

Universidade do Estado do Amazonas (UEA)
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA)
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS
Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade

**TRATAMENTO DE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS
ATENDIDOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Danes Alexandre da Silva

Orientador (a):

Pauini - AM

2020

Universidade do Estado do Amazonas (UEA)
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA)
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS
Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade

**TRATAMENTO DE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS
ATENDIDOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Trabalho realizado para conclusão do curso de Especialização de Medicina de Família e Comunidade. Visa fazer um levantamento e análise crítica das informações recebidas durante o período de curso por meio de um Portfólio, além de elaborar um projeto de intervenção.

Orientador(a): XXXXXXXXXXXXX

DANES ALEXANDRE DA SILVA

Pauini - AM

2020

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	05
2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE	11
3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	12
4. CASO CLÍNICO	15
5. ANEXO - PROJETO DE INTERVENÇÃO	19

RESUMO

RESUMO: Até a década de 1970 existia uma crença no Brasil de que o atendimento ao indivíduo portador de esquizofrenia ou doenças mentais graves deveriam ser tratados em instituições que funcionavam em sistema de internato, como hospícios e centros de recuperação. Pacientes com diferentes deficiências e transtornos mentais, bem como indivíduos usuários de drogas eram mantidos em uma espécie de prisão, na qual ocorriam diferentes tipos de violência. O convívio somente com indivíduos com doenças mentais e a falta de participação social foi, ao longo do tempo, associado a piora desses indivíduos, até que foi reconhecida a importância da participação da sociedade na recuperação e integração do paciente com doença mental. Ao longo dos anos a institucionalização foi substituída por outros tipos de acolhimento, como aquele oferecido em Centros de Atenção Psicossocial, que contam com equipes multidisciplinares focadas no tratamento do paciente. Entre os profissionais, está o assistente social, cuja função é verificar as condições de vulnerabilidade desses indivíduos e atuar junto ao poder público em busca de recursos financeiros, materiais, médicos e farmacêuticos que contribuam com o seu tratamento e reintegração social. Verifica-se que a participação da família foi aumentada no processo de desinstitucionalização, tendo em vista que o cuidado antes praticado nos manicômios passou a ser realizado pela família. Nesse contexto, verifica-se que a família passou a assumir a centralidade no tratamento do paciente com deficiência mental. O objetivo geral da presente pesquisa é construir uma intervenção voltada na promoção da qualidade de vida de pacientes com transtorno mental frequentadores de unidade básica de saúde. As famílias costumam acompanhar esses pacientes, mas que em geral os familiares responsáveis pelos cuidados são acometidos por problemas de saúde consequentes da sobrecarga física e mental da tarefa de cuidado, sendo necessárias ações focadas no acompanhamento do cuidador do paciente atendido pelas UBS e pelos Centros de Atenção Psicossociais.

Palavras-Chave: Transtorno mental. Intervenção. Saúde da Família.

1. APRESENTAÇÃO

O presente projeto busca caracterizar os problemas encontrados na atenção básica em saúde em relação ao tratamento e acompanhamento de pacientes em saúde mental.

Em cidades do interior, em geral a abrangência em saúde é incompleta, sendo o clínico geral o responsável por grande parte dos atendimentos. Com frequência, atendemos a pacientes cujas necessidades de atendimento são peculiares, como no caso daqueles com transtornos mentais. Existe uma diversidade significativa de transtornos mentais classificados, de modo que abordagem de um não especialista deve ser realizada de maneira responsável e ética.

Em termos conceituais, a psiquiatria clássica concebe a “doença mental”, como loucura, associada exclusivamente a um estado patológico. Os clássicos consideravam o paciente acometido por este tipo de patologia é incapaz de decidir por si mesmo, deve estar sob constante vigilância e em privação ou restrição (FOUCAULT, 1994).

Basaglia (1985) contribuiu com a desconstrução deste entendimento ao defender que o problema das instituições de tratamento psiquiátrico estava na relação estabelecida nos hospitais psiquiátricos, cujos diagnósticos expunham os internos às mais variadas expressões de violência e exclusão social.

Basaglia (1985) ressalta que os processos de institucionalização foram os responsáveis por excluir socialmente os sujeitos confinados. Para o autor, a partir da desinstitucionalização eles não são mais doentes mentais, mas sim pessoas com sofrimento mental grave. Por isso, podem viver e se expressar segundo a sua forma particular de existira. O poder dado aos estudiosos da psiquiatria em relação ao conhecimento dos transtornos psiquiátricos foi o responsável pela estruturação da forma de lidar com o “louco” existente até então, proporcionando uma estereotipação da loucura. Quem se atreveria a questionar o conhecimento de especialistas que se atreveram a estudar algo tão complexo quanto o comportamento e a mente humanas? Parecia correto que se concordasse com todas as indicações dos psiquiatras, inclusive a de manter pacientes em manicômios e hospitais psiquiátricos.

A experiência italiana e a ideologia basagliana que desconstrói a doença mental para a emergência do sujeito portador de sofrimento psíquico intenso serviram de base para a atual política de saúde mental brasileira.

O modelo comunitário surgiu na Europa, em meados do século XX. Em seguida foi expandido para os Estados Unidos. A assistência era oferecida em espaços comunitários. Neste momento também ocorre uma mudança na abordagem da doença. Começam as primeiras iniciativas no sentido de procurar promover a saúde mental em vez de buscar uma cura com uso de medicamentos. (AMARANTE, 1995).

Essa mudança do abandono da ideia da doença para a valorização dos aspectos saudáveis do indivíduo é que pode ser tomada como o fundamento último do processo de desinstitucionalização (AMARANTE, 1995).

Segundo Mesquita, Novellino e Cavalcanti (2010), a Reforma Psiquiátrica Brasileira se divide em duas fases. A partir do final da década de 1970 ocorreu a crítica organizada ao modelo do tratamento hospitalar de doentes mentais. Em 1992 o marco foi a implantação de uma rede de serviços fora do modelo hospitalar.

A tradição psiquiátrica no Brasil seguia um modelo de manicômios privados que a partir da década de 1960 passaram a ser encargo dos governos. Com a luta política que dominou as décadas de 60 e 70 chegou-se a 1980 com a luta antimanicomial que representava, em termos políticos, a luta contra a opressão do regime da época.

Com a aprovação da Lei Paulo Delgado em 2001 (Lei 10.216) consolida-se um conjunto de reivindicações da área da Saúde Mental, que tem como eixo central a oferta de tratamento com base na proteção dos direitos dos pacientes psiquiátricos e com a extinção gradativa do regime de internação manicomial. Posteriormente foi criada uma rede de serviços que tinham como base a desinstitucionalização.

O marco desses serviços foi a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de São Paulo, em 1992. No entanto, não se tratava de fazer surgirem novas instituições, pois havia o compromisso do MTSM e do MS com os pacientes que se encontravam internados, muitos há várias

décadas, e que não podiam ser simplesmente colocados na comunidade sem prejuízos.

Ao se tratar da desinstitucionalização havia ainda o compromisso assumido na Declaração de Caracas (1990) e na II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), que cumpria regular primeiro a atenção aos pacientes internados e a gradativa redução de leitos.

Além disso, faltavam normas que viessem a permitir a criação dessas condições e que justificassem a criação de novas instituições fundadas em outros referenciais de tratamento.

Sousa et al (2012) avaliaram a presença de atitudes estigmatizantes em relação a pacientes com diagnóstico de esquizofrenia em um grupo de parentes de pacientes com este transtorno. Constataram que os participantes expressaram atitudes positivas e pouco estigmatizantes em relação a pessoas com esquizofrenia, provavelmente como resultado de sua familiaridade com distúrbios mentais graves, um processo de atribuição adequado e baixos níveis de perigosidade percebida. No entanto, as altas pontuações de coerção, piedade e segregação podem refletir estigmas ocultos que podem influenciar a autodeterminação dos doentes mentais, sugerindo a necessidade de intervenções psicoeducativas voltadas para os familiares. Loch (2012) corrobora, concluindo que o estigma da família em relação à doença mental pode contribuir para o aumento na frequência de readmissões de seus familiares portadores de transtornos psiquiátricos. A família, em ambos os estudos, se apresentou como importante para o tratamento.

No entanto, Oliveira, Facina; Siqueira Júnior (2012) perceberam que não existe homogeneidade nos relatos de familiares de pacientes esquizofrênicos, pois algumas pessoas verbalizaram sentir-se apoiadas, enquanto outras não. Isso permite afirmar que cada família reage de um modo diferente frente à convivência com a doença mental.

Oliveira; Furegato (2012) buscaram identificar, entre pais de esquizofrênicos, elementos de sua convivência diária com o transtorno e com o cuidado recebido através do sistema de saúde. Concluiu-se que o sofrimento ocasionado pela convivência com portadores de esquizofrenia é intenso e os profissionais precisam estar preparados para lidar com as vivências de dor e

sofrimento do portador do transtorno mental e seus familiares. No mesmo sentido, Jaen Varas et al (2012) analisaram o papel do cuidador informal no tratamento do paciente esquizofrênico. Concluíram que as intervenções devem ser realizadas com familiares de pacientes esquizofrênicos. Os programas de psicoeducação familiar devem ser incorporados porque provaram ser úteis na prevenção da recaída e na redução da tensão familiar.

Confluindo com as indicações da pesquisa de Jean Varas et al (2012), Pinho; Pereira (2015) implementaram um programa de intervenção psicoeducativo em familiares destes doentes e verificar a sua eficácia na redução da emoção expressa e da sobrecarga. Identificaram a existência de diferenças possivelmente potenciadas pelo programa, permitindo assim concluir a eficácia da aplicação deste tipo de intervenção, ao nível da diminuição da sobrecarga familiar e da emoção expressa. São referidas algumas implicações deste estudo para a prática clínica e para a intervenção junto dos familiares visando a promoção da saúde e o bem-estar destes indivíduos.

Mora; Chaveze; Sandoval (2012) buscaram métodos de melhoria da qualidade no atendimento de pessoas com doença mental, através da aplicação do conhecimento teórico e do desenvolvimento de habilidades, desde a implementação do Processo de Cuidados de Enfermagem em um Programa de Cuidados Domiciliares de uma instituição de saúde mental de terceiro nível do sudoeste colombiano. Confirmaram a necessidade de incentivar a aplicação do Processo de Cuidados de Enfermagem na população de pessoas com doenças mentais para garantir um atendimento abrangente e de qualidade que visa envolver a família como elemento dinâmico no processo de recuperação do sujeito a ser tratado.

Moll (2015) investigaram as ações terapêuticas para pessoas com diagnóstico de esquizofrenia em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial. No caso pesquisado, o CAPS oferece terapia para o paciente e também para o acompanhante, que inclui atendimento psicoterápico e oficinas terapêuticas em grupo. Essas oficinas incluem, ainda, algumas atividades que são profissionalizantes, permitindo a integração social do paciente e melhorando a aceitação desse indivíduo pela comunidade.

Rascon et al (2014) tentaram identificar e analisar as principais situações de crise enfrentadas por parentes de pacientes com esquizofrenia, bem como suas necessidades em cuidados psiquiátricos em tempos de crise. A partir da narrativa dos parentes, podemos destacar a experiência de falta de informação tanto para parentes e pacientes como para a população em geral, de modo que são conhecidas as principais características e sintomas que caracterizam a esquizofrenia, a fim de conseguir uma detecção precoce que facilita o tratamento e prevenção de crises subsequentes. É conveniente desenvolver intervenções em tempos de crise e estabelecer uma rede de apoio social na comunidade.

Riveiros; Tapia (2020) estudaram a esquizofrenia em uma mulher andina, pertencente à cultura Aymara. Perceberam que o tratamento médico não teve eficiência em consequência da resistência da família e da paciente, que definem a doença a partir de conhecimentos tradicionais e que por meio dela desenvolveram suas próprias terapias.

Ramos et al. (2012) investigaram possíveis variáveis associadas à emoção expressa, incluindo características do paciente, familiares, doença, cultura, etc. Perceberam que as intervenções familiares reduzem o número de recidivas, reduzindo a expressão emocional, o estresse e a carga familiar. O modelo de atendimento comunitário no transtorno mental grave deve implicar o compromisso de fornecer à família do paciente as ferramentas suficientes para enfrentar a doença de maneira digna.

Escalona; Estrabao; Reyes Vega (2013) procuraram determinar se existe uma agregação da doença identificando a contribuição de fatores genéticos e descrevendo o comportamento de fatores ambientais: antecedentes pré-natal e perinatal, nível socioeconômico e funcionamento familiar, associados à esquizofrenia. Constataram que existe uma agregação familiar da doença nas famílias estudadas; Parentes de primeiro grau foram os mais afetados. Concluíram que a contribuição dos fatores genéticos foi decisiva para predominar em famílias de primeiro grau afetadas, a influência de fatores não genéticos também é importante e tudo isso demonstra a necessidade de criar estratégias voltadas para aconselhar as famílias em risco de sofrer com isso doença.

Giacon (2013) tentaram conhecer a trajetória de famílias nos primeiros cinco anos de convivência com a doença mental, identificando o seu processo de ajustamento. Fundamentaram-se no interacionismo simbólico. Foram realizadas entrevistas com 23 familiares de 21 portadores de esquizofrenia. A análise foi realizada visando à determinação de uma linha do tempo, que permitiu descrever o processo de ajustamento familiar através de três momentos: Percebendo a Mudança, Diagnóstico e Início do Tratamento, e Seguindo em Frente. Conclui-se que todas as fases apresentadas neste projeto são ricas e podem ser mais exploradas.

Macedo; Fernandes; Costa (2013) tentaram descrever e analisar a rede de apoio social de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia de um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) do Distrito Federal, Brasil, por meio da Análise de Redes Sociais (ARS). Observou-se que a maioria consegue retribuir o apoio recebido, especialmente para os membros da família. Verificaram que reconhecer as limitações dos pacientes e suas potencialidades é de fundamental importância para a recuperação.

Carvalho et al. (2012) tentaram estudar e caracterizar um grupo de doentes com esquizofrenia com filho(s) de idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos e que mantêm contacto regular com eles. Identificaram dificuldades como o baixo nível socioeconómico, baixa formação escolar/académica e consequentes dificuldades laborais ou de acesso ao mercado do trabalho, sendo ainda referidas dificuldades ao nível do acesso aos serviços de saúde e no acesso à informação sobre a doença. No entanto os doentes apresentam bons índices de funcionalidade e revelam uma preocupação acrescida na proteção dos seus descendentes e apresentam famílias funcionais (flexíveis e unidas).

2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

Trabalho no município de Pauini-AM, na UBS Dona Tatá, localizada no bairro cidade baixa, onde nosso público principal, são pessoas que vivem na extrema pobreza, e sua principal fonte de renda é a pesca e/o agricultura familiar.

Em comparação ao quadro clínico apresentado, podemos dizer que sim, já tivemos situações muito semelhante a esta, porém na UBS onde trabalho não à vejo tanto diálogo entre a equipe do NASF com a equipe ESF, mesmo assim, quando nos deparamos com este tipo de situação, comunicamos a equipe do NASF e realizamos debates relacionado ao caso clínico. E assim, podemos aumentar as resolutividades, por meio de compartilhamento de saberes de práticas, melhorando os cuidados ofertado à população, principalmente as crianças, e assim evitando encaminhamento desnecessários, e também que usuários passem por procedimentos sem necessidade.

Em relação a família, realizamos visitas domiciliar, com os profissionais da ESF e NASF, para saber as condições reais que vive esta família, investigando o ambiente onde vivem as crianças, verificando calendário vacinal, se frequenta escola, ambiente familiar, moradia e assim podermos planejar uma ação singular para a mesma. Porém, temos usuários que vivem em comunidades ribeirinhas de difícil acesso, onde procuramos ajuda do ASC da aérea, e de lideranças locais para nos ajudar na promoção de saúde para estas pessoas e assim poder colocar em prática os princípios do SUS, como universalidade, equidade e integralidade.

Apesar de buscarmos estratégias e formas de melhorar a qualidade de vida das famílias, devemos conhecer de perto a realidade de cada uma delas, de nada adianta fazer reuniões, roda de conversas, e outras coisas, se não conhecemos de perto a vida de nossos usuários do sistema único de saúde. E enquanto os que estão no poder, não pensar da mesma forma que nós profissionais da saúde, o povo brasileiro principalmente os mais pobres, serão os mais afetados.

3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Trabalho no município de Pauini-AM, na UBS Dona Tatá, localizada no bairro cidade baixa, onde nosso público principal, são pessoas que vivem na extrema pobreza, e sua principal fonte de renda é a pesca e/o agricultura familiar.

A cidade possui 19.426 habitantes e está localizada no interior do estado do Amazonas. De acordo com o DATASUS (2019), a cidade possui um índice de 24 mortes para cada 1.000 bebês nascidos vivos, índice considerado elevado em comparação ao do Brasil, que é de 15,59%. A cidade também possui um dos menores índices de alfabetização do Brasil, com menos de 80% da população alfabetizada. Somente 23% das residências possui saneamento básico. Esse contexto leva a cidade a ter o índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,496, considerado muito baixo pela Organização das Nações Unidas (ONU). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, somente 4,8% da população está formalmente empregada, sendo grande parte dela dependente da agricultura familiar, do trabalho informal, dos repasses governamentais para o produtor agrícola e dos benefícios do governo, com o Bolsa-Família (IBGE, 2019).

Em comparação ao quadro clínico apresentado, podemos dizer que sim, já tivemos situações de atendimento a pacientes com transtornos mentais, porém na UBS onde trabalho não à vejo tanto diálogo entre a equipe do NASF com a equipe ESF, mesmo assim, quando nos deparamos com este tipo de situação, comunicamos a equipe do NASF e realizamos debates relacionado ao caso clínico. E assim, podemos aumentar as resolutividades, por meio de compartilhamento de saberes de práticas, melhorando os cuidados ofertado à população, principalmente as crianças, e assim evitando encaminhamento desnecessários, e também que usuários passem por procedimentos sem necessidade.

Em relação a família, realizamos visitas domiciliar, com os profissionais da ESF e NASF, para saber as condições reais que vive esta família, investigando o ambiente onde vivem as crianças, verificando calendário vacinal, se frequenta escola, ambiente familiar, moradia e assim poderemos planejar uma ação singular para a mesma. Porém, temos usuários que vivem em comunidades ribeirinhas de difícil acesso, onde procuramos ajuda do ASC da aérea, e de lideranças locais para nos ajudar na promoção de saúde para estas pessoas e assim poder colocar em prática os princípios do SUS, como universalidade, equidade e integralidade.

Apesar de buscarmos estratégias e formas de melhorar a qualidade de vida das famílias, devemos conhecer de perto a realidade de cada uma delas, de nada adianta fazer reuniões, roda de conversas, e outras coisas, se não conhecemos de perto a vida de nossos usuários do sistema único de saúde. E enquanto os que estão no poder, não pensar da mesma forma que nós profissionais da saúde, o povo brasileiro principalmente os mais pobres, serão os mais afetados.

PERFIL DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE PAUINI- AM

Em nosso município não contamos com o Centro de atendimento psicossocial (CAPS), todos os pacientes com transtornos mentais são atendidos nas unidades básicas de saúde (UBS) e em domicílio para resolução do caso. A porta de entrada dos usuários em nosso município são 3 UBS, José Roberto, Mario Saíd e Dona Tatá e um Hospital de referência que na maioria das vezes não tem médico, para acessar os serviços de saúde mental contamos com os seguintes profissionais: médico, psicólogo, enfermeiros, tec, de enfermagem e ACS. Desse modo, os usuários tanto podem ser referenciados pelas diversas unidades de saúde do município, como pelos diversos setores sociais entre outras.

Porém em Pauini, a porta de entrada são as UBSs que acolhem e tratam esses pacientes com transtornos mentais, não contamos com o serviço especializado de psiquiatria, apenas psicologia. Sendo direito do paciente que foi implantada em 2001 a lei nº 10.216-01, os CAPS passaram a ser a principal estratégia do processo da Reforma Psiquiátrica, cuja os serviços foram implementados para atender as pessoas portadoras de transtorno Mental Grave e persistentes, para oferecer-lhes atendimento integral da equipe multidisciplinar e inseri-los nos movimentos sociais em que vivem. Infelizmente nossos governantes ainda não conseguem entender a importância do CAPS para a população.

Os problemas que temos enfrentado em nosso município são vários dentre eles: falta dos medicamentos controlados, diagnóstico precoce, preconceito sobre saúde mental, crença religiosa exagerada, automedicação.

Temos o apoio do atendimento *TELESAÚDE* uma referência maravilhosa que tem profissionais com maiores experiências e especialização em psiquiatria e a **TELEMEDICINA**, com esses apoios chegamos a um diagnóstico, quando possível tratamos na atenção básica (em nossa farmácia Básica temos: **Benzodiazepínicos, Antidepressivos, Anticonvulsivantes, Antipsicóticos e vitaminas**), com os medicamentos adequados para cada caso, quando não chegamos a um diagnóstico ou quando não temos recursos para o tratamento, estes pacientes são encaminhados para o hospital de saúde mental do acre (HOSMAC), pela geografia de nosso estado, ficando mais próximo a Rio Branco-Ac do que Manaus a capital de nosso estado do Amazonas.

Os perfis de nossos pacientes com transtorno mental são na maioria das vezes jovens em idade produtiva de 15 a 35 anos e adultos de 40 a 60 anos, com ocupações/função de: donas de casa, com baixa escolaridade, baixa renda, vivem de Bolsa Família, da Agricultura, Pesca e pequenos comércios (proprietários e funcionários). Entre os usuários, as enfermidades que se destacam são:

- Adolescentes: Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtorno de ansiedade, crise de pânico.
- Jovens e adultos: Transtornos do Humor e Ansiedade nas mulheres, bipolaridade, depressão, já nos homens predomina os diagnósticos de Transtornos Severo e Persistentes, como Psicoses e Esquizofrenias.

Na maioria das vezes os agravos à saúde mental são: a baixa escolaridade, conflitos familiares, dificuldade financeira, violência doméstica, abusos sexuais, gravidez na adolescência, multiparidades, uso exagerado de substâncias ilícitas e alcoólicas, etc.

4. CASO CLÍNICO

4.1 Descrição do Caso Clínico

Nome: Maria N. De Araújo

Idade: 34

Sexo: F

Raça/Cor: Negra

Escolaridade: Nível Médio

Estado civil: Casada

Ocupação: Empregada doméstica

Renda familiar: 1.200,00

Religião: Evangélica

Naturalidade: PAUINÍ-AM

Procedência: Paciente com histórico familiar de transtornos mentais

No de internações psiquiátricas prévias: Até o momento não tem internação prévia.

Pessoas com quem mora: Marido, 2 filhos, sendo uma menina de 16 anos que é mãe de uma criança de 2 anos, e um menino de 14 anos.

Queixa Principal: Paciente relata: “sou uma fracassada, ninguém se importa com migo, quero voltar a fazer o que eu gosto que é lavar roupas e cantar na igreja, escuto fozes dizendo que não vale apenas mais viver, não sou louca”. A mesma não apresenta interesse em interação social, cuidados com a aparência e apresenta, choro fácil, melancólica e não aceita ser referida para um hospital.

História da doença atual: Quadro clínico de +/- 8 meses de evolução, caracterizado por desânimo, tristeza, melancolia e perda de interesse das atividades habituais como; organizar a casa, lavar roupa, cuidar da aparência, frequentar a igreja. Durante a visita médica, um dos familiares relata que a mesma perdeu um irmão há 3 anos por suicídio. No dia 18/11/2019 a ACS da área comunicou a equipe, onde fizemos uma visita domiciliar, com médico, psicólogo, enfermeiro e ACS, foi diagnosticado o transtorno mental (depressão). Em duas semanas após início do tratamento, paciente apresentou significativa melhora clínica, voltando suas atividades habituais. Pois abandonando tratamento por questão religiosa e por pessoas falarem que ela seria dependente da medicação por toda à vida. Após 90 dias sem tratamento, paciente voltou a apresentar toda sintomatologia citada anteriormente e mais forte que o primeiro episódio. No dia 16/07/2020 realizamos uma visita domiciliar com toda a equipe ESF, onde observamos que o estado de saúde mental da paciente esta cada vez pior. A mesma se encontrava em uma rede, desorientada, falando que tinha alguém a perseguindo, que as pessoas estavam falando mal dela, e que não queria estar grávida, por que não tinha como criar uma criança. Foi analisado laboratórios como hemograma sem alterações, EAS alterado (ITU), B-hgc negativo.

História Pessoal E Social

História de vida: Paciente do sexo feminino, de 34 anos de idade, casada, mãe de 2 filhos, 1 neto, cristã, doméstica.

Antecedentes fisiológicos e patológicos (saúde física, condições da vida infantil, personalidade pré-mórbida).

Enfermidade da infância não relata

Enfermidade da vida adulta: ITU, HAS na gravidez.

Antecedentes sociais: Paciente de baixa renda, sobrevive com renda de auxílio social(bolsa família), lavagem de roupa, nível educacional, ensino médio incompleto, participava das atividades religiosa de sua igreja, e tinha boa relação com seu grupo social.

DOENÇAS E TRATAMENTOS PRÉVIOS

Psiquiátricos: Não relata nenhuma doença e/o tratamento prévio, relacionado ao problema atual

Clínicos: doenças e cirurgias prévias.

HAS gestacional, infecção urinaria recorrente.

História Familiar

Estrutura familiar: Problemas físicos, mentais e sociais.

Exame Do Estado Mental

Avaliação Geral da Pessoa: autocuidado pouco preservado, indiferente.

Nível de Consciência: Vigil.

Estado Cognitivo: orientado auto psiquicamente e alo psiquicamente; hipovigil; memória imediata algo prejudicada; prejuízo crítico;

Pensamento: lenificado, ora bloqueado, com predomínio de conteúdo negativo com pensamentos de morte; sem delírios aparentes.

Linguagem: preservada, com paralisia do olhar.

Sensopercepção: algo preservado, porém o paciente relatou ouvir voz masculina que não caracteriza alucinação auditiva.

Humor: hipotímico, com afeto hipomodulado não ressoante.

Psicomotricidade: algo lentificado.

Diagnóstico sindrômico: transtorno depressivo com sintomas psicóticos.

Hipóteses diagnósticas: transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicótico, transtorno de debilidade emocional.

Diagnóstico penta-axial: exagerada adesão religiosa.

Plano Terapêutico: não farmacológico: orientação dos familiares para com o comprometimento dos cuidados com a paciente.

Psicoterapia: farmacológico: amitriptilina 25 mg vo 1x dia, risperidona 1 mg 1x dia.

Evolução: Paciente após iniciar tratamento não farmacológico e farmacológico vem apresentando progressiva melhora clínica do quadro.

➤ Lista dos agravos que poderiam ser evitados caso o homem tivesse maior acesso e adesão aos serviços de saúde da rede de atenção básica do seu município.

1. CIRROSE (ÁLCOOL, HBV, HCV E FARMACOS)
2. CÂNCER DE FÍGADO
3. ÚLCERA PEPTÍDICA
4. CÂNCER DE RETO
5. CÂNCER DE PÊNIS
6. PNEUMONIA
7. TUBERCULOSES - COMPLICAÇÕES
8. FIBROSE PULMONAR
9. CA DE PULMÃO
10. HANSENÍASES-SEQUELAS
11. CARDIOPATIA CHAGÁSICA
12. OBESIDADE
13. HIPERCOLESTEROLEMIA
14. HIPERTRIGLICERIDEMIA
15. HIPERTENSÃO ARTERIAL
16. DIABETES TIPO 2
17. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
18. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO
19. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR
20. TROMBOSE VENOSA PROFUNDA
21. CÂNCER DE PRÓSTATA
22. CÂNCER DE TESTÍCULO
23. DISTÚRBIOS DE EREÇÃO
24. DEPRESSÃO
25. ABUSO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS
26. LITÍASE RENAL-COMPLICAÇÕES
27. LITÍASE BILIAR - COMPLICAÇÕES

5. ANEXO

Universidade do Estado do Amazonas (UEA)
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA)
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS
Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade

DANES ALEXANDRE DA SILVA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO FOCADO NO TRATAMENTO DE PACIENTES
COM TRANSTORNOS MENTAIS**

Orientador(a):

Área temática:

Pauini - AM

2020

Universidade do Estado do Amazonas (UEA)
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA)
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS
Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade

**PROJETO DE INTERVENÇÃO FOCADO NO TRATAMENTO DE PACIENTES
COM TRANSTORNOS MENTAIS**

Trabalho realizado para conclusão do curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade. Visa elaborar um Projeto de Intervenção em Medicina de Família e Comunidade.

Orientador(a):

Danes Alexandre da Silva

Pauini - AM

2020

SUMÁRIO

Resumo	16
Introdução e Justificativa	17
Objetivo Geral.....	18
Objetivos Específicos.....	18
Metodologia da Intervenção.....	18
Recursos necessários para execução	18
Proposta de avaliação	19
Cronograma.....	19
Referências	20

RESUMO

RESUMO: Até a década de 1970 existia uma crença no Brasil de que o atendimento ao indivíduo portador de esquizofrenia ou doenças mentais graves deveriam ser tratados em instituições que funcionavam em sistema de internato, como hospícios e centros de recuperação. Pacientes com diferentes deficiências e transtornos mentais, bem como indivíduos usuários de drogas eram mantidos em uma espécie de prisão, na qual ocorriam diferentes tipos de violência. O convívio somente com indivíduos com doenças mentais e a falta de participação social foi, ao longo do tempo, associado a piora desses indivíduos, até que foi reconhecida a importância da participação da sociedade na recuperação e integração do paciente com doença mental. Ao longo dos anos a institucionalização foi substituída por outros tipos de acolhimento, como aquele oferecido em Centros de Atenção Psicossocial, que contam com equipes multidisciplinares focadas no tratamento do paciente. Entre os profissionais, está o assistente social, cuja função é verificar as condições de vulnerabilidade desses indivíduos e atuar junto ao poder público em busca de recursos financeiros, materiais, médicos e farmacêuticos que contribuam com o seu tratamento e reintegração social. Verifica-se que a participação da família foi aumentada no processo de desinstitucionalização, tendo em vista que o cuidado antes praticado nos manicômios passou a ser realizado pela família. Nesse contexto, verifica-se que a família passou a assumir a centralidade no tratamento do paciente com deficiência mental. O objetivo geral da presente pesquisa é construir uma intervenção voltada na promoção da qualidade de vida de pacientes com transtorno mental frequentadores de unidade básica de saúde. As famílias costumam acompanhar esses pacientes, mas que em geral os familiares responsáveis pelos cuidados são acometidos por problemas de saúde consequentes da sobrecarga física e mental da tarefa de cuidado, sendo necessárias ações focadas no acompanhamento do cuidador do paciente atendido pelas UBS e pelos Centros de Atenção Psicossociais.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno mental. Intervenção. Saúde da Família.

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Até a década de 1970, os pacientes portadores de doenças mentais eram conduzidos para manicômios e instituições psiquiátricas, obter um tratamento desumano por parte dessas instituições. Quando um indivíduo que sofre de alguma enfermidade sendo ela física ou mental, acaba trazendo alterações no ambiente em que este está inserido. Pois conviver com um paciente com transtorno esquizofrênico e uma atividade que exige paciência e determinação por parte dos familiares, onde ocorria contribuição do mesmo para o ambiente e com o aparecimento da enfermidade a um prejuízo em vários aspectos da vida do indivíduo (SALLET et al, 2012).

No entanto, com o tempo, foi reconhecida a importância do cuidado e do acompanhamento familiar para a recuperação do paciente. Após alguns estudos poderão comprovar que pacientes esquizofrênicos no seio familiar acabam causando um estado de fadiga a todos e trazendo um certo desconforto vários pontos da vida de todos os membros, mas um ambiente nocivo para ao paciente vai trazer vários agravamentos a sua doença. Também foram observados tratamentos desumanos e terapias de reclusão que somente pioravam os quadros, havendo reivindicações tanto dos profissionais da área de saúde quanto da sociedade em geral pelo fim dos manicômios e pela recondução dos pacientes para a convivência familiar (BRASIL, 2013).

Apesar da ênfase dada a importância do cuidador no tratamento do paciente com doença mental, pouco se sabe sobre os cuidados oferecidos a este familiar ou cuidador. A família se tornou a principal responsável pelo cuidado do paciente com transtorno mental, sem quaisquer ajuda direta do Estado. Embora a internação não seja uma solução eficaz, o abandono do indivíduo com transtorno mental por parte da saúde pública também não é.

2 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral do presente projeto é contribuir com a melhoria da qualidade de vida de pacientes com transtorno mental frequentadores de uma UBS.

3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos são identificar a prevalência de transtornos mentais entre frequentadores de uma unidade básica de saúde, investigar diferentes terapias focadas no tratamento de pacientes com transtornos mentais e desenvolver uma proposta de intervenção focada em um grupo de pacientes com transtorno mental frequentador de uma unidade básica de saúde.

4 METODOLOGIA DE INTERVENÇÃO

Será realizada uma pesquisa exploratório-descritiva com coleta de dados realizada por meio da análise de prontuários de pacientes com idade acima de 18 anos de idade, atendida na UBS Dona Tata. A intervenção será realizada entre os meses de fevereiro a maio de 2021 e será realizada pelo médico da UBS em parceria com a equipe, que é formada por um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem, um dentista, um psicólogo, um fisioterapeuta e 8 agentes de saúde. O projeto consistirá na oferta quinzenal de oficinas, as quais incluirão 30 minutos de reuniões com atividades psicoterápicas promovidas pela psicóloga atuante na UBS e 1 hora de oficina profissionalizante, realizada por meio da convocação de artesãs locais para a realização. Verifica-se, com base na revisão de literatura realizada, que a psicoterapia em grupo e a reinserção social do paciente com transtorno mental apresentam resultados eficazes na recuperação e socialização do indivíduo, bem como na construção de um relacionamento afetivo com a comunidade.

5 RECURSOS NECESSÁRIOS PARA EXECUÇÃO

5.1 Recursos Humanos

Quadro 1 – Recursos Humanos

Item	Quantidade	Descrição
1	10	Profissionais de saúde
2	20	Pacientes com transtorno mental

5.2 Recursos Materiais

Recursos materiais necessários e já existentes:

Item	Quantidade	Descrição	Valor unitário	Subtotal
1	1	Computador	1.800,00	1.800,00
2	1	Impressora	500,00	500,00
3	05	Canetas	3,00	15,00
				2.515,00

6 PROPOSTA DE AVALIAÇÃO

A avaliação será realizada por meio da comparação diagnóstica. Os participantes do estudo farão uma avaliação anterior e uma avaliação posterior a intervenção, de modo a verificar se a prevalência da infecção urinária foi reduzida no grupo estudado.

7 CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	MESES							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Etapas/Meses								
Etapa 1 - Construção do projeto								
Etapa 2 – Contato com as participantes								

8 REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (coord.) **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1994.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fricruz, 2007.

BASAGLIA, Franco. As Instituições da Violência. In: BASAGLIA, Franco Basaglia, F. (Org.) **Instituição Negada: Relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso 10 agosto de 2020.

BRASIL. Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em 10 agosto de 2020.

BRASIL. **Lei 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em 10 agosto de 2020.

BRASIL. **Nota Técnica 32/2013**. Instituição de Equipe de Desinstitucionalização como integrante do componente “Estratégias de Desinstitucionalização” da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do SUS e define incentivo financeiro de custeio. CONASS, Brasília, 26 ago. 2013.

BRASIL. **Portaria GM nº 224 de 29 de janeiro de 1992**. Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 1992.

BRASIL. **Portaria nº 52 de 20 de dezembro de 2004**. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. Disponível em:<>. Acesso em 20 outubro de 2019.

BRASIL. **Portaria/GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000.** Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2000.

BRASIL. **Portaria/GM nº. 335, de 19 de fevereiro de 2002.** Estabelece CAPS I, II, III, III e ad II. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf>. Acesso em 10 agosto de 2020.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas.** Portaria SAS/MS nº 364, de 9 de abril de 2013. Disponível em <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-esquizofrenia-livro-2013.pdf>. Acesso em 10 agosto de 2020.

BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil.** Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE, Brasília, 7-10 nov 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em 10 agosto de 2020.

BRASIL. Saúde Mental. Portal do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.html>>. Acesso em 10 agosto de 2020.

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

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CARVALHO, José Carlos et al. Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem Centradas no Processo Familiar da Pessoa com Esquizofrenia. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 8, p. 52-57, dez. 2012.

FOUCAULT, Michel. **Doença Mental e Psicologia.** 5. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

GIACON, Bianca Cristina Ciccone; GALERA, Sueli Aparecida Frari. Ajustamento familiar após o surgimento da esquizofrenia. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 3, p. 321-326, June 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pauini – Panorama.** Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/pauini/panorama>. Acesso em agosto de 2020.

JAEN VARAS, Denisse Claudia; CALLISAYA QUISPECAHUANA, Emma Wilma; QUIBERT GUTIERREZ, Hans F. Evaluación De La Sobrecarga De Los Cuidadores Familiares De Pacientes Con Esquizofrenia Del Hospital De Psiquiatría "Dr. José María Alvarado". **Rev. Méd. La Paz**, La Paz , v. 18, n. 2, p. 21-26, 2012 .

LOCH, Alexandre Andrade. Stigma and higher rates of psychiatric re-hospitalization: São Paulo public mental health system. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 34, n. 2, p. 185-192, June 2012 .

MACEDO, Tereza Efigênia Pessoa Morano; FERNANDES, Cibelle Antunes; COSTA, Ilene Silva da. Rede de apoio social de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia: estudo exploratório. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal , v. 18, n. 4, p. 639-647, Dec. 2013.

MOLL, Marciana Fernandes et al . Ações terapêuticas para pessoas com esquizofrenia acompanhadas num Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto , n. 14, p. 24-30, dez. 2015.

OLIVEIRA, Renata Marques de; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Um casal de idosos e sua longa convivência com quatro filhos esquizofrênicos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 3, p. 618-625, June 2012.

OLIVEIRA, Renata Marques; FACINA, Priscila Cristina Bim Rodrigues; SIQUEIRA JUNIOR, Antônio Carlos. A realidade do viver com esquizofrenia. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 2, p. 309-316, Apr. 2012 .

PINHO, Lara Manuela Guedes de; PEREIRA, Anabela Maria Sousa. Intervenção familiar na esquizofrenia: Redução da sobrecarga e emoção expressa. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto , n. 14, p. 15-23, dez. 2015.

RASCON, María Luisa et al . Necesidades de los familiares de pacientes con esquizofrenia en situaciones de crisis. **Salud Ment**, México , v. 37, n. 3, p. 239-246, jun. 2014 .

SALLET, P.C. **Esquizofrenia**. PROPSIQ – Programa de atualização em psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SOUSA, Sara de et al . Stigmatizing attitudes in relatives of people with schizophrenia: a study using the Attribution Questionnaire AQ-27. **Trends Psychiatry Psychother.**, Porto Alegre , v. 34, n. 4, p. 186-197, 2012 .