

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

**DESAFIOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA ASSISTÊNCIA ÀS
COMUNIDADES RIBEIRINHAS DO ESTADO DO AMAZONAS-BRASIL**

Juan Luis Rivas Zambrana Júnior

Orientador (a): XXXXXXXXXX

Área temática: XXXXXXXXXX

Manaus - 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

DESAFIOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA ASSISTÊNCIA ÀS COMUNIDADES RIBEIRINHAS DO ESTADO AMAZONAS-BRASIL

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): Claudia Marques de Oliveira Soeiro

Juan Luis Rivas Zambrana Júnior

Manaus - AM

2020

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	05
2. SEGUNDA ATIVIDADE DO PORTFÓLIO.....	06
2.1. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE ATUAÇÃO.....	06
2.2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE.....	08
2.2.1 Dados populacionais e suas devidas microáreas	08
3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	10
3.1 Principais dificuldades na área adstrita	12
4. CASO CLÍNICO	13
4.1. ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS DE UMA UBS RURAL: RELATO DE CASO.....	13
4.1.1 Objetivo da apresentação	13
4.1.2 Dados de identificação	14
4.1.3 Queixa principal	14
4.1.4 História da doença atual (HDA)	14
4.1.5 História pessoal e social	16
4.1.6 Antecedentes fisiológicos e patológicos;	16
4.1.7 Antecedentes sociais	16
4.1.8 Doenças e tratamentos prévios	17
4.1.9 Personalidade prévia	18
4.1.10 História familiar	10
4.1.11 Exame do estado mental	18
4.1.12 Discussão diagnóstica	19
4.1.13 Plano terapêutico	20
4.1.14 Evolução	20
5. ANEXO - PROJETO DE INTERVENÇÃO	22

RESUMO

O presente estudo visa à análise dos desafios enfrentados pelo profissional de medicina no Programa Mais Médico no que tange à assistência prestada em uma UBS Rural do Município de Anamã. Será apresentado em forma de portfólio, onde na introdução faço minha apresentação, seguida da caracterização do município onde atuo e da Unidade Básica de Saúde onde estou lotado, descrevendo os dados populacionais e as microáreas. O diagnóstico situacional da unidade é apresentado em seguida juntamente com as maiores dificuldades que a ESF enfrenta no desenvolvimento de suas atividades assistenciais, principalmente em relação à saúde mental. O caso clínico é de uma paciente portadora de epilepsia pós-traumática há 35 anos, que faz acompanhamento periódico com a equipe de saúde que atua na comunidade. Diante disso, proponho um projeto de intervenção voltado para a avaliação e promoção da qualidade de vida dos portadores de transtornos mentais que buscam atendimento na UBS.

Palavras-chave: assistência, desafios, transtorno mental.

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Juan Luis Rivas Zambrana Júnior, sou natural de Caruarú - PE, filho paterno de estrangeiro (boliviano), que se graduou como médico no Brasil, e se casou com minha mãe brasileira; - tenho 44 anos, solteiro, me graduei em Porto Velho – RO, na Faculdade Integrada Aparício Carvalho (FIMCA), em 2012.

Trabalho no município de Anamã-AM, pertencente a mesorregião do centro amazonense e microrregião de Coari, localiza-se a oeste de Manaus, capital do Estado do Amazonas, distando desta cerca de 165km; na UBS Manoel Vieira Compton (Comunidade do Arixi), uma área rural de acesso restrito fluvial, a cerca de 30 km da cidade de Anamã, com cerca de 1.200 famílias e 2.800 habitantes segundo o último censo, no entanto, recebemos pacientes de outras comunidades, a qual a equipe faz parte, como: Patoá, Laguinho, São Paulo e Fé em Deus; e outras que de tão distantes das cidades vizinhas fazemos também o acolhimento e atendimento.

A equipe é formada de um médico, um enfermeiro, uma técnica em enfermagem, uma odontóloga, uma técnica em odontologia e cinco Agentes Comunitários de Saúde. A equipe desempenha as atividades com a regularidade de 15 dias por mês, trabalhamos sobre aviso (24 horas) para atender quaisquer necessidades durante a estadia da equipe.

É minha primeira pós-graduação à distância e estou otimista, até mesmo pensando em fazer outros cursos EAD de menor duração para complementar o meu conhecimento do dia a dia.

Entre no 16º ciclo do Programa Mais Médicos como um sonho realizado, pessoal e profissionalmente, pois desde o 1º ciclo anunciado quis fazer parte, o qual o sistema sempre apresentou empecilhos como: lentidão, falta de dados, tempo expiração, queda do sistema, entre outros. Escolhi uma comunidade onde realmente senti necessário, aonde poucos iriam, onde a energia oscila, não há sinal de internet, não há rede básica de esgoto, água não tratada de poço artesanal; - tanto para alimentação como para outras atividades diárias. Sinto que estou fazendo algo para o desenvolvimento do nosso País, pois somos conscientes das dificuldades que nossa sociedade enfrenta em diferentes partes de nosso território “continental”.

2. SEGUNDA ATIVIDADE DO PORTIFÓLIO

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE ATUAÇÃO

Anamã é um município localizado no Alto Amazonas, a 200 km de Manaus, tem uma população estimada atualmente de 13.614 mil habitantes, no médio amazonas e possui uma área de 2.453,934 km². Limita-se a limites ao norte e oeste com o município de Anorí, ao sul com Beruri e a leste com Manacapuru. Recebe pacientes principalmente de Anori, Caapiranga e Manacapuru e encaminha seus pacientes a Manacapuru (prioritariamente), Anori e Beruri. O único meio de acesso ao município é por via fluvial (barcos, rabetas, lanchas, ajatos e remo)

As principais atividades econômicas desenvolvidas no município são o comércio, a pesca, agricultura e serviço público (prefeitura municipal). A maioria dos habitantes possui ensino fundamental incompleto, no entanto há também ensino fundamental completo e superior com e sem especialização. Em relação ao saneamento Básico podemos afirmar que as condições são razoáveis, as instalações sanitárias são inexistentes na maior parte do município (esgotamento sanitário é despejado diretamente no rio), as fossas não são cobertas em algumas residências e o fenômeno da cheia piora muito esse quadro. A destinação do lixo é feita a céu aberto em uma área localizada na zona rural (não há aterro sanitário no município).

A mortalidade infantil, neonatal, pós neonatal e perinatal é baixíssima no município, felizmente. Ocorrem episódios isoladamente do decorrer de um ano e muitas vezes nem há episódios de mortalidade infantil. As doenças diarreicas são bem comuns em virtude do saneamento precário, mas as mortes causadas por elas não ocorrem. Da mesma forma, mortes causadas por pneumonia não são registradas.

As neoplasias (de mama e colo do útero) são mais frequentes, mesmo sendo baixa, existem. O mesmo ocorre com infarto agudo do miocárdio e AVC. O maior índice de mortalidade no município ocorre por DM (Diabetes Mellitus) e agressões físicas (ferimentos por arma de fogo e arma branca). Uso de drogas e transtornos mentais são frequentes, mas não são causa comuns de morte. E os partos normais ocorrem com maior frequência do que os partos cesáreos.

A atenção básica do município de Anamá possui cinco equipes (duas atuando em zona rural e as demais na zona urbana), estas acompanham pacientes portadores de hanseníase, tuberculose, hepatite B e C, HIV e Sífilis. Também acompanhamos pacientes com Ca de Colo de útero.

A cobertura vacinal é 100% no município, pois este disponibiliza de todas as vacinas preconizadas pelo calendário vacinal do MS e também as vacinas de Campanha. As consultas odontológicas são realizadas pelas quatro equipes de saúde bucal. Não há registros de crianças com baixo peso ao nascer no último trimestre e nem de acidentes de trabalho. Todos os hipertensos e diabéticos são cadastrados para receberem as devidas medicações de uso contínuo.

O sistema de saúde está estruturado da seguinte forma: Unidade Mista (Hospital e Maternidade) e quatro UBSF (uma na sede do Município e três na zona rural). o município não possui mamógrafo e Raios-X. O aparelho de USG é do médico cirurgião que atende dez plantões no Município e apenas o eletrocardiógrafo é da Unidade Mista. Atualmente o quadro de profissionais de saúde do município é composto de quatro médicos, quatro dentistas, doze enfermeiros, uma fisioterapeuta, uma fonoaudióloga, uma farmacêutica, duas Assistentes Sociais e um psicólogo. Não possui serviço especializado.

Apenas alguns serviços possuem cobertura, tais como: exames laboratoriais básicos, BAAR, sorologias para Sífilis, USG geral, teste do pezinho e da orelhinha, citopatológico de colo de útero (coleta), eletrocardiograma e testes rápidos para sífilis, HIV, hepatite c e hepatite b. O município disponibiliza apenas da Rede de Atenção Básica e Urgência e emergência. Os recursos financeiros que o município disponibiliza advêm do Governo Estadual, Federal e Municipal.

A gestão de trabalho e educação na saúde ocorre através de cursos ofertados pelo próprio SUS e de parceria da Prefeitura com o governo do estado na produção de educação continuada, como o Telessaúde, em parceria com a Universidade do Estrado do Amazonas, por exemplo. No Município atua uma equipe da saúde indígena, que, por vezes, trabalha em conjunto com a atenção básica municipal (sede).

2.2 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

A Unidade Básica de Saúde Manoel Vieira Compton, área rural do Município de Anamã – AM, acesso exclusivo fluvial, a aproximadamente 30km da sede, viagem estimada de lancha de uma hora, o qual é responsável por uma população dispersa estimada em 2800 pacientes, o qual esta distribuída principalmente em quatro comunidades: Arixí, Patoá, São Paulo e Fé em Deus.

A equipe é composta por um médico, uma dentista, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, uma técnica em saúde bucal e cinco agentes comunitários de saúde. As ações e serviços de Saúde ofertados pelo SUS nas comunidades são atendimento médico ambulatorial e odontológico. Não há serviços de saúde ofertados pela iniciativa privada nessas comunidades.

A nossa maior demanda na unidade está relacionada com as viroses, alergias, saúde mental e complicações relacionadas à diabetes mellito e hipertensão arterial sistêmica. O que exige trabalho em equipe estruturado e coordenado, pois necessitamos que todos os profissionais se envolvam com o cuidado destes pacientes. Então tivemos que organizar nossas agendas em conjunto para que recebam atendimento adequado e integral.

2.2.1 Dados populacionais e suas devidas microáreas

Como já foi explicito anteriormente, o município de Anamã possui uma área rural extensa e com uma população bastante dispersa, principalmente na minha área adstrita (Lago do Anamã), onde as comunidades que ficam às margens do lago são distantes uma da outra, formadas por um pequeno aglomerado populacional e com as palafitas ao longo da margem dos igarapés. Cada agente de saúde visita uma dessas áreas descritas abaixo, e por vezes eles não conseguem visitar todas as famílias em um mês, mas, fazem o que podem, assim como toda a equipe dentro do tempo hábil que temos em área. Abaixo apresento as microáreas e sua população estimada:

- Microárea 01: 82 famílias (263 pessoas)
- Microárea 02: 94 famílias (290 pessoas)
- Microárea 03: 16 famílias (44 pessoas)
- Microárea 04: 50 famílias (199 pessoas)
- Microárea 05: 47 famílias (201 pessoas)

Abaixo, encontra-se o mapa da saúde, resumidamente:

QUANTITATIVO DE HABITANTES/CASO	
(Comunidades: Arixi, Laguinho, São Paulo, Patoá e Fé em Deus)	
Quantidade de habitantes	997
Quantidade de famílias	289
Total de crianças	366
Crianças de 0 a 2 anos	73
Crianças 2 a 4 anos	45
Crianças de 4 a 6 anos	64
Crianças de 6 a 12 anos	119
Crianças de 12 a 14 anos	65
Idosos	74
Gestantes	08
Puérperas	03
Gravidez na adolescência	02
Mulheres em idade fértil	532
Hipertensos	67
Diabéticos	30
Tabagistas	47
Alcóolatras	09
Usuários de entorpecentes	02
Violência doméstica	-
Portadores de TB	-
Portadores de HIV	-
Portadores de sífilis	-
Portadores de hanseníase	02
Deficientes	12
Acamados	03

É importante salientar que o mapa da saúde demonstrado no quadro acima é muito impreciso, pois apesar de serem comunidades pequenas, a falta de uma economia de sustentabilidades estáveis, muitas vezes favorece a migração e emigração populacional da comunidade. Por vezes, se observa o crescimento de áreas de desmatamento ambiental para extração vegetal e plantio de subsistência, e outras para emprego temporário onde toda a família se locomove, dificultando assim a coleta dos dados e a prestação de assistência à saúde seja mais eficaz.

A unidade básica de saúde possui uma área de recepção que fica do outro lado da rua, em baixo do hotel que a equipe se hospeda, pois dentro da UBS

não há espaço para uma recepção; os arquivos e registros estão disponibilizados em dois armários, um na sala de procedimentos/farmácia e outro no consultório de enfermagem; temos um consultório médico; um consultório odontológico; um consultório de enfermagem; uma sala que serve como farmácia, sala de procedimentos e almoxarifado. Não possui sala de vacinas (na UBS não oferecemos este serviço porque não há refrigerador e a energia oscila muito). Há um banheiro para funcionários e pacientes.

A UBS está equipada da seguinte forma: três mesas para consulta, em boas condições de usos; seis cadeiras para consulta e atendimentos; uma mesa ginecológica sem pedal de apoio para a paciente; uma escada de dois degraus feita de madeira por um morador da comunidade; um foco de luz com defeito, mas que serve para avaliação ginecológica e coleta de PCCU; uma balança antropométrica em péssimas condições de uso, algumas vezes é necessário utilizar as balanças digitais, cujos dados são imprecisos para fazer a triagem; três esfigmomanômetro aneróide, com manguito (dois com defeito); Dois estetoscópio clínico em condições razoáveis de uso; dois baldes cilíndricos ou porta detritos com pedal, uma fita métrica não elástica; dois armários; uma mesa acessório p/ instrumental e um otoscópio.

3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

A Equipe de Saúde da Família que atua na comunidade de Arixi trabalha na prevenção, promoção e tratamento das doenças da população, bem como ministra palestras em colégios e eventos para promover o debate e conscientização de programas da unidade básica de saúde, como a prevenção de doenças bucais, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

A Unidade oferece as seguintes ações educativas que objetivam interferir no processo de saúde/doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida: Divulgação de informações e orientações sobre a maneira de evitar o aparecimento de doenças ou de suas sequelas, através de palestras e rodas de conversa com a comunidade; Divulgação de informações e orientações educativas para pais e/ou responsáveis sobre a prevenção de

acidentes por agravos externos e violências, prioritariamente na infância e adolescência; Divulgação de informações e orientações educativas para prevenção da gravidez na adolescência, DST/AIDS, uso de drogas, prevenção de câncer de colo uterino e mama; Divulgação de informações e orientações educativas direcionadas para empregadores e trabalhadores visando à redução da morbimortalidade por acidentes e doenças de trabalho e Divulgação de informações e orientações educativas em saúde bucal.

Além disso, trabalhamos com o desenvolvimento de atividades de comunicação e educação em vigilância sanitária, visando maior participação da sociedade na defesa e melhoria da qualidade de vida e o controle social e parceria com a sociedade no controle da qualidade do meio ambiente.

A Unidade desenvolve as seguintes ações focadas sobre os grupos de riscos e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou manutenção de doenças e danos inevitáveis: Intervenção sobre o ambiente no sentido de evitar o acúmulo de lixo, de águas servidas e de depósito de água destampado e identificação dos grupos de risco que deverão ser acompanhados diferenciadamente, utilizando o cadastramento da população e outros instrumentos necessários.

A Unidade realiza investigação de casos de doenças de notificação compulsória e adoção de procedimentos que venham a interromper a cadeia de transmissão, mediante diagnóstico clínico e identificação e investigação de comunicantes, com encaminhamento para tratamento de novos casos suspeitos encontrados; Execução de bloqueio vacinal ou quimioterápico, quando for o caso e atendimento às pequenas urgências médicas e odontológicas.

A Unidade realiza atendimento às pequenas urgências médicas e odontológicas demandadas de outras áreas de abrangência e desenvolve ações voltadas ao combate das doenças preveníveis por imunização, com palestras e encaminhamentos para a UBS da sede do município pra vacinação, se necessário; também atuamos no controle de doenças diarreicas, prioritariamente na faixa etária de 0 a 4 anos, por meio da distribuição do hipoclorito de sódio pelos ACS; Oferecemos serviços de higiene bucal supervisionada, na população de 0 a 4 ano, de 5 a 14 anos, esta ultima faixa etária também oferecemos procedimentos cirúrgicos e restauradores.

Desenvolvemos ações objetivando o controle do pré-natal e puerpério; controle do câncer cérvico-uterino e de mama através da coleta de PCCU e do exame das mamas por profissional, bem como incentivo e orientação ao auto-exame das mamas; realizamos ações relacionadas ao planejamento familiar com a distribuição de anticoncepcionais de via oral ou injetáveis, preservativos masculinos e femininos e encaminhamento para laqueadura e ações de controle e tratamento de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Todos os usuários da UBS rural possuem o Cartão Nacional de Saúde,

3.1 Principais dificuldades na área adstrita

A Equipe de Saúde da Família atua quinzenalmente nas áreas rurais, integralmente sob aviso de quaisquer intercorrências, no período ausente, o usuário do SUS terá de se locomover até a sede, que de acordo como a gravidade de risco de vida, se for de urgência ou emergência terá locomoção por lancha cedida pelo município, caso contrário irá por conta própria até o hospital sede em Anamã, acompanhado por familiares e o motorista da lancha, sem supervisão de quaisquer profissionais aptos e ou treinados para tal situação; - bem como provido de instrumentos para aferição e monitoramento dos sinais vitais periféricos, como pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória, escala de Glasgow.

A Unidade Básica de Saúde mantém estoque regular de insumos necessários para o seu funcionamento, no entanto, tal estoque inclui a dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente pelo técnico de enfermagem, e não pelo farmacêutico graduado, mesmo de uso controlado de receita especial como os benzodiazepínicos e os barbitúricos. O estoque é repostado quinzenalmente com a visita da ESF, o qual irá dispensar com apresentação de receituário, quando há falta de quaisquer medicações requisitada pela ESF, esta só será adquirida na próxima visita caso o paciente não vá até a sede.

Redefinir as microáreas de acordo com a proximidade de cada comunidade, pois foram atribuídos como comunidade rural e urbana, não levando em conta as dimensões territoriais e as dificuldades de acesso. Haveria a necessidade de uma equipe revezadora ou próxima para não deixar totalmente

desassistida os usuários do SUS na comunidade do Arixí, bem como a permanência de uma equipe permanente na mesma comunidade para triagem de possíveis comorbidades.

Como nossa demanda em saúde mental é bastante importante surgiu à necessidade de se pensar uma forma de melhorar o acesso e o atendimento a esta demanda. Na Atenção Básica as ações de saúde devem compor um conjunto de ações individual e coletiva, que abrange promoção de saúde e prevenção de agravos, desta forma foi pensada a formação execução de uma oficina terapêutica como projeto de intervenção nesta população, projeto este que se encontra em anexo.

A carência de estratégia de ações e intervenções em saúde mental neste território mostrou que era de fundamental importância que a equipe planejasse atividades de forma a contemplar as demandas da comunidade e do indivíduo que sofre, para tanto vimos que a oficina terapêutica poderia estabelecer o fortalecimento do vínculo entre equipe e usuário e possibilitar um cuidado de forma integral e mais autônomo, buscando um significado para a produção de vida e de saúde e não se delimitando a cura de doenças.

4. CASO CLÍNICO

4.1 A ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE TRANSTORNOS MENTAIS DE UMA UBS RURAL: RELATO DE CASO

4.1.1 Objetivo da apresentação

Apresentar um caso clínico de uma paciente do município de Anamã-AM, que reside na área rural, há 16,5km, as margens do Lago do Arixí, na comunidade do Arixí, portadora de epilepsia pós-traumática há 35 anos ao colher ouriço de castanha-do-brasil (*Bertholletia excelsa*); - árvore que pode chegar até 25 metros de altura, a mesma se consulta e adquire sua medicação regularmente na UBS Manoel Vieira Compton há três anos.

4.1.2 Dados de identificação

M.F.M., sexo feminino, 58 anos, indígena, de cor morena, ensino médio incompleto, casada, desempenha atividades como agricultora/dona do lar, possui renda familiar de aproximadamente 2.000,00 reais mensais, refere ser católica, natural do município de Anori-Am. Procedência de Anamã-Am com cinco internações psiquiátricas prévias. Afirma morar com seis pessoas.

4.1.3 Queixa principal

Paciente se queixa de dores esporádicas de cabeça na região da frente acima dos olhos, na face e na órbita ou no fundo do olho. As crises são esporádicas pós-traumático encima da cabeça, que piora à insolação. O sintoma característico é a dor de cabeça latejante, de intensidade média ou forte, que pode ser precedida por uma aura premonitória (embaçamento da visão ou aparecimento de pontos luminosos, manchas ou linhas em zigue-zague). Outros sintomas são náuseas, vômitos, sensibilidade à luz (fotofobia), aos sons (fonofobia), aos movimentos e irritabilidade, pois mesmo recebendo benefício do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), ainda exerce função de agricultora. Refere que há aproximadamente 5 anos não sente dores tão intensas de dor de cabeça, só sensação de fraqueza, impotência à doença e de abandono familiar, pois faz uso regular de medicação cedida pela UBS Manoel Vieira Compton na comunidade do Arixi, e que neste momento já não exerce atividade frequente como agricultora, por sofrer de dores lombares e articulares ao realizar movimentos repetitivos ou por exceder peso.

4.1.4 História da doença atual (HDA)

Paciente refere histórico de traumatismo crânio encefálico (TCE) há 15 anos, ao coletar ouriço de castanha-do-brasil em área rural pertencente ao município de Anamã, com afundamento de crânio (TCE) na região frontoparietal, e, que foi encontrada por terceiros desmaiada com sangramento local na cabeça, sendo imediatamente removida para o Hospital Francisco Sales de Moura de Anamã desmaiada, onde recebeu os primeiros procedimentos médicos “falando palavras desconexas”, imediatamente removida ao Hospital Lázaro Reis de Manacapuru via fluvial com Glasgow 11, e este por sua vez à Fundação Hospital Adriano Jorge em Manaus via terrestre com Glasgow 12, por não atender aos

requisitos de tal gravidade. Permaneceu internada dois dias na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e em observação por 18 dias antes de alta hospitalar, após recuperar totalmente a memória, deambular sem auxílio e ter as funções fisiológicas preservadas, sem sequelas aparentes com medicações de uso contínuo prescrita pela junta médica que auxiliou na internação e alta hospitalar. Sendo reavaliada após 30 dias. Foram realizados novos exames e uma Ressonância Magnética (RNM) do crânio, o qual demonstrou uma lesão hiperintensa e afundamento superficial de crânio na região frontoparietal. Solicitados novos exames como Eletroencefalograma (EEG) o qual se concluiu que o paciente teria quadros de epilepsia, sem outras sequelas. Atualmente, paciente faz uso regular de fenobarbital 100mg de 12/12hs, ácido valpróico 250mg 2xd, carbamazepina 200mg 1xdia e clonazepam 2mg 1xdia, uso oral contínuo. Inicialmente recorda que sentia que tinha parestesia moderada nas pernas e cefaleia constante, sendo internada por mais 4 vezes, sendo monitorada a cada 6 meses no primeiro ano, e de 12 meses nos meses seguintes, e, que nas duas últimas internações hospitalares diminuíram as medicações para uso de fenobarbital 100mg a cada 12 horas e uso de clonazepam 2mg 1xdia via oral uso contínuo; - na última internação hospitalar foi em Anamá há aproximadamente 5 anos, o qual foi encaminhada diretamente a Fundação Hospital Adriano Jorge em Manaus via fluvial pois a mesma já tinha consulta pré-agendada via Sistema de Regulação (SISREG) do Sistema Único de Saúde (SUS) para reavaliação neurológica a cada 2 anos. Atualmente reside em mesmo local (as margens do Lago do Arixi) e realiza quaisquer atividades laborais ou recreativas com “supervisão”. Tabagista desde seus 17 anos de cigarro de palha sem filtro, teve de suspender definitivamente e deixar de seguir uma vida independente a fim de evitar riscos desnecessários que poderiam lhe comprometer a vida, como por exemplo: manusear perfuro-cortantes (faca, foice, serra-elétrica), nadar em locais de grande profundidade e correnteza, remar de canoa só e sem companhia, tomar banho sozinha, entre outras atividades. Mas, hoje se diz com suas palavras que vive uma rotina “normal”, sempre quando tem familiares de “apoio” próximos de si.

4.1.5 História pessoal e social

História de vida: Agricultora, casada, residente em área rural, moradora em casa de madeira, suspensa, com três cômodos juntamente com esposo (que também é agricultor e pescador), a filha caçula (de 15 filhos), com o genro e dois netos, que ainda estudam e nas horas vagas ajudam nas atividades e manutenção do lar.

4.1.6 Antecedentes fisiológicos e patológicos

A paciente nega histórico familiar de antecedentes neuropatológicos e ou casamento consanguíneo. Nasceu de parto natural a termo com 2,720gr (pesado no hospital para aquisição de documentos e vacinas), chorou ao nascer, em área rural com a ajuda de parteira. Fez uso de todas as vacinas da infância. Mamou exclusivamente no peito até o 7º mês de idade. Após o desmame total se alimenta desde então basicamente de dieta pobre de sais minerais, vitaminas e proteínas variadas, derivados da mandioca (farinha), proteínas provenientes basicamente retiradas da pesca sazonal, bem como da caça oportuna, juntamente com sua família. Não tem nenhum dente na cavidade oral, pois extraiu todos aos 17 anos antes de casar, usa dentadura incompleta sem os dentes posteriores e alguns quebradiços no meio. Apresente dificuldade visual ao alcance de objetos acima de 1,5m. Nega ter quaisquer doenças pregressas, HAS ou DM. Teve histórico de tabagismo com cigarro sem filtro, de palha por mais de 34 anos. É ex-tabagista há aproximadamente 10 anos (parou após o acidente, pois estava causando dor de cabeça segundo a paciente). No seu prontuário médico apresenta anemia microcítica (hemoglobina=10,5g/dl) desde 2017 e dislipidemia (colesterol total=450 mg/dl) desde mesma data. Nega ter realizado novos exames em decorrência da distância de sua residência até a cidade. Sendo solicitados novos exames do perfil lipêmico na última consulta, bem como orientação dos riscos vasculares e neurológicos causados pela dislipidemia, e, a prescrição de medicamento hipolipêmico oral (ciprofibrato 100mg 1xdia e sulfato ferroso 40mg 2xdia) e de dieta restritiva de fritura e gordura animal, estímulo a alimentos folhosos verdes escuros.

4.1.7 Antecedentes sociais

Sempre residiu e trabalhou na área rural. Desde os 5 anos de idade quando chegou em Arixi, foi morar na casa que era de seus pais no Lago do Arixi em casa de madeira suspensa, 2 quartos com janela, sala e cozinha (fogão à lenha dentro de casa), lavatório de pratos e banheiro na área externa da casa há menos de 5 metros da casa e menos de 10 metros do poço artesiano, bebe água diretamente do poço, não tem energia elétrica (a iluminação provem muitas das vezes do “fogão” a lenha, limpeza de roupas na beira do lago (no mesmo local onde é tratado os pescados). Possui plantio predominante da monocultura de mandioca para a fabricação de farinha (alimento obrigatório em todas as refeições), realização de pesca ou caça para complemento da renda ou de sua subsistência familiar e, bem como na coleta de frutos sazonais da floresta, como a castanha-do-brasil, açaí, pupunha, tucumã e outros; e, medicamentos naturais de uso caseiro, como: andiroba, copaíba, entre outros. Raramente saí de sua comunidade do Patuá, distante 8 km da sede da comunidade do Arixi, cerca de 40 min de canoa de pequeno porte de 3 lugares (“rabetá”). Reside próximo de outros familiares, no total estimado de 55 pessoas dispersas ao longo do Lago do Arixi. Na sua residência mora com seu esposo, sua filha caçula e dois netos, bem como cinco cachorros (dois dentro e três fora da casa), deambula dentro da casa descalço, só põe o calçado ao sai de casa, principalmente para ir retirar o benefício do INSS ou revisão do mesmo.

4.1.8 Doenças e tratamentos prévios

Psiquiátricos: Nega ter sofrido quaisquer episódios de queixa psicológica. Nega tratamento e apoio psiquiátrico pelo município de Anamã, pois por ser um município de população inferior a 50.000 habitantes, não tem CAPS (Centro de Atenção Psicossocial); e que este serviço é realizado por médicos da atenção básica da UBS, seja na sede, da comunidade do Arixi ou do hospital de Anamã.

Clínicos: Nega a realização de intervenção cirúrgica. Relata a realização de procedimentos de rotina afim de averiguar sua condição mental e fisiológica, como exames de sangue, RNM, tomografia de crânio (TC), radiografia de cabeça, (EEG) e Eletrocardiograma (ECG).

4.1.9 Personalidade prévia

Nasceu em Anori-AM, de parto normal em zona rural, estudou em escola pública até a 6º série do ensino fundamental. Se mudou para Anamá conjuntamente com todos os seus familiares aos 5 anos de idade, onde aos 12 anos conheceu o seu conjugue, após comprar uma propriedade à Lago do Arixi, a fim de exercer as mesmas atividades laborais.

4.1.10 História familiar

Estrutura familiar: Na sua residência moram: M.F.M. e seu esposo, uma filha casada com seu esposo e dois netos. Nas proximidades da comunidade do Patuá, seus 15 filhos (11 casados e 4 separados), 28 netos e 3 bisnetos.

Problemas físicos, mentais e sociais: Refere dificuldades financeiras pois não tem abundância de recursos financeiros para todos terem uma independência financeira, educação de nível médio e superior, dificuldade de acesso e locomoção, dificuldade de comunicação, ausência de rede elétrica, entre outros. Nega abusos familiares ou de terceiros, refere sempre ser uma pessoa comunicativa.

Heredograma: Nasceu em Anori-AM, da união de um descendente nordestino (cearense) que trabalhava no seringal existente nas proximidades das aldeias dos Tikuna, Kokama e Apurinã, e sua mãe descendente dos Tikuna já alfabetizada. Foi a 7º filha, num total de 12 filhos vivos e 5 abortos, de parto normal na zona rural por parteira, nega ter tido problemas na infância bem como de desenvolvimento ao caminhar e escolar, parou de estudar por dificuldades de transporte e financeiros dos pais e por ter que trabalhar e estudar, relata que ambas as atividades simultâneas “era muito difícil”. Aos 5 anos teve de se mudar para um “lugar melhor” junto com seus pais do Anori-AM.

4.1.11 Exame do estado mental

No momento da baixa ou do primeiro atendimento: Meu primeiro contato com a paciente foi na UBS Manoel Vieira Compton, na sede da comunidade do Arixi, no qual a paciente se encontrava deambulando,

colaborativa, afebril, acianótica, anictérica, funções fisiológicas presentes e preservadas, com queixa de dores nas costas após ficar flexionada por 30 minutos descamando peixe na beira do lago.

Evolutivo: Apresenta queixas de fraqueza, abandono familiar, desprezo de sintomas parciais de cefaleia, sensações de tremores periféricos indeterminados pelo corpo, incompreensão da patologia pós traumática, por vezes se recolhe ao leito sem comunicar nada, melhora ao comer um caldo com sua filha e piora ao discutir com seu esposo. No presente momento, refere que faz uso regular das medicações (fenobarbital 100mg de 12/12 hs e clonazepam 2mg 1xd via oral uso contínuo), que faz revisão com neurologista quando “pressente” que não está bem, e requisita o encaminhamento ao mesmo via SISREG no Hospital Francisco Sales de Moura em Anamã, pois alega que são muitas as despesas a serem custeadas pelo paciente e acompanhante.

4.1.12 Discussão diagnóstica

Diagnóstico sindrômico: As manifestações epilépticas carecterizam-se por contrações musculares tônicas, clônicas, tônico-clônicas e mioclônicas, que são a expressão de uma crise epiléptica generalizada ou parcial com generalização subsequente.

Hipóteses diagnósticas: Epilepsia pós-traumática; Crise jaksoniana; Epilepsia parcial contínua; Crise convulsiva.

Diagnóstico penta-axial: **Eixo I:** Transtorno pós-traumático mecânico causando contrações musculares tônicas, clônicas, tônico-clônicas e mioclônicas. **Eixo II:** Esquivo e dependente. **Eixo III:** Epilepsia do tipo “ausências”. **Eixo IV:** Estressores psicossociais – coeficientes de consistência interna: conflito e ambiguidade de papéis; sobrecarga de papéis; dificuldades interpessoais; insegurança na carreira; falta de autonomia; conflito trabalho/família; pressão do grau de responsabilidade. **Eixo V:** Exagerada adesão religiosa (comprometimento funcional acima de 50%).

4.1.13 Plano terapêutico

O Esquema pentaxial permite avaliar o ser humano globalmente, isto é: em suas dimensões biopsicossocial. Uma grande vantagem do esquema pentaxial é que ele fornece informações diagnósticas que tanto podem ser *provadas* como *comprovadas* clinicamente. No caso em questão, pela apresentação das crises convulsivas, pela resposta terapêutica aos anticonvulsivantes (incluindo o Clonazepan, que também tem essa propriedade), pelas alterações no traçado eletroencefalográfico, está *provado* que M.F.M. tem um quadro epilético com manifestações de ausências. Também pode ser *comprovado* que ela, em co-morbidade, apresenta um quadro esquivo e dependente. A comprovação disso pode ser feita através da observação dos seguintes fatores: (1) a história pessoal, em que consta significativo trauma psico-social pós-traumático; (2) o comportamento de queixas de cefaleia que permeiam com crises epiléticas parciais; (3) as crises, algumas com evidentes características de pseudo-convulsões; (4) a notável resposta à terapêutica ansiolítica com o já citado Clonazepan e o fenobarbital.

4.1.14 Evolução

Provavelmente a sequela neuropsiquiátrica mais frequente da paciente M.F.M. que sofreu algum tipo de lesão cerebral sejam as queixas de alterações de personalidade pré-mórbida do doente e que ocasionam problemas no relacionamento familiar, social e profissional da mesma. O desenvolvimento de estratégias de investigação, bem como técnicas terapêuticas eficazes para estes doentes, obriga a dissecar os muito distintos fenômenos, a qual engloba abusivamente a referida entidade nosológica. O Esquema Pentaxial de Diagnóstico, por incluir uma concepção biopsicossocial do ser humano e por implicar numa avaliação interdisciplinar, é a única opção diagnóstica capaz de, em casos neuropsiquiátricos como o que apresentamos, permitir ao clínico (1º) uma apreensão verossímil da sua fenomenologia, (2º) uma compreensão aprofundada dos seus determinantes, (3º) um planejamento adequado de sua abordagem terapêutica. Atualmente há um trabalho multidisciplinar dirigido individualmente para casos; como desta paciente em Anamã, com os profissionais existentes que compõe a equipe básica de saúde: médico, psicólogo, enfermeiro, farmacêutico e os agentes comunitários de saúde que

relata como está a paciente em seu domicílio. Na avaliação da família as visitas são muito importantes, pois observam mudanças de hábitos mais produtivos e que auxiliam no convívio familiar.

5. ANEXO

5.1 PROJETO DE INTERVENÇÃO

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: AVALIAÇÃO E PROMOÇÃO DA
QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS DE
UMA UBS RURAL NO ESTADO DO AMAZONAS**

Nome do Aluno: Juan Luis Rivas Zambrana Júnior

Orientador(a): Claudia Marques de Oliveira Soeiro

Manaus - 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: AVALIAÇÃO E PROMOÇÃO DA
QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS DE
UMA RURAL DO ESTADO DO AMAZONAS**

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): Claudia Marques de Oliveira Soeiro

Juan Luis Rivas Zambrana Júnior

Manaus - AM

2020

SUMÁRIO

RESUMO	25
1. INTRODUÇÃO	26
2. JUSTIFICATIVA.....	27
3. OBJETIVOS.....	28
3.1 Objetivo Geral.....	28
3.2 Objetivo específico.....	28
4. METODOLOGIA DA INTERVENÇÃO.....	28
4.1 Local da Intervenção.....	28
4.2 População Alvo	28
4.3 Educação em Saúde.....	28
5. RECURSOS NECESSÁRIOS PARA EXECUÇÃO	29
5.1 Materiais necessários	29
5.2 Recursos Humanos e o papel de Cada Um Deles	29
5.3 Planejamento da intervenção	30
5.4 Cronograma.....	30
5.5 Resultados Esperados.....	30
6. PROPOSTA DE AVALIAÇÃO	31
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	33

RESUMO

Este projeto de intervenção constitui um relato de experiência e de proposta de intervenção na assistência aos portadores de transtornos mentais pelo Programa Mais Médicos junto à equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família de uma comunidade rural no Município de Anamá. Proponho a criação de um grupo terapêutico para os usuários da saúde mental. Possuo como objetivo criar um grupo para trabalhar Oficina Terapêutica com portadores de transtornos mentais e seus familiares ou cuidadores. A metodologia utilizada foi o planejamento estratégico situacional. Percebe-se que com a criação de um grupo terapêutico, o fortalecimento dos vínculos e dos laços de confiança entre profissionais e usuários, proporcionará a reconstrução das relações sociais que, muitas vezes são rompidas devido às deficiências na assistência aos pacientes portadores de transtornos mentais. Conclui-se que as oficinas terapêuticas são eficientes, uma vez que promove a socialização do portador de transtorno mental com a família e com a comunidade, além disso, para que as práticas e projetos aqui propostos tenham eficácia, é necessária a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos na assistência e no bem-estar social.

Palavras-chave: saúde mental, atenção básica, oficina terapêutica.

1. INTRODUÇÃO

Os programas que abrangem a prevenção e promoção à saúde são fragmentados, estando dispostos em períodos por vezes mensais, semanais ou diários. Com isso, percebemos que após a passagem de determinada campanha, como o mês dedicado à saúde mental, os portadores de transtornos mentais ficam desassistidos a um programa contínuo. Diante disso, é preciso que façamos com que essa população tenha uma assistência de qualidade, visto que um dos princípios que rege o Sistema Único de Saúde (SUS) é a integralidade, o que permite que a Atenção Primária reconheça as necessidades de saúde da população e do indivíduo como um todo, para que se possam planejar estratégias de ações de saúde que as contemple de forma adequado (BRASIL, 2014).

Para tanto é imprescindível que se faça um levantamento e se estabeleça um diagnóstico do território de abrangência para adequar estas ações. Feito isso, se dará uma avaliação extensa da Rede de Atenção, dos serviços ofertados na comunidade, se existem locais onde a população se diverte (áreas de lazer) das instituições públicas e religiosas, condições de saneamento básico (como fossa séptica, água tratada e encanada, enfim, avaliar todos os determinantes diretos e indiretos de saúde.

Sabemos que a porta de entrada para o SUS é a Unidade Básica de Saúde (UBS), inclusive para a saúde mental. No entanto, sabemos também o quanto ela é falha e quantas dificuldades existem para se fazer Atenção Básica no Brasil. Assim sendo, foi realizado um diagnóstico situacional da UBS Manoel Vieira Compton localizada na zona rural do Município de Anamã (Lago do Anamã), onde foi possível observar que não há nenhuma forma de acolhimento específico voltado para a saúde mental (BRASIL, 2015).

A Atenção Básica caracteriza-se por executar um conjunto de ações de Saúde, individual e coletivo, que abarca a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o propósito de estabelecer uma atenção integral que tenha impacto na saúde e autonomia do indivíduo e nos determinantes e condicionantes de saúde coletiva (BRASIL, 2007).

Com a criação da área adstrita se torna muito mais possível o desenvolvimento do nosso trabalho como médicos da família, uma vez que as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, dando-nos a oportunidade de estabelecermos laços de confiança com nossos clientes que estão em sofrimento psíquico (BRASIL, 2007).

No que se refere à saúde mental, as ações e intervenções devem ser planejadas de forma a contemplar as necessidades da comunidade e do indivíduo que sofre, inclusive, na área adstrita, temos uma população muito significativa que sofre de transtornos mentais. Isso se dá em virtude de os cônjuges terem laços consanguíneos ou hereditariedade. Assim sendo, buscamos promover novas possibilidades e modificar as condições e modos de vida, buscando um significado para a produção de vida e de saúde e não se delimitando a cura de doenças.

Para tanto, proponho com este projeto de intervenção, um grupo terapêutico como forma de acolhimento e atenção aos portadores de doenças mentais, uma vez que as rodas de conversa e as reuniões terapêuticas se apresentam como uma das principais formas de tratamento em saúde mental, permitindo ao usuário a valorização do seu potencial criativo e expressivo. As práticas terapêuticas coletivas podem favorecer uma maior capacidade resolutiva, pelo fato de possibilitarem múltiplos olhares voltados para problemas em comum (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Portanto, busco oportunizar que nossos pacientes portadores de transtornos mentais participem do desenvolvimento de atividades diversificadas para o aprimoramento de habilidades motoras, para o convívio social e para a promoção da qualidade de vida, não somente da pessoa em sofrimento mental, mas de toda a família e da sociedade, favorecendo o alívio das manifestações sintomáticas dos transtornos mentais (SILVA; LUSSI, 2010).

2. JUSTIFICATIVA

A criação de um grupo de oficina terapêutica se justifica na medida em que, no município de Anamã, os atendimentos em Saúde Mental são realizados, geralmente, na Unidade Básica de Saúde, sendo a UBS Rural Manoel Vieira Compton a de maior área de abrangência na zona rural. Desta forma faz-se

necessária a modificação do modelo tradicional de tratamento em saúde mental centralizado. A oficina terapêutica oferecerá um novo espaço de acolhida e acompanhamento aos doentes mentais e seus familiares, assim como co-responsabilizar toda a equipe envolvida com o cuidado desses pacientes, possibilitando a promoção de qualidade de vida do paciente e dos cuidadores/familiares.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Criar um grupo para trabalhar Oficina Terapêutica com portadores de transtornos mentais e seus familiares ou cuidadores.

3.2 Objetivos específicos

- Promover assistência integral aos doentes mentais e seus familiares ou cuidadores;
- Atuar na prevenção de agravos provenientes das formas graves de transtorno mental;
- Enfatizar o direito à cidadania dos pacientes e da comunidade em geral e as ações de saúde no território, incluindo a participação da Unidade Básica de Saúde (UBS);
- Promover mudanças no hábito de vida dos participantes, orientando-os quanto à proteção da saúde mental e promoção da qualidade de vida da sociedade em geral;
- Construir, junto com a comunidade, um ambiente saudável que propicie qualidade de vida no território.

4. METODOLOGIA DA INTERVENÇÃO

4.1 Local da intervenção

Unidade Básica de Saúde Manoel Vieira Compton, área rural do Município de Anamã – AM, acesso exclusivo fluvial, a aproximadamente 30km da sede, viagem estimada de lancha de uma hora, o qual é responsável por uma população dispersa estimada em 2800 pacientes, distribuída principalmente em quatro comunidades: Arixí, Patoá, São Paulo e Fé em Deus.

4.2 População Alvo

Todos os usuários de psicofármacos voltados para o manejo do sofrimento psíquico que são atendidos na sede da comunidade do Arixi, o qual se encontra a UBS Manoel Vieira Compton.

4.3 Educação em Saúde

Monitorar os pacientes com transtornos mentais periodicamente seja através de: dados antropométricos (peso e altura), aferição da pressão arterial, dieta nutricional, hábitos contra o sedentarismo, a prevenção de doenças predisponentes (hipertensão e diabetes mellitus, por exemplo) e as neurodegenerativas.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS PARA EXECUÇÃO

5.1 Material necessário

Serão utilizados recursos de multimídia, confecção de folderes e demais materiais. O convite dos usuários e familiares também se dará através de convocação verbal e de cartazes descrevendo as atividades que irão ser desenvolvidas nos encontros.

5.2 Recursos Humanos necessários e o papel de cada um deles

Equipe da Estratégia Saúde da Família (médico, enfermagem, técnico de enfermagem e agentes comunitários).

- **Médico:** irá presidir os encontros e explicações sobre o tema. Também será responsável por esclarecer dúvidas sobre prescrições medicamentosas, incluindo orientações sobre o efeito adverso dos fármacos, contraindicações e a importância da dosagem, via e horário correto.
- **Enfermeiro:** Explicará sobre o projeto e auxiliará na interpretação dos resultados, além disso, será o profissional responsável pela avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso, bem como a coordenação das ações de toda a equipe.
- **Técnico em enfermagem:** Auxiliará nos recursos didáticos, confecção de materiais e aplicará questionários, se necessário.

- **Técnico em saúde bucal:** Atuará em conjunto com toda a equipe, na confecção das palestras e rodas de conversa, agilizando os locais para a realização dos encontros.
- **Odontóloga:** Será responsável por ministrar palestras, organizar os indivíduos participantes, além de realizar a aquisição de recursos audiovisuais necessários e, claro, dar orientações gerais sobre saúde bucal, bem como na promoção do sorriso saudável dos pacientes e familiares.
- **Recepcionista:** atuará na organização da oficina terapêutica, fazendo anotações e organizando documentos, atendendo às necessidades da equipe multiprofissional.
- **Agentes comunitários de saúde:** Busca ativa, orientações e apoio técnico.

5.3 Planejamento da Intervenção

As reuniões do grupo terapêutico acontecerão uma vez na semana (a escolha do dia da semana será em conjunto com a comunidade), no período da tarde para que todos tenham maior chance de participar, se dará em forma de rodas de conversa com temática livre e as atividades poderão ser propostas pelos usuários e pela equipe, tentando atender as necessidades do grupo e de educação da população.

5.4 Cronograma

Atividades	Período de abril/setembro 2020					
	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set
Definição do tema e objetivos	X					
Elaboração do projeto	X	X	X			
Conclusão do projeto				X		
Seleção dos indivíduos e formação do grupo terapêutico				X	X	
Início das atividades					X	
Análise dos resultados iniciais					X	X

5.5 Resultados Esperados

Este projeto de intervenção tem o intuito de promover um melhor atendimento da demanda de usuários da UBS Manoel Vieira Compton em conformidade com as diretrizes da política de saúde mental. Portanto, espera-se ampliar o acolhimento e estabelecer um vínculo cada vez maior entre a equipe da Estratégia Saúde da Família que atua na Comunidade do Arixi e os usuários do SUS. Além, disso, a criação de um grupo terapêutico propiciará um ambiente que fortalecerá a autoestima do usuário através da criação de laços de confiança entre os membros e o compartilhamento de experiências e ajuda mútua, contribuindo para um melhor relacionamento dos familiares com os usuários e a equipe de saúde.

A promoção da saúde amplia as chances de mudanças positivas além de reforçar o papel ético, técnico e social que é inerente ao exercício profissional da saúde. Desta forma, promover saúde mental proporciona a integração dos sujeitos e estimular a comunicação e a partilha de sentimentos, opiniões e discussões a respeito do que a família e o paciente vivenciam diariamente.

Sabemos que os portadores de transtornos mentais causam desconforto na sociedade deixando a família refém do medo de expor seu ente querido no meio social, com a criação do grupo terapêutico iremos proporcionar o fortalecimento dos envolvidos e a ampliação da comunicação interpessoal e da capacidade de resolver conflitos frente aos desafios do viver na sociedade moderna,

Esperamos, com a aplicação deste projeto, colaborar com a redução dos agravos relacionados ao sofrimento psíquicos gerados a partir dos riscos, incertezas, conflitos e situações comuns que a sociedade atual impõe aos portadores de transtornos mentais. Dessa forma, o grupo pode contribuir de forma direta e eficaz para a promoção da saúde mental.

6. PROPOSTA DE AVALIAÇÃO

Este projeto será avaliado, acompanhado e gerido pelo autor principal, o médico da ESF lotado na UBS Rural Manoel Vieira Compton, na comunidade Arixi, município de Anamã. Será realizada uma monitorização e comparação dos

usuários, como na diminuição dos casos patológicos e/ou dos impactos que o grupo terapêutico aqui proposto promove nos indivíduos, no âmbito social, familiar e comunitário, através da coleta de dados.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabemos que a assistência médica qualificada nas áreas mais longínquas do Brasil é capaz de melhorar a qualidade de vida e aumentar a sobrevida dos pacientes acometidos por diversas doenças. Com uma boa relação médico-paciente espera-se prevenir doenças e esclarecer as dúvidas (por mais simples que seja) para alcançar maior adesão dos pacientes ao tratamento e mudanças de hábito de vida que propomos, além de valorizar a mudança de comportamento, estimulando o autocontrole, juntamente com a ajuda de equipes multiprofissionais como farmacêuticos,, enfermeiros, psicólogos e os Agentes Comunitários de Saúde que são de suma importância para orientar os pacientes sobre a importância do tratamento e o esclarecimento das doenças.

Assim sendo, é preciso que haja transformações no modelo de atenção em saúde mental, buscando priorizar ações voltadas para inclusão social e autonomia dos pacientes da saúde mental. É certo que os profissionais de saúde ainda convivem com as dificuldades da superação do modelo biomédico e hospitalocêntrico, e a aplicabilidade da medicina centrada na pessoa. Assim, embora ocorram mudanças no manejo dos pacientes portadores de transtornos mentais, esse processo ainda é lento, não há uma rede de serviços capaz de suprir toda a demanda. Ainda são necessárias mudanças na legislação e novas propostas de atenção à saúde mental, porém, é possível que as equipes façam essas mudanças, ainda que paulatinamente no dia a dia dos serviços na Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, n. 01/03, p. 1-7, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica – Saúde Mental**, Brasília, n. 34, p. 1-173, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, p. 1-110; 2010.

CELINA D.S. Lazzaro; LAZSLO A. Ávila; **Artigo de revisão: Somatização na prática médica**. ArqCiêncSaúde abr-jun; 2004.

FERREIRA, Debora Carvalho, et al. **A experiência da Medicina de Família e Comunidade enquanto disciplina no curso de graduação em medicina**. RevBrasMedFam Comunidade. 2014. 304-310. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)782](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(32)782)

GUSSO G; LOPES JM. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. ArtMed: Porto Alegre; 2012

JANAUDI, Marco Aurelio. **Princípios da Medicina de Família: quatro pilares que definem sua identidade**. O Mundo da Saúde, São Paulo: 2010. 300-310.

SILVA, M.D.P.; LUSSI, I.A.O. **Geração de renda e saúde mental: O cenário do município de São Carlos**. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, São Carlos, jan./abr. de 2010, v. 18, n1, p. 35-48.

ZEFERINO, Angélica Maria Bicudo; DOMINGUES, Rosângela Curvo Leite; AMARAL, Eliana. **Feedback como Estratégia de Aprendizado no Ensino Médico**. REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA , Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, Brasil, p. 176-179, jan. 2007.