



**ANA BEATRIZ DA COSTA LUCAS**

**DIAGNÓSTICO E MANEJO DE TRANSTORNOS MENTAIS NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**CACHOEIRA DO SUL – RS  
MAIO DE 2018**



**ANA BEATRIZ DA COSTA LUCAS**

**DIAGNÓSTICO E MANEJO DE TRANSTORNOS MENTAIS NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

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: Lucas Mello Pioner

**CACHOEIRA DO SUL – RS**

**MAIO DE 2018**

## RESUMO

Neste trabalho é relatado o caso de um paciente diagnosticado com transtorno mental-obsessivo compulsivo na atenção primária à saúde, foi visado mostrar como foi realizado o tratamento e cuidado continuado deste paciente. O tratamento do transtorno obsessivo compulsivo na atenção básica inicia com o uso de medicação e possível encaminhamento do paciente ao CAPS para terapia. O manejo inicial seria atuar na diminuição dos sintomas da doença utilizando da terapia cognitivo-comportamental e as drogas inibidoras da recaptação de serotonina (IRS) para melhor eficiência no tratamento. Outros pontos destacados no trabalho foi mostrar como são realizadas as campanhas de promoção e prevenção à saúde, além de apresentar como são realizadas as visitas domiciliares e o que as unidades básicas de saúde oferecem para ajudar e apoiar a população assistida. O trabalho procurou conscientizar que os transtornos mentais causam sintomas que acompanham a pessoa ao longo de toda a vida, geralmente iniciado na infância, tende a apresentar flutuações em sua intensidade ora aumentando ora diminuindo, mas raramente desaparecem por completo de forma espontânea, isso mostra a importância de ações de promoção e prevenção da saúde mental na atenção primária.

**Descritores:** Atenção Primária, Prevenção de doenças, Transtornos mentais, Saúde mental.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>2. ESTUDO DE CASO</b>	<b>5</b>
<b>3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>4. ABORDAGEM INTEGRAL NO ATENDIMENTO DOMICILIAR</b>	<b>12</b>
<b>5. REFLEXÃO CONCLUSIVA</b>	<b>14</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>16</b>
<b>ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>18</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Graduada desde 10 de dezembro de 2016 em Medicina pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) participo do Programa Mais Médico pelo Brasil desde fevereiro de 2017, atuo na cidade de Cachoeira do Sul-RS, em três unidades rurais na região sul do município, faço parte de uma equipe volante. Nas três unidades em que trabalho: Unidade do Cerro dos Peixotos, Irapuá e Barro Vermelho, chegam a ter 35 km de distância da cidade, sendo que para chegar em uma das unidades, temos que atravessar o Rio Jacuí pela balsa.

Nos locais de atendimento muitas vezes não há sinal de antena de telefonia, há falta de saneamento básico, e geralmente não temos teste rápido de gravidez, nem mesa ginecológica o que inviabiliza a coleta do exame de citopatológico. As habitações são de madeira e alvenaria, há carência de serviços públicos como creches, mas há escolas regionais fornecendo ensino fundamental e médio completo.

Oferecemos atendimentos de cuidado continuado, coordenando e acompanhando as doenças mais prevalentes, realizamos diagnóstico e tratamento além de ações preventivas. Como referência de encaminhamento para serviços de urgência e emergência está disponível no município a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e o Hospital Beneficência Portuguesa, já como referência para encaminhamento das especialidades médicas contamos com o suporte do Telessaúde, onde direciona e organiza de forma rápida à assistência ao paciente, é possível realizar consultoria médica e de enfermagem.

A região tem empresas que atuam no ramo da mineração, fornecendo pavimentos e no ramo industrial de extração de óleos vegetais e produção de farelos, a partir do processamento da soja e beneficiamento de grãos. Além da agricultura, existe a pecuária com grandes fazendas que empregam boa parte da população rural. Por esses motivos muitos pacientes relatam intoxicação por uso de agrotóxicos. A maior demanda é da população adulta e de idosos, grande parte deles hipertensos e com transtornos mentais; visando isso procurei levar em conta como essa população de doentes é tratada e encaminhada para os serviços de psiquiatria.

Como meu trabalho de conclusão de curso na graduação de medicina foi sobre o Transtorno obsessivo compulsivo e seus aspectos neuroquímicos, quis levar adiante o projeto agora em relação a atenção primária, utilizando uma parte da pesquisa é relatado a seguir um caso de um paciente com transtorno obsessivo compulsivo.

Um dos problemas de saúde mais prevalente que observei no interior de Cachoeira do Sul está associada à alguns dos casos que estudamos nos módulos, está na dificuldade dos pacientes aceitarem transtornos mentais como doença, creio que isso me levou a estudar melhor a ideia para formular e descrever o caso clínico em questão.

O relato de caso é do paciente F.D.S, 57 anos que trabalha em uma pedreira, vive no distrito de Cerro dos Peixoto distante ha 40km do município de Cachoeira do Sul- RS, é casado com J.P.S de 50 anos e tem 2 filhos J.P.S. de 20 anos e R.P.S. de 17 anos, ex-alcoolista há 5 anos, nega tabagismo, sem uso de medicação contínua.

O paciente vive na zona rural, em uma casa com 3 quartos de material, com banheiro interno e presença de gatos e cachorros, vive com a esposa e os filhos. Na primeira consulta o paciente referiu não ter nenhuma doença prévia, relatou que os pais são vivos, e que o pai é hipertenso e diabético e a mãe hígida, sem mais doenças crônicas conhecidas. Veio à consulta por queixa de insônia, mal estar geral, palpitações noturnas, pensamentos ruins e que não cessavam - pensamentos agressivos em relação a si mesmo e aos outros como também pensamentos "proibidos", preocupações excessivas; preocupações com limpeza e ordem - relata que achava que os sintomas vinham por ter cessado o etilismo.

Ao conversar com o paciente pergunto qual foi a primeira vez que iniciou com estes pensamentos, ele me refere que desde criança, quando tinha aproximadamente nove anos pelo que lembra, mas que se intensificou no último ano. Relata que a primeira vez que buscou ajuda foi há um mês atrás, onde buscou a Unidade de Pronto Atendimento na cidade, mas que nada foi resolvido, refere que foi medicado com diazepam e liberado para casa. Relata ainda problemas por estar com dívidas, e que trabalha por muitas horas e não é bem remunerado. Aos poucos observo que o paciente tem um padrão de comportamento obsessivo e compulsivo, ele refere ter muitos pensamentos repetitivos e para poder controlar seus pensamentos, gera um comportamento também repetitivo que visa aliviar o seu pensamento, fazendo disso um ritual diário, o próprio paciente nota que os pensamentos ou comportamentos são reconhecidos como excessivos e que gasta pelo menos duas horas por dia nesses conflitos.

Após o diagnóstico de transtorno obsessivo compulsivo, encaminhei o paciente para o CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) com um encaminhamento descrevendo o caso para a psiquiatra e a psicologia. Creio que é necessário, pois além de medicação o paciente necessita da terapia cognitivo comportamental, que poderá ser tão eficaz como a medicação. Como o paciente estava há muito tempo com os sinto-

inicie a medicação Fluoxetina de 20mg, pois o paciente referiu que precisava de alguma medicação de baixo custo, e esta temos na farmácia municipal onde ele pode retirar todos os meses.

O paciente retornou 40 dias depois, para renovar a receita de sua medicação, relata que no CAPS está seguindo a terapia, mas que ainda sente a necessidade de tomar a medicação, relatou que os sintomas diminuíram, mas que às vezes os pensamentos voltam, relata que antes do tratamento passava pelo ritual todos os dias, agora é de três a quatro vezes na semana, e que já consegue dormir normalmente.

Terapias comportamentais e farmacológicas tem se mostrado eficazes no tratamento, em geral o objetivo é reduzir o máximo possível a frequência e a intensidade dos sintomas e com isso diminuir a interferência da doença na vida dos pacientes. Poucos pacientes apresentam a cura ou remissão completa dos sintomas, pois o transtorno obsessivo compulsivo é uma doença crônica com curso de exacerbações. Os sintomas costumam piorar durante períodos de estresse psicossocial, por isso antecipar ao paciente que o estresse pode agravar os sintomas pode ser útil em tratamento de longo prazo (KAY, TASMAN, 2002). A terapia cognitivo comportamental (TCC) do transtorno obsessivo compulsivo (TOC) utiliza intervenções comportamentais como a exposição, a prevenção de respostas ou dos rituais, a modelação, técnicas de auto monitoramento, uso de registros, diários, escalas e técnicas cognitivas de correção de pensamentos e crenças disfuncionais. Dentre estas, as técnicas comportamentais de exposição e prevenção de resposta (EPR) continuam sendo consideradas as intervenções cruciais para provocar a redução da intensidade dos sintomas através dos mecanismos da habituação e da extinção. Exposição Consiste no contato direto ou imaginário com objetos, lugares ou situações que provocam ansiedade, sem que sejam perigosos (CORDIOLI, 2014). A terapia cognitivo comportamental pode ser usada como único tratamento, sobretudo em pacientes cujos medos de contaminação ou obsessões somáticas criam resistência ao uso de medicação. O tratamento comportamental também é um poderoso auxiliar da farmacoterapia (KAY, 2002).

No tocante ao uso de medicação para o tratamento do transtorno, foram investigados inibidores de serotonina, concluindo-se que o primeiro medicamento desse tipo a ser utilizado no tratamento do transtorno foi a clorimipramina ou clomipramina, cuja eficácia foi comprovada em estudos, os quais concluíram que tal medicamento possui afinidade significativa com os receptores dopaminérgicos, muscarínicos, histamínicos e noradrenérgicos, além da diminuição do nível de serotonina plaquetária e ácido hidroxindolacético.

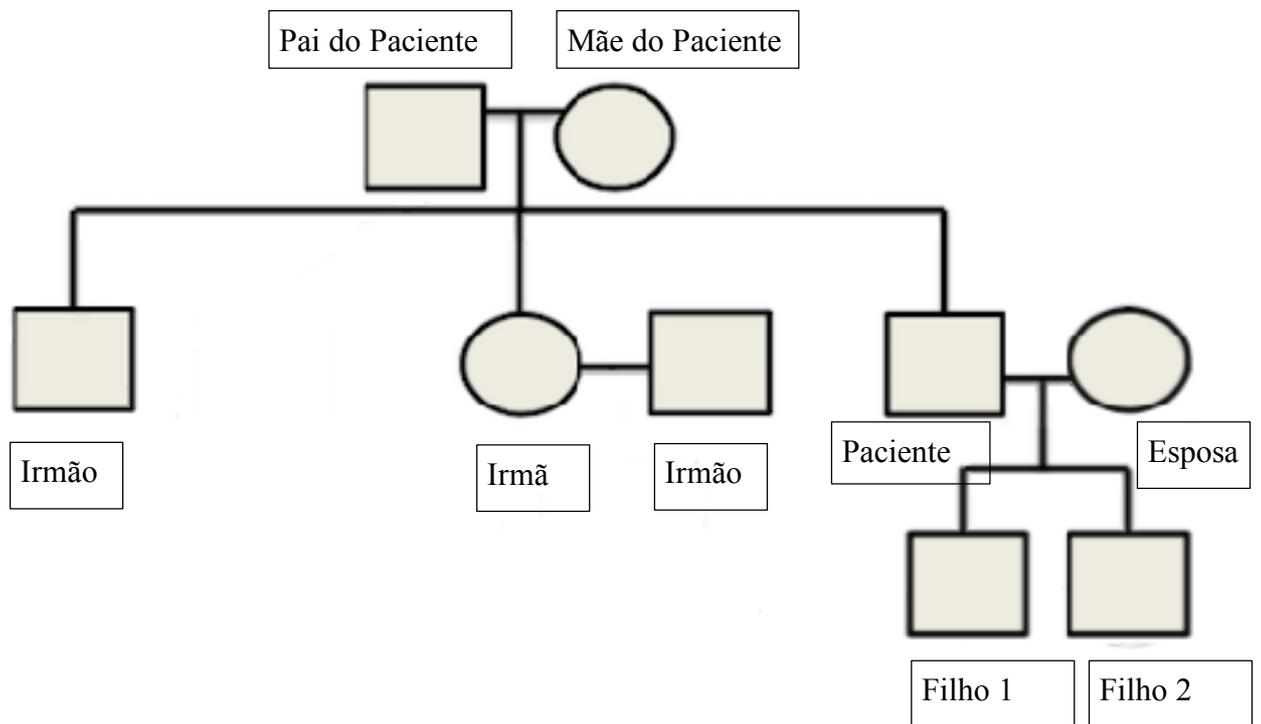
Outras evidências fortaleceram a hipótese da medicação serotoninérgica das

de cujos metabólitos, como já se sabe, não possuem qualquer interferência na recaptação de noradrenalina. Portanto, pode-se concluir que para a desinibição do circuito causado-tálamo-cortical, o qual gera os sintomas compulsivos do TOC, a administração crônica dos ISRS seria a melhor conduta, tendo em vista que diminui a sensibilidade dos mesmos receptores, conseqüentemente melhorando o quadro clínico (GRAEFF, 2001; HALES, R. E; YUDOFKY, S. C; GARBARD, G. O, 2012, p. 589, 590).

As metas do projeto terapêutico singular do paciente foram baseadas em curto, médio e longo prazo. As de curto prazo pode-se dizer que foi onde realizamos o intercâmbio entre o usuário e a equipe, estimulado a qualificação de vida e situando cada sintoma do paciente em relação aos seus sentimentos em eventos de seu cotidiano, pedimos para que o paciente descrevesse como se sentia tocante ao uso da medicação, quando os sintomas se agravam e que situações afetam mais o seu comportamento, tudo para melhor avaliarmos o tempo e efetividade real do tratamento oferecido e fornecer apoio emocional. As metas de médio prazo estão na coordenação das consultas do CAPS realizadas pelo psiquiatra para avaliar a evolução clínica da doença, incorporando à família às atividades de atendimento, propondo a incorporação do usuário aos grupos de ajuda do CAPS e às atividades comunitárias do bairro para melhorar suas relações pessoais e estimular a participação no lazer. Nas metas de longo prazo estimulamos a autonomia e a participação social do usuário aos vínculos familiares e na comunicação social.

Uma das importantes metas do projeto terapêutico está na realização da divisão de responsabilidades, dividindo os membros da equipe em tarefas definidas, como por exemplo; A Agente Comunitária de saúde da área de residência do usuário tem a responsabilidade da coordenação do cuidado, a médica é responsável pela coordenação do tratamento e acompanhamento, a enfermeira fica responsável pelo acolhimento do paciente e coordenação das reuniões, ao resto dos membros da equipe serão orientadas tarefas no seguimento do projeto. A reavaliação e a evolução do projeto são discutidas na reunião da equipe quinzenalmente, o objetivo é identificar os resultados alcançados e avaliar as estratégias da equipe, determinar se o projeto é efetivo e avaliar possíveis mudanças no mesmo (BRASIL, 2008).

Figura 1 - Genograma da família:



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

No município em que atuo, agimos de acordo com os recursos cabíveis da melhor forma possível, o cuidado continuado e a integralidade do atendimento, promove a melhoria do estilo de vida das pessoas, promovendo a saúde, o que envolve toda a equipe de saúde, os usuários, e também a secretaria de saúde para planejar e resolver ações que atuem e façam progredir na qualidade e vida das pessoas.

Deste modo, são priorizadas ações voltadas à atenção da saúde do jovem, da mulher e do homem, como na realização de exames preventivos através de mutirões, medidas de orientações e prevenção realizadas nas escolas e centros comunitários, além do município ofertar imunizações, onde muitas vezes o procedimento é realizado no domicílio dos pacientes pela prática das visitas domiciliares. É realizado juntamente com o apoio do CAPS, atendimento a alcoolistas, tabagistas e drogaditos em geral, onde lá recebem atendimento psiquiátrico, apoio psicológico e muitas vezes em conjunto com a assistência social e estagiários da área da saúde.

As Unidades básicas em que atuo como relatado anteriormente por serem em zona rural e de difícil acesso, propõe consultas de livre demanda, sem dispor de muito tempo para cada paciente, pois é comum ter muitos usuários para apenas um médico e uma enfermeira. Os pacientes com transtornos psiquiátricos e que precisavam de atenção não eram inseridos como parte da saúde mental, mas foram realizadas algumas estratégias para a reorganização da atenção à saúde mental em nossas unidades.

A prevenção é uma ação antecipada e que minimiza a evolução da doença e seus fatores de riscos; de preferência sendo realizada antes de a doença estar instalada (CESTARI E ZAGO, 2005). Em relação ao paciente relatado F.D.S, os cuidados de prevenção iniciaram pela enfermeira da equipe que promoveu o bem-estar do paciente, transmitindo tranquilidade e oferecendo suporte e apoio emocional, a enfermagem tem papel essencial nas ações de assistência e prevenção à educação em saúde (ACIOLI, 2008; LEONELLO; OLIVEIRA; 2008).

Tratando-se de nível primário de prevenção entra em questão a abordagem familiar e social, do qual tivemos uma ótima ajuda, pois a família do paciente se mostrou compressiva assim como os colegas de trabalho que também entenderam

a situação e se propuseram a ajudá-lo. Na prevenção secundária entrou a questão médica de avaliação do paciente, na busca do diagnóstico e tratamento de imediato. De olho nisso procurei também reduzir a incidência da doença na comunidade, o que incluiu o desenvolvimento de estratégias para reduzir sofrimento emocional com a introdução de grupos de auto ajuda. Já na prevenção terciária que visa reduzir a gravidade da doença ao introduzir o doente mental no convívio social da comunidade, foram realizadas ações colaborativas para toda comunidade, os trabalhos na reconstrução da igreja local e na jardinagem da escola, ajudaram esses pacientes a se sentirem mais contentes e úteis a população. A prevenção se fez com a divulgação de informações científicas e de recomendações normatizadas pelo Ministério da Saúde, com ênfase nas mudanças de estilo de vida. (CZERESNIA, 2003).

Sobre a promoção da saúde, se evidencia um processo de capacitação da comunidade para atuar e garantir uma melhor qualidade de vida a todos, o que permite a liberdade para organizarem-se em espaços coletivos e de fácil acesso para organizarem ações de assistência a toda comunidade (BRASIL, 2002, p.19). Como em nossa zona rural não há espaço físico suficiente para comportar um grande número de pessoas, as atividades são realizadas em salões comunitários, onde no mesmo local que é a academia, é também serviço de funeral e aonde são realizadas as atividades festivas, isso permite uma maior autonomia e liberdade dos cidadãos a desenvolverem e atuarem suas ideias através de grupos de apoio.

O trabalho com grupos terapêuticos é uma das principais estratégias da educação em saúde, para realizar intervenções na saúde mental, pois podem reduzir problemas para a saúde pública e para a sociedade; são discutidos temas sobre diversos transtornos mentais até de dependência de álcool e drogas, a vivência do grupo proporciona maior resolutividade dos problemas, por apresentar várias questões sobre um problema que o grupo tem em comum (SCHRANK, OLSCHOWSKY, 2008). A enfermeira da equipe iniciou com estes grupos há dois anos, promovendo atenção e cuidado individual e familiar. Na trajetória do paciente relatado o mais difícil foi tenta-lo convencer da importância dos grupos, mas já notamos sua evolução e já participou com sua família de quatro reuniões. O paciente referiu melhora da autoestima e conta que o grupo o deixou ver seu transtorno mental como algo menos grave, o que diminuiu sua agonia e tristeza, pois outros participantes do grupo relataram a mesma doença e o motivaram a seguir o tratamento proposto.

Porém observo que há mais foco na prevenção da saúde mental à promoção

da saúde sobre o mesmo tema. Deve haver melhor reconhecimento de doenças mentais e encaminhar sempre que possível estes pacientes para a realização da terapia em grupo, pois o estigma social da doença mental gera desconfianças e menos adesão dos pacientes à estes grupos, atrasando o tratamento, dificultando seu convívio social e emocional. Ações de prevenção, educação e promoção da saúde realizadas na atenção primária facilitariam a vida destas pessoas.

A nossa equipe de saúde enfatiza as necessidades da população com ações práticas mas eficazes que são encontradas na realização de palestras, onde são transmitidas informações normatizadas pelo Ministério da Saúde. As palestras são realizadas em centros comunitários, igrejas e escolas. A importância desta ação encontra-se no diálogo entre profissionais e usuários, promovendo a informação numa das regiões mais esquecidas do município que é a área rural.

#### **4. ABORDAGEM INTEGRAL NO ATENDIMENTO DOMICILIAR**

O processo de atendimento domiciliar em nossas unidades não funcionava antes de iniciamos os atendimentos nas unidades, pois como há pouco tempo para a realização de consultas, restava menos tempo ainda para a realização das visitas domiciliares. Resolvemos então quebrar paradigmas e abrimos espaço em todas as unidades rurais para a realização e marcação de visitas domiciliares na agenda, geralmente temos três visitas domiciliares ao mês. Vejo grande importância das visitas domiciliares em relação a pacientes idosos, acamados e com doenças psiquiátricas. Em relação ao paciente relatado tentamos apresentar a ele as melhorias e nossa disponibilidade para a realização da visita, mas ele e junto a sua família preferiram não aceitar, visto que as visitas domiciliares são marcadas pelos próprios usuários, deixamos as consultas seguindo a agenda.

Nas visitas domiciliares colocamos em prática o que fazemos nas unidades, mas com mais tempo; é realizado a investigação e exame físico completos, além de observamos a construção da família e o papel de cada um na constituição familiar, o material que foi construída a moradia, se há saneamento básico, como organizam os horários para as refeições e como fazem o uso de suas medicações. O mais complicado das visitas de família encontra-se no próprio ambiente das moradias com menos recursos, como naquelas casas de chão batido, falta de energia elétrica, ou quando há muitos membros que vivem em apenas um cômodo, e também em

situações precárias de higiene. Em relação as visitas domiciliares realizadas com pacientes da saúde mental deixamos fluir o diálogo para que cada membro da família diga como se sente em relação ao outro, observamos os diálogos e como se comportam, assim analisamos os potenciais cuidadores e promovemos condições para chegarem num consenso. Se suspeitarmos de uso incorreto das medicações, definimos junto ao paciente e seus familiares os horários e dosagem correta das medicações, além de mostrar os locais mais apropriados para o armazenamento dos remédios.

É essencial verificar situações de abandono, agressão e verificar a necessidade de tratamento no CAPS ou se existe a possibilidade de ajuda da assistente social, quando necessário acionados órgãos competentes. Se a situação em que o paciente se encontra estiver agravada e há risco de suicídio, reavaliamos suas prescrições recentes e passadas, verificamos se há uso de outras drogas concomitantes ao tratamento, e caso necessidade encaminhamos o paciente para avaliação psiquiátrica no Hospital do município, fazendo contato com o serviço de imediato. Nesse contexto vemos a importância da introdução de mais agentes comunitários de saúde no meio rural, pois de um modo geral eles mostram como esta a situação de cada morador da área à equipe de saúde, geralmente há poucos agentes o que dificulta o acesso àqueles moradores que não conseguem ir as unidades de atendimento de saúde.

Os pacientes, de forma geral, que foram visitados pela equipe relataram uma enorme satisfação e melhoria das relações interfamiliares. Percebeu-se que as visitas domiciliares são de extrema importância para esses pacientes e suas famílias, o que gerou incentivo para melhorias nos cuidados a serem realizados e inserindo da melhor forma possível a equipe responsável pela região, pois as visitas são a melhor forma de saber como são as condições reais de vida dos pacientes (SANTOS; MORAIS, 2011).

Percebeu-se também que a falta de conhecimento em relação aos transtornos mentais gera na família muitas dúvidas relacionadas ao tratamento, à busca por uma cura e pela melhora completa do paciente, ocasiona ansiedade e desorganização na estrutura familiar. Orientamos as famílias que os transtornos mentais são variáveis, podendo acarretar na exacerbação ou remissão dos sintomas, tratar cada caso singularmente. Outro ponto de grande importância na visita é que temos uma equipe multidisciplinar, permitindo que o paciente que tem o transtorno tenha

mais chances de se identificar e realizar vínculos positivos com os profissionais da equipe. O fortalecimento e o vínculo positivo que as visitas domiciliares proporcionam é historicamente um importante instrumento que acompanha nossa sociedade há muitos anos, observar a realidade local, o modo como vivem e se relacionam, faz com que possamos dar melhorias às condições de vida de indivíduos e seus familiares (CUNHA & GAMA, 2012).

Sem esquecer que devemos respeitar as relações afetivas e adversidade de cada local, o profissional da saúde deve se adequar e realizar as propostas das estratégias de família de acordo com o meio (KEBIAN, 2012).

## **5. REFLEXÃO CONCLUSIVA**

O aprendizado em relação aos transtornos mentais é muito amplo e deve ter seguimento. Cada paciente tem suas particularidades e exige que o profissional da atenção básica, proporcione um atendimento diferenciado e de qualidade a cada usuário. Vale lembrar da importância do manejo e diagnóstico precoce da doença na atenção primária.

É importante conscientizar os pacientes que os transtornos mentais ainda são muito estigmatizados, pacientes portadores da patologia e que se negam a receber tratamento podem vir a ter sérios agravos dos sintomas, desistindo de manter sua vida social, familiar e laboral, levando-os muitas vezes ao isolamento social. Dentro deste contexto, observa-se também que as alterações cerebrais dos portadores de transtornos mentais exigem além do diagnóstico precoce, posteriormente um tratamento efetivo e consolidado, para assim o portador da doença manter uma vida mais estável e saudável.

O relato de caso apresentando do paciente em questão, não foi muito diferente de outros vistos durante os casos estudados e apresentados durante o curso. A realização do portfólio constituiu junto a equipe de saúde um maior vínculo com o paciente e sua família, além da elaboração da prática de visitas e atividades de grupos. Nas discussões dos fóruns, notou-se a importância destas práticas a fim de melhorar a integração entre o paciente e a unidade, efetivando-se assim o trata-

mento e a vida saudável dos pacientes. Além de cuidados permanentes é importante alertar a família e o próprio paciente que o transtorno obsessivo compulsivo, assim como a maioria dos transtornos mentais, são doenças geralmente sem cura cujo tratamento necessita cuidados médicos, psicológicos e talvez uma medicação adequada para cada caso, muito vezes tendo que utilizar pelo resto de suas vidas.

Observou-se que as maiores limitações encontradas na área rural em relação a saúde mental na atenção básica, está na dificuldade de manter uma equipe de saúde completa e capacitada, para obter-se assim melhor assistência, cuidados e com isso melhores resultados junto aos pacientes envolvidos. Salienta-se também que zonas rurais de difícil acesso, dificultam a presença dos usuários mesmo quando necessário, trazendo a descontinuidade do tratamento e desconstruindo importantes etapas que o paciente terá que reorganizar.

Sendo assim após várias visitas domiciliares, ter ido a muitas casas, em diferentes locais do município, ter entrado em contato com diferentes tipos de pessoas, tanto nas consultas de família, como no consultório das unidades em que atuo, posso concluir que tive um grande crescimento pessoal e profissional. Além de estabelecer melhor vínculo com os pacientes da região, também notei que a equipe se encontrava mais motivada e unida a cada visita, o que fortaleceu nosso profissionalismo e conhecimento, aprendemos um pouco mais a cada novo dia. Percebo que o mesmo aconteceu com a realização das tarefas do curso, ao discutir com o colegas, noto que minhas condutas estão melhores e que já posso encarar novos desafios.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. Rev Bras Enferm, Brasília, v. 61, n. 1, p. 117-121, jan./fev. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Humanização. Clínica Ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2 ed. Brasília: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas de Promoção à Saúde. Brasília, DF, 2002.

CESTARI, Maria Elisa Wotzasek; ZAGO, Márcia Maria Fontão. A prevenção do câncer e a promoção da saúde: um desafio para o Século XXI. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 58, n. 2, p. 218-221, Apr. 2005. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672005000200018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000200018&lng=en&nrm=iso)>. access on 15 May 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000200018>.

CORDIOLI, Aristides Volpato. Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo – Manual da terapia cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

CUNHA. C. L. F.; GAMA, M. E. A. A visita domiciliar no âmbito da Atenção Primária em Saúde. In: MALAGUTTI, W. (organizador). Assistência Domiciliar – Atualidades da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio, 2012, p. 336.

CZERESNIA D, Freitas CM (org.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 176.

GRAEFF, Frederico G. Aspectos neuroquímicos: o papel da serotonina no TOC. Rev. Bras. Psiquiatr. vol. 23 suppl. 2 São Paulo Oct. 2001.

HALES, R. E; YUDOFKY, S. C; GARBARD, G. O; Tratado de psiquiatria clínica. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 589, 590.

KAY, Jerald; TASMAN, Allan. Psiquiatria: Ciência Comportamental e Fundamentos Clínicos. Barueri: Manole, 2002.

KEBIAN. L. V. A. et al. As práticas de saúde de enfermeiros na visita domiciliar e a promoção da saúde. Rev APS., v.15, n.1, p. 92-100, 2012.

LEONELLO, V.M.; OLIVEIRA, M. A. C. Competencies for educational activities in nursing. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, abr. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692008000200002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 maio 2018

SANTOS, E. M.; MORAIS, S. H. G. A visita domiciliar na estratégia saúde da família: percepção de enfermeiros. *Cogitare Enferm.*, v.16, n.3, p. 492-497, 2011.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v.42, n.1, p.127-34, 2008

## **ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO**



## **PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**ANA BEATRIZ DA COSTA LUCAS**

**DIAGNÓSTICO E MANEJO DO TOC NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

**CACHOEIRA DO SUL – RS**

**DEZEMBRO DE 2017**

## RESUMO

O transtorno obsessivo compulsivo (TOC) se caracteriza por ser um transtorno mental grave causando sintomas que acompanham a pessoa por toda vida, geralmente iniciado na infância e sendo associado a manias, tende a apresentar flutuações em sua intensidade, mas raramente desaparecem por completo de forma espontânea. Por se tratar de um transtorno heterogêneo, dificulta a elucidação da etiologia. Alguns estudos afirmam que pode estar ligada a fatores genéticos e ambientais. As causas dessa patologia são originadas por meio de alterações cerebrais funcionais ou anatômicas. O diagnóstico é eminentemente clínico e poderá ser realizado pelo médico clínico geral na atenção básica de saúde. O auxílio para o diagnóstico é feito com a utilização de algumas escalas, como a *Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Y-BOCS) e a *Dimensional Obsessive-Compulsive Scale* (DOCS). O tratamento do TOC na atenção básica inicia pelo tratamento e possível encaminhamento do paciente ao CAPS para terapia. O manejo inicial seria atuar na diminuição dos sintomas da doença utilizando da terapia cognitivo-comportamental e as drogas inibidoras da recaptção de serotonina (IRS) para eficiência no tratamento, assim atuando na neuroquímica do cérebro, sendo esta, muito complexa, pois é afetada por desregulações na via dopaminérgica, serotoninérgica e glutamatérgica.

Palavras-chave: TOC, obsessivo-compulsivo, alterações neuroquímicas.

## 1. INTRODUÇÃO

O transtorno obsessivo compulsivo (TOC) é identificado na sociedade há muitos anos, tendo a primeira descrição na literatura psiquiátrica em 1838, pelo psiquiatra francês Jean Etienne Dominique Esquirol que classificou os sintomas obsessivos e compulsivos como manifestações da depressão e melancolia. Em 1909, o médico austríaco Sigmund Freud descreveu a doença e os sintomas através de um de seus pacientes no estudo do caso do “Homem dos ratos”. A partir da década de 80 do século passado, o psiquiatra e historiador peruano German Berrios, observou que a etiologia dos estados obsessivos já era uma fonte de confusão e debate desde o século XIX, onde a sua origem intelectual, emocional ou volitiva foi discutido. Nos últimos anos, a investigação biológica progrediu a partir de estudos farmacológicos e imagens cerebrais.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o TOC é o quarto transtorno psiquiátrico mais comum. Provavelmente ocorrem vários fatores para o seu aparecimento: de natureza biológica envolvendo a predisposição genética, alterações funcionais e da neuroquímica cerebrais, e fatores psicológicos como aprendizagens de formas erradas de lidar com medos e ansiedades. Também está bem estabelecido que os indivíduos cometem erros na forma de perceber e interpretar a realidade que acabam contribuindo para o surgimento e a persistência dos sintomas obsessivo-compulsivos. Em alguns casos o tempo consumido chega a um terço dos anos de vida ou até mais. O TOC está associado a um alto índice de demissões no trabalho em razão da interferência dos sintomas na produtividade e sérias dificuldades para conviver com as outras pessoas, para namorar e constituir sua própria família, tendo como consequências o isolamento social e a depressão. Interfere também de forma acentuada na vida da família que se sente obrigada a acomodar-se aos sintomas, alterar rotinas e seu funcionamento, muitas vezes participando dos rituais.

A realização deste Projeto de Intervenção justifica-se pela falta de acompanhamento e manejo dos pacientes a serem diagnosticados com transtornos mentais, como o TOC. Assim, será realizado um projeto de intervenção na ESF sobre transtorno obsessivo compulsivo dando ênfase ao diagnóstico e manejo. A pesquisa se deu através dos descritores: TOC, obsessivo-compulsivo, alterações neuroquímicas, em base de dados SciELO, medline, LILACS, pubmed; em língua portuguesa

e inglesa, no período de dez anos. O desafio e objetivo deste estudo será investigar e avaliar o paciente com suspeita de TOC para iniciar o tratamento o mais breve possível ainda na atenção primária.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Aprimorar o diagnóstico e a conduta ao paciente com transtorno obsessivo compulsivo na atenção básica.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Avaliar e tentar manejar o paciente com TOC, na atenção básica;
- Identificar a presença ou não de comorbidades que podem interferir no tratamento;

### 3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é caracterizado pela presença de obsessões e compulsões. Obsessões são pensamentos, imagens ou impulsos intrusivos que causam ansiedade ou desconforto emocional. Compulsões são comportamentos repetitivos ou atos realizados voluntariamente para neutralizar ou amenizar um desconforto ou para magicamente prevenir o evento temido. Os sintomas mais comuns são obsessões de contaminação, obsessões agressivas, sexuais e somáticas e compulsões de lavagem, contagem, verificação, ordem e simetria. Comumente, os pacientes apresentam simultaneamente múltiplos sintomas, os quais mudam com frequência.

Até o início dos anos 80 do século passado TOC era considerado uma doença rara com uma prevalência na população ao redor de 0.05% apenas. As razões desta baixa estimativa eram causadas pela relutância dos pacientes em informarem seus sintomas, falta de reconhecimento na diversidade de sintomas e dificuldades de diagnóstico. Até esta época não havia estudos epidemiológicos bem desenhados e levava-se em conta o estabelecimento de estimativas da incidência ou prevalência de um pequeno número de pacientes que procuravam atendimento especializado. Como consequência havia uma falta de interesse em estudá-lo, levantando novas hipóteses quanto à sua etiologia e abrindo novas perspectivas de tratamento, o que só veio ocorrer no final dos anos 80.

Hoje se estima que a prevalência do TOC ao longo da vida, na população mundial varia de 2% a 3% e a prevalência anual é de 1,5%. Os sintomas têm início na infância ou na adolescência em um terço da metade dos casos. A distribuição entre os sexos é semelhante, sendo discretamente maior entre as mulheres, e de início mais precoce em homens. No Brasil encontrou-se prevalência entre 1,2% e 2,1% em Porto Alegre e entre 0,5% e 0,7% em Brasília, no início dos anos 90 do século passado, inquéritos populacionais mais abrangentes e representativos da população geral brasileira ainda são necessários.

A etiologia do TOC ainda é desconhecida, embora nas últimas duas décadas um grande número de estudos, dedicaram-se a identificar os componentes genéticos que podem estar envolvidos na transmissão genética e na sua etiologia. Segundo afirma Gonzales, estudos realizados com irmãos gêmeos apresentam alta

concordância de TOC entre gêmeos monozigóticos e afirma que filhos de pais portadores de TOC têm maiores chances de desenvolver o transtorno.

Na revisão de literatura de Rasmussen e Tsuang, foi encontrada uma concordância de 63% de TOC em 51 pares de gêmeos monozigóticos, entre gêmeos dizigóticos a taxa de concordância de TOC foi de aproximadamente 22%.

Para o profissional fazer o diagnóstico de TOC na atenção básica, precisa realizar anamnese completa, conhecer o histórico familiar deste pacientes, assim como distinguir o transtorno de quadros que apresentam sintomas semelhantes, bem como excluir que os sintomas façam parte do quadro clínico de outras doenças, especialmente neurológicas e que sejam efeito de substâncias, inclusive de certos medicamentos usados como coadjuvantes na farmacoterapia do transtorno. Deverá ainda identificar a presença ou não de comorbidades que podem interferir no tratamento, como é o caso dos transtornos do humor para poder planejá-lo adequadamente.

Critérios diagnósticos do TOC de acordo com DSM-V: presença de obsessões, compulsões ou ambas. Presença de obsessões, compulsões ou ambas<sup>9</sup>. Obsessões definidas como: pensamentos, imagens recorrentes ou persistentes, intrusivos ou inadequados causando sofrimento ou ansiedade, não são meras preocupações excessivas com problemas da vida real, a pessoa tenta ignorar tais pensamentos, imagens ou neutraliza-los com outro pensamento ou ação, a pessoa reconhece que os pensamentos são frutos da mente. Compulsões são definidas como comportamentos repetitivos que a pessoa sente-se compelida a repetir em resposta a sua obsessão ou de acordo com as regras que deve seguir rigorosamente. Os comportamentos visam prevenir sofrimento ou evitar alguma situação ou evento temido. Em algum momento o indivíduo adulto percebe que o seu pensamento é irracional, e que ISS interfere em sua rotina e relacionamento.

Critérios para diagnóstico do TOC de acordo com a Classificação Internacional das Doenças 10<sup>a</sup> revisão (CID-10): Compulsões e/ou obsessões estão presentes na maioria dos dias, por um período de pelo menos duas semanas. Obsessões e compulsões compartilham os seguintes aspectos os quais devem estar presentes: São reconhecidas como se originando da mente do paciente e não impostas por pessoas ou influências externas; São repetitivas e desagradáveis e pelo menos uma obsessão ou compulsão reconhecida como excessiva e irracional deve estar presente; O paciente tenta resistir a elas; Pelo menos uma obsessão ou compulsão à qual se resiste

sem êxito deve estar presente; A vivência do pensamento obsessivo ou a realização do ato compulsivo não é prazerosa em si mesma; As obsessões ou compulsões causam angústia ou interferem com o funcionamento social ou individual do paciente, usualmente pela perda de tempo; As obsessões e compulsões não são o resultado de outros transtornos mentais tais como esquizofrenia e transtornos relacionados ou transtornos do humor.

Os critérios da CID-10 apresentam algumas diferenças em relação ao DSM, pois não especificam um tempo mínimo gasto por dia em rituais ou obsessões, mas os sintomas devem estar presentes na maior parte dos dias, por duas semanas; a vivência do pensamento obsessivo ou a realização do ato compulsivo não deve ser prazerosa; pelo menos uma obsessão ou compulsão reconhecida como excessiva e irracional deve estar presente; deve haver pelo menos um sintoma ao qual o paciente não consegue resistir o que supõe que deva haver algum grau de insight enquanto que o DSM V prevê a possibilidade de ausência de insight.

Existem também critérios para diagnóstico do TOC de acordo com as escalas de Avaliação Clínica: Escala de sintomas obsessivo-compulsivos (YALE-BROWN-OBSESSIVE-COMPULSIVE SCALE): A Y-BOCS é dividida em 2 subescalas separadas para obsessões e compulsões. Cada subescala contém 5 itens com escores de 0 a 4, que avaliam o tempo ocupado com os sintomas, interferência, sofrimento associado, resistência e grau de controle sobre os sintomas. O escore máximo é de 40 que corresponde a sintomas extremamente graves. Escores de 16 ou mais indicam um nível que pode ser considerado doença (TOC clínico). Sintomas abaixo desse nível são considerados leves ou subclínicos, um escore menor que 8 representa ausência de sintomas, sendo pontuado eventualmente por pessoas sem TOC. A Y-BOCS é uma escala aplicada pelo clínico, embora exista uma versão menos conhecida que pode ser autoaplicada. Foi traduzida e adaptada para o português por Asbahar e colaboradores.

A escala YBOCS-VC, é usada para crianças, seus itens e formato são muito semelhantes aos da versão para adultos, com pequenas modificações na linguagem e vocabulário. O uso de escalas auxilia na melhora da qualidade e no refinamento de avaliações diagnósticas ou de acompanhamento das condições clínicas dos pacientes portadores desse transtorno. Para resumir, ao fazer um diagnóstico de TOC, é necessário que a sintomatologia afete a vida pessoal do indivíduo, seja no aspecto social como interpessoal. Assim, é indispensável que os profissionais

estejam capacitados para reconhecer a heterogeneidade na apresentação do TOC, levando em consideração sua complexidade, a riqueza e a diversidade das manifestações clínicas, além das comorbidades associadas que podem fazer com que o TOC permaneça como uma condição oculta<sup>5</sup>. No tratamento os estudos comprovam que transcorrem em média 10 anos desde o momento em que se instala a doença até que as pessoas consigam o diagnóstico. O TOC passa despercebido com muita frequência e tende a ser subdiagnosticado e subtratado por diversos motivos.

O manejo/tratamento do TOC na atenção básica pode ser realizado na unidade básica de saúde mas com a complexidade do transtorno mental e na tentativa de efetivar a integrar o cuidado do paciente e atender às peculiaridades que envolvem as demandas de saúde mental, o Ministério da Saúde sugeriu o modelo de apoio matricial, que consiste na articulação da saúde mental com a atenção básica, por meio do oferecimento de apoio das equipes especializadas em saúde mental às equipes da ESF. O Ministério da Saúde implementou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com a finalidade de consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, essa rede integra o SUS e estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com transtornos mentais e uso nocivo de substâncias psicoativas. Muitos dos pacientes que são atendidos na atenção primária necessitam a utilização do RAPS, como o CAPS- Centros de Atenção Psicossocial- que oferece assistência médica psiquiátrica, psicológicos, integrando pacientes e equipe.

O tratamento tanto no CAPS como na unidade básica de saúde consiste na terapia cognitivo comportamental (TCC) do TOC utiliza intervenções comportamentais como a exposição, a prevenção de respostas ou dos rituais, a modelação, técnicas de auto monitoramento, uso de registros, diários, escalas e técnicas cognitivas de correção de pensamentos e crenças disfuncionais. No tocante ao uso de medicação para o tratamento do transtorno, foram investigados inibidores de serotonina, concluindo-se que o primeiro medicamento desse tipo a ser utilizado no tratamento do transtorno foi a clorimipramina ou clomipramina, cuja eficácia foi comprovada em estudos. Outras evidências fortaleceram a hipótese da medicação serotoninérgica da ação farmacológica anti-TOC, como introdução dos ISRS: fluoxetina e sertralina, de cujos metabólitos, como já se sabe, não possuem qualquer interferência na recaptação de noradrenalina. Além disso, essas medicações são oferecidas na atenção básica de saúde, podendo garantir o tratamento adequado sem cus-

tos ao paciente. Portanto, pode-se concluir que para a desinibição do circuito causado-tálamo-cortical, o qual gera os sintomas compulsivos do TOC, a administração crônica dos ISRS seria a melhor conduta, tendo em vista que diminui a sensibilidade dos mesmos receptores, conseqüentemente melhorando o quadro clínico.

#### **4. MÉTODOS**

Trata-se de um projeto de intervenção, a partir da prática na Atenção Básica no município de Cachoeira do Sul. A metodologia constitui-se na execução de diagnosticar e tratar pacientes com TOC no Brasil, para as equipes de Atenção Básica.

Tipo de Estudo: O trabalho desenvolvido seguiu os preceitos do estudo exploratórios por meio de uma pesquisa bibliográfica, desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído de livros, estudos publicados e artigos científicos.

## 5. CRONOGRAMA

<b>Atividades</b>	<b>Agosto</b>	<b>Setembro</b>	<b>Outubro</b>	<b>Novembro</b>	<b>Dezembro</b>
<b>Revisão da literatura</b>	X	X	X		
<b>Redação do PI</b>					X
<b>Apresentação da proposta à equipe de saúde</b>		X			
<b>Avaliação do processo com pacientes e cuidadores</b>	X	X	X	X	X
<b>Avaliação do processo em reuniões de equipe</b>		X	X	X	X

## **6. RECURSOS NECESSÁRIOS**

- Equipe de saúde da família composta por 4 agentes comunitários de Saúde, 1 técnico de Enfermagem, 1 enfermeira, 1 médicos, 1 higienizadora, 1 motorista.
- Fichas de Acompanhamento de paciente e prontuários, cadernos de Atenção Básica.

## **7. RESULTADOS ESPERADOS**

Ao diagnosticar e tratar pacientes com TOC na atenção primária espera-se conhecer o quantitativo de pacientes que necessitam de tratamento, e por quais motivos muitas vezes não são tratados e nem diagnosticados com a doença.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatry Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5.5th.ed.** Washington: American Psychiatric Association, 2013.

Associação Brasileira de Psiquiatria. **Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Diagnóstico**, 2009.

BERRIOS, German E. Epilepsia e insanidade no início do século XIX – história conceitual. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 908-922, dezembro 2012.

CORDIOLI, Aristides Volpato. **Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo – Manual da terapia cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas.** 2 ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2014.

COUTO, Leticia de Studinski Ramos Brito et al. **A heterogeneidade do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC):** uma revisão seletiva da literatura. *Contextos Clínic*, São Leopoldo, v. 3, n. 2, p. 132-140, dez. 2010.

Cramer V, Torgersen S, Kringlen E. Quality of life and anxiety disorders: a population study. **J Nerv Ment Dis.** 2005;193(3):196-202.

GONZALEZ, Christina Hajaj. Transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, 2011.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. (EDS.) - **Escala de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia.** Lemos Editorial, São Paulo, 2000, pp. 438.

GRAEFF, Frederico G. Aspectos neuroquímicos: o papel da serotonina no TOC. **Rev. Bras. Psiquiatr.** vol. 23 suppl. 2 São Paulo Oct. 2001.

HOUNIE, Ana Gabriela; LOPES, Antonio Carlos; LABATE, Cecilia; BELOTTO, Cristina; MATHIS, Maria Cristina de; BORCATTO, Sonia. **Transtorno Obsessivo-Compulsivo.** 2011.

**International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems**, 10th Revision, 2010.

NEIVA, Paula; PASTORE, Karina. Mentas que aprisionam. **Revista Veja** - Maio 2014.

NIEDERAUER, Kátia Gomes et al . Qualidade de vida em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo: revisão da literatura. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 271-278, Sept. 2007.

RAMOS, Renato Teodoro. Transtornos de ansiedade/ Anxiety disorders. **RBM rev. bras. med;** 66(11), nov. 2009.

RASMUSSEN, AS. **Estudos Genéticos do Transtorno Obsessivo Compulsivo. em Insights atual no Transtorno Obsessivo Compulsivo**, eds. E. Hollander; Zohar J.; D. Marazziti & B. Oliver. Chichester, na Inglaterra: John Wiley & Sons, 1994, pgs 105-114.

**Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 1, p. 69-78, jan./abr. 2014 - Atendimento ao indivíduo com transtorno mental: perspectiva de uma equipe da estratégia de saúde da família.