações nos últimos 10 anos). Nega conflitos com sua mãe atualmente, elas fizeram uma combinação de que a mãe criaria as filhas e ela não pediria mais dinheiro para a família. Em suas 2 últimas gestações (2010 e 2014) decidiu doar as crianças (2 meninas) para adoção, eram gestações não planejadas e não desejadas.

Mora há 6 meses com namorado de 35 anos, que também é dependente químico de crack, em abstinência há 1 ano. Está desempregada há 1 ano, último emprego durou 2 meses como caixa em supermercado, relata que não consegue manter empregos porque acaba tendo faltas quando recai.

HISTÓRIA FAMILIAR

Pai falecido em acidente de automóvel há 17 anos com 43 anos, era etilista e tabagista. Mãe atualmente com 58 anos, sem comorbidades. Não tem irmãos.

Antecedentes obstétricos: menarca aos 12 anos, sexarca aos 15 anos, G4P4, nega intercorrências durante as gestações, parto e puerpério, não amamentou nenhuma das filhas por “leite fraco” (sic). Sabe-se que o aleitamento materno em recém-nascidos de mães dependentes químicas é desaconselhado devido à passagem da droga pelo leite materno (Martins-Costa *et al*, 2013).

Exame físico: Peso 62kg Altura 1,66m IMC 22,5 Pressão Arterial 130/70mmHg. Bom estado geral, mucosas úmidas e coradas, lúcida, orientada em tempo e espaço. Tireóide: consistência fibroelástica, móvel, não palpo nódulos. Mamas: volumosas, pendentes, simétricas, ausência de alterações em pele, ausência de malformação papilar, ausência de derrame papilar à expressão, não palpo nódulos ou linfonodomegalias em cadeias axilares bilateralmente. Ausculta cardíaca: ritmo regular, em 2 tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros, FC 80bpm. Ausculta pulmonar: murmúrios vesiculares uniformemente distribuídos, sem ruídos adventícios. Abdome: globoso, ruídos hidroaéreos presentes, percussão sem alterações, sem sinais de peritonismo, não palpo visceromegalias. Extremidades: pulsos periféricos palpáveis e simétricos, ausência de edema. Avaliação: amenorréia secundária

Conduta: solicito Teste Rápido de Gestação na ESF – resultado positivo. Faço abertura de pré-natal no SISPRENATAL. IG aproximada: 12semanas+3dias (DUM 05/08/16). Solicito exames laboratoriais do 1º trimestre, ausência de BCF na pesquisa com sonar. Solicito ecografia obstétrica, visto que 11% a 42% das idades gestacionais estimadas pela data da última menstruação são incorretas (BRASIL, 2012). Oriento sobre riscos de drogas na gestação como crescimento intrauterino restrito, hipertensão, parto prematuro, abortamento, síndrome de abstinência fetal, baixo peso ao nascer, parada cardiorrespiratória (BRASIL, 2012).

Oriento sobre dieta saudável. Faço a elaboração do genograma (anexo ao final do Caso Clínico). Discuto caso com Telessaúde, visto que não há CAPS ou NASF e que o único psiquiatra não estava no município na data da consulta. Telessaúde orienta que sejam mantidos os psicofármacos, visto o risco elevado de recaída. Encaminho ao Ambulatório de Saúde Mental do município para que ocorra

concomitantemente o acompanhamento com psiquiatra. Retorno em 1 mês em consulta de pré-natal com a enfermeira – consultas intercaladas.

02/12/16: Paciente comparece à consulta de pré-natal com a enfermeira da ESF. Relata que o namorado está contente com a paternidade (não tem filhos prévios) e ela está aceitando bem a gestação, não pretende entregar para a adoção. Nega uso de drogas desde que descobriu a gestação. Nega febre, queixas urinárias, perda líquida ou sangramento vaginal. Esteve em consulta com psicóloga no Ambulatório de Saúde Mental do município em novembro/16, foi orientada a aguardar em uma lista de espera para consultar com o psiquiatra, o que demorava em torno de 2 meses.

Exames laboratoriais foram agendados para 29/12/16, ecografias não estão sendo realizadas pelo município e a paciente não tem condições financeiras para fazer em um local particular. IG: 17+0 (por DUM) AU 15 BCF 152 Peso 64kg Altura 1,66m IMC 23,2 PA 120/70mmHg. Testes rápidos HIV, sífilis, Hepatite B e C: negativos. Enfermeira realiza coleta de CP (última coleta há mais de 3 anos). Entro em contato com o psiquiatra do município e solicito matriciamento para a discussão do caso. É agendado o 1º matriciamento da ESF bem como uma consulta psiquiátrica para a paciente em 15 dias. Retorno em consulta de pré-natal em 1 mês.

04/01/17: Paciente não comparece à consulta agendada. Solicito que a ACS da área de sua moradia tente encontrar a paciente em uma busca-ativa.

06/01/17: ACS não encontrou a paciente T.R., conversou com sua mãe que informou que o namorado da paciente foi encontrado após suicídio por enforcamento e desde então T.R. não foi mais vista no município. Alguns dos efeitos associados ao uso crônico de cocaína/crack são alterações cognitivas com diminuição do senso de julgamento. Esse fato explica o maior risco de doenças sexualmente transmissíveis e de mortes por causas externas como os suicídios (Martins-Costa *et al*, 2013). Sua mãe não sabe onde ela poderia ser encontrada, a ACS relata que ela não parecia preocupada, pois estava “acostumada com os sumiços de meses durante as recaídas” (sic). Informo essa situação à enfermeira (coordenadora da equipe), que entra em contato com a assistente social para relatar o caso.

11/01/17: Ocorre o 1º matriciamento na ESF. Estão presentes o psiquiatra, o psicólogo, a enfermeira da ESF, as 2 médicas da ESF e a ACS da área de T.R. O psiquiatra informa que a paciente consultou no dia 12/12/16 em um quadro clínico estável, com boa aceitação da gestação e com criação de vínculo adequado. Foi

optado por manter fluoxetina 20 mg 2cp/dia e retorno mensal com psiquiatra, realizando psicoterapia semanal. Entretanto, a partir de janeiro/17 a paciente não retornou às consultas agendadas. Conforme discutido em equipe multidisciplinar, manteremos a dose de antidepressivo, avisaremos a equipe de Saúde Mental assim que a paciente retornar. Deverá ser agendada consulta assim que T.R. voltar ao município para a avaliação clínica adequada.

Neste estudo de caso, tentei realizar um Projeto Terapêutico Singular (PTS) como o dispositivo da integralidade do cuidado da paciente. As condutas foram articuladas por meio de reuniões de equipe multiprofissional com vistas a corresponsabilização e horizontalização dos poderes (BRASIL, 2013). Foi por meio da discussão deste caso clínico que ocorreu o primeiro diálogo da atenção especializada da Saúde Mental com a ESF, criando o espaço de matriciamento. Infelizmente, não foi possível realizar a reavaliação das metas e resultados do PTS, visto que a paciente ainda não foi encontrada.

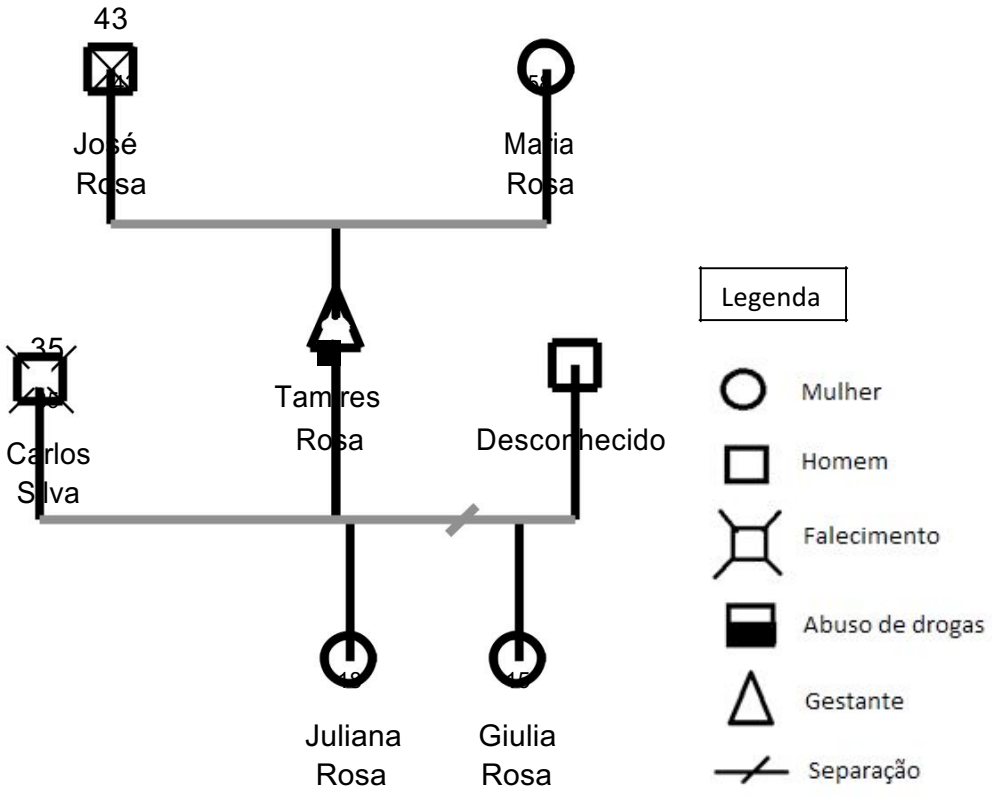
Este caso é desafiador pela tentativa de abordagem e manejo adequados da gestante e do feto. A relevância está no fato de ainda ser elevada a prevalência de gestantes usuárias de drogas ilícitas. Um estudo de coorte do Irã de 2012 mostra prevalência de 0,5% de gestantes usuárias de drogas, sendo 20,3% destas usuárias de crack (Gargari *et al*, 2012). Estudo brasileiro demonstra prevalência ainda maior, de 1,9% de gestantes, sendo cocaína/crack consumidos por 95% das usuárias (Oliveira *et al*, 2016). Além disso, usuárias de crack têm déficit de cuidados pré-natais (Botelho *et al*, 2013).

A presença de transtornos psiquiátricos pode ser relacionada com a maior ocorrência de complicações obstétricas (Yamaguchi *et al*, 2008). A cocaína exerce sua ação por meio do bloqueio na recaptação pré-sináptica de neurotransmissores (dopamina, norepinefrina e serotonina) no sistema nervoso central e periférico, determinando estimulação adrenérgica. Outro efeito conhecido dessa substância é o bloqueio dos canais de sódio na membrana celular, contribuindo para o aparecimento de arritmias cardíacas. O crack, por definição, é a forma inalatória de apresentação da cocaína, podendo ser encontrado no sangue, no cabelo, no suor, na saliva, no leite materno, na urina e no mecônio fetal (vias de eliminação materna e fetal da droga, respectivamente). Os riscos do uso de cocaína na gravidez são: vasoconstrição generalizada, taquicardia, hipertensão, cefaléia, arritmias, enfartes, descolamento de placenta, trabalho de parto prematuro, abortamento e redução do

fluxo placentário. Os recém-nascidos de mães que usaram crack durante a gravidez podem apresentar dependência e síndrome de abstinência. O crack atravessa a placenta, acarretando toxicidade ao feto. Consequências neonatais relacionadas ao crack são: vasoconstrição, sofrimento fetal, prematuridade, baixo peso, diminuição do comprimento e do tamanho da cabeça, malformação neurológica, asfixia, vômito e convulsões, podendo acarretar parada cardiorrespiratória. Problemas cardíacos e respiratórios podem aparecer tanto na mãe como no bebê (BRASIL, 2012).

Por meio da análise dos riscos maternos e fetais, é importante que seja realizada a abordagem multidisciplinar para desencorajar o uso de drogas na gestação e a avaliação de tratamentos disponíveis para esta situação. Mesmo com os esforços realizados, não tive êxito na avaliação dos resultados esperados neste caso.

Figura 1 - Genograma



Obs: genograma representativo da família da Atividade 2- Caso Clínico (nomes fictícios).

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

Desde o início das atividades na ESF Sans Souci, em Eldorado do Sul/RS, percebi a grande demanda de consultas médicas por transtornos mentais e a escassa rede de apoio para o adequado atendimento. O município apresenta 2 ESF, 6 UBS, 1 Pronto Atendimento e 1 Ambulatório de Saúde Mental, composto por 1 médico psiquiatra e 3 psicólogos. Não há a estruturação de CAPS ou NASF, os atendimentos ainda ocorrem via o tradicional sistema de referencia e contra-referência.

Os atendimentos em saúde mental são desafiadores por diversos motivos, entre eles minha inexperiência técnica, meus conhecimentos limitados, minha insegurança no manejo de casos complexos e a falta de rede de apoio organizada para uma visão integral do sujeito, com frustração quando não ocorrem resoluções de problemas. A fim de melhorar o atendimento em saúde mental na atenção básica, contatei o coordenador do Ambulatório de Saúde Mental para a elaboração do matriciamento na ESF Sans Souci.

O apoio matricial pode ocorrer de diversas maneiras, seja em discussões de casos clínicos em períodos regulares ou na realização de consultas conjuntas com o médico de referência e o especialista. De qualquer maneira, o objetivo é a construção de espaço de comunicação e compartilhamento de informações entre a equipe da atenção básica e os apoiadores (CAMPOS, 2007). Essa arranjo organizacional envolve a criação de equipes interdisciplinares e a co-gestão de responsabilidades.

Neste modelo de intervenção compartilhada é possível realizar a avaliação de pacientes vulneráveis e a criação de projetos terapêuticos singulares que serão acompanhados por ambas as equipes (BRASIL, 2014). A equipe da saúde da família constitui-se como a equipe de referência, na busca de um tratamento digno, com qualidade e vínculo a fim de tentar resolver e minimizar a falta de responsabilidades, visando a integralidade na ação em saúde. Essa rede organizacional permite que o tratamento do usuário ocorra de forma mais próxima a equipe que o conhece a mais tempo, possibilitando a melhora no vínculo terapêutico (BRASIL, 2014). Com o matriciamento, ocorre a ampliação de ações em saúde, permitindo a troca de conhecimentos de uma maneira transversalizada entre a equipe de referência e o

auxílio de especialistas. Esse fato promove o acompanhamento longitudinal na atenção básica, visto que o usuário continua sendo cliente da equipe de saúde de família - que mantém a tarefa de responsabilidade de condução da atenção ao longo do tempo (CAMPOS, 2007).

O primeiro encontro do apoio matricial ocorreu em janeiro de 2017, na sala de reuniões da ESF Sans Souci. Estavam presentes o médico psiquiatra, o psicólogo e coordenador do Ambulatório de Saúde Mental e a equipe da saúde da família (médicos, enfermeiras, técnicas em enfermagem e agentes comunitários de saúde). No início foram realizadas breves apresentações dos profissionais presentes, bem como avaliações sobre dificuldades e potencialidades do trabalho em saúde mental. Com essa troca de saberes, foi possível compreender melhor a dinâmica do serviço especializado e o motivo de longas filas de espera no sistema de referência e contra-referência, com a escassez de profissionais para atender a demanda crescente, a ocasional falta de psicotrópicos para o tratamento adequado e a inexistência de serviços de apoio como o CAPS ou NASF.

Acredito que o potencial de melhoria no atendimento a pacientes com sofrimento mental encontra-se na capacidade de envolvimento de diferentes profissionais em um projeto conjunto visando a humanização e o cuidado integral na atenção básica – o que foi evidenciado na dedicação tanto da equipe de referência quanto dos apoiadores em criar esse espaço de compartilhamento. Na discussão de casos no matriciamento foram selecionados pacientes que necessitavam de um projeto terapêutico singular, seja pela vulnerabilidade social ou pela complexidade do transtorno clínico. Foram possíveis os esclarecimentos de dúvidas e o estabelecimento de um plano conjunto de ações, envolvendo toda a equipe em um trabalho transdisciplinar com responsabilidades ao longo do tempo com os pacientes.

Como experiência pessoal, o início do apoio matricial trouxe-me maior segurança no atendimento de transtornos mentais e maior conhecimento técnico no manejo de casos complexos como esquizofrenia e bipolaridade. Além disso, a corresponsabilização do cuidado permitiu o sentimento de uma equipe ampliada, com a criação de um relacionamento profissional e ético com os apoiadores. Conversei com os pacientes sobre a discussão dos casos clínicos e recebi retornos positivos como “vocês realmente se preocupam comigo” e “senti que eu sou

importante para vocês”, melhorando também o vínculo médico-pessoa e a adesão à terapêutica proposta.

Apromoção de saúde caracteriza-se pela capacitação da comunidade na atuação de melhoria da qualidade de vida e de saúde e na autonomia para atingir o bem-estar físico, mental e social (OTTAWA, 1986). Na ESF, uma das maneiras de promover saúde é a realização de práticas educativas coletivas como grupos de suporte e participação de atividades comunitárias (confraternizações em datas comemorativas, por exemplo). Na ESF Sans Souci ainda não foi organizado um grupo específico de promoção em saúde mental, entretanto há o “grupo da caminhada” em que há a adesão de usuários com cuidado continuado em doenças crônicas, inclusive de pessoas com transtornos mentais.

O grupo é acompanhado pelos ACS 2 vezes na semana (terças e quintas) e incentivado a manter as modificações do estilo de vida com dieta equilibrada e exercícios físicos. Realizam técnicas de alongamento e caminhadas de moderada intensidade de 30 minutos pelas ruas da comunidade. Pessoas com sofrimento psíquico beneficiam-se desse espaço de convivência na comunidade, aumentando sua rede de relações, melhorando a auto-estima e promovendo o sentimento de união (BRASIL, 2011). Os grupos aumentam a autonomia do sujeito no controle sobre os ambientes em que vive – social e ecológico (SANTOS, 2006).

Além disso, sabe-se que um estilo de vida ativa regular pode diminuir a velocidade de declínio da mobilidade independente da presença de doença crônica. Pesquisas na área de exercício físico e saúde mental mostram o efeito benéfico da atividade física na auto-estima, auto-conceito, auto-imagem, depressão, ansiedade, insônia e na socialização, bem como no processo cognitivo nas áreas de memória, atenção e concentração (MATSUDO, 2006). Por meio destes instrumentos (apoio matricial e acompanhamento de grupos), pretendemos criar espaços de educação para a promoção de saúde mental na atenção básica.

4. VISITA DOMICILIAR

As visitas domiciliares na atenção básica são essenciais para o cuidado continuado com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação (BRASIL, 2012). Logo que iniciei o trabalho como médica na ESF Sans Souci – Eldorado do Sul/RS - enfrentei algumas situações que indicavam a necessidade de reflexão e a proposta de novas medidas para o adequado planejamento do cuidado do paciente no domicílio.

Na primeira semana em que eu estava na ESF, a recepcionista me informou que a nora (também cuidadora) de uma paciente com dificuldades de deambulação estava solicitando visita domiciliar com urgência (naquele turno mesmo, se possível) por não conseguir administrar as medicações prescritas. Como ainda estava me habituando a minha nova realidade de trabalho, solicitei o auxílio da ACS da área para um panorama do contexto familiar, entretanto os moradores haviam se mudado recentemente para a área de abrangência. Nas agendas dos profissionais da unidade ainda não estavam reservados horários para visitas domiciliares, ou seja, eram realizados “encaixes” se houvesse a demanda por parte do cuidador.

Neste dia, avaliei a paciente entre as consultas clínicas da unidade (fiquei ansiosa e me senti sobrecarregada com a falta de tempo necessário tanto para a visita domiciliar quanto para as consultas dos pacientes já agendados para aquele mesmo horário). Acompanhada da ACS da área (que também precisava cadastrar a nova família), fui recebida pela nora (cuidadora), pelo filho e pela paciente, todos simpáticos e felizes com a presença da equipe de saúde. O ambiente domiciliar era organizado e limpo, com 2 quartos e 1 banheiro. A paciente de 86 anos apresentava quadro demencial há 1 ano e a família decidiu que ela precisava ser cuidada pelo filho, visto que estava com dificuldades de deambulação e memória prejudicada.

Conversei separadamente com cada membro familiar e pude observar que todos estavam nervosos com a adaptação de “morar juntos novamente” e que a paciente não queria usar as medicações, pois era tratada “como se fosse uma

criança” (sic). Neste dia fiz os procedimentos de exame físico com aferição de sinais vitais e expliquei para os membros da família o plano de cuidado com visitas domiciliares, com o adequado consentimento e a pactuação de ações entre os membros da família para que a paciente mantivesse maior autonomia sobre a sua saúde, mas também aceitasse a ajuda da nora para o melhor cuidado. Na reunião de equipe subsequente à minha primeira visita domiciliar, expus para a equipe o acontecido e a necessidade de melhor organizar o trabalho, visto que o cuidado continuado não pode funcionar em caráter de urgência. Havia outros pacientes acamados sem revisão clínica nos últimos meses e me preocupava o fato de paciente e cuidador não estarem adequadamente assistidos. A equipe concordou com a modificação das agendas e, a partir disto, criou-se o espaço de 1 turno da semana para o cuidado continuado com visita domiciliar.

Uma das medidas utilizadas tanto nas visitas domiciliares quanto no atendimento na ESF é a adoção do prontuário de família, em que todos os membros da família têm seus registros guardados na mesma pasta, para melhor conhecimento do contexto familiar. Além disso, são criados Projetos Terapêuticos Singulares nos casos mais complexos para agendar a periodicidade das visitas, acionar equipamentos e recursos necessários e definir o papel de cada membro da equipe no cuidado com o paciente (BRASIL, 2012). Em relação ao caso clínico da paciente da minha primeira visita domiciliar, solicitei exames laboratoriais a fim de excluir causas tratáveis de quadro demencial e combinei que a ACS da área realizaria visitas freqüentes para avaliar a adaptação dos membros familiares à nova dinâmica, bem como a equipe de enfermagem realizaria uma visita domiciliar para aferição dos sinais vitais, realização de vacinas e orientações sobre o cuidado da pessoa idosa.

Nessas visitas são fornecidas sugestões para o cuidador não ficar sobrecarregado, melhorar a própria postura para realização da higiene do paciente, cuidados com a pele e feridas e prevenção de quedas e acidentes. Ainda temos algumas dificuldades com a organização da visita domiciliar ideal. Por vezes tivemos a falta de transporte do município para levar a equipe até os domicílios (veículos estragados ou falta de motoristas para o transporte). Outra

ferramenta que poderia apoiar o trabalho da ESF, entretanto ainda não foi instituído em Eldorado do Sul é o NASF.

A equipe multiprofissional do NASF com fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo poderia auxiliar na continuidade da atenção, visto a grande demanda destes serviços pelos pacientes que dependem de recuperação e reabilitação no domicílio. Mesmo com algumas fragilidades, atualmente todas as famílias que necessitam de visitas domiciliares são acompanhadas com periodicidade determinada pelo nível de complexidade do caso e, assim, muitas consultas de urgência são evitadas, melhorando o tempo disponibilizado para todas as consultas tanto na ESF quanto no domicílio.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Com a finalização deste curso de pós-graduação percebo o quanto a minha prática clínica e postura profissional foi alterada. Minha condição de bolsista do Programa Mais Médicos constitui-se como minha primeira experiência como médica, visto que a formatura ocorreu em dezembro de 2015 e fui admitida na ESF Sans Souci em Eldorado do Sul em março de 2016.

Nos meses iniciais tive dificuldade em organizar e planejar o meu trabalho, achava que a agenda estipulada pelos colegas que haviam trabalhado anteriormente no posto de saúde deveria ser seguida sem alterações, mesmo que isso afetasse negativamente na minha rotina – como a falta de espaço na agenda para o cuidado continuado de pacientes que necessitam de visitas domiciliares, por exemplo. Ao longo dos meses e das sugestões apresentadas nos módulos do curso de especialização em saúde da família, pude refletir sobre a necessidade de estipular o tempo necessário para que cada pessoa fosse atendida adequadamente, visto que algumas consultas demandam um tempo maior, inclusive para aplicar o Método Clínico Centrado na Pessoa.

Com o aprofundamento das noções de que a consulta deve ser individualizada, visto que cada pessoa é única, pude treinar as habilidades de: organizar a consulta com coleta da história, exame físico adequado e criação de

vínculo médico-pessoa para o manejo de problemas. Com a reorganização da minha agenda de atendimentos, pude ter mais tempo com cada paciente para explorar melhor a experiência da doença da pessoa, a fim de criar um plano conjunto de resolução de problemas – o que mostrou ser benéfico na adesão à terapêutica proposta.

Além da minha organização pessoal, pude verificar a importância do registro clínico em prontuário, tanto para a avaliação detalhada e ao mesmo tempo objetiva das consultas prévias, quanto a organização necessária ao paciente, por tratar-se de documento legal. Desde o internato, principalmente no estágio de Medicina de Família e Comunidade, pude treinar o registro no modelo SOAP (subjetivo, objetivo, avaliação e plano). Ao longo dos meses, a aplicação deste método tornou-se natural no meu raciocínio clínico, além de organizar as informações necessárias para o acompanhamento e seguimento das pessoas.

Este curso de pós-graduação também consolidou conhecimentos de medicina baseada em evidências e de critérios importantes de epidemiologia clínica. Por meio do processo de criação do Projeto de Intervenção, com revisão de artigos científicos e dos módulos de aulas com atividades de aplicação de conhecimento, pude me sentir mais “cientista” e pesquisadora, uma experiência que não tive a oportunidade de concretizar durante minha graduação de medicina. Mesmo com as dificuldades inerentes da elaboração deste projeto, com as horas dedicadas ao processo criativo e ao cumprimento das normas exigidas, avalio minha experiência de pesquisa científica como enriquecedora tanto para minha prática profissional (com revisões bibliográficas e melhora de perspectiva crítica) quanto para minha vida pessoal (no cumprimento de metas, na resolução de desafios e na melhorada autoconfiança no trabalho realizado).

Estimulada por várias aulas do curso, também me esforcei para melhorar minhas habilidades de comunicação para o trabalho multidisciplinar. Tornei-me mais participativa nas reuniões semanais da equipe da ESF, com discussões de casos e sugestões para elaborar - em casos complexos - um Projeto Terapêutico Singular com determinação dos papéis de cada integrante (seja paciente, familiar ou membro da equipe). Foi a partir dessa necessidade de corresponsabilização

que elaboramos o matriciamento, juntamente com o apoio da equipe de saúde mental do município. Dessa maneira, considerando as experiências pessoais e profissionais de cada membro da equipe (ACS, equipe de enfermagem, odontologia e medicina), estabelecemos também vínculos duradouros entre a equipe, com a valorização do empenho e do trabalho que cada um desempenha dentro da unidade básica de saúde.

Em relação ao meu desempenho nos módulos didáticos, fiz um grande esforço para me manter atualizada no cronograma, realizando as tarefas propostas. Mesmo sendo um curso longo e com carga horária exigente, tentei ser participativa na troca de experiências com os colegas nos fóruns, aprendendo bastante com a experiência alheia. Gostaria de ter sido mais assídua nas leituras complementares, entretanto em muitas situações não tive a disponibilidade de me aprofundar nos conteúdos propostos. Mesmo assim, aprendi com os materiais disponibilizados, com a maioria dos conteúdos tendo relevância para a prática profissional, visto a elevada prevalência de situações semelhantes que precisamos manejar na atenção primária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: equipes de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

2. BRASIL. Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32).

4. 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: Ministério da Saúde, 2012. 2 v.: il.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos de Atenção Básica, n. 34 – Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Cadernos de Atenção Básica (39). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.

7. Botelho A. P. M.; Rocha R. C.; Melo V. H. Uso e dependência de cocaína/crack na gestação, parto e puerpério. FEMINA (Revista FEBRASGO) | Janeiro/Fevereiro. 2013, 41(1): 23-32.

8. Campos, G. W. S.; Domitti, A.C.; Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública. 2007, 23(2): 399-407.

9. Gargari, S. S.; Fallahian, M.; Haghighi, L.; Hosseinnezhad-Yazdi, M.; Dashti, E.; Dolan, K. Maternal and Neonatal Complications of Substance Abuse in Iranian Pregnant Women. Tehran University of Medical Sciences. Acta Medica Iranica. 2012, 50(6): 411-416.

10. Martins-Costa, S. H.; Vettorazzi, J.; Cecin, G. K. G.; Maluf, J. M. R. A.; Stumpf, C. C.; José Geraldo Lopes Ramos, J. G. L. CRACK: A NOVA EPIDEMIA OBSTÉTRICA. Revista HCPA. 2013, 33(1): 55-65

11. Matsudo, S. M. Atividade física na promoção da saúde e qualidade de vida no envelhecimento. Rev. bras. Educ. Fís. Esp., São Paulo. 2006, 20(5): 135-37.

12. Oliveira, T. A.; Bersusa, A. A. S.; dos Santos, T. F.; de Aquino, M. M. A.; Neto, C. M. Resultados perinatais em gestantes usuárias de drogas ilícitas. Rev Bras Ginecol Obstet. 2016, 38(04): 183-188.

13. Ottawa. CARTA DE OTTAWA PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. 1986.

14. Santos, L. M.; Da Ros, M. A.; Crepaldi, M. A.; Ramos, L. R. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. Revista Saúde Pública. 2006, 40(2): 346-352.

15. Yamaguchi, E. T.; Cardoso, M. M. S. C.; Torres, M. L. A.; de Andrade A. G. Drogas de abuso e gravidez. Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo. 2008, 35(1): 44-47

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO

PROJETO DE INTERVENÇÃO

GABRIELA RUAS

INTEGRAÇÃO DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: MELHORIAS PARA O CUIDADO DE PACIENTES COM SOFRIMENTO MENTAL NA ESF SANS SOUCI

PORTO ALEGRE, AGOSTO DE 2016.

RESUMO

Introdução: entende-se que a integração da saúde mental na atenção primária é essencial no cuidado integral dos indivíduos. Estudos demonstram prevalência mundial de transtornos mentais de até um terço da demanda na atenção primária. Na ESF Sans Souci encontra-se número crescente de pacientes com transtornos mentais com manejo inadequado do seu sofrimento, seja por subdiagnósticos, uso abusivo de medicações ou escassez de medidas terapêuticas alternativas ao cuidado ao indivíduo. Assim, pretende-se por meio deste Projeto de Intervenção a implantação de ações que melhorem o cuidado de pacientes com transtornos mentais na ESF Sans Souci. **Metodologia**: estimar a prevalência de usuários com transtornos mentais na ESF Sans Souci por meio de aplicação pelos ACS durante visita domiciliar do questionário SRQ-20. Os dados coletados serão inseridos em um banco de dados. Baseado nos dados obtidos será proposta a criação de um grupo de suporte para os pacientes com sofrimento mental. Ao final de 3 meses de encontros do grupo será aplicado um questionário entre os integrantes para que seja identificado o nível de satisfação dos indivíduos. Pretende-se apresentar os resultados obtidos aos gestores municipais para que fossem avaliadas as ações a serem implantadas futuramente como apoio matricial, grupo terapêutico e CAPS. **Resultados esperados**: estabelecer a prevalência de transtornos mentais entre a população atendida na ESF Sans Souci bem como a criação de grupo de suporte, com a ampliação de responsabilidade e de autonomia dos pacientes com sofrimento mental.

Descritores: saúde mental, atenção primária

1. INTRODUÇÃO

Desde a declaração de Alma Ata em 1978, define-se a saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social – não sendo apenas a ausência de doença. Dessa maneira, a integração da saúde mental na atenção primária é essencial no cuidado integral das pessoas atendidas. Há evidências da alta prevalência de transtornos psiquiátricos e do grande impacto que exercem em indivíduos, familiares, comunidades e serviços de saúde se não tratados adequadamente (WHO, 2008).

O tratamento de transtornos psiquiátricos com mais brevidade – de maneira integral e conduzido próximo à comunidade - produz os melhores resultados em saúde. Além disso, a atenção primária pode agir de maneira mais permanente em prevenção de transtornos mentais, bem como no desenvolvimento de psicoeducação para o paciente e para seus familiares. Para que ocorra o manejo adequado dessas afecções, necessita-se da capacitação de profissionais de saúde e do apoio de outros níveis de atenção - com o auxílio de especialistas quando necessário (WHO, 2008).

O município de Eldorado do Sul localiza-se no estado do Rio Grande do Sul, na região Metropolitana de Porto Alegre. Apresenta população estimada de 38.199 habitantes (IBGE, 2016). Em relação ao atendimento em saúde, possui 1 Pronto Atendimento, 6UBS e 2 ESF. A ESF Sans Souci atende uma população estimada pela equipe de 5125 usuários (nova estimativa está sendo realizada por Agentes Comunitários de Saúde por meio do recadastramento de famílias – ainda sem dados atualizados do ano de 2016).

A relevância da integração de saúde mental na atenção primária estabelece-se em estudos que demonstram prevalência mundial de transtornos mentais de até um terço da demanda neste setor (TÓFOLI e FORTES, 2005). Além disso, na rotina da ESF Sans Souci encontra-se número crescente de pacientes com transtornos mentais com manejo inadequado do seu sofrimento, seja por subdiagnósticos, uso abusivo de medicações ou escassez de medidas

terapêuticas alternativas ao cuidado ao indivíduo com transtorno mental. Observa-se que algumas ESF no Brasil já adotam modelos de integração da saúde mental à atenção primária – que são alternativas ao modelo tradicional de referenciamento a especialistas em situações que excedem a capacidade terapêutica de atendimento por médico generalista. A cidade de Sobral, no Ceará, por exemplo, é referência mundial na implantação de apoio matricial em saúde mental, demonstrando que a melhora da integração de saúde mental com a ESF produz resultados diretos tanto no tratamento e integração de pacientes quanto na capacitação de médicos generalistas para o manejo terapêutico adequado (TÓFOLI e FORTES, 2005).

Além do matriciamento, outras alternativas que contribuem para o cuidado em saúde mental são a formação de grupos terapêuticos (conduzidos por profissionais de saúde), grupos de suporte (conduzidos por membros da comunidade) e presença de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) na área de abrangência do município (WHO, 2008). Desta maneira, pretende-se por meio deste Projeto de Intervenção a implantação de ações que melhorem o cuidado de pacientes com transtornos mentais na ESF Sans Souci, visto que existe a demanda crescente de melhorias no cuidado de pacientes com sofrimento e evidências dos benefícios de ações alternativas ao modelo de referência/contra-referência para o cuidado integral na atenção primária.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar estratégias para melhorias no cuidado de pacientes com transtornos mentais na ESF Sans Souci em Eldorado do Sul – Rio Grande do Sul.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar pacientes com transtornos mentais e que são atendidos na ESF Sans Souci
- Promover qualidade de assistência em saúde mental na ESF Sans Souci
- Elaborar estratégias de cuidado em saúde mental que sejam alternativas à medicalização de sintomas mentais como apoio matricial, implantação de CAPS e criação de grupos terapêuticos e de suporte
- Capacitação de equipe multidisciplinar para manejo e promoção de saúde mental

3. REVISÃO DE LITERATURA SAÚDE MENTAL

Ainda que não haja um conceito definitivo, pode-se definir a saúde mental como integrante da definição de saúde identificada no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1946: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.” A garantia à saúde é assegurada aos brasileiros pela Constituição Federal de 1988 que, no artigo 196, dispõe sobre o acesso igualitário e universal às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde como sendo direito de todos e dever do Estado.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil iniciou por volta de 1970, contemporaneamente ao movimento sanitário que transformou os modelos de práticas de saúde com a defesa da saúde coletiva, da equidade de serviços e da inclusão de usuários dos serviços de saúde na gestão do cuidado. Foi em 1978 que o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental iniciou o processo de discussão e críticas ao modelo hospitalocêntrico de assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005). A promulgação de Lei Federal 10.216 em 2001 altera as perspectivas de assistência em saúde mental, privilegiando a oferta de tratamento em serviços de base comunitária, bem como dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais.

As ações de saúde mental integram o Sistema Único de Saúde (SUS) – rede organizada de serviços públicos de saúde, instituída no Brasil em 1990 com a Lei Federal 8.080. Desta maneira, ações em saúde mental seguem os princípios do SUS: o acesso universal público e gratuito, a integralidade das ações, a eqüidade da oferta de serviços, a descentralização político-administrativa e o controle social das ações (BRASIL, 2005).

Com o redirecionamento das políticas psiquiátricas ao longo dos anos, a implantação do Programa Saúde da Família na década de 90 demonstrou ser importante recurso estratégico para o enfrentamento de problemas de saúde pública como o sofrimento psíquico. A articulação da saúde mental com a atenção básica é relevante pelo componente subjetivo de sofrimento que pode ser

associado a qualquer doença. Entretanto, nem sempre a atenção básica é suficiente para o cuidado da pessoa com transtorno mental. Desta maneira, o Ministério da Saúde construiu nos últimos anos as diretrizes para a rede de cuidados em saúde mental estruturada na atenção básica, com a possibilidade de equipes de saúde mental (lotadas em ambulatórios ou CAPS) fornecerem o apoio matricial às equipes de PSF. (BRASIL, 2005).

APOIO MATRICIAL

O apoio matricial é um método de organização que proporciona suporte técnico para o desenvolvimento das ações da atenção básica. Este modelo, quando aplicado à ESF, é formado por equipes especializadas de apoio que interagem com as equipes de saúde da família. Dentre as ações possíveis de realização pela equipe de apoio estão: consultorias técnico-pedagógicas, atendimentos conjuntos e ações assistenciais específicas, que devem ser combinadas com a equipe de referência e, como uma regra geral, coletivas (TÓFOLI e FORTES, 2005).

No Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) atuam como equipes de referência interdisciplinares e a equipe de apoio matricial é a equipe de saúde mental (BRASIL, 2011). Conforme as circunstâncias locais existem diferentes composições de profissionais que poderiam, por exemplo, estar totalmente lotados no matriciamento ou combinar as idas na atenção primária com alguma atividade em serviços de especialidade. A própria composição profissional das equipes pode ter diversas combinações, com ou sem médicos especialistas (psiquiatras) e com diferentes profissionais de saúde (TÓFOLI e FORTES, 2005).

Nesse arranjo de cuidado compartilhado, existe o compartilhamento e a corresponsabilização pelos casos. A responsabilização compartilhada dos casos exclui a necessidade de encaminhamentos, já que aumenta a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local (BRASIL, 2005). Esse modelo promove a qualidade de assistência em saúde mental, além de servir como

método de treinamento e de supervisão para que os médicos generalistas adquiram habilidades e autonomia para o cuidado adequado (WHO, 2008).

CAPS (CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são os articuladores estratégicos da rede de atenção às pessoas com transtornos mentais e da política de saúde mental num determinado território. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária (evitando internações em hospitais psiquiátricos), promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais, regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica (BRASIL, 2005). Desta maneira, apresentam serviços em emergências psiquiátricas e de reabilitação social.

Há a diferenciação entre CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Essa classificação é realizada de acordo com o porte, a capacidade de atendimento e clientela atendida, de acordo com o perfil populacional da região.

Os CAPS I são os de menor porte, capazes de atender às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes e têm como clientela adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Os CAPS II são de médio porte, com cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes, a clientela é de adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Os CAPS III são os serviços de maior porte da rede, com cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes (grandes metrópoles brasileiras).

Os CAPS III são serviços de grande complexidade, realizando, quando necessário, acolhimento noturno (internações curtas). Os CAPSi, especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, presentes geralmente em municípios com mais de 200.000 habitantes.

Os CAPSad, especializados no atendimento de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, são previstos para cidades com mais de 200.000

habitantes (BRASIL, 2005). Profissionais de saúde de municípios que implantaram a rede CAPS relataram a importância desse sistema de apoio para o aumento da confiança no tratamento de transtornos mentais comuns – sem a necessidade do referenciamento. Profissionais que utilizam essa rede de apoio observam melhorias em habilidades de comunicação (principalmente na escuta ativa), empatia e no processo diagnóstico e terapêutico em transtornos mentais (WHO, 2008).

FORMAÇÃO DE GRUPOS

A oferta de grupos na atenção básica é importante em relação à atenção integral e produção de autonomia. O processo grupal permite troca de experiências e transformações subjetivas que não seria possível no atendimento individualizado. Esse fato ocorre devido à pluralidade de seus integrantes, à diversidade de trocas de conhecimentos e possíveis identificações que apenas um grupo torna possível (BRASIL, 2013).

O grupo é componente da rede social de cuidado aos usuários no território de referência. Podem ser classificados como grupos terapêuticos - conduzidos por profissionais de saúde, ou grupos de suporte - conduzidos por membros da comunidade (WHO, 2008).

Alguns mecanismos terapêuticos nos grupos são: estabelecer identificações (com a possibilidade de comportamentos imitativos positivos), reprodução de conflitos (permitindo novas formas de relacionamentos e de socialização) e ocorrência de transferência lateralizada (entre todos os membros do grupo). Também é possível o apoio social, troca de informações, conhecimento interpessoal e estabelecimento de “mente grupal” com fatores altruístas (BRASIL, 2011).

Avalia-se o sofrimento mental comum como resultado de fatores como impacto emocional, condição social, temperamento, história de vida e a rede de apoio. Observa-se a relevância de grupos por diversos efeitos na vida social dos indivíduos, que podem entender o sofrimento além da doença e estabelecer

suportes no território. É possível acionar dispositivos na articulação de trabalho, cultura e renda, com a criação de alianças para a cidadania, desse modo o grupo funciona como intermediário da relação indivíduo-sociedade. O espaço da discussão grupal permite o compartilhamento das demandas e necessidades, que pode fortalecer a rede de apoio social e promover a atenção integral, portanto, melhorando a qualidade do cuidado na atenção básica (BRASIL, 2013).

4. METODOLOGIA

Trata-se de projeto de intervenção baseado na prática de atenção básica na ESF Sans Souci em Eldorado do Sul/RS. As ações propostas nesta pesquisa contemplam as orientações vigentes em Saúde Mental no Brasil, baseado em revisão de literatura sobre o tema em questão. As ações a serem realizadas contemplam as seguintes etapas: pactuação das ações, organização e gestão do serviço, execução das ações e monitoramento e avaliação.

PACTUAÇÃO DAS AÇÕES

Este projeto de intervenção será apresentado à equipe completa - incluindo os médicos, a enfermeira, as técnicas de enfermagem e os agentes comunitários de saúde (ACS), na reunião semanal de equipe – que acontece nas terças-feiras. Desta maneira, pretende-se esclarecer as etapas do projeto e a participação dos profissionais envolvidos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇOS - AMOSTRA

Pretende-se avaliar a prevalência de usuários com transtornos mentais na ESF Sans Souci com a utilização do modelo de protocolo de Maragno *et al* (2006). Serão sorteados 10 domicílios dentre cada área de abrangência de um agente comunitário de saúde (ACS) da ESF, totalizando 80 domicílios nas 8 áreas da região.

INSTRUMENTOS

Deve ser utilizado o *Self Report Questionnaire* (SRQ-20), que foi recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para estudos comunitários e em atenção primária à saúde. O SRQ-20 (anexo 1) é composto por 20 questões de fácil resposta (tipo sim/não) e é utilizado para a detecção de transtornos mentais comuns. Considera-se possível caso de transtorno mental com escore de 7 ou mais respostas “sim” para qualquer uma das questões.

COLETA DE DADOS

Os questionários serão aplicados pelos ACS durante visita domiciliar. Devem ser respondidos por indivíduos maiores de 18 anos e que concordem em participar da pesquisa.

EXECUÇÃO DAS AÇÕES - ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados por meio das entrevistas serão digitados em um banco de dados utilizando-se o programa Epi Info 7. Desta maneira, pretende-se estimar a prevalência de transtornos mentais na população atendida.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ao final da execução do projeto, os resultados serão apresentados na reunião semanal da equipe da ESF Sans Souci para avaliação da intervenção e discussão sobre a possível implantação de estratégias que melhorem o cuidado em saúde mental. Baseado nos dados obtidos será proposta a criação de um grupo de suporte com os membros da comunidade para os pacientes com sofrimento mental. Todos os membros da equipe serão convidados a participar da criação e dos encontros do grupo, já que a equipe multiprofissional pluraliza visões e troca de experiências – objetivo primordial do processo grupal.

Os pacientes serão convidados a integrar o grupo de suporte por meio de convites que serão distribuídos pelos ACS em visita domiciliar. As decisões sobre

local, datas e objetivos dos encontros poderiam ser discutidas com os indivíduos interessados em participar do grupo (usuários com sofrimento mental e equipe de saúde) durante a reunião semanal da equipe da ESF, para que ocorra a participação de todos os envolvidos nesse processo. Ao final de 3 meses de encontros do grupo será aplicado um questionário (anexo 2) entre os integrantes (usuários e equipe envolvida) para que seja identificado o nível de satisfação dos indivíduos com a estratégia proposta.

As demais estratégias que podem melhorar o cuidado de assistência em saúde mental na ESF são o apoio matricial, implantação de CAPS e de grupos terapêuticos. Essas propostas necessitam da formação de uma rede mais ampla para o seu estabelecimento, com o envolvimento de outras equipes além da ESF Sans Souci. Dessa maneira, pretende-se apresentar os resultados obtidos e as sugestões propostas aos gestores municipais para que fossem avaliadas as necessidades e as possibilidades de ações a serem implantadas futuramente.

5. CRONOGRAMA

Ações	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar
Apresentação da proposta à equipe de saúde	X					
Sorteio da amostra de estudo (10 domicílios para cada ACS)	X					
Coleta de dados por meio da aplicação do SRQ-20	X	X				
Inclusão das informações em banco de dados			X			
Apresentação dos resultados em reunião de equipe			X			
Entrega dos convites aos pacientes pelos ACS			X			
Criação e manutenção de grupo de suporte				X	X	X
Apresentação dos resultados aos gestores			X			
Aplicação de questionário de satisfação no grupo de suporte						X
Avaliação do trabalho						X

6. RECURSOS

6.1 RECURSOS HUMANOS

Equipe de saúde da família da ESF Sans Souci - composta por 3 médicos, 1 enfermeira, 2 técnicas de enfermagem e 8 agentes comunitários de saúde.

6.2 RECURSOS MATERIAIS

- Sala para realização de grupos
- Computador
- Impressora
- Folhas A4
- Canetas
- Equipamento de multimídia

7. RESULTADOS ESPERADOS

Com a execução deste projeto de intervenção, pretende-se estabelecer a prevalência de transtornos mentais entre a população atendida na ESF Sans Souci a fim de discutir e elaborar estratégias que melhorem o cuidado em saúde mental na atenção básica. Ainda que não existam dados epidemiológicos nacionais, espera-se que a os resultados encontrados neste projeto sejam semelhantes a estudos prévios que demonstraram prevalência de transtornos psiquiátricos em adultos em Porto Alegre/RS de 43% (ALMEIDA FILHO, 1997) e de 60% de pacientes com transtorno mental na atenção básica (TÓFOLI e FORTES, 2005).

Com a sugestão da criação de grupo de suporte, espera-se ampliar a responsabilidade e a autonomia dos pacientes com sofrimento mental. Pretende-se que ocorra o seguimento deste projeto com a manutenção dos encontros do grupo mesmo após a avaliação dos resultados, de acordo com a agenda dos integrantes e da equipe da ESF.

A implantação de alternativas como apoio matricial, grupos e CAPS no cuidado em saúde mental se mostra benéfica pela melhora no tratamento, na integração de pacientes e no seguimento terapêutico com o cuidado continuado. Além disso, essas ações proporcionam espaços de promoção de saúde na ESF, com a construção de objetivos de forma coletiva por meio da equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida-Filho, Naomar. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity, Methodological features and prevalence estimates. The British Journal of Psychiatry 171: 524-529. 1997.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Dulce Helena Chiaverini et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília, DF, 2011.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos de Atenção Básica, n. 34 – Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

5. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasil, 1988.

6. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). Arquivos das Nações Unidas -1946.

7. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil, 2016.

8. Lei n. 10.216. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Política Nacional da Saúde Mental. Brasil, 6 de abril de 2001.

9. Lei n.8.080. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasil, 1990.

10. Maragno, Luciana. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(8):1639-1648, ago, 2006.

11. Tófoli, Luís Fernando. Fortes, Sandra. Apoio Matricial de Saúde Mental na Atenção Primária no Município de Sobral, CE: o relato de

uma experiência. SANARE, Sobral, v.6, n.2, p.34-42, jul./dez. 2005/2007.

12. WHO. World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca). Integrating mental health into primary care a global perspective. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva, 2008.

ANEXO 1: SELF REPORT QUESTIONNAIRE (SRQ 20) – QUESTIONÁRIO DE AUTO RELATO

RESPONDA ÀS SEGUINTES PERGUNTAS:			
1. Tem dores de cabeça freqüentes?	( ) SIM [1]	( ) NÃO [0]	
2. Tem falta de apetite?	( ) SIM [1]	( ) NÃO [0]	
3. Dorme mal?	( ) SIM [1]	( ) NÃO [0]	
4. Assusta-se com facilidade?	( ) SIM [1]	( ) NÃO [0]	
5. Tem tremores de mão?	( ) SIM [1]	( ) NÃO [0]	
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	( ) SIM [1]	( ) NÃO [0]	
7. Tem má digestão?	( ) SIM [1]	( ) NÃO [0]	
8. Tem dificuldade para pensar com clareza?	( ) SIM [1]	( ) NÃO [0]	
9. Tem se sentido triste ultimamente?	( ) SIM [1]	( ) NÃO [0]	
10. Tem chorado mais do que de costume?	( ) SIM [1]	( ) NÃO [0]	
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	( ) SIM [1]	( ) NÃO [0]	
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	( ) SIM [1]	( ) NÃO [0]	
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	( ) SIM [1]	( ) NÃO [0]	
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	( ) SIM [1]	( ) NÃO [0]	
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	( ) SIM [1]	( ) NÃO [0]	
16. Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo?	( ) SIM [1]	( ) NÃO [0]	
17. Tem tido idéias de acabar com a vida?	( ) SIM [1]	( ) NÃO [0]	
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	( ) SIM [1]	( ) NÃO [0]	
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	( ) SIM [1]	( ) NÃO [0]	
20. Cansa-se com facilidade?	( ) SIM [1]	( ) NÃO [0]	
TOTAL			

ANEXO 2: NÍVEL DE SATISFAÇÃO ENTRE PARTICIPANTES DE GRUPO DE SUPORTE

1.Sente-se satisfeito em participar do grupo?	( ) SIM	( ) NÃO
2.Acredita que o grupo contribui para a melhora na qualidade de vida de pessoas com transtorno mental?	( ) SIM	( ) NÃO
3.Percebe melhora no tratamento de doenças em geral com o apoio do grupo?	( ) SIM	( ) NÃO
4.Acha que o grupo é democrático e todos se respeitam mutuamente?	( ) SIM	( ) NÃO
5.O espaço de diálogo é suficiente para que todos expressem a sua opinião?	( ) SIM	( ) NÃO
6.Sente-se motivado a continuar participando dos encontros do grupo após o término do projeto de intervenção?	( ) SIM	( ) NÃO
7.Em uma escala numérica de 1 a 5 sendo: 1=não contribuí com os demais participantes em nenhum encontro 2=contribuí poucas vezes 3=contribuí algumas vezes 4=contribuí na maioria das vezes 5=contribuí em todos os encontros. Qual a nota você daria para a sua participação como integrante do grupo?		
8.Espaço para críticas/sugestões para os próximos encontros.		