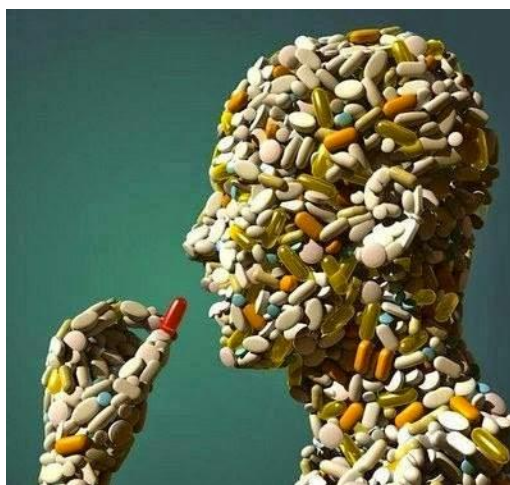


ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA



**Título: Saúde Mental, intervenção para um atendimento mais eficaz.
UBS Jd. Jaraguá 2015**

Aluno: Raul Jorge Miranda.

Orientadora: Meiry Fernanda Pinto Okuno

**São Paulo/SP
2015**

SUMÁRIO

1. Introdução.....	1
1.1. Identificação e apresentação do problema.....	1
1.2. Justificativa.....	3
2. Objetivos.....	4
2.1 Objetivos geral.....	4
2.2 Objetivos específicos.....	4
3. Metodologia.....	5
3.1. Cenário da intervenção.....	5
3.2. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção.....	5
3.3. Estratégias e ações.....	6
3.4. Avaliação e monitoramento.....	7
4. Resultados Esperados.....	9
5.Cronograma.....	10
6. Referências.....	11

1. INTRODUÇÃO

Aluno: RAUL JORGE MIRANDA

Orientadora: Meiry Fernanda Pinto Okuno

Introdução

Os problemas de saúde mental constituem uma demanda para a saúde pública devido à alta prevalência e impacto psicossocial. Portanto, quando se refere à atenção básica e a sua componente saúde mental, é importante ressaltar que, em todo o processo de adoecer, faz parte a questão subjetiva, ou seja, todo o problema de saúde é sempre de saúde mental⁽¹⁾.

O sofrimento psíquico não se apresenta de forma explícita nos atendimentos de atenção básica, porém, é sabido que em vários quadros orgânicos como diabetes, hipertensão e outros relacionados com fatores psicológicos e sociais como a violência, tem repercussões na vida do usuário e de seus familiares, causando-lhes uma sobrecarga psíquica².

Transtornos mentais comuns (expressão epidemiológica) que são caracterizados por sintomas como: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, são os mais encontrados na comunidade e causam alto custo social e econômico, pois são incapacitantes, sendo uma das causas relevantes quanto aos dias perdidos de trabalho, o que também elevam a demanda por serviços de saúde³

Na realidade brasileira cerca de 9% da população necessita de cuidados gerais em saúde mental e 3% de cuidados contínuos, e 10% têm transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas²⁻³. A atenção à saúde de um modo geral em particular em saúde mental tem como objetivo garantir uma atenção de qualidade, baseado no acompanhamento longitudinal dos pacientes com uma maior resolutividade em pacientes com doenças em geral crônicas ou ao menos de longa evolução. É importante destacar que a demanda por atenção especializada em psiquiatria no Brasil supera a capacidade de atendimento pelos serviços de saúde. No entanto a abordagem do problema "Doença mental - doente mental" - deve partir do acionamento dos serviços legislativos, educativos, sociais e sanitários da comunidade, ou seja, por meio de estratégias de intervenção que garantam ações conjuntas em interesse da solução desse problema³.

A atenção em saúde mental no Brasil, de acordo com as prerrogativas do Ministério da Saúde, deve se estabelecer em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), envolvendo a rede de atenção básica, os serviços substitutivos e os hospitais gerais. Mais do que uma política de resultados ou de "cura", importa que os sujeitos que chegam a esses serviços tenham, antes de tudo, um acolhimento nas suas singularidades e encontrem aí uma referência⁴⁻⁵⁻⁶.

Neste cenário é necessário ressaltar que os principais agravos à saúde são os transtornos mentais ou de saúde mental, a citar entre eles transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes com muitas categorias, com quadros clínicos com aspectos comuns e associados a transtornos de humor, transtornos de personalidade, transtornos de humor persistentes (distímia/ciclotímia), transtorno obsessivo compulsivo, epilepsia e transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas ou de lesões degenerativas e

outros com componentes psicóticos como transtornos esquizo-típicos, esquizo-afetivos e transtornos de humor bipolar, eventos de relativa frequência no processo saúde-doença ao nível da atenção básica e porém em nossas unidades básicas de saúde ⁵⁻⁶⁻⁷⁻⁸⁻⁹

As ações em saúde mental são de grande importância para o bom funcionamento dos seres humanos como um todo, na intenção de manter ou recuperar o equilíbrio mental, muitas vezes afetado por diversas condições ou circunstâncias da dinâmica diária da vida ou de fatos da história pregressa de saúde e desenvolvimento dos indivíduos e a família¹. Os problemas de saúde mental vão ganhando a cada vez mais a atenção das autoridades públicas e dos profissionais de saúde, seja por um aumento no número de pacientes diagnosticados com transtornos mentais, ou pela maior abrangência da atenção básica de saúde e a descentralização dos serviços, ou simplesmente por ser causa de consulta muito frequente não só como doenças específicas e sim como sintomas referidos pelos doentes que manifestam alterações relacionadas com sua saúde mental ⁵

Nas unidades básicas de saúde, a dificuldade enfrentada pelo usuário que vivencia o sofrimento psíquico quando busca este serviço, se defronta com uma equipe sem capacitação técnica para atender esta demanda. O processo de trabalho encontra-se pautado em ações programáticas, tendo como pressuposto as queixas apresentadas, cuja finalidade é a remissão dos sintomas.²

As equipes das unidades ressentem-se de aprender como lidar com esta população, apesar de, no cotidiano institucional, os usuários com queixas relacionadas ao “nervoso” ou sintomas de insônia, ansiedade entre outros, serem atendidos. Porém, não existe uma contextualização do momento vivido, sendo alternativas a medicalização ou o encaminhamento para o serviço especializado².

Esta investigação aponta para uma questão importante diante da realidade da atenção básica no Brasil. Apesar do esforço em se constituir as equipes da Estratégia de Saúde da Família, ainda convive-se com 52% da população sendo atendida em unidades básicas. Isto implica na necessidade de capacitar os profissionais²

Um dos caminhos para o avanço da reforma psiquiátrica passa necessariamente pela atenção básica que deve fornecer uma resposta adequada aos usuários identificados com problemas de saúde mental, via instrumentalização dos profissionais e agentes de saúde através de capacitação e utilização de uma metodologia problematizada que busque articular os saberes produzidos pelos profissionais no cotidiano dos serviços e o conhecimento científico²

A atenção básica deve se constituir em um espaço de acolhimento e da integralidade das ações possibilitando a ampliação de uma rede de cuidados que tenha como objetivo a promoção da saúde como forma de produção de vida.²

Trabalhar em saúde mental é uma tarefa que compete a todos os profissionais e servidores do setor saúde em geral, tendo como cenário privilegiado para desenvolver as ações em interesse do tratamento das pessoas com doenças mentais o bairro, a família e a comunidade, pois queda claro a importância das UBS e outras instituições de saúde na atenção básica a

tais fins, porém é necessário, imprescindível o desenvolvimento de ações de capacitação em saúde mental, atividades de educação continuada para agentes comunitários de saúde, aplicação de instrumentos de pesquisa aos profissionais para identificação de necessidades de aprendizado, coordenação com hospitais e outras instituições especializadas para o desenvolvimento de cursos sob técnicas de abordagem psicoterapêutico das doenças mais comuns-segundo o quadro de saúde da região, ações todas tidas como norteadoras do trabalho em interesse por fornecer ferramentas que façam com que a “troca de receitas” deixe de ser quase a única opção para o atendimento com fins terapêuticos para os pacientes portadores de transtornos mentais

Justificativa

A nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) atende um 3.3 por cento de usuários que vivenciam o sofrimento psíquico. Assim torna-se prioritária a capacitação de profissionais e agentes de saúde para prestar uma assistência segura e humanizada aos pacientes com problemas mentais.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL:

Propor plano de intervenção para capacitar profissionais e agentes de saúde para prestar uma assistência segura e humanizada aos pacientes com problemas mentais, adscritos na Unidade UBS Jd. Jaraguá, da zona Leste do município São Paulo.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

2.1.2. -Definir o universo de pacientes que tem acompanhamento por sofrer de transtornos de saúde mental na UBS Jd. Jaraguá.

2.2.2. - Desenvolver um plano de capacitação para as equipes de saúde da família com matérias relacionadas com os agravos de saúde mental mais comuns e as abordagens possíveis a este nível e com a participação das famílias e a comunidade.

2.2.3- Desenvolver alternativas de atenção no nível básico na UBS Jd. Jaraguá que garantem uma abordagem mais amplo em interesse de melhorar o atendimento dos pacientes com sofrimento mental.

3. METODOLOGIA

3.1. Cenário da intervenção.

A presente intervenção terá por cenário a Unidade Básica de Saúde Jd. Jaraguá, situada no município São Paulo, na zona Leste na Sub prefeitura Itaim Paulista, a estrutura de trabalho consta de quatro equipes de Saúde da Família, cada um com médico, enfermeira, auxiliares de enfermeira e cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS), participam das ações em saúde um Núcleo de apoio a Saúde d Família (NAFS), não completo, além do que seus membros trabalham na UBS a tempo parcial (segunda, quarta e sexta feiras). A população estimada para a área de abrangência é de 16,000 dos que estão cadastradas 14,440 (90,2 por cento). A situação socioeconômica da população e em meia precária, com condições de moradia entre insatisfatórias e deploráveis. Se conta com 1450 famílias cadastradas, para uma média de 9,958 pessoas por família. Os principais problemas detectados como agravos ou situações conflitantes estão relacionadas no aspecto biológico, com uma tendência demográfica de uma população em transição, mantendo natalidade relativamente alta com indicadores de envelhecimento também em alta, porém coexistem agravos de saúde próprios de estágios diferentes no desenvolvimento humano, índices relativamente altos de incidência e prevalência de doenças infecto contagiosas como a tuberculose e um aumento da aparição de doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão arterial e diabetes. Outro aspecto que caracteriza a área são problemas do médio ambiente, com áreas de poluição ambiental e de afetações frequentes por problemas médios ambientais como enchentes e contaminação das águas de consumo humano. No aspecto social, os índices de condutas sócias inadequadas, como violência em suas diferentes manifestações, condutas delitivas, consumo exagerado de álcool, e drogas ilícitas matizam o entorno comunitário. Outro aspecto a destacar é relacionado com a cultura sanitária, vista como parte do empoderamento da população com as questões inerentes a sua saúde e o nível de responsabilidade no processo saúde doença, temos apreciado que em geral não é claro para a população o que eles são atores no processo e não simplesmente espectadores passivos do mesmo, o que de fato é um aspecto em que temos que trabalhar para poder cumprir com eficácia as tarefas derivadas do acionar do setor saúde.

3.2. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção.

As ações do presente projeto de intervenção terão com público alvo a os pacientes identificados como portadores de agravos de saúde mental, tendo como fonte a revisão documental dos prontuários individuais, os relatórios das ações do equipe NASF e os relatórios de informações obtidos das ACS e outro pessoal de saúde envolvidos na atenção básica, o universo de pacientes envolvidos no projeto vai ser de 478, considerando-se o diagnóstico de uma doença psiquiátrica e consumo de remédios psicotrópicos, ou tratamentos afins. Para isso se vai ter em conta uma serie de critérios de inclusão, a forma de garantir a participação ciente dos pacientes e mesmo assim do pessoal de saúde que vai participar do processo, a seguir os detalhes.

Critérios de inclusão:

- Expressar a plena vontade de participar das atividades do projeto.
- Ter residência permanente na área da unidade de saúde.
- Pacientes que assistirão regularmente a consultas relacionadas com o agravo de saúde em estudo

Critérios de exclusão:

- Pacientes que não cumpram os critérios supracitados.

Critérios de descontinuidade:

- Uma vez incluído no projeto apresentem vontade em abandonar a intervenção por própria decisão deles ou dos familiares responsáveis.
- Qualquer circunstância que implique que o impede de participar das atividades do projeto.
- Mudança de residência pra fora da área da abrangência da UBS.

3.3. Estratégias e ações específicas

Consistira em desenvolver um grupo de ações que garantem uma maior efetividade da atenção aos pacientes com agravos de saúde e suas famílias, e que abranja também ao pessoal das equipes de saúde da família visando um melhor acolhimento dos pacientes afetos.

As tarefas a desenvolver darão saída aos objetivos previstos para a intervenção, da maneira seguinte:

Tarefa 1: Vai se completar a o registro de pacientes com diagnóstico de alguma doença ou sofrimento mental, procurando os fatos do diagnóstico e seguimento tido, em cada uma das quatro equipes de saúde da família, no fim de atualizar o estágio evolutivo da cada um deles.

Tarefa 2: Desenvolver grupos focais com ASC e pessoal técnico para identificar necessidades de aprendizado e determinar os temas a desenvolver.

Tarefa 3: Aplicar atividades assistências com os pacientes afetos, procurando opções de atenção que garantem uma atenção sistemática e com nível de resolutividade.

3.3.1 Ações específicas:

1. -Revisão dos prontuários individuais e dados estatísticos sobre atenção médica.

Os aspectos a definir serão os seguintes:

- Diagnóstico. (Presuntivo, diferencial com fundamentações clínicas.
- Avaliação especializada –planejada e real
- Técnicas terapêuticas aplicadas
- Tratamento farmacológico, continuidade e avaliação dos resultados obtidos.
- Participação da família e comunidade na intervenção terapêutica – durante o ciclo de atenção-

2.1- Desenvolver quatro grupos focais com as ASC de cada equipe, em duas sessões de trabalho (um para cada equipe) e uma sessão final conjunta (as ACS de todas)

- Na primeira sessão vão se estabelecer as premissas do projeto e determinar as expectativas das participantes, mesmo que o nível de conhecimento que tem sobre as doenças mentais e sua participação na abordagem na atenção básica.
- Na segunda sessão vai ficar estabelecidas as matérias a propor se desenvolver.
- Na sessão conjunta vão-se chegar por consenso a definir o roteiro das matérias do adestramento.

2.2- Curso presencial de adestramento em aspectos relacionados com opções terapêuticas a se desenvolver em duas sessões semanais de uma hora cada uma sobre as doenças mais frequentes no quadro epidemiológico da área, tendo por referência os dados obtidos na revisão documental da tarefa nro.1

O curso terá uma duração de um mês e contará com uma sessão final avaliativa. Se organizaram sessões de adestramento a distância como opção com tarefas a desenvolver e aporte de materiais em formato digital que facilitem o processo de ensino-aprendizado dos cursistas e a sua vez conformaram parte da avaliação final das atividades.

Uma vez completadas as ações da etapa preparatória darão início a etapa de trabalho assistencial, a seguir os detalhes:

3.1. Duas sessões grupais iniciais –para cada equipe de saúde da família- o número de atividades grupais pode variar tendo em conta o número de pacientes para cada equipe.

Nestas sessões vão ficar definidas as premissas da intervenção e estabelecido um “convênio terapêutico” onde fiquem expostos os deveres e direitos de cada parte. Nesta ação os pacientes quedaram agrupados tendo em conta as entidades noológicas, momento evolutivo e características afins é possível que haja pacientes que não tenham condições para conformar parte dos grupos, para eles se estabeleceram ações individuais de atenção, pôr os profissionais de cada equipe de saúde da família.

3.2. Com os grupos terapêuticos formados vão-se desenvolver ações semanais com duração pro médio de uma hora, a frequência vai depender do número de grupos e dos locais com que se disponha na unidade, de ser necessário pode-se coordenar pôr os gestores do projeto o uso de locais na comunidade com as condições adequadas para o desenvolvimento destas atividades.

O número de sessões terapêuticas vai depender da evolução dos pacientes e o fato é que as mesmas sejam uma alternativa de controle evolutivo que permitam avaliar periodicamente a situação dos pacientes em consultas individuais que com uma periodicidade bimensal sejam realizadas com os mesmos pôr os profissionais médicos de cada equipe.

O tempo de duração do projeto é no mínimo de dois anos visando manter o balanço no atendimento e tendo em conta a evolução dos níveis de abrangência e resolutividade nos CAPS e tendo clara a necessidade de lhes vincular com as ações do projeto, mesmo nas fases de preparação do projeto, capacitação, assistência a pacientes e como ponto de referência-contra referência, garantindo que seja uma alternativa de atenção e não um intento de substituição de um nível de atenção por outro.

3.4. Avaliação e monitoramento

As ações específicas vão ser avaliadas durante sua ocorrência segundo as características e resultados esperados:

Ação Nro. 1. Os dados se tabularam e vão se pôr à disposição da unidade para entre outras coisas coordenar a participação do nível de atenção especializado, neste caso os CAPS. Em reuniões de equipe nas primeiras sextas feiras de cada mês e as quartas terças feiras os dados vão se coletar e processar por uma comissão formada por uma ASC de cada equipe e uma das enfermeiras, as que terão a responsabilidade do controle do processo estatístico. O processo de avaliação dos prontuários vai ter uma duração de dois meses.

Ação Nro. 2.1. Os quatro grupos focais a desenvolver –em duas sessões – por cada equipe vão ser monitorados por o pessoal médico de cada equipe, com uma reunião dos meses em que farão o processo de coleta e habilitação da informação, preparando a apresentação dos fatos na reunião conjunta, ou seja o relatório das expectativas e a relação dos temas a desenvolver como parte do processo capacitam-te.

Ação. Nro. 2.2 O curso de adestramento vai ser desenvolvidas por médicos e enfermeiras da UBS, contando com um sistema de avaliação que consiste em avaliações periódicas em cada sessão, avaliações em formato digital na plataforma estabelecida a tais efeitos, os resultados vão se tabular a escala de 10 pontos com nota mínima de 7, e para obter direito a avaliação tem

que ter participado no 80 % das atividades presenciais e no 70 % das atividades semipresenciais.

Ação. Nro. 3.1 As atividades grupais serão monitoradas por pessoal assistencial especializado neste tipo de técnicas, a coordenar sua participação pôr o comitê gestor do projeto, visando garantir a necessária relação com os CAPS matricialmente no apoio ao trabalho em saúde mental das equipes de saúde da família.¹³

As sessões terapêuticas vão se desenvolver nos espaços acondicionados na UBS ou locais da comunidade habilitados tais fins, contaram com um espaço inicial dedicado ao intercâmbio de experiências, por 20 minutos, com outro espaço de 20 minutos de técnicas de educação grupal nos restantes 20 minutos se desenvolvera um intercâmbio evolutivo de 10 minutos e nos restantes 10 minutos se fara um resumo dos resultados obtidos.

4. Resultados esperados.

- Equipes de Saúde da família capacitados na abordagem próprio da Atenção Básica dos principais agravos em saúde mental na área de abrangência da UBS Jd. Jaraguá.
- Registro de agravos em saúde mental e controle evolutivo dos pacientes registrados e a disposição da UBS para uma melhor atenção aos pacientes
- Espaços terapêuticos adequados para o desenvolvimento de ações de saúde mental.
- Garantir opções alternativas de atenção humanizada e resolutiva para os pacientes alvo da intervenção.
- Relações profissionais mais efetivas e abrangentes entre o CAPS, as equipes de saúde da família e a instituição.

5. Cronograma

ATIVIDADES	02-015	03-015	04-015	05-015	06-015	07-015
Elaboração do projeto	X	X				
Aprovação do Projeto		X				
Estudo da Literatura	X	X	X	X	X	X
Coleta de Dados		X	X			
Discussão e Análise dos Resultados				X		
Revisão final e digitação				X	X	
Entrega do trabalho final					X	
Socialização do trabalho						X

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2005.)
2. Caixeta CC, Moreno V. O enfermeiro e as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde. Rev. Eletr. Enf. 2008;10(1):179-188)
3. - Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associados a transtornos mentais comuns. Revista de Saúde Pública. 2002;36(2):213-221.)
4. A- Ribeiro AM. Uma reflexão psicanalítica acerca dos CAPS: alguns aspectos éticos, técnicos e políticos. Psicol. USP. 2005;16(4):33-56.)
5. Gustavo Gusso-José Mauro Cerrati Lopez e coletivo de autores “Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Seção XXII páginas 1887-1990. Porto Alegre Artemed.2012
6. Conferência Nacional de Saúde Mental. Portal Brasil Publicado: 25/06/2010.
7. Carta de Campinas. 17-18 Junho 2008. Campinas –SP-
8. Gastão Wagner de Souza Campos, Maria Cecilia de Souza Minayo, Marco Ackerman, Marcos Drummond Jr, Yara Maria de Carvalho Organizadores “Tratado de Saúde Coletiva.pt.escribd.com/doc. 78095582
9. Sbazan Felipe. “Perfil das internações psiquiátricas em São Paulo, um estudo exploratório. -Dissertação apresentada no Programa de Pós-graduação para obter o título de Mestre em Ciências-. São Paulo 2013
10. RAPS-Rede de atenção Psicossocial. “O paciente Psiquiátrico tem direito a assistência integral. 15-janeiro de 2015
11. Roy Abrahamian.” Uma experiência de psicoterapia de grupo dentro da Estratégia Saúde da Família”. Rev. Bras. Med. Fam. comunidade. Florianópolis, 2011 Out-Dez; 6(21): 271-4.
12. - Magda Dimenstein. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. Revista Saúde e Sociedade. Vol.18 Nro. 1- 2009

