



**BRUNA BUSKE CASARA**

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: MÉTODOS DE INSERÇÃO DO  
CUIDADO COM PESSOAS EM SOFRIMENTO MENTAL NA ROTINA DA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**PORTO ALEGRE**

**2018**



**BRUNA BUSKE CASARA**

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: MÉTODOS DE INSERÇÃO DO  
CUIDADO COM PESSOAS EM SOFRIMENTO MENTAL NA ROTINA DA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

**PORTO ALEGRE**

**2018**

## RESUMO

Por meio do diagnóstico situacional da ESF V do município Crissiumal do ano 2017 foram identificados os seguintes problemas de saúde: em relação aos indicadores demográficos é relevante apontar que está acontecendo um processo de envelhecimento da população, alta prevalência na área das Doenças Crônicas não Transmissíveis como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Doenças Mentais, assim como alta taxa de mortalidade por Doenças Cardiovasculares sendo estas a principal causa de morte do município Crissiumal. Tendo em conta todas essas situações, consideramos importante dirigir o Portfólio Final como uma ferramenta que possa melhorar a atenção à saúde dos pacientes hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, para o qual foram desenhadas ações educativas tais como: capacitação dos profissionais da saúde da ESF V sobre os protocolos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus presentes nos Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão Arterial e de Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, ampliação da cobertura a hipertensos e/ou diabéticos, melhoria da qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, melhoria da adesão de hipertensos e/ ou diabéticos ao programa, melhoria do registro das informações, mapeamento de hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promoção da saúde de hipertensos e diabéticos.

**Descritores: Atenção Primária, Fatores de risco, Prevenção de doenças, Promoção da Saúde.**

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	5
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	7
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO .....	12
4. VISITA DOMICILIAR .....	15
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	18
ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	20

## 1. INTRODUÇÃO

Formada em Medicina pela Universidade de Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul, no ano de 2016, optei por trabalhar com a Atenção Básica e o SUS, pois me identifico com a continuidade do cuidado e visão do paciente como um todo. Iniciei no Programa Mais Médicos em fevereiro de 2017, e atualmente atuo na UBS Esplanada, localizada na cidade de Caxias do Sul.

A UBS Esplanada foi inaugurada na década de 90. É composta por quatro equipes de Estratégia de Saúde da Família, atendendo a uma população de 23.406 habitantes (IBGE 2010), com uma estimativa de 25.747 para 2017. O número de usuários cadastrados pelos Agentes Comunitários de Saúde é de 6.454, o que corresponde a 27,6% da população estimada. Quanto ao sexo, 49,3% dos usuários são homens e 50,7% dos usuários são mulheres. A população apresenta uma renda per capita de R\$ 582,83 (IBGE 2010). Através destes dados, percebe-se uma grande quantidade de usuários sem cobertura de ACS e um número de usuários maior do que o recomendado pelo Ministério da Saúde, o que dificulta o acesso da população ao atendimento.

A área abrangida pela UBS inclui zonas de invasão, recicladoras irregulares, pontos de tráfico, e regiões de esgoto a céu aberto. O bairro Esplanada, onde se localiza a UBS, é um dos maiores bairros do município. Conta com uma vasta oferta de mercados, padarias, restaurantes, comércio de vestuário, móveis, materiais de construção, farmácias, indústrias, borracharias, mecânicas e profissionais autônomos. Há um centro comunitário e uma capela mortuária na área adscrita. Além disso, existem quatro escolas de ensino fundamental e três escolas infantis. Englobando as mais diversas religiões, conta com dezesseis centros religiosos (católicos, espíritas, evangélicos, centros de umbanda). Existe ainda no território um centro de convivência (acompanhamento do idoso durante o dia) e a Casa do Adolescente.

A UBS possui uma grande demanda de consultas para tratamento e acompanhamento de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, além de doenças psiquiátricas e de dependentes químicos. Atualmente, percebeu-se que o número de usuários que buscam a UBS para exames preventivos aumentou consideravelmente, o que pode indicar uma mudança de pensamento da população. O projeto de intervenção anexado a este trabalho de conclusão discursa sobre a

prevalência aumentada de doenças psiquiátricas na UBS na qual estou alocada, o que motivou a construção de um grupo voltado ao desenvolvimento da saúde mental dos usuários, além da renovação das receitas controladas. A fim de auxiliar no desenvolvimento do grupo, o projeto de intervenção versa sobre os diagnósticos mais comuns e seus respectivos critérios diagnósticos.

O objetivo do Grupo de Saúde Mental é oportunizar aos usuários autoconhecimento e autocontrole de seus sentimentos e emoções, tornando-os protagonistas do seu tratamento, através de roda de conversa, discussão de situações apresentadas e dinâmicas de grupo.

## 2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

As doenças cardiovasculares, os cânceres, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes mellitus se configuram como as principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), representando a maior carga de morbimortalidade no Brasil e no mundo (DUNCAN; CHOR; AQUINO, 2012). À esta lista podemos acrescentar a obesidade, que no Brasil vem apresentando crescimento rápido. Segundo levantamento do Ministério da Saúde (2017), uma em cada cinco pessoas no País está acima do peso. Ainda segundo este levantamento, o crescimento da obesidade pode ter colaborado para o aumento da prevalência de diabetes e hipertensão.

A queda na qualidade de vida, o uso contínuo de medicações, as dores crônicas e a limitação funcional dos portadores de doenças crônicas têm favorecido o desenvolvimento de episódios depressivos associados. A presença de depressão piora diversos fatores relacionados à evolução e ao tratamento das comorbidades clínicas (COOPER et al., 2002). Pessoas com depressão apresentam maiores gastos em saúde, incapacidade para o trabalho, menor aderência aos tratamentos médicos prescritos e risco mais elevado de mortalidade (SIMON, 2003). Segundo Katon (2003), em pacientes ambulatoriais, a incidência de depressão é de 5 a 10% e nos internados, chega a 16%. Apesar disso, a depressão ainda é subdiagnosticada nestes pacientes.

### RELATO DE CASO

O.M.S., mulher, 55 anos, dona de casa. Casada com J.S., trabalhador autônomo, atualmente desempregado, que vem apresentando problemas com relação ao uso abusivo de bebida alcoólica. Juntos, o casal tem quatro filhos já adultos, dois deles desempregados, contando com auxílio financeiro dos pais. A família mora em uma casa de madeira de quatro cômodos em uma área não sanitizada da região. O.M.S é diabética, hipertensa, obesa e sedentária. Vem à consulta de rotina para renovar a sua receita de medicações contínuas e realizar os exames de controle.

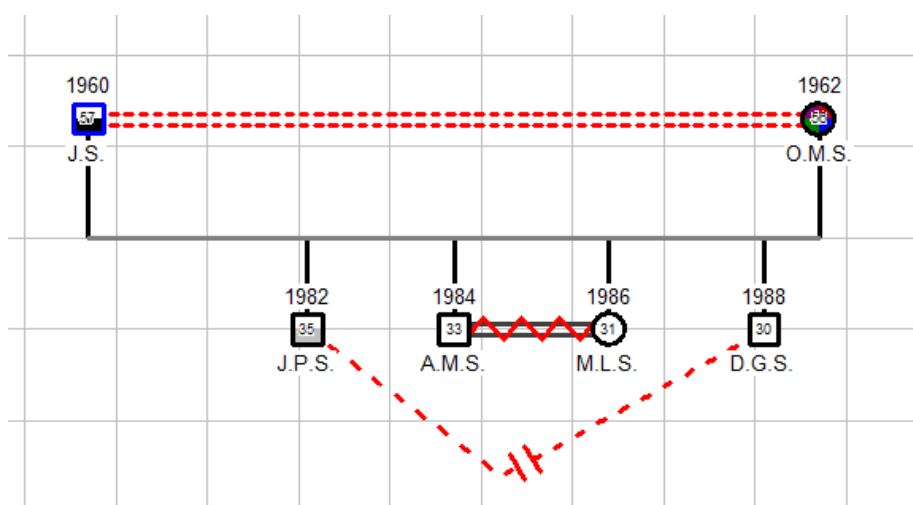
Ao ser questionada sobre seu estado de saúde, a paciente repete as já conhecidas queixas de dores articulares nos membros inferiores, na coluna lombar e nos pés, além do edema de membros inferiores e das preocupações excessivas com o marido e os filhos. No entanto, nesta consulta, surgem queixas novas. Dona O.

refere estar sentindo-se cansada, sem vontade de realizar suas atividades diárias ou de conversar com os vizinhos como era acostumada a fazer. Tem permanecido a maior parte do dia dormindo, perdeu a fome e sente muita vontade de chorar, comentando que não vê motivos para viver. Ao realizar o exame físico, constato PA 150/100 mmHg, HGT 234 mg/dL, peso 127kg, altura 150cm, configurando IMC 56,4kg/m<sup>2</sup>.

Converso com Dona O. a respeito da pressão arterial elevada, do controle inadequado do diabetes e do excesso de peso. Solicito exames laboratoriais de rotina e controle diário da pressão arterial. Para finalizar a consulta, aplico o teste da Escala de Goldberg para Detecção de Depressão, obtendo resposta positiva para cinco das oito perguntas-chave. Opto por aguardar os resultados laboratoriais para descartar outras alterações que possam simular quadro depressivo. Duas semanas após Dona O. retorna com os exames e o controle da pressão arterial, que se mostrou acima dos valores aceitáveis em todas as medidas. A glicemia de jejum se manteve alterada, e a hemoglobina glicada apontou 9,2%. Os demais exames não mostraram alterações. Aumento a dose da medicação anti-hipertensiva e dos hipoglicemiantes orais.

Oriento cuidados alimentares e a prática regular de atividades físicas, além de encaminhar à nutricionista do NASF. Conforme os critérios diagnósticos de episódio depressivo CID-10, foi realizado o diagnóstico de Episódio Depressivo Moderado, com indicação de uso de antidepressivos. Prescrevo então Fluoxetina 20mg, levando em consideração a disponibilidade na rede e o perfil de efeitos colaterais. Combino retorno em dois meses para reavaliação da saúde mental.

Figura 1 - Genograma





## DISCUSSÃO

Este relato de caso faz um retrato fidedigno de grande parte da população adulta portadora de doenças crônicas, que em algum momento de sua trajetória se percebe sem forças e sem vontade para realizar suas atividades rotineiras. Boing et al. (2012) sugeriram em estudo que a presença de depressão é expressivamente mais elevada entre pessoas com maior número de doenças crônicas, configurando-se esse grupo como de especial atenção por parte dos profissionais da saúde, tendo em vista a dificuldade de tratamento e estabilização destes usuários.

A relação entre depressão e doenças crônicas pode ser bidirecional: pessoas com depressão podem apresentar alterações biológicas com potencial de aumentar o risco de doenças crônicas, e doentes crônicos podem apresentar limitações em sua vida diária que aumentem as chances de terem depressão (KATON, 2011). Ainda segundo Boing et al. (2012), diante do quadro de forte associação entre depressão e doenças crônicas e da evidência de que pessoas com depressão apresentam piores desfechos para essas doenças, é essencial que profissionais e serviços de saúde estruturem políticas e ações específicas para esse contingente populacional.

Fleck et al. (2009) afirmam que a depressão é pouco diagnosticada pelo médico não psiquiatra, principalmente devido a falta de treinamento, falta de tempo, reconhecimento apenas dos sintomas físicos da depressão e identificação dos sintomas de depressão como uma reação “compreensível”. Os autores utilizam para a confirmação diagnóstica os critérios diagnósticos estabelecidos pela CID-10 (Tabela 1) e sugerem o rastreio de quadros depressivos através da Escala de Goldberg (Tabela 2).

**Tabela 1 - Critério diagnóstico de Episódio depressivo segundo a CID-10\*.  
(Baseado em<sup>31</sup>)**

Sintomas fundamentais

- 1) Humor deprimido
- 2) Perda de interesse
- 3) Fatigabilidade

Sintomas acessórios

- 1) concentração e atenção reduzidas
- 2) auto-estima e auto-confiança reduzidas
- 3) idéias de culpa e inutilidade
- 4) visões desoladas e pessimistas do futuro
- 5) idéias ou atos autolesivos ou suicídio
- 6) sono perturbado
- 7) apetite diminuído

*\*Episódio leve: 2 fundamentais + 2 sintomas acessórios*

*Episódio moderado: 2 fundamentais + 3 a 4 sintomas acessórios*

*Episódio grave: 3 sintomas fundamentais + >4 acessórios*

Fonte: FLECK, Marcelo P. et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Porto Alegre, p.7-17, 2009.

**Tabela 2 - Perguntas para rastreamento de depressão<sup>18</sup>**

**Teste de duas questões<sup>46</sup>**

1. Durante o último mês você se sentiu incomodado por estar para baixo, deprimido ou sem esperança?
2. Durante o último mês você se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou prazer para fazer as coisas?

*Sim para as duas questões: Sensibilidade = 96%. Especificidade = 57%*

**Escala de Goldberg para detecção de depressão<sup>47</sup>**

**Você vem tendo pouca energia?**

1. Você vem tendo perda de interesses?
  2. Você vem tendo perda de confiança em você mesmo?
  3. Você tem sentido sem esperança?
- (Se sim para qualquer uma, continue...)*
4. Você vem tendo dificuldade para se concentrar?
  5. Você vem tendo perda de peso (devido a pouco apetite)?
  6. Você tem acordado cedo?
  7. Você vem se sentindo mais devagar?
  8. Você tende a se sentir pior de manhã?

*Sim para três ou mais: Sensibilidade = 85%. Especificidade = 90%*

Fonte: FLECK, Marcelo P. et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Porto Alegre, p.7-17, 2009.

Quanto ao tratamento, os autores afirmam que os antidepressivos estão indicados em episódios depressivos moderados a graves, e o objetivo do tratamento é a remissão completa dos sintomas.

## CONCLUSÃO

Através da revisão de literatura a respeito principalmente do diagnóstico de Depressão é possível concluir que a associação entre depressão e doenças crônicas é extremamente comum na prática clínica e que muitas vezes este diagnóstico se torna tardio ou não realizado, geralmente pela falta de experiência do médico clínico sobre o assunto. O estudo de caso foi importante no sentido de evidenciar situações frequentes, porém pouco presentes no rol de diagnósticos de um médico da Estratégia de Saúde da Família.

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

De acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde, a análise do processo saúde-doença evidenciou que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico, e o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo, operando um modelo de atenção baseado na centralidade dos sintomas. Dessa forma, cada vez torna-se mais importante cuidar da vida de modo a reduzir a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que essa doença seja produtora de incapacidade, sofrimento crônico ou morte prematura de indivíduos e populações (Política Nacional de Promoção da Saúde, 2010). Neste contexto, o SUS e a Atenção Básica têm papel principal na articulação de políticas de promoção da saúde, medidas preventivas e educação em saúde a nível populacional, pareados com a vigilância sanitária e a vigilância epidemiológica, desenvolvendo estratégias para implementação das políticas e capacitação dos profissionais da rede.

Ao longo da Especialização em Saúde da Família foi possível estudar diversas ações e enfoques de promoção, prevenção e educação em saúde preconizadas pela Política Nacional de Promoção da Saúde, tais como: promoção da alimentação saudável a alcance de toda a população, inserir atividades físicas/práticas corporais nos serviços de Atenção Básica, e outras já bastante consolidadas, como realização de exames de rastreio de câncer de mama e colo uterino, promoção da saúde do trabalhador, vacinação ao longo da vida e cuidados com portadores de doenças crônicas.

Na UBS Esplanada, possuímos um sistema eficaz de prevenção e promoção em saúde através das práticas de pré-natal, puericultura, saúde da mulher, vacinação, contando com o apoio do Núcleo de Atenção à Saúde da Família, realizando grupos de educação em saúde, nutrição, atividade física, salas de espera dinâmicas durante o período de espera pela consulta, adesão às campanhas ministeriais, e principalmente, obtemos bons resultados de prevenção devido à realização de busca ativa dos usuários cujos exames ou vacinas não estão atualizados. As agendas dos médicos e enfermeiros dão prioridade às consultas de pré-natal, puericultura e puerpério, contando com um índice de adesão a estas consultas elevado. Além disso,

as coletas de Citopatológico do Colo Uterino são agendadas por livre demanda, e realizadas por todos os enfermeiros da equipe. Recentemente, através de levantamento interno realizado durante as consultas na UBS, foi observado nos usuários aumento significativo nas queixas relacionadas à saúde mental e na demanda por consultas de ordem psicológica. Esta constatação originou o Grupo de Saúde Mental, tema do Projeto de Intervenção anexado a este trabalho.

É sabido que muitos determinantes de saúde mental individuais, familiares e sociais enquadram-se em domínios de políticas não relacionadas com a saúde, como políticas sociais, fiscais, de educação e emprego. Aceita-se atualmente que as principais fundações da saúde mental se estabelecem na fase inicial da vida e são mais tarde apoiadas por cuidados positivos, elevado capital social, uma boa vida de trabalho e a sensação de que as coisas têm um sentido. Assim, o caminho para uma melhoria da saúde mental das populações passa por um programa coordenado de saúde mental pública que implemente atividade de promoção e prevenção a nível populacional (Linhas de Ação Estratégica para a Saúde Mental e Bem-estar da União Europeia, 2016).

A Política Nacional de Atenção Básica caracteriza a Atenção Básica como porta de entrada preferencial do SUS, formando um conjunto de ações em saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, e reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. No âmbito da saúde mental, esta situação é estratégica para o cuidado, pois condiciona proximidade e vínculo dos profissionais da saúde com os usuários, conhecimento da história de vida e seus vínculos com a comunidade (Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental, 2013).

O Caderno de Atenção Básica: Saúde Mental (2013) sugere ações terapêuticas em saúde mental que podem ser realizadas por todos os profissionais da saúde, nos mais diversos dispositivos de cuidado. São elas: proporcionar ao usuário momento de reflexão, exercer boa comunicação, exercitar a habilidade de empatia, escutar o que o usuário precisa dizer, acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas, oferecer suporte na medida certa. O desenvolvimento de intervenções em saúde

mental é construído no cotidiano dos encontros, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não pela cura de doenças.

Segundo Jorge et al. (2009), na prática cotidiana, os serviços de saúde devem priorizar a tecnologia leve, caracterizada como relações interpessoais, formação de vínculo, autonomização e acolhimento, como instrumento para atingir a integralidade e a humanização do cuidado. Nesta perspectiva, os diálogos, que entretecem todo o trabalho em saúde, também constituem um campo de formação de tecnologias, portanto, acolhimento e vínculo são decisivos na relação de cuidado entre o profissional da saúde mental e o usuário, e a construção e consolidação de uma rede de apoio de portas abertas e escuta ativa do usuário se mostra o principal meio para promover a saúde mental.

Marin-Neto et al. (1995) relatam que as alterações psicológicas são extrinsecamente ligadas à qualidade de vida, e assim sendo, mudanças no estilo de vida, como alimentação saudável e prática de exercício físico são importantes complementos tanto da prevenção como do tratamento de doenças mentais. Os autores enfocam os benefícios do exercício físico planejado, estruturado e repetitivo, que além de atuar como catalisador do relacionamento interpessoal e superação de pequenos desafios, promove durante sua realização liberação da b-endorfina e da dopamina pelo organismo, ocasionando ao praticante um efeito tranquilizante e analgésico, identificado como um efeito relaxante pós-esforço, onde o praticante consegue manter-se em um estado de equilíbrio psicossocial mais estável frente às ameaças do meio externo. No entanto, ainda são escassos os estudos a respeito da relação entre exercício físico, alimentação saudável e saúde mental.

#### **4. VISITA DOMICILIAR**

Segundo a Portaria nº 2.527, de outubro de 2011, a atenção domiciliar (AD) se constitui como uma “modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2011). Dessa forma, a atenção domiciliar possibilita que não existam rupturas no cuidado com o paciente ao proporcionar a construção de “pontes” de acesso ao cuidado.

Por ser realizada no domicílio do paciente, a atenção domiciliar expõe as equipes de saúde à realidade social na qual a família está inserida, à sua rotina, seus valores, e a forma de cuidar instituídas no senso comum (Caderno de Atenção Domiciliar, 2012). Dentro do enfoque da atenção básica (universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo e equidade), é responsabilidade das equipes de atenção básica atender ao cidadão conforme suas necessidades em saúde. Conforme o Caderno de Atenção Domiciliar (2012), a atenção domiciliar é atividade inerente ao processo de trabalho das equipes de atenção básica, sendo necessário que estejam preparadas para identificar e cuidar dos usuários que se beneficiarão desta modalidade de atenção, o que implica adequar certos aspectos na organização do processo de trabalho e agregar certas tecnologias necessárias para realizar o cuidado em saúde no ambiente domiciliar.

O Caderno de Atenção Domiciliar (2012) também ressalta que é importante diferenciar as diversas ações realizadas no domicílio, como cadastramento, busca ativa, ações de vigilância e de educação em saúde, daquelas destinadas ao cuidado dos pacientes com impossibilidade ou dificuldade de locomoção até a UBS, mas que apresentam agravo que demande acompanhamento permanente ou por período limitado. A assistência no domicílio deve conceber a família em seu espaço social privado e doméstico, respeitando o movimento e a complexidade das relações familiares. A abordagem integral faz parte da assistência domiciliar por envolver múltiplos fatores no processo saúde-doença da família, influenciando as formas de cuidar. A construção de ambientes mais saudáveis para a pessoa em tratamento envolve, além da tecnologia médica, o reconhecimento das potencialidades

terapêuticas presentes nas relações familiares. Os conflitos, interações e desagregações fazem parte do universo simbólico e particular da família, intervindo diretamente na saúde dos seus membros. A primeira condição para que ocorra a assistência domiciliar é o consentimento da família, sem o qual é impossível estabelecer um bom relacionamento e seguimento da terapêutica. É também de extrema importância que a atenção domiciliar esteja pautada em uma equipe multiprofissional com prática interdisciplinar.

As visitas domiciliares se configuram como uma ferramenta importante na manutenção do cuidado, de forma que se conhece o usuário como um todo, no seu habitat. Atualmente, na UBS Esplanada, estas visitas são restritas a usuários acamados ou com grande dificuldade de mobilidade, que apresentem limitação de acesso à Unidade Básica, devido à demanda de consultas e pouca disponibilidade de horários e profissionais para visitas. Geralmente estas demandas são trazidas pelos Agentes Comunitários de Saúde, que orientados a respeito dos usuários elegíveis para visitas, discutem em reunião com médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e com os profissionais do NASF as queixas e necessidades do usuário. Todos os profissionais, de forma interdisciplinar, planejam a visita e o plano terapêutico deste usuário. Cada equipe de Saúde da Família possui um turno por semana reservado para visitas domiciliares, agendadas conforme a demanda. Algumas situações são trazidas ao conhecimento da UBS diretamente pelo familiar/cuidador, que solicita auxílio. Os usuários que recebem atenção domiciliar incluem idosos com diversas comorbidades crônicas ou crônicas-agudizadas, restritos ao leito ou cadeirantes, usuários com sequelas motoras ou neurológicas de acidentes, episódios isquêmicos, dentre outros, portadores de doenças mentais restritos ao domicílio e portadores de necessidades especiais.

As visitas domiciliares contam com o apoio dos cuidadores e familiares, que são muito receptivos com a equipe. Geralmente as visitas são realizadas por médico, fisioterapeuta e nutricionista, e estes ambientes se tornam oportunidades ímpares de aprendizagem mútua. Mais recentemente, após levantamento de demandas em reunião de equipe, passamos a organizar visitas rotineiras para alguns usuários com diagnóstico de transtornos mentais graves que necessitam de receitas controladas, visando a não interrupção do tratamento por falta de medicação. No contexto da saúde mental, as visitas domiciliares possibilitam à equipe o conhecimento das condições de



vida do usuário, as relações familiares e os possíveis agravantes do sofrimento mental, o que expõe as necessidades do usuário e outras formas de auxílio necessárias ao seu tratamento.

## **5. REFLEXÃO CONCLUSIVA**

Ao longo deste um ano de prática diária na Unidade Básica de Saúde, foi possível valorizar mais ainda este curso de especialização. Foi de extrema importância para o meu entendimento do processo de trabalho da UBS e do próprio Sistema Único de Saúde aprofundar o conhecimento a respeito da criação do SUS, dos seus princípios, da gestão do trabalho, funções de cada profissional, organização de agendas, redes de apoio, etc. Pude refletir sobre as justificativas para cada princípio, e absorver e incluir no meu cotidiano, de forma que hoje já não posso atuar como médica sem a integralidade inerente à atenção básica.

Concluo este curso com uma ampla compreensão dos objetivos da atenção básica e da Estratégia de Saúde da Família e com a convicção de que esta se configura como a melhor maneira de fornecer saúde à população. Há muito deixei de lado o atendimento do usuário centrado na doença e passei a incluir nas consultas orientações e estímulo à promoção e prevenção da saúde, pois finalmente entendi que este deve ser o objetivo principal do médico. No entanto, este não foi um processo fácil, pois durante o período de graduação, aprendemos a enxergar cada paciente pela doença que ele possui, não ampliando a visão para o ser que carrega a doença.

Os estudos de caso do Eixo 2 retrataram o dia-a-dia da UBS em que atuo, fazendo com que eu me sentisse no lugar do médico. As revisões de literatura ampliaram o meu conhecimento técnico, transmitindo segurança ao meu trabalho, porém por vezes as atividades e leituras obrigatórias se tornaram extenuantes, e o prazo sempre foi apertado.

Os conhecimentos adquiridos foram colocados em prática durante as consultas na UBS, possibilitando a sua fixação, e a confecção do Portfólio possibilitou revisão dos eixos 1 e 2, interligando conhecimentos e evidenciando a importância da visão ampliada do usuário e do seu cotidiano. A questão da saúde mental na atenção básica ainda não recebe a importância devida, e acredito que este portfólio põs em foco esta

situação, sugerindo, ainda que de forma singela, formas de incluir a saúde mental nos atendimentos e na promoção e prevenção da saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, v. 1, n. 208, 28 out. 2011. Seção 1. p. 44.

BOING, Antonio Fernando et al. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. **Revista Saúde Pública**, Florianópolis, p.1-7, jan. 2012.

DUNCAN, Bruce Bartholow; CHOR, Dóra; AQUINO, Estela M L. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista Saúde Pública**, Porto Alegre, v. , n. 46, p.126-134, nov. 2012.

FLECK, Marcelo P. et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Porto Alegre, p.7-17, 2009.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado:: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Fortaleza, v. 7, n. 16, p.3051-3060, jul. 2009.

KATON, W.J. - Clinical and Health Services Relationships Between Major Depression, Depressive Symptoms, and General Medical Illness. *Biol Psychiatry* 54:216-26, 2003.

SIMON, GE. Social and economic burden of mood disorders. *Biol Psychiatry*. 2003;54(3):208-15.

KATON WJ. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011;13(1):7-23.

MARIN-NETO, J.A. et al. Atividades físicas: “remédio”cientificamente comprovado? A Terceira Idade. 1995;10 (6): 34-43.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Editora Ms, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Editora Ms, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental.** Brasília: Editora Ms, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Domiciliar.** Brasília: Editora Ms, 2012.

PORTAL BRASIL. **Obesidade cresce 60% em dez anos no Brasil.** Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2017/04/obesidade-cresce-60-em-dez-anos-no-brasil>>. Acesso em: 11 mar. 2018.

UNIÃO EUROPEIA. **Linhas de Ação Estratégica para a Saúde Mental e Bem-estar da União Europeia.** Inglaterra: Joint Action, 2016.

## **ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO**



## **PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**BRUNA BUSKE CASARA**

**RODA DE CONVERSA SOBRE SAÚDE MENTAL  
COMO FORMA DE SUPRIR DEMANDAS**

**CAXIAS DO SUL  
OUTUBRO DE 2017**

## RESUMO

A atual situação de saúde da cidade de Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul, exige das Unidades Básicas de Saúde o desenvolvimento de ações locais para atender à demanda reprimida de consultas médicas, nutricionais, psicológicas e fisioterapêuticas. Na UBS Esplanada, responsável por um número de usuários muito superior àquele capaz de acolher, dentre os diversos nós críticos existentes, observa-se a grande procura por consultas médicas voltadas às queixas relacionadas à saúde mental e sintomas depressivos, superlotando filas de espera para consultas especializadas. Esta demanda aumentada tem como consequência o atraso no diagnóstico e a dificuldade na manutenção do tratamento, para aqueles que fazem uso de medicações controladas. O desenvolvimento de um grupo de saúde mental multiprofissional tem como objetivo a continuidade do tratamento através da renovação de receitas de medicação controlada, e interação e troca de experiências entre os usuários, tornando-os atores principais no seu tratamento e dos seus semelhantes. Neste sentido, o grupo atua como ação preventiva no que diz respeito às descompensações da doença por falta de medicação, e resolutiva no que diz respeito às filas de espera para consultas especializadas.

**Descritores:** Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Medicação controlada. Equipe multiprofissional. Prevenção e promoção da saúde.

## 1. INTRODUÇÃO

A Unidade Básica de Saúde Esplanada, localizada na cidade de Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul, é responsável por aproximadamente 80 mil prontuários ativos, entre adultos e crianças, provenientes de seis grandes bairros da região. É composta por quatro equipes de Estratégia em Saúde da Família, atualmente contando com três médicos de Estratégia. As equipes são amparadas pelo NASF, que oferece profissionais na área de nutrição, psicologia e fisioterapia. No entanto, o número de equipes e de profissionais está muito aquém daquele regulamentado na Portaria 2488, de 21 de outubro de 2011. Além disso, a saúde pública na cidade sofre, no momento, com a escassez de médicos especialistas, atravancando e aumentando as filas de espera, e como consequência, sobrecarregando as Unidades Básicas de Saúde e os médicos de ESF.

Diariamente, na UBS Esplanada, são ofertadas 96 consultas em Estratégia de Saúde da Família. Todos os dias, usuários fazem fila duas horas antes da abertura do serviço para conseguirem lugar na agenda de consultas, e grande parte deles deixa o local sem conseguir agendar atendimento. Com isso, a população que depende da UBS para cuidado continuado de doenças crônicas, por vezes se apresenta em franca descompensação da doença de base. Esta situação se torna ainda mais perigosa quando se computa o número de usuários portadores de transtorno mental, que dependem do fornecimento de receitas controladas a cada 60 dias. Atualmente, o serviço possui registrado um número de 229 usuários adultos em fila de espera para atendimento psiquiátrico, há 157 dias, e 148 usuários adultos em fila de espera para acompanhamento psicológico, há 731 dias. Para estes usuários, considerando o risco de exacerbação dos sintomas depressivos, auto e halo-agressão e necessidade de internação em clínicas psiquiátricas, é imprescindível assegurar a manutenção do tratamento.

Analisando de forma mais abrangente, no contexto social atual, grande parte da população encontra-se em sofrimento mental, decorrente das frustrações a que são submetidas ao longo da vida, nas mais diversas áreas. Situação esta que pode vir a evoluir para algum tipo de transtorno mental, e cujos indivíduos devem receber a atenção e o apoio adequados, de forma a aprenderem a lidar com suas emoções e tornarem-se emocionalmente fortes. Com o intuito de fornecer o apoio necessário aos

pacientes em sofrimento e àqueles com doença mental já instalada, planejamos a organização de um grupo de saúde mental estruturado como roda de conversa, objetivando o aprofundamento do contato do indivíduo com seu íntimo, com os outros e com os acontecimentos que os cercam, por meio da troca de experiências e reflexões. Desta forma, é possível também a manutenção do tratamento medicamentoso, através da renovação das receitas de psicotrópicos.



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Formação de um grupo comunitário para troca de experiências e reflexões de vida, de forma a auxiliar no processo de recuperação dos pacientes em sofrimento mental.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Servir como referência para os usuários, de forma a sempre poderem recorrer à equipe quando em sofrimento mental;
- Identificar indivíduos cujo sofrimento mental o torna incapacitado ou que estão à beira da incapacidade, que necessitem tratamento medicamentoso e psiquiátrico específico;
- Identificar indivíduos em situação de risco para suicídio, de forma a resgatá-los e proceder com os encaminhamentos adequados;
- Fornecer, em consulta individual posterior ao grupo, receitas de medicações antidepressivas/ansiolíticas conforme necessidade ou prescrição prévia de especialista, procurando reduzir os casos de descompensação da doença por falta de medicação;
- Possibilitar auto-conhecimento, reflexões sobre si mesmo e os outros, e capacitar o indivíduo a resolver conflitos emocionais de forma equilibrada.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS - 2016), saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas mera ausência de doença ou enfermidade. Uma implicação importante dessa definição é que a saúde mental é mais do que a ausência de transtornos mentais ou deficiências. Trata-se de um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, trabalhar de forma produtiva e é capaz de fazer contribuições à sua comunidade.

A saúde mental de uma pessoa está relacionada à forma como ela reage às exigências da vida e ao modo como harmoniza seus desejos, capacidades, ambições, ideias e emoções. Indivíduos mentalmente saudáveis são capazes de vivenciar diariamente uma série de emoções e enfrentar desafios da vida cotidiana com equilíbrio, aprendendo a lidar com conflitos, perturbações e traumas ou transições importantes nos diferentes ciclos de vida (Lorusso, 2011). Dessa forma, a promoção, proteção e restauração da saúde mental podem ser consideradas como uma preocupação vital dos indivíduos, comunidades e sociedades.

Múltiplos fatores sociais, psicológicos e biológicos determinam o nível de saúde mental de uma pessoa. Por exemplo, as pressões socioeconômicas contínuas são reconhecidas como riscos para a saúde mental de indivíduos e comunidades. A evidência mais clara está associada aos indicadores de pobreza, incluindo baixos níveis de escolaridade. Uma saúde mental prejudicada também está associada a rápidas mudanças sociais, condições de trabalho estressantes, discriminação de gênero, exclusão social, estilo de vida não saudável, risco de violência, problemas físicos de saúde e violação dos direitos humanos. Há também fatores psicológicos e de personalidade específicos que tornam as pessoas vulneráveis aos transtornos mentais. Por último, há algumas causas biológicas, incluindo fatores genéticos, que contribuem para desequilíbrios químicos no cérebro (OMS, 2016).

A promoção da saúde mental envolve ações para criar condições de vida e ambientes que apoiem a saúde mental e permitam às pessoas adotar e manter estilos de vida saudáveis. Um ambiente que respeite e proteja os direitos básicos civis, políticos, socioeconômicos e culturais é fundamental para a promoção da saúde mental. Sem a segurança e a liberdade asseguradas por esses direitos, torna-se muito

difícil manter um elevado nível de saúde mental. No entanto, é vital não apenas proteger e promover o bem-estar mental dos cidadãos, mas também atender às necessidades de pessoas com transtornos mentais definidos (OMS, 2016).

Segundo a Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID 10), os transtornos mentais se classificam como doença com manifestação psicológica associada a algum comprometimento funcional resultante de disfunção biológica, social, psicológica, genética, física ou química. Podem ser classificados, ainda, como alterações do modo de pensar e/ou do humor associadas a uma angústia expressiva, produzindo prejuízos no desempenho global da pessoa (Santos & Siqueira, 2010). Estes transtornos, frequentemente encontrados na comunidade, geram alto custo social e econômico, atingem pessoas de todas as idades, causando incapacitações graves e definitivas que elevam a demanda nos serviços de saúde. No entanto, sabe-se que a maioria dos transtornos é tratável e evitável, corroborando a premissa de que, quando se investe na prevenção e promoção da saúde mental, pode-se reduzir bastante o número de incapacidades resultantes (Santos & Siqueira, 2010).

A depressão é a principal causa de problemas de saúde e incapacidade em todo o mundo. De acordo com as últimas estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 300 milhões de pessoas vivem com depressão, um aumento de mais de 18% entre 2005 e 2015. A falta de apoio às pessoas com transtornos mentais, juntamente com o medo do estigma, impedem muitas pessoas de acessarem o tratamento de que necessitam para viver vidas saudáveis e produtivas (OMS, 2017).

A OMS identificou fortes ligações entre a depressão e outras doenças e transtornos não transmissíveis. A depressão aumenta o risco de transtornos de uso de substâncias e de doenças como diabetes e cardíacas. O oposto também é verdadeiro, o que significa que as pessoas com essas outras condições têm um maior risco de depressão. A depressão também é um fator de risco importante para o suicídio, que acaba com centenas de milhares de vidas a cada ano.

### **Transtornos de Humor**

Brunoni (2008) caracteriza transtornos de humor como alterações acentuadas e razoavelmente bem delimitadas do humor, da cognição, da atenção, dos ritmos

biológicos e da psicomotricidade. Podem ser divididos em dois grandes grupos: transtornos depressivos unipolares e transtornos afetivos bipolares, quando os episódios depressivos alternam-se com episódios de mania ou hipomania.

Transtornos depressivos unipolares podem ser subdivididos em: Transtornos Depressivos Maiores e Transtornos Distímicos. Acometem duas a três vezes mais mulheres do que homens, mais comumente a partir da 3ª década de vida. Os critérios diagnósticos principais são a presença de anedonia e/ou humor deprimido. Outros sintomas importantes são encontrados nos campos cognitivos (pensamentos de culpa, morte, menos valia, dificuldade de concentração e ansiedade) e somáticos (insônia, perda de peso, retardo psicomotor). Os critérios diagnósticos são listados na tabela a seguir. São necessários pelo menos cinco desses critérios por mais de duas semanas para a confirmação do diagnóstico.

**Tabela 1. Critérios diagnósticos para transtorno depressivo maior**

Perda de interesse ou prazer	Fadiga ou perda de energia
Humor deprimido	Sentimento de inutilidade ou culpa
Perda ou ganho de peso	Indecisão ou falta de concentração
Insônia ou excesso de sono	Pensamentos de morte
Agitação ou retardo psicomotor	

O diagnóstico diferencial deve ser realizado em relação a outras condições clínicas e psiquiátricas, tais como hipotireoidismo, síndrome de Cushing, síndrome de Addison, diabetes melito, AIDS, anemia, acidentes vasculares cerebrais, uso de alguns medicamentos, e dentre os transtornos psiquiátricos, os transtornos de ansiedade, obsessivo-compulsivo, de personalidade e somatoformes. Um diagnóstico incorreto pode fazer com que a depressão se torne crônica, havendo piora dos sintomas e aumentando o risco de hospitalização e suicídio.

Conforme relata Brunoni (2008), diversas meta-análises recentes mostraram a eficácia do tratamento psicoterápico em associação à terapia medicamentosa nos transtornos depressivos maiores, e em alguns casos (depressões leves a moderadas), a terapia pode ser aplicada isoladamente.

## Transtornos de Ansiedade

Segundo Brunoni (2008), os transtornos ansiosos são um grupo heterogêneo de sintomas e comportamentos que, em conjunto, acometem cerca de 10% da população. O sintoma em comum é a experimentação de ansiedade, que pode ser cognitiva (antecipação negativa e desastrosa de eventos futuros) ou física (sintomas de liberação autonômica como taquicardia, taquipneia, sudorese fria, dor abdominal, entre outros).

**Tabela 2. Sintomas de Ansiedade física e psíquica**

Ansiedade Física		Ansiedade Psíquica
Palpitação	Angústia	Preocupação excessiva
Sudorese	Tontura	Antecipação negativa do futuro
Tremores	Parestesias	“Remoer” de pensamentos
Falta de ar	Náuseas	Medo excessivo de algo ou alguém
Dor torácica	Dor abdominal	Comportamento evitativo/recluso

No transtorno de Ansiedade Generalizada, a ansiedade é predominantemente cognitiva, de natureza protraída e crônica, sendo expressa na forma de uma preocupação constante com diversos eventos ou atividades por mais de seis meses. A ansiedade física é referida como excesso de tensão e fadiga, sensação de esgotamento no final do dia, insônia e irritabilidade excessiva. Nos ataques de pânico, a ansiedade se precipita de forma súbita e intensa. O indivíduo experimenta uma sensação inesperada de perigo ou destruição iminente, que se acompanha de vários sintomas de hiperatividade autonômica. No transtorno de pânico, os ataques de pânico se tornam frequentes, o paciente passa a “ter medo de ter medo”. De maneira geral, o tratamento se beneficia com a combinação de terapias farmacológicas e psicológicas (Brunoni, 2008).

#### **4. METODOLOGIA**

Trata-se de um projeto de intervenção a partir de reuniões bimensais com usuários selecionados através de avaliação médica prévia em consulta, em que serão realizadas dinâmicas entre os participantes, rodas de conversas e reflexões sobre diversos assuntos relacionados à saúde no geral e à convivência entre pessoas.

Etapas:

1. Reunião de equipe para expor o projeto de intervenção, compartilhando a justificativa e os objetivos e solicitando auxílio de toda a equipe;
2. Triagem dos usuários portadores de transtornos mentais que se enquadram no perfil de grupo (transtornos depressivos e ansiosos, excluindo psicoses);
3. Escolha das datas e reserva da sala onde se realizará o grupo;
4. Convite aos usuários selecionados através de telefonemas, consultas médicas e Agentes Comunitárias de Saúde;
5. Planejamento da reunião de abertura do grupo, em conjunto com psicólogo e terapeuta ocupacional;
6. Avaliação da aceitação do grupo pelos usuários através da sua participação durante a roda de conversa e seu retorno no grupo seguinte; avaliação dos benefícios do grupo através de comentários dos participantes e de consulta médica observando a eficácia da medicação e das rodas de reflexão.

## 5. CRONOGRAMA

Ações	Junho/17	Julho/17	Agosto/17
Apresentação do PI para a equipe	x		
Triagem dos usuários	x	x	
Escolha das datas		x	
Convite aos usuários		x	x
Planejamento da reunião de abertura			x
Primeira reunião			x

## **6. RECURSOS NECESSÁRIOS**

### **6.1 RECURSOS HUMANOS**

Equipe do NASF composta por nutricionista, psicóloga, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e Médico de ESF e Agentes Comunitários de Saúde da UBS.

### **6.2 RECURSOS MATERIAIS**

- Sala de reuniões
- Cadeiras para roda de conversa
- Prontuários dos usuários participantes
- Receituários de controle especial



## **7. RESULTADOS ESPERADOS**

Saúde mental e bem-estar são fundamentais para nossa capacidade coletiva e individual, como seres humanos, para pensar, nos emocionar, interagir uns com os outros e aproveitar a vida. Através da realização das rodas de conversa sobre diversos assuntos relacionados à saúde, reflexões a respeito das emoções e vivências do dia-a-dia, espera-se que o Grupo de Saúde Mental consiga alcançar de forma eficaz as dificuldades emocionais dos participantes, de forma a estimular o equilíbrio emocional, o pensamento crítico a respeito das dificuldades vivenciadas e a resiliência.

Em associação às atividades reflexivas e à psicoterapia, através do fornecimento de receitas de medicação, espera-se a manutenção do tratamento medicamentoso continuado, de forma a evitar os períodos em que o usuário fica sem a medicação e vulnerável às consequências do sofrimento mental, principalmente as internações em clínicas psiquiátricas e o suicídio.

Confiamos que a equipe coordenadora do Grupo desempenhe um papel de amparo aos usuários em sofrimento mental e àqueles com doença mental já instalada, para que sempre que sentirem necessidade, possam buscar a equipe. De forma mais abrangente, ansiamos que o Grupo seja capaz de diagnosticar casos de transtornos mentais e usuários que estejam em risco, e assim, fornecer os devidos encaminhamentos a serviços especializados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Com depressão no topo da lista de causas de problemas de saúde, OMS lança campanha “Vamos Conversar”**.

Brasília, 2017. Disponível

em: <[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5385:com-depressao-no-topo-da-lista-de-causas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-a-campanha-vamos-conversar&Itemid=839](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5385:com-depressao-no-topo-da-lista-de-causas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-a-campanha-vamos-conversar&Itemid=839)>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **OPAS/OMS apoia governos no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental da população**. Brasília, 2016. Disponível em:

<[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839)>

BRUNONI, AR. **Transtornos mentais comuns na prática clínica**. Rev Med (São Paulo). 2008 out.-dez.;87(4):251-63.

DOS SANTOS, Élem; SIQUEIRA, Marluce. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. J. bras. psiquiatr. vol.59 no.3 Rio de Janeiro 2010.