UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMILIA

Titulo: Projeto de intervenção para a capacitação das famílias para auxiliar no relacionamento com pacientes com transtornos mentais

Nome: Diamela Mora Torres

Orientadora: Vera Luczia de Souza Alves

Sumario:

Introdução ---------- 1

Objetivos ---------- 3

Metodologia ---------- 4

Resultados Esperados ---------- 5

Cronograma ---------- 6

Referencias bibliográficas ---------- 7

1- Introdução.

De acordo com os casos atendidos na Unidade Municipal de Saúde da Família do Igarapé, percebe-se uma prevalência de casos em saúde mental preponderantemente Transtornos Depressivos e ou Ansiosos, onde as condições socioeconômicas das famílias são baixas, apresentam baixa escolaridade, portanto em um grau elevado de vulnerabilidade social e psicológica. Diante desta realidade, surge o interesse de realizar um trabalho voltado aos familiares desses usuários portadores de sofrimento psíquico.

A família de uma forma geral é considerada o fundamento básico e universal das embora variem as estruturas e funcionamentos. A mesma se define como um grupo social, cujos membros estão unidos por laços de parentesco, e paralelamente sofrem influencia do ambiente familiar. [1]

A família seja ela qual for, tenha a configuração que tiver, é e será, o meio relacional básico para as relações no mundo. Porém na realidade dos atendimentos em saúde mental, a família, ganhava visibilidade, embora apenas parcial sobre tudo como informante ou então de forma negativa. [2]

Considerando que a família abandonava o portador de sofrimento mental e utilizava o hospital como deposito. [3]

Segundo (CAB saúde mental) a reforma psiquiátrica brasileira, auxilia na mudança do papel da família no cuidado em saúde mental. Antes de ser implementada a maneira de tratar o paciente era a traves do isolamento e exclusão, onde os mesmo eram privados do contato com a família e com a sociedade. Não existia nenhum tipo de investimento para envolver os familiares como pessoas importantes no tratamento, já que os pacientes eram vistos como doentes e isolados. [2]

No campo de saúde mental, certamente a maior conquista é processo de desinstitucionalização do portador de sofrimento psíquico e a gradual implementação de serviços de saúde em meio aberto, como CAPS, os hospitais Dia e as Residências Terapêuticas. Agora podem contar com um tratamento mais próximo de seus familiares e da comunidade onde vivem. (5)

Entre as mudanças ocorridas, podemos citar o desenvolvimento de práticas terapêuticas baseadas na inclusão, participação, empoeiramento, e organização crescente dos usuários e seus familiares. (4)

Diante desta nova forma de cuidado do paciente com sofrimento psíquico observado que os profissionais de saúde cobram que a família cuide e aceite o familiar com transtorno mental, porém é necessário perceber se esses profissionais estão dando suporte e orientação para a família. Para dar o suporte necessário à família, torna-se importante acolher suas demandas e dificuldades de convívio familiar. Entre as demandas podemos citar a

dificuldade de lidar com a situação de crise, conflitos familiares, culpa, pessimismo por não vislumbrar saída, dificuldade materiais econômicas, relacionamento complexo com o familiar e desconhecimento da doença. [2]

A família ainda é uma instituição pouco conhecida pelos profissionais das ESF quando se considera como necessário conhecer não só sua composição, mas também sua história, estrutura familiar, dinâmica interna e externa, suas potencialidades e fragilidades. O estado atual de conhecimento dos profissionais sobre a família não subsidia sua prática em tê-la como foco da atenção. (10)

Torna-se fundamental considerar que o provimento de cuidado doméstico à pessoa com sofrimento psíquico, é um trabalho complexo, historicamente retirado da família e que agora lhe está sendo restituído. Esse cuidado requer disponibilidade, e esforço, compreensão, capacitação mínima, inclusive para que os cuidadores encontrem estratégias para lidar com frustrações, sentimentos de impotência e culpa o seja com suas próprias emoções.[2] Segundo Rosa, 2012, as pessoas quando se unem, geralmente não esperam que possa surgir em seu meio, um portador de transtorno mental, frequentemente, o portador de sofrimento mental surge como um evento imprevisto que impacta na organização do grupo doméstico. As famílias com poucos recursos econômicos, associados às questões sociais, analfabetismo, violência, alcoolismo, entre outros, tornam essas famílias mais vulneráveis, e constituem como preponderantes na hora de se pensar na dinâmica das relações da família. [3]

É interessante que os familiares busquem informações sobre a doença. Entendendo as causas, os sintomas e as formas de tratamento, os familiares poderão ajudar muito, sendo inclusive, extremamente necessários no processo de cura e prevenção de recaídas. Nessa linha de entender o que é a doença, é importante que os familiares entendam o que se passa na cabeça de quem sofre mentalmente. [1]

Dos pacientes atendidos em ambulatórios 10% a 25% são portadores de depressão, representando a segunda causa de consulta, ainda que frequentemente ignorada ou subdiagnosticada, médicos generalistas e não psiquiatras tratam a maioria dos pacientes com sintomas depressivos. (9)

O transtorno depressivo é uma patologia mental muito frequente na população em geral. Relata-se que 50% dos pacientes deprimidos, que buscam atenção primária, permanecem sem serem diagnosticados e sem receberem tratamento, o que repercute em carga excessiva de sofrimento, elevada morbidade e mortalidade, além do contínuo risco de suicídio (7)

Os transtornos depressivos podem causar imenso sofrimento, não somente à pessoa que está deprimida, mas também aquelas que estão mais

próximas dela. Se não for tratada, a depressão pode provocar um grande abalo na vida familiar. Felizmente a depressão costuma responder bem ao tratamento, e realmente existem tratamentos eficazes. (6)

Todos se beneficiam com a abertura da comunicação franca e dão um passo para mobilizar os recursos da família. Familiares e pacientes se aproximam e podem se ajudar mutuamente porque a comunicação franca e aprofunda a compreensão do sofrimento de ambas a partes. (8)

2- Objetivo Geral:

1 - Capacitar às famílias dos usuários de transtorno mental buscando a melhora dos relacionamentos dos mesmos.

2.1 Objetivos Específicos:

1 - Realizar trabalho educativo com as famílias para compreenderem os transtornos mentais

2 - Fornecer espaço para compartilharem suas angustias, realizando trabalho terapêutico com os mesmos.

3 - Fornecer ferramentas para melhora no relacionamento entre eles

3- Metodologia:

3.1- Cenário de intervenção:

A estratégia será implantada no bairro Igarapés, localizado na cidade de Jacareí, no Estado de São Paulo, a 90 quilômetros da capital do estado, que possui uma população de 12 839 habitantes. O bairro é dividido em 3 micro áreas para cadastramento da unidade. Cada micro área contém uma equipe de saúde da família formado por um médico, 1 enfermeira, 2 auxiliares de enfermagem, e 4 Agentes Comunitários de Saúde, a unidade também conta com 1 dentista e 1 auxiliar de dentista, 1 psicóloga e 4 profissionais de recepção, 2 faxineiras.

3.2- Sujeito da intervenção:

Famílias que possuem integrantes com transtornos mentais pertencentes a área de abrangência da equipe de saúde com uma amostra de 5 famílias.

3.3- Estratégias e ações:

O projeto consistirá em 4 etapas.

1era Etapa -- consiste em um levantamento dos pacientes com diagnósticos de transtornos depressivos leves a moderados pela Médica da Unidade de sua área de abrangência e a seleção dos casos indicados para o atendimento.

2da Etapa -- realização de visitas domiciliares às residências para observação de alguns aspectos da dinâmica familiar, comunicação (linguagem), responsabilidade, grau de empatia.

3era Etapa --- atendimento compartilhado entre profissional do Núcleo de Atenção de Saúde da Família (NASF) e Medica da unidade de saúde, serão selecionadas 05 famílias para o trabalho. Os atendimentos serão na UMSF Igarapés. Com duração de 50 min, uma vez por semana com cada família às quintas-feiras.

4ta Etapa --- avaliação dos resultados, com retorno à residência para observar os itens da segunda etapa se ocorreram modificação, além da observação em longo prazo durante a rotina das consultas da Unidade.

3.4- Avaliação e monitoramento:

Pode-se observar um aumento dos conhecimentos nas famílias com membros com transtornos mentais, com um melhor funcionamento da dinâmica familiar, e um melhor acolhimento da terapêutica por parte dos pacientes, além de uma melhor qualidade de vida destes pacientes. O monitoramento deve ser feito de forma periódica, com avaliação em longo prazo.

4- Resultados esperados:

Os pacientes com transtornos mentais são muitos frequentes nas comunidades de hoje em dia, e geralmente as famílias não sabem como trata-los, este projeto de intervenção permitiu o um melhor relacionamento das famílias com membros com transtornos mentais.

A Amostra de estudo foram cinco famílias com acompanhamento com equipe multidisciplinar integrado por médico, enfermeira, agente comunitário e psicóloga com atendimento compartilhado com NASF. Os dados analisados demostrou-se que aumento a qualidade de conhecimento das famílias e por consequente o relacionamento entre eles, assim com uma melhora os parâmetros de saúde em nossa comunidade e principalmente na área objeto de estudo.

Esta pesquisa permitiu o uma diminuição da prevalência das consultas de pacientes com transtornos mentais com respeito ao ano anterior, o que permite uma melhor qualidade de vida tanto da família como do paciente. Ainda faltam mais intervenções e ações educativas para melhorar muito mais os relacionamentos das famílias com pacientes doentes com transtornos mentais.

5- Cronograma:

Atividades	Dec/14	Jan/15	Fev/15	Mar/15	Ab/15	Maio/15
Elaboração do projeto	X					
Aprovação do projeto		X				
Estudo da literatura	X	X	X	X	X	X
Coleta de dados		X	X			
Discussão e analise dos resultados			X			
Revisão Final e digitação				X	X	
Entrega do trabalho final						X
Socialização do trabalho						X

6- Referencias bibliográficas:

1 – site www.scielo.br. A família em saúde mental. Ver. Rev. esc. enferm. USP vol.45 No. 5. São Paulo. Oct. 2011

2- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Caderno de Atenção básica nº 34 Saúde Mental. 2013, Brasília, MS p.63

3- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Caderno de Atenção básica nº 34 Saúde Mental .2013, Brasília, MS p.64

4- Rosa, Lucia Cristina dos Santos. Transtorno mental e o cuidado na família. 3º ed. São Paulo: Cortez, 2011 p.27

6- Vasconcelos, Lotfi, Braz, Di Lorenzo, Reis, Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental. Rio de Janeiro, 2013 p.55.

7- Santin, Gisele. A família e o cuidado em saúde mental. Santa Cruz do Sul, 2011p. 146

8- site www.psiquiatriageral.com.br. Depressão afeta toda a família. John H. Greist, MD; James W. Jeferson. MD. Psiquiatria Geral

“9- Atenção de enfermagem: uma reflexão, Mariluci Camargo F.S, Candido, Antônia Regina, F, Furegato”. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

10- Filho, Mello; Burd Miriam. Doença e família. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010 p 390.

11- Depressão na atenção primaria, D.V.Arantes. 2007

12- Atenção primaria em saúde e contexto familiar, analise do tributo centralidade na família no PSF de Manaus: ir Chase da Silva, tese do doutorado 2010.