

ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à resignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE –
UFCSPA**

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNASUS

Curso de Especialização em Saúde da Família

Emmanuel da Fonte de Hires

GESTÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: qualificando o cuidado através da
reorganização do uso de psicotrópicos na Unidade de Saúde Milta Rodrigues

PORTO ALEGRE

2017

Emmanuel da Fonte de Hires

Gestão da atenção em saúde mental: qualificando o cuidado através da reorganização do uso de psicotrópicos na Unidade de Saúde Milta Rodrigues

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.
Orientador: Profa. Cátia Maria Justo

Porto Alegre

2017

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
2	ESTUDO DE CASO CLÍNICO	7
3	PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	11
4	VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICILIO	13
5	REFLEXÃO CONCLUSIVA	16
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19
7	ANEXOS	20
7.1	ANEXO 1: PROJETO DE INTERVENÇÃO – GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	20
7.2	ANEXO 2: GENOGRAMA ESTUDO DE CASO CLÍNICO	40

1 INTRODUÇÃO

Sou Emmanuel da Fonte de Hires, brasileiro, porto-alegrense, 25 anos. Médico, formado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel), em janeiro/2016. Em minha família há somente um tio materno também médico pediatra. Iniciei minha atividade profissional em fevereiro/2016, em clínicas de consultas populares e em pronto-atendimentos de baixa complexidade em Porto Alegre e região metropolitana, atuando nesses locais até ser chamado pelo edital do décimo ciclo do PROVAB, em maio/2016.

Estou alocado desde então na USF Milta Rodrigues, no bairro Jardim Carvalho, em Porto Alegre. A unidade conta com equipe dupla composta por 2 médicos, 2 enfermeiras, 4 técnicas de enfermagem e 8 agentes comunitários de saúde. No mês de dezembro/2016 recebemos mais dois agentes de saúde, resultado de processos jurídicos movidos contra a SMS-PA em anos anteriores referentes a épocas em que a unidade não tinha médicos e não conseguia suprir as demandas da população adscrita.

A Unidade existe há 15 anos, portanto desde 2001, resultado das lutas da população da região para que houvesse serviço de atendimento em saúde mais próximo, facilitando o acesso. Inicialmente por pressão dos moradores da comunidade do Ipe-1, ex-funcionários do Instituto de Previdência do RS, hoje a unidade atende também as comunidades Joana D'arc, Alto da Colina, Grécia e Jardim das Bandeiras, estendendo-se em sua área de atuação desde a Av. Antônio de Carvalho, até a Rua Grécia e Aristides Rosa, principais limites da área.

O perfil populacional caracteriza-se principalmente pelas classes C e D, com algum percentual de população economicamente ativa empregada com carteira assinada, mas a grande maioria de desempregados e com subempregos. Habitam a região 7629 pessoas (dados IBGE 2010), sendo 3722 homens e 3907 mulheres, com 2663 crianças e jovens até 19 anos e o restante de adultos e idosos. Há ainda cerca de 61% da população autodeclarada branca, e 38% que se autodeclara preta ou parda (IBGE 2010). Quando se conhece o território, percebe-se que as vulnerabilidades sociais ficam mais marcadas a medida que nos distanciamos da Av. Antônio de Carvalho e seguindo pelas vias e becos da região subindo a encosta do Morro Santana, quanto mais próximo da região de mata nativa, menos condições de

saneamento, rede elétrica e coleta de lixo, além da grande quantidade de animais de rua.

Há duas associações de moradores atuantes, a do Ipe e a da Colina. A associação Joana D'arc fechou já há alguns anos por falta de incentivo financeiro para desenvolver suas atividades. Existem três escolas na região, sendo duas de ensino fundamental, além do SASI, para apoio dos alunos no turno inverso. Não há escola de educação infantil pública, existem algumas creches particulares na região.

Dos cerca de 7630 habitantes da área cerca de 1500 sofrem de hipertensão ou diabetes; destes cerca de 500 apresentam ambas as patologias. Desde que iniciei meu trabalho na unidade percebo uma carência da população em relação às atividades de educação em saúde e de promoção do autocuidado. Segundo relato dos ACs, já houve cerca de 4 grupos ativos e atuantes na unidade, mas que por trocas de profissionais, desinteresse da equipe e as vezes na própria população, este tipo de cuidado parou de ser ofertado. Muitas vezes o cuidado dá-se somente através da renovação das receitas, ficando os paciente com a impressão de que mais nenhum esforço de sua parte é necessário ou modificador do seu processo de adoecimento. Há alguns casos de paciente que não consultavam há mais de um ano, realidade que venho tentando modificar gradativamente, a fim de oferecer o cuidado continuado.

Dentro deste mesmo pensamento, percebi que o cuidado em saúde mental também muitas vezes era negligenciado. A história da região não é de violência ou comandada pelo tráfico de drogas e criminalidade, mas isto modificou-se nos últimos dois anos. Há no momento uma guerra entre traficantes da região e invasores da região vizinha, do outro lado da Av. Antônio de Carvalho, que tem gerado muita insegurança e medo na população, além de ter aumentado significativamente o número de mortes de inocentes; junto a isso, invasões de residências, incêndios criminosos, expulsão de moradores da área, etc (RODRIGUES, 2013).

Assim, grande parte das demandas perpassam por questões de ordem emocional, aumentando muito o número de pessoas que buscam medicações para atenuar seu sofrimento, ou seus sintomas trazidos pelas diversas questões da vida. Assim, cerca de 300 pessoas fazem uso contínuo de medicação psicotrópica, que atuam no Sistema Nervoso Central e muitas das quais podem vir a causar dependência (VIDEBECK, 2012); estas receitas eram replicadas, as vezes, sem critério, e também com pouco cuidado e preocupação de reavaliação permanente, ou ofertas de outros tipos de cuidado. Percebendo tal necessidade, aliado a um interesse

pessoal bastante significativo na área de psiquiatria, decidi por fazer deste o assunto do meu Projeto de Intervenção (anexo à este portfólio). Construir fluxos e buscar soluções internas da unidade a fim de qualificar o cuidado em saúde mental.

Durante a graduação, fiz estágio por dois anos na emergência psiquiátrica do Hospital Espirita de Pelotas, tendo assim adquirido certa experiência no manejo do cuidado desta população, que sofre com uma carga de preconceito muito importante da população em geral e dos próprios profissionais da saúde, além de muitas vezes terem outros aspectos de sua saúde reduzidos e negligenciados; inclusive tendo sido esta minha primeira opção de residência médica, até iniciar minha atuação profissional. Por outros motivos, me distanciei deste caminho, mas ainda por ter interesse na área percebi tal necessidade no fluxo de trabalho da equipe e portanto resolvi buscar formas de aperfeiçoá-lo.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

J. A. C. S., 71 anos, branca, viúva, secretária aposentada, mora sozinha em casa própria na comunidade do Ipe I há mais de 20 anos. Mãe de três filhos, um residente em Porto Alegre, os outros dois no interior, mantém uma relação próxima e amigável com todos, com visitas semanais de seu filho e netos que moram na cidade, mas nunca teve interesse em morar juntamente a estes. Acompanha sua saúde na USF Milta Rodrigues há pelo menos 4 anos, quando por motivos financeiros não pode mais arcar com as despesas de plano de saúde que dispunha anteriormente.

Conheci Dona J. em uma das ocasiões de renovação das receitas de medicação contínua na unidade. A prática no serviço já estava estabelecida quando lá cheguei e portanto não foi modificada. Diferente do que ocorre em algumas outras unidades, na USF onde atuo os pacientes são convidados e estimulados a vir à unidade para sua renovação, e assim, eu tive oportunidade de mais de uma vez, através do sistema e-SUS para fazer a receita de forma eletrônica, facilitando o acesso à informação e o controle do que está sendo realizado, pude, no mesmo momento, levantar o número de pacientes que somente renovam receitas, sem reavaliação permanente, além de identificá-los e prontamente conseguir captá-los para as consultas agendadas.

Dona J foi uma destas. Sabia-se hipertensa há pelo menos 20 anos, desde que entrou na menopausa, e após um início de acompanhamento devido às alterações na pressão arterial, até chegar às metas de tratamento naquela ocasião, deixou de realizar exames e consultas de forma tão regular, há cerca de 5 anos. O período culmina com a morte do marido, 10 anos mais velho, hipertenso e diabético que apesar disto “nunca deixou que as doenças lhe tirassem os pequenos prazeres da vida”, segundo palavras da mesma, referindo-se ao fato que o marido continuava com os mesmos hábitos desregrados de dieta e sedentarismo, mesmo com o aviso dos médicos. Sr. R. veio a falecer devido à complicações de um AVC. Dona J. me confia que desde então não mais procurou médicos, descuidou-se, engordou, e juntamente a isto perdeu o plano de saúde do marido, buscando o posto somente para renovação das receitas antigas, isso já há 4 anos. Pergunto se nunca haviam lhe convidado à realizar exames, ou vindo em consultas. Ela me relata que sim, mas neste período, mesmo que saísse da unidade com pedidos de exames ou recomendação de controle da pressão, não buscava tais recursos, além de também as vezes esquecer de tomar as medicação para pressão. Renovei a receita de Dona J. sob a

condição de que marcaria consulta em minha agenda e a mesma viria de qualquer forma, caso contrário me negaria a continuar renovando sua receita. Assustada, Dona J. me promete que viria à consulta.

No dia combinado encontro Dona J. na sala de espera. No prontuário eletrônico já encontravam-se o peso: 76,5kg e altura: 1,65m (IMC: 28), FC 90, FR 18, além da pressão arterial no dia 140X90 mmHg. Dona J. me relata as informações acima e me confia que achou boa minha atitude e preocupação com sua saúde, pois seu neto mais velho (C. 26 anos), fez uma visita no final de semana com a esposa e lhe disse que está esperando seu primeiro filho, primeiro bisneto da paciente. Dona J. disse que sentiu-se muito feliz com a notícia e que por causa disso resolveu que viria a consulta e seguiria nossas combinações e orientações pois gostaria de poder acompanhar o crescimento do neto. Questiono seu histórico pessoal de doenças e ginecológico, e ela me relata que desconhece outros problemas de saúde fora a hipertensão, e nega alterações de saúde durante as gestações. Relatou também que seus pais ambos tinham pressão alta, o pai falecido aos 86 anos por IAM, e a mãe, além disso era diabética e faleceu aos 70 anos por complicações de um AVC, Dona J. não tem irmãos.

Após realizar exame físico completo, sem alterações em auscultas pulmonar ou cardíaca, bem como exame abdominal, reflexos ou pulsos; combino com Dona J. que solicitarei alguns exames de rotina do paciente hipertenso, além de raio x de tórax (ao que a paciente prontamente responde que nunca havia fumado), bem como eletrocardiograma, que relata não se lembrar de ter realizado, e solicito também que faça um controle da pressão com aferições na unidade. Oriente que tente controlar a ingestão de sal e gorduras, e fazer algumas caminhadas.

Dona J. retorna em nova consulta marcada, um pouco preocupada pelo que me conta, pois diz ter olhado os exames pela curiosidade e acha que está diabética, e tem medo que acabe morrendo com a mesma idade da mãe. Ao avaliar os exames, noto alterações na glicemia de jejum: 188, colesterol total: 260, HDL: 40, LDL:184, TG: 180, demais exames sem alterações. Além disso Dona J. me traz controles de PA todos acima de 120X80mmHg, em diversos horários, uma aferição de 150X90mmHg, e a maioria com 140X90mmHg. Primeiramente, tranquilizo a paciente sobre os resultados de exames dizendo que vamos pedir exames complementares (teste oral de tolerância à glicose e hemoglobina glicada) para confirmação de DM2, mas que pela alteração provavelmente ela tenha algum grau de alteração no metabolismo da

glicose, e após esta confirmação, caso positiva, já iniciaremos tanto medicação para DM2 quanto para sua alteração de perfil lipídico, devido ao alto risco de doença cardiovascular (escore Framingham 24,8% em 10 anos). Além disso, aumento as doses de suas medicações anti-hipertensivas, anteriormente Dona J. fazia uso de hidroclorotiazida 25mg 1cp dia e enalapril 10 mg 1cp 12/12h, aumento a dose de enalapril para 2cps 12/12h, e solicito que realize novo controle de PA. Juntamente, continuar com o cuidado da dieta com diminuição de gorduras e sal, e que a partir de agora também cuide o consumo de açúcares, tentando evita-los, substituindo alimentos por sua versão dietética, cereais integrais, priorizando legumes, verduras, frutas e carnes magras. Além de, se possível, realizar caminhadas diárias.

Após 2 semanas, Dona J. retorna com os exames, apresentando no TOTG glicemia de jejum: 164, pós 2h: 210, confirmando o diagnóstico de DM2; além de apresentar uma hemoglobina glicada de 9,2%. Além disso, por anteriormente ter um escore Framingham já de alto risco (superior a 30% em 10 anos), e agora com a confirmação do diabetes já encontra-se em alto risco somente por este motivo, indicando tratamento da dislipidemia com sinvastatina. Oriento a paciente no sentido de acalmar-se pois estaremos fazendo um trabalho conjunto com a dieta, os exercícios e os exames a fim de garantir uma melhoria significativa em sua saúde, de forma que ela não se preocupe, mas que mantenha o cuidado e as recomendações. Já apresentava certa perda de peso, 1,5kg desde o início do tratamento, bem como controles de PA dentro da meta (120X80mmHg) com algumas aferições ainda de 130X80, que a paciente relata ter esquecido das medicações em algumas ocasiões. Início metformina 850mg 3x dia, após as refeições e sinvastatina 20mg 1cp à noite, e combino novo retorno em 1 mês, com controles de HGT no período. Aqui, devido ao diagnóstico recente do Diabetes Melitus Tipo 2, já optou-se por início do tratamento e controle das comorbidades (dislipidemia e controle adequado da hipertensão), que fazem parte do cuidado com a patologia, seguindo recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). Após um mês, paciente traz controles em acolhimento mantendo média abaixo de 130mg/dL, com poucas aferições acima deste valor. Combinamos novos exames de glicemia de jejum e hemoglobina glicada, além de perfil lipídico para três meses.

Reencontrei Dona J. após 3 meses, também seguindo recomendação do MS, com reavaliação inicial a cada 3 meses para pacientes com controles alterados (glicemia de jejum > 130 mg/dL e hemoglobina glicada >7%), e a cada 6 meses para

pacientes na meta de tratamento, já tendo perdido cerca de 4 kgs desde nossa primeira conversa, além de ter se juntado ao grupo de exercícios e caminhadas para idosos no SESC da região, diversificando o número de amizades e saindo mais de casa com as amigas. Anteriormente, Dona J. também havia relatado que estava sentindo-se mais entristecida, procurava se isolar e não tinha a mesma disposição que nos anos anteriores. Este relato me preocupou a princípio, pois achei que talvez ela pudesse estar apresentando sintomas iniciais de Transtorno Depressivo. Entretanto, antes de iniciar medicação, solicitei que ela tentasse realizar as atividades físicas recomendadas e se juntasse a grupos de convivência e buscasse família e amigos, e como relatado foi o que a paciente fez. Nesta época, mesmo que a paciente não fosse usuária anterior de psicotrópicos, tentei buscar alternativas ao tratamento medicamentoso, sensibilizado pelo alto número de usuários de medicação que encontrei na unidade, sendo este assunto do meu Projeto de Intervenção. Trazia exames recentes com glicemia de jejum de 102, hemoglobina glicada de 7,2%, CT 186, HDL 40, LDL 116, e TG 150. Mesmo mantendo ainda controle de hemoglobina glicada fora da meta ideal, a paciente não apresentou mais HGTs alterados, além de ter conseguido diminuir peso, e manter hábitos de dieta e exercícios de forma saudável e regular, apesar das escapadas esporádicas que ela me confessou. Ainda apresenta alto risco de doença cardiovascular, por suas patologias de base, mas consegue fazer um autocontrole adequado e busca a unidade sempre que seus controles, que faz em caderno de anotações em casa, saem do esperado, ou a cada 6 meses como recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). Em nossa última consulta, me contou de forma muito animada que a esposa do neto está grávida de seis meses de uma menina, motivo pelo qual a paciente mantém sua saúde sob vigilância para poder ajudar a criar.

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

Desde que iniciei minha atuação da USF Milta Rodrigues em Porto Alegre – RS, as questões de saúde mental e uso de medicação psicotrópica controlada foram abordadas na minha prática como prioridade e com bastante preocupação. Em decorrência do perfil da minha escola (UFPEl), que tem um olhar singular em relação à saúde mental, aprendi a lidar com tais queixas e vulnerabilidades e também fui trilhando meu caminho no sentido de fazer residência em Psiquiatria, tendo estagiado por dois anos no H. Espirita de Pelotas. Devido à estes fatos, quando me deparei com as práticas estabelecidas na unidade, busquei de forma muito intensa tentar encontrar maneiras de melhorar o fluxo de trabalho e a gestão do trabalho, que na minha opinião, qualificariam a atividade técnica (médicos, dentistas, enfermeiros e técnicos) dentro da unidade ao sensibilizar os profissionais para estas questões, e também instrumentalizaria os demais profissionais (no caso, agentes de saúde), para ter um olhar diferenciado com estes usuários.

O cuidado em saúde mental era mínimo, para não dizer inexistente. Embora houvesse renovação de receitas semanalmente às quartas-feiras, a grande maioria dos pacientes limitavam seu cuidado de saúde a esta prática, alguns há mais de um ano sem comparecer à unidade ou tratar de outras questões pessoais ou relacionadas à sua saúde que não o uso de medicação controlada. Fora isso, casos pontuais de descompensação de psicoses ou depressões graves eram encaminhadas à serviços de urgência e alguns casos, mais especificamente crianças com dificuldade de relacionamento ou aprendizagem, eram levados à matriciamento com equipe do NASF.

Entretanto, embora não quisesse modificar radicalmente os fluxos já conhecidos e defendidos por equipe e usuários, aos poucos fui tentado modificar o trabalho de forma que uma organização de fluxo diferenciada trouxesse melhorias nos cuidados de saúde dos pacientes. Assim, passei a aproveitar as renovações para conhecer os usuários, revisar prontuários no sistema e-SUS, avaliar o tempo que os pacientes não consultavam, bem como que outras patologias apresentavam e a partir daí elaborar uma agenda específica para trabalhar com estes pacientes. Juntamente a isto, e por uma boa relação a equipe NASF de apoio, pudemos repensar práticas e medidas de cuidado, auxiliando no gerenciamento do encaminhamento à especialistas e revisar casos crônicos que necessitavam de atenção especial.

Dentre as diversas questões levantadas, uma das que mais mobilizou a mim e aos demais profissionais que envolveram-se nesse sentido foi o largo uso de benzodiazepínicos entre os usuários. A unidade conta com uma população adscrita de cerca de sete mil pessoas. Dentre estas, pouco mais de trezentas fazem uso de medicação controlada, e destes 1/3 fazem uso crônico de benzodiazepínicos. De posse destes dados, consegui me apropriar de outras ferramentas de discurso para, nas conversas com os usuários, tentar modificar estas práticas.

Assim, como estudado no Caso 16 – Oscar, muitas destas pessoas fazem o uso de BZD de forma crônica e sem indicação formal, como relatado no caso nas pessoas de Antônio e Oscar, respectivamente. Dentre as medidas adotadas pela médica do caso, o desestímulo ao uso de BZD crônicos tem grau de recomendação B, perdendo seu efeito sobre o sono ao longo do tempo, sendo ineficaz no tratamento da insônia crônica. Além disso, no exemplo, seu Antônio faz uso crônico da medicação e mesmo com o oferecimento de outras medidas, nega-se a retirar o uso dela, fator que contribui para suspeita da crise de dependência que deve ser investigada em todos os usuários, também com grau de recomendação B (ABP e ABN, 2013).

4 VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICILIO

Seguindo a lógica do cuidado em saúde dentro do território, também são oferecidas aos usuários as visitas domiciliares, em situações especiais em que estes não podem acessar a unidade (por serem restritos ao leito ou domicílio), bem como quando encontram-se em situação de vulnerabilidade de acesso (pela distância da unidade ou difícil acesso, potencializadas essas dificuldades à sua condição de saúde física ou mental). Assim, este cuidado adicional oferecido fora do ambiente físico da unidade de saúde visa manter a assistência prestada de forma a abordar as condições crônicas ou situações agudas/transitórias que são inerentes à saúde de qualquer pessoa e assim manter o princípio de equidade que é uma das bases do Sistema Único (BRASIL, 2012).

Na unidade onde atuo este cuidado foi sendo modificado e aperfeiçoado ao longo deste ano da minha atuação de forma que fosse preservado, e que não prejudicasse o número e a qualidade do atendimento desenvolvido na unidade, pois é uma das unidades com maior número de população e demanda dentro da Gerência Distrital em que está inserida. A equipe mobilizou-se para manter o cuidado organizado, resolutivo e integral, de forma adequada às necessidades da comunidade e à possibilidade dos profissionais em ambas as frentes de trabalho, tanto nas casas (semanalmente), como na unidade (diariamente). As demandas para visitas domiciliares surgem espontaneamente de várias fontes e por vários motivos, tão diversos como as necessidades de saúde dos usuários, ou mesmo através da própria equipe (ACs, por busca ativa; dos familiares em consulta, identificadas pelos médicos/enfermeiros). Dentre as principais razões para estas solicitações estão o acompanhamento de hipertensos e diabéticos que não saem de casa, acamados por sequela de diversas situações (AVCs, traumas, etc.), pacientes de saúde mental que necessitam de acompanhamento regular, mas que por sua condição são restritos à suas casas (sejam por descompensações, retornos de internações, ou por dificuldade do cuidado dos familiares para leva-los à unidade, ou mesmo aqueles que as receitas são renovadas e acabam ficando sem contato com o serviço, ou tem o restante de sua saúde preterido em favor da situação de saúde mental).

Assim, este fluxo organiza-se da seguinte forma: os familiares, ou próprios usuários demandam à equipe quando acham pertinente que sejam realizadas às visitas, ou mesmo os ACs trazem situações que acham pertinente, sendo estas

anotadas em livro pelo profissional que realizou o acolhimento da demanda. Posteriormente, em reunião de equipe semanal, são discutidas e decididas aquelas visitas de maior gravidade/vulnerabilidade/complexidade como prioridades e estas são registradas no livro ata durante a reunião com pactuação entre equipe médica, enfermagem e ACs, e realizadas todas as segundas-feiras pela manhã, de 2 a 3 visitas por semana.

Dentre as ações realizadas em domicílio, creio que o contato mais direto com familiares e cuidadores, além de entender o contexto diário em que aquele usuário vive e como convive, ajuda a identificar as principais dificuldades e potencialidades de seu cuidado em saúde e desta forma planejar um plano terapêutico o mais próximo à realidade possível. Seja através do acompanhamento das patologias crônicas, com contatos regulares e somente para avaliação da saúde global do indivíduo, como nas situações agudas em que a atuação deve-se através do manejo de novas condições adquiridas, ou agravos das anteriormente sofridas pelos usuários. Algumas vezes até mesmo emergências – como foi minha primeira visita realizada neste ano, em que foi necessário contato com SAMU e hospitalização do paciente, devido à sua extrema vulnerabilidade social que prejudicava muito o seu cuidado em saúde e veio a ser a causa da solicitação da visita feita por vizinhos; infelizmente, mesmo com todas as medidas tomadas, e pela gravidade do caso, o paciente veio à óbito (BRASIL, 2012).

Há ainda os casos de vigilância epidemiológica que geralmente são resultados da busca ativa realizada pelos ACs. A SMS de Porto Alegre faz periódica e regularmente capacitações para estes profissionais a fim de sensibilizá-los para as mais diversas patologias que são de interesse populacional e epidemiológico a fim de serem identificadas e prontamente manejadas. Para citar, isso já ocorre com dengue, sífilis gestacional ou congênita e a microcefalia. No final do ano passado, entretanto, a Leishmaniose Visceral tornou-se nossa principal preocupação, após a segunda morte na história da cidade por esta doença ocorrer com um paciente de nossa área. Prontamente foi montado um fluxo na SMS, que a unidade segue, e pelo menos mais dois casos suspeitos foram identificados e manejados a fim de controlar e evitar novas contaminações. Neste trabalho, também em conjunto com a Vigilância Sanitária e o Departamento de Zoonoses, outros profissionais visitaram domicílios a fim de buscar os animais das famílias que por ventura estivessem infectados, sendo também manejados.

Fora as visitas da equipe médica, e em muitas situações após esta, são solicitadas avaliações por outros profissionais, como enfermeiras e técnicos de enfermagem (dentro da equipe, àqueles mais solicitados nas situações de realização de procedimento/curativos), fisioterapeutas (para avaliação das condições passíveis de reabilitação e possível progressão do quadro de restrição para o de autonomia do usuário) e até mesmo psicólogas (que atuam principalmente nas condições sensíveis à dinâmica familiar), estes últimos via NASF, para avaliações e ampliação da rede de cuidado para os usuários (BRASIL, 2013). Neste sentido, muitas vezes implicam-se também nesta ampliação o papel e o olhar destinado aos familiares/cuidadores que, sabe-se hoje em dia, tem vários agravos em saúde em decorrência do estresse gerado pelo cuidado com os pacientes domiciliados/acamados e portanto, para assegurar uma boa rede de saúde casa-unidade, é necessário fortalecer este sujeito, tanto em seu papel crucial no trabalho, como do ponto de vista físico em relação à sua saúde.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Na maioria das vezes em que se analisa um processo é difícil perceber as mudanças que vão acontecendo ao longo do tempo enquanto ocorrem, sendo este trabalho mais fácil ao final desta evolução. Entretanto, ao aliar a experiência prática no desenvolvimento da assistência na unidade de saúde ao crescimento em conhecimento e apropriação dos conceitos e ferramentas de que dispomos ao longo do curso, foi possível perceber em cada nova ação desenvolvida uma modificação da linha de pensamento lógico anterior em um sentido mais próximo entre a bagagem cultural da universidade e da prática médica já adquirida, com as “novas” ou menos “enquadradas” ideias trazidas pelo curso.

Assim, começo dizendo que embora bastante relutante no início com a ideia da especialização (arrogância do recém-formado “sabe tudo”), hoje julgo que esta é crucial durante este ano de trabalho. Muitos de nós viemos de universidades que em muitos aspectos distanciam-se da realidade da Atenção Básica dos municípios, do “mundo real”. Explico: guardadas as proporções, todo o apoio de verbas e recursos de que dispúnhamos naquela época, quase ilimitados, não é a realidade que encontramos ao iniciar o trabalho nas unidades de saúde. Aliado a isso, os embargos burocráticos, os desconhecimentos de fluxos e organizações de cada Secretaria de Saúde, a disponibilidade de verbas, entre outros, assuntos que amiúde, não passam pela cabeça do estudante de Medicina médio e que, ao adentrar sua prática no Sistema Único “real”, sem o background da instituição de ensino, creio ser o principal obstáculo para apreciar-se o trabalho realizado durante este ano.

Nesse sentido, a organização do curso a meu ver é extremamente feliz e acertada pois, ao fortalecer os conceitos básicos de fundação, organização e implementação do SUS, possibilitam ao médico-aluno perceber durante a sua experiência as potencialidades e vulnerabilidades deste sistema e assim tentar em sua atuação buscar um caminho mais orgânico para agregar a prática médica (racional, assertiva e resolutiva) à teoria organizacional das políticas públicas em saúde (coletivas, antropológicas e conceituais). Pude perceber, por exemplo, a diferença existente a minha prática médica: na linha frente do cuidado, com o mínimo de recursos, com as demandas “puras” dos usuários; com a de colegas que ingressaram logo após a graduação na residência médica: em que há a ilusão de mais recursos, estes, mais especializados e de decisões mais acadêmicas e científicas,

mas que muitas vezes encontram suas limitações nas estruturas capilares do sistema, fora dos grandes centros.

No entanto, não podemos nos esquecer que a prática médica é regada, necessita de ciência e evidências, muito mais que a experiência pessoal de cada um. A orientação formal numa linha de cuidado protege os profissionais, padroniza as ações e assim possibilita o diálogo entre os profissionais de forma organizada. Por isso, o estudo dos casos complexos que inicia-se a partir do eixo II do curso serve como um espelho da prática vivenciada em cada encontro com os pacientes. Se o eixo I no instrumentaliza com o entendimento global do sistema, os casos complexos ao mesmo tempo que individualizam o ensino à determinadas situações, extrapolam os exemplos para todos os paciente que compartilham das situações/patologias dos casos apresentados.

Sobre o material do curso propriamente dito. Todo o aparato multimídia ajuda a melhorar a forma de estudar assuntos as vezes árdusos ou de difícil entendimento de forma mais leve e acessível. O ambiente virtual em si é bastante intuitivo e com interface fácil, o que contribuiu para a qualidade do curso. Os chats e mensagens diretas possibilitam as trocas em grandes grupos, ou encaminhamentos de dúvidas pessoais com os tutores. Ressalvo, porém, a obrigatoriedade dos fóruns a partir do eixo II pois considero que esta interação deva ser orgânica e não forçada. Outro recurso interessante e de fácil utilização são as questões objetivas, de V e F e as palavras cruzadas, que dão ar mais leve à apreensão e utilização de conceitos. Os casos do último bloco, entretanto, tem uma dinâmica pouco prática no que se refere às questões, com muitos erros e bugs na plataforma.

Finalizando, há o portfólio que a meu ver é uma tentativa de sumarizar e formalizar as diversas experiências que foram sendo praticadas e adquiridas ao longo deste ano. Desde a primeira atividade de apresentação do profissional e das características da unidade e da população com qual trabalha, até as individualizações de casos e ações preventivas e da organização da unidade e da equipe em que estivemos inseridos, descompartmentando e integralizando os conhecimentos que aperfeiçoaram a prática profissional. Quanto ao PI, nos obriga a identificar uma vulnerabilidade do próprio processo de trabalho, fazendo já neste momento uma autocrítica e através desta buscar possibilidades de resolvê-la.

Certamente a visão que tenho hoje em dia sobre o trabalho da APS é muito diversa daquela que adquiri ao longo da graduação e modificou-se consideravelmente

dos primeiros meses de atuação para agora. A visão global do SUS no possibilita entender todas as dificuldades que o sistema apresenta e assim saber em que situações deve-se tentar ir além em nossa prática. Aliado a isto está o cuidado e a assistência que embora com recursos limitados é ainda a melhor forma de fazer saúde para grandes grupos, ao mesmo tempo em que individualiza, personifica e “dá cara” para as práticas e ações que buscam modificar a situação de vulnerabilidade, seja ela de qualquer âmbito, que o usuário apresenta quando busca o serviço de saúde. Sabendo-se ser este um conceito amplo e que tem intersecção com diversos aspectos da vida do sujeito é notado que o profissional que presta assistência seja qualificado de todo o conhecimento técnico possível, e ao mesmo tempo, versado uma visão integral do cuidado e do sistema em que este está inserido.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB), ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSQUIATRIA (ABP) e ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NEUROLOGIA (ABN), **Diretriz: Abuso e dependência de Benzodiazepínicos**, Brasil – 2013. Disponível em:

http://diretrizes.amb.org.br/DIRETRIZES/abuso_e_dependencia_de_benzodiazepinicos/files/assets/common/downloads/publication.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de atenção domiciliar, vol. 1**. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de atenção domiciliar, vol. 2**. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 36**. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

DADOS DEMOGRÁFICOS IBGE 2010. Disponíveis em:
http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=918

RODRIGUES, R. D, F. **O uso abusivo de psicofármacos no município de Lassance**, Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Corinto, 2013

VIDEBECK, S. L. **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria**. 5 ed. Porto Alegre: Artemed, 2012.

7 ANEXOS

7.1. PROJETO DE INTERVENÇÃO



Emmanuel da Fonte de Hires

GESTÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: QUALIFICANDO O CUIDADO
ATRAVÉS DA REORGANIZAÇÃO DO USO DE PSICOTRÓPICOS

PORTO ALEGRE

NOVEMBRO 2016

RESUMO

Um dos principais problemas atuais da saúde pública são as moléstias psíquicas, sejam por sua íntima relação com a modernidade, tanto como a sua influência no status geral de saúde dos usuários do SUS. Nesse sentido, a fim de minimizar este sofrimento na população, e levando em conta sua grande prevalência em nível populacional, a comunidade médica até então optou pela medicalização como forma de tratamento destas patologias. Entretanto, devido à falta de suporte, interesse ou mesmo conhecimento sobre o assunto, essas demandas muitas vezes são pouco exploradas nas consultas e a saúde desta população fica negligenciada e reduzida ao uso de medicação. A Unidade de Saúde da Família Milta Rodrigues, em Porto Alegre, tem como prática já estabelecida dentre as suas estratégias de cuidado a “troca de receitas” para os usuários de drogas psicotrópicas. Embora estratégia prática tanto para usuários como para equipe, esta ação não gera um cuidado qualificado aos usuários destas medicações. Assim, observando a carência de atributos do trabalho nesta área, o presente projeto buscou planejar uma nova abordagem do cuidado aos usuários de saúde mental dentro de uma equipe de Atenção Básica. Buscando aperfeiçoar a atenção aos usuários de psicotrópicos, criando uma forma de gestão das medicações, melhorando o fluxo de trabalho e de cuidado oferecido à esta parte da população. Aproveitando, assim, para conhecer a população que faz uso destas drogas, levantar dados para conhecimento deste perfil populacional, e assim, planejar ações de cuidado como revisão do uso das drogas e da saúde geral destes pacientes. Fazendo uma análise das práticas da equipe a fim de modificar a relação tanto desta, como da população sobre o uso indiscriminado destas drogas. Buscando como resultados: tentar retomar o contato destes usuários de forma mais intensa à unidade, com reavaliação periódica, além de programar outras formas de cuidado à estes quando necessário e, se possível, estimular a não medicalização ou ainda diminuir o uso indiscriminado de psicotrópicos.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental. Psicotrópicos.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	23
2	PROBLEMA	25
3	JUSTIFICATIVA	26
4	OBJETIVOS	27
4.1.	OBJETIVO GERAL.....	27
4.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
5	REVISÃO DE LITERATURA	28
6	METODOLOGIA	33
7	CRONOGRAMA	35
8	RECURSOS NECESSÁRIOS	36
8.1.	RECURSOS HUMANOS.....	36
8.2.	RECURSOS MATERIAIS.....	36
9	RESULTADOS ESPERADOS	37
10	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

1 INTRODUÇÃO

Sabe-se que o uso de psicofármacos, ou psicotrópicos (psico=mente, topos=lugar): medicamentos que atuam no Sistema Nervoso Central (SNC) produzindo alterações de comportamento, percepções, pensamento e emoções, podendo levar à dependência em alguns casos (VIDEBECK, 2012); mesmo assim, vem crescendo no mundo todo, desde que tais medicações passaram a ganhar atenção na indústria farmacêutica com sua promessa de cura ou amenização dos males da modernidade.

Este crescimento também se deve ao aumento de diagnósticos de transtornos psiquiátricos, introdução de novas drogas no mercado, e novas indicações daquelas já existentes (RODRIGUES, 2006). Além disso, um histórico de tratamento das afecções psiquiátricas de forma biologicista e com ênfase nas medicações, imprimiu nas populações a ideia que não se pode sofrer e que o sofrimento, emocional ou psíquico, deve ser controlado, medicalizado, como única opção terapêutica (AYRES, 2009).

Aliado a isso, a partir de 1994, com a lei dos genéricos, houve aumento do acesso gratuito a essas medicações, principalmente aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Na mesma época, a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), associado a uma nova visão substitutiva dos serviços de atenção à saúde mental, que mudou a lógica centralista e hospitalista, dos grandes hospitais psiquiátricos, para o cuidado descentralizado nas Unidades da Saúde da Família, possibilitando que o primeiro contato dos usuários que sofrem de doenças psiquiátricas fossem com os profissionais da Equipe de Saúde da Família, aumentando o acesso dessas pessoas ao cuidado de suas demandas, de forma territorializada (GUERRA, 2013; RODRIGUES, 2013).

Entretanto, percebe-se que a facilidade de acesso, aliada ao aumento das demandas de caráter emocional/psíquico (ligadas à vida dos usuários que, em Atenção Primária, localiza-se nas periferias), seja pelo aumento da violência, pelas dificuldades da vida moderna, ou de questões socioeconômicas provocam o aumento no uso indiscriminado dessa classe de medicações.

Também porque o sistema carece de outras formas de cuidado, a medicalização é encarada como única forma de resolver os problemas enfrentados pelos usuários. Assim, vê-se o uso indiscriminado de medicações, com usuários que nunca

abandonam estas, seja por dependência, ou dificuldade de reavaliação de sua situação, levando à replicação acrítica das receitas.

Ao iniciar o trabalho na USF Milta Rodrigues, em Porto Alegre, deparei-me com o dia de renovação de receitas como uma prática já estabelecida na equipe e na população adscrita à unidade. Embora pensada para facilitar o acesso dos usuários às medicações de uso contínuo, percebi que esta prática não gerava qualquer outra melhora ou qualificação ao cuidado destes pacientes, ficando este médico sensível à esta demanda. Assim, a fim de desenvolver uma forma de gerir o cuidado, foi pensado um sistema de revisão e reestruturação desta demanda, a fim de qualificar a atenção a esta população específica.

Utilizando-se do momento já tradicional de replicação de receitas, e transformando-o em uma oportunidade de conhecer os pacientes e assim, planejar e gerir este cuidado de forma a, em um primeiro momento, diminuir o uso destas medicações (através de explicações em grupo sobre seus efeitos colaterais e demais implicações de seu uso), mas também indo além e reorganizando, coletando dados, e mudando a forma de encarar o cuidado a estes usuários, a fim de qualificar ainda mais a Atenção Básica, em relação à Saúde Mental da população.

Buscando uma forma de intervir neste fluxo estabelecido e pouco resolutivo das patologias psiquiátricas, criar uma estratégia interna e própria da unidade a fim de reavaliar a necessidade de uso das medicações, identificar e retirar àquelas usadas sem necessidade, melhorar o acesso dos usuários, classificá-los quanto às suas particularidades, reestabelecer contato com outros serviços e encaminhá-los se necessário, além de buscar reavaliação frequente dos pacientes.

Em última análise, aproveitar o caráter capilar da APS em sua essência para abordar de forma mais sensível as demandas psiquiátricas, que perfazem grande parte dos atendimentos desta esfera, e dessa forma tentar modificar de forma efetiva uma instituição largamente utilizada (a “troca de receitas”) para um momento mais proveitoso e que produza modificações neste cuidado.

2 PROBLEMA

O cuidado desenvolvido pela equipe médica na USF Milta Rodrigues aos usuários de saúde mental baseia-se exclusivamente na medicalização e “troca de receitas”. Em muitos casos não há outra forma de cuidado dispendida à esta população, ficando esta negligenciada e estigmatizada.

Há vários usuários que não acessam a unidade senão para este fim específico, mesmo que sofram de outras condições clínicas; estando, muitas vezes, em uso crônico de psicotrópicos, sem reavaliação periódica na necessidade destas drogas, da evolução de suas patologias ou se estas deveriam ser reavaliadas por outros serviços especializados. Sendo assim, isto diminui a efetividade e resolubilidade de certas patologias que poderiam vir a contribuir para melhorar o bem-estar e diminuir a vulnerabilidade social desta população.

3 JUSTIFICATIVA

A atenção oferecida aos usuários da USF Milta Rodrigues que sofrem de patologias psíquicas e neurológicas pode ser reestruturada a fim de oferecer uma gestão eficaz e efetiva das medicações, para diminuir o uso indiscriminado de drogas psicotrópicas desta população.

O levantamento do perfil de usuários desta população específica permite a identificação das drogas mais utilizadas e da real necessidade destas, além de poder programar consultas de reavaliação e acompanhamento destas patologias para programar modificação terapêutica ou buscar novas opções de cuidado aos usuários, estratégias que não se apresentam no momento.

4 OBJETIVOS

a. Objetivo Geral

Modificar o cuidado dos usuários que fazem uso de medicação psicotrópica, e gestão destas medicações, na USF Milta Rodrigues.

b. Objetivos Específicos

- Identificar o número de usuários que fazem uso de medicações psicotrópicas e classificá-los¹;
- Conhecer o perfil dos usuários que fazem uso destas medicações;
- Programar consultas individuais para reavaliar a evolução das patologias e a necessidade das medicações;
- Planejar o encaminhamento ao serviço secundário especializado, ou NASF, quando necessário;
- Melhorar o acesso destes usuários à unidade e ao cuidado, inclusive em relação às patologias clínicas.

¹Para identificar os usuários serão utilizadas as variáveis: idade, sexo, tipo de medicação. Patologia, acompanhamento em outro serviço.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A Atenção Primária à Saúde, também conhecida como Atenção Básica, é a porta de entrada do paciente aos serviços básicos prestados no âmbito da saúde. É através dela que o paciente vai ter o primeiro contato com o profissional dessa área e receber o encaminhamento necessário (GUERRA, 2013), (RODRIGUES, 2013).

Para Bárbara Starfield (2002, pág. 28) a Atenção Básica é:

[...] aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

No âmbito da Saúde Mental, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou o documento “Integração da Saúde Mental nos cuidados primários – uma perspectiva global”, onde tem como objetivo implantar a Saúde Mental dentro dos serviços primários de saúde. No Brasil esse cuidado dá-se inserido no Programa Saúde da Família (PSF), juntamente com as Equipes de Saúde da Família, que tem por finalidade melhorar a assistência aos pacientes que sofrem de transtornos psíquicos nos serviços de Atenção Primária à Saúde. Para que isso realmente aconteça é necessário que haja equipes multiprofissionais preparadas para desenvolver essa tarefa (OMS E WONCA, 2008).

A congruência destes dois pensamentos deu-se a partir dos anos 80, quando tanto as discussões sobre as reformas psiquiátricas - que modificaram a forma de pensar os usuários portadores de doença mental, movimento de cunho político e social que criticava a institucionalização e o isolacionismo dos pacientes, bem como defendia a humanização do cuidado para com estes aliado à busca de sua autonomia - quanto o final das discussões em torno do projeto do Sistema Único de Saúde, até sua criação, em 1988. Ou seja, desde a origem do SUS, já se tem a preocupação com o cuidado em saúde mental da população como uma das principais temáticas de cuidado do sistema, pois defende à modificação do ciclo demanda populacional-saúde-processo de adoecimento (GUERRA, 2013).

Mantendo a ideia de cuidado descentralizado, aliado ao aumento da incidência de transtornos psíquicos, inicialmente surgem os CAPS como uma rede de articulação em saúde mental, com o intuito de prestar cuidado aos portadores e sua família em um dado território, vislumbrando a substituição dos hospitais psiquiátricos (GUERRA, 2013).

Entretanto, em decorrência das demandas crescentes e dos problemas ligados à vida moderna, globalização, transformações do cotidiano das pessoas, como desemprego, violência, desigualdades sociais, entre outros, torna-se quase impossível que os CAPS criados abriguem o montante de pacientes e suas demandas, visto que no atendimento em Saúde Mental qualquer questão de saúde também passa pela subjetividade dos sujeito, (BARCALA 2012, APUD RODRIGUES, 2013, p. 8):

“Nas unidades básicas de saúde as demandas de saúde mental são as situações cotidianas, geradoras de angústia e sofrimento psíquico causado por violência doméstica, dificuldade financeira, dificuldades de relacionamento conjugal ou familiar, alcoolismo e uso de drogas que encontram pouco espaço para atendimento hospitalar. Estas são as causas comuns de atendimento pela equipe de saúde da família tanto por meio de queixas diretas relacionadas a problemas psiquiátricos, quanto às queixas psicossomáticas”.

Nesse sentido, as Unidades da Saúde da Família, criadas pelo PSF, local de atuação das equipes de saúde da família, tem papel singular na identificação inicial e primeiro manejo destas demandas. Embora muito tente se fazer a fim de modificar a lógica de tratamento destas patologias, ainda se dá grande importância à medicalização, e este pensamento é também replicado pelos pacientes. Observa-se nas últimas décadas um grande aumento do uso dos psicofármacos, em todo o mundo, e no Brasil inclusive. Muito disso deve-se ao fato da “troca de receitas”, prática largamente evidenciada nas USFs (BRASIL, 2013):

“Os psicofármacos são um recurso entre outros para o tratamento em Saúde Mental, entretanto, o seu uso só faz sentido quando dentro de um contexto de

vínculo e de escuta. É a partir do momento em que o usuário compreende e se responsabiliza pelo uso da medicação que passará a não somente demandar “troca de receitas”, mas poderá se implicar um pouco diante das queixas que traz. Para o profissional, diante de alguém em sofrimento, é importante considerar a perigosa ideia de que o remédio possa representar uma solução rápida, uma resposta para uma angústia que sente diante da impotência e da vontade de extirpar o problema. “Muita calma nessa hora”. Uma escuta atenta e mesmo adiar a prescrição para o próximo encontro podem ser peças fundamentais no vínculo que vai sustentar a gestão compartilhada do uso daquela medicação. Uma parceria que, desse modo, já nascerá com consistência.” (BRASIL, 2013, pág. 155)

Esta prática no entanto pode ser nociva pois a grande maioria destas drogas traz efeitos colaterais intrínsecos ao seu uso, ainda mais quando utilizados por longos períodos, sem reavaliação permanente (RODRIGUES, 2013).

O Ministério da Saúde divulgou que pelo menos 21% da população brasileira, ou seja, 39 milhões de pessoas fazem uso, ou alguma vez na vida necessitarão de atenção e atendimento nos serviços de Saúde Mental, e que 3% da população sofrem de transtornos mentais graves e persistentes (RODRIGUES, 2006). Dados da OMS referem que mais de 75% da população mundial que sofrem de qualquer tipo de transtorno mental não recebe atenção de saúde, o que pode se dar pelo fato de que a maioria dos países não chega a gastar 2% de seu fundo monetário para a Saúde Mental (ROMAN, 2011).

Embora o Programa de Saúde Mental, esteja constantemente promovendo ações de saúde para os portadores de transtornos mentais, o uso de medicamentos psicofármacos é essencial para a cura e bem estar dos mesmos, ainda que não sejam a única forma de cuidado ofertada (RODRIGUES, 2013). Nas últimas décadas, houve um considerável aumento mundial no uso desses fármacos, o que pode ser atribuído ao aumento de transtornos mentais na população, novos medicamentos e novas indicações terapêuticas de medicamentos já existentes (RODRIGUES, 2006).

Os medicamentos psicofármacos são aqueles que interferem primariamente em funções do sistema nervoso central (SNC). Neste grupo de medicamentos estão incluídos os ansiolíticos (benzodiazepínicos), antidepressivos, antipsicóticos, estabilizadores de humor e anticonvulsivantes (ABREU, 2000).

A disponibilidade e utilização dos fármacos com eficácia demonstrável vem crescendo desde a década de 50. Nos EUA, 10 a 15% das prescrições emitidas referem-se à fármacos desenvolvidos para alterar processos mentais, sedar, estimular ou de alguma forma modificar o humor o pensamento ou o comportamento (GOODMAN E GILMANN, 2007).

Os benzodiazepínicos são caracterizados por propriedades ansiolíticas, hipnóticas (indutores do sono), anticonvulsivantes e relaxantes musculares. Estão entre os medicamentos mais prescritos no mundo, sendo um grave problema de saúde pública, pela medicalização das demandas estressoras da vida dos pacientes. Seu uso continuado provoca tolerância, com necessidade de doses cada vez maiores, além de dependência química ser comum, inclusive com casos de síndrome de abstinência e déficit cognitivo no uso prolongado (MINAS, 2007).

Os antidepressivos também tem sua prescrição de forma abusiva e indiscriminada, principalmente como tratamento dos problemas de ordem pessoal dos pacientes. Indicados em estados melancólicos e depressivos graves, não substituem a escuta, devendo ser usados para sua viabilização. Não há superioridade comprovada entre as diversas drogas pertencentes à classe (MINAS, 2007).

Os antipsicóticos trouxeram grande contribuição por tratar casos mais graves como as psicoses (esquizofrenia e manias agudas). Apresentam eficácia similar, mas alguns efeitos colaterais de difícil tolerância. Divididos em típicos e atípicos, este últimos de custo elevado e uso limitado em saúde pública, diferem basicamente na incidência dos efeitos colaterais, principalmente extrapiramidais (impregnação, ataxia, fasciculações musculares, etc.) (MINAS, 2007).

Os estabilizadores de humor usados nas elevações e depressões patológicas do humor, principalmente no transtorno afetivo bipolar. Principal fármaco, carbonato de lítio, usado nos episódios de mania e para sua prevenção posterior. Pela teoria de repetição de episódios ampliar o risco de novos episódios de mania, inferiu-se comparação com episódios convulsivos e a partir de ensaios clínicos também tem se usado estas drogas para o tratamento dos transtornos de humor, com boa eficácia (MINAS, 2007).

Para Santos (2009), a utilização de medicamentos no Brasil tem sido considerada exacerbada e indiscriminada. As causas deste padrão de consumo podem ser relacionadas ao pouco controle exercido pelo Estado sobre a produção e comercialização dos medicamentos, à propaganda da indústria farmacêutica, ao baixo

nível de renda da população brasileira (frente aos altos custos dos serviços médicos) e à eficiência de muitos medicamentos em relação a determinadas doenças.

6 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo Clínico Intervencional, onde buscaremos estudar os pacientes usuários de medicações psicotrópicas, principalmente àqueles que às utilizam há muito tempo (mais de 6 meses), sem reavaliação ou consulta médica na unidade de saúde no período, buscando modificar a curto e médio prazo o acesso destes pacientes ao serviço, bem como reintervenção em seus planos terapêuticos a fim de oferecer um cuidado mais qualificado.

Neste tocante, e baseado nas informações apresentadas, é que surge o presente trabalho de Projeto de Intervenção, que identificou a dificuldade de manejo destes paciente e da gestão das drogas psicotrópicas e vem, portanto, buscar uma forma de repensar o trabalho, tentando organizar um fluxo de reavaliação e cuidado continuado e permanente aos pacientes de Saúde Mental, na USF Milta Rodrigues, em Porto Alegre.

Primeiro momento: apresentar o projeto à equipe, principalmente à equipe médica, que realiza a troca de receitas a fim de sensibilizar para realização de um trabalho mais criterioso neste âmbito.

Segundo momento: Fazer com que os médicos da equipe utilizem a ocasião da “troca de receitas”, que ocorre semanalmente às quartas-feiras, para de posse do prontuário físico, dos atendimentos do e-SUS, e das fichas de medicação identificar o perfil destes pacientes, individuando-os quanto à idade, sexo, tipo de droga que utilizam, acompanhamento em outro serviço de saúde, etc.

Terceiro momento: nesta mesma ocasião, avaliar quais paciente não consultam há certo tempo e implicar marcação de consultas para reavaliação da evolução de suas doenças e de sua condição clínica geral, visto que as patologias clínicas destes usuário muitas vezes ficam negligenciadas.

Quarto momento: reavaliar os casos individualmente nas consultas, a fim de planejar o cuidado continuado destes, matriciando casos quando necessário à equipe do NASF, para reavaliação com profissional da área “psi” (psicólogo, psiquiatra), a fim de uma avaliação mais criteriosa.

Quinto momento: de posse das informações coletadas, dividindo os pacientes entre patologias psiquiátricas e neurológicas e buscando reaproximação destes últimos aos serviços de neurologia.

Sexto momento: após coleta dos dados feita inicialmente, criar um perfil epidemiológico dos usuários de psicofármacos na área adscrita a unidade, para maior conhecimento desta população específica e contribuição para o conhecimento médico científico.

7 CRONOGRAMA

Ações	2016					2017
	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.
Apresentação do projeto à equipe da USF Milta Rodrigues, principalmente à equipe médica.	X					
Utilizar as fichas de medicação controlada, no momento da troca de receitas para busca de dados sobre os pacientes (tempo sem consultar)	X	X	X			
Marcações de consulta para reavaliação individual dos casos, baseado no tempo em que os pacientes não consultam		X	X	X	X	X
Matriciamento dos casos que necessitem de revisão pela equipe de NASF que dá apoio à unidade		X	X	X	X	X
Coleta dos dados a respeito dos usuários, através das fichas de medicação controlada, prontuários, e-SUS e consultas			X	X	X	X
Criação do perfil epidemiológico dos usuários de psicotrópicos da Unidade						X

8 RECURSOS NECESSÁRIOS

a. Recursos Humanos

Equipe de saúde da família composta por 8 agentes comunitários de Saúde, 4 técnicos de Enfermagem, 2 enfermeiros, 2 médicos, 1 dentista, 1 auxiliar de saúde bucal e 1 técnico de saúde bucal.

Equipe NASF composta por 1 nutricionista, 1 assistente social, 1 psicóloga e 1 psiquiatra.

b. Recursos Materiais

- Computadores;
- Fichas de Medicação controlada;
- Folha A4;
- Impressora;
- Consultório médico;
- Requisição para exames laboratoriais;
- Profissionais Médico, Enfermeiro, Téc/Aux. Enfermagem, ACS, assistente social, psicólogo, psiquiatra;
- Prontuários dos pacientes presentes na atividade.

9 RESULTADOS ESPERADOS

- Conhecer o quantitativo de pacientes que fazem uso de medicação psicotrópica, assim como o perfil destas pessoas e das suas demandas;
- Acordar compromissos para melhorar a situação de saúde do paciente;
- Reaproximar os paciente negligenciados pelo serviço, devido ao estigma ou pela prática da “troca de receitas”, a fim de fazer o cuidado continuado de sua saúde como um todo;
- Através da reavaliação do uso das medicações psicotrópicas, tentar diminuir o número de usuários dessas drogas, e reavaliar a necessidade real dos pacientes;
- Reencaminhá-los ao cuidado especializado, quando necessário, de acompanhamento psiquiátrico e neurológico contínuo, qualificando o cuidado e servindo de gestor da saúde deste usuários;
- Permitir que os planos de cuidados e/ou os projetos terapêuticos singulares envolvam todos os membros da equipe, contribuindo para mudanças no cuidado ao paciente de saúde mental, através da promoção em saúde por todos os membros da equipe
- De posse dos dados e após as reavaliações poder mostrar à população o uso abusivo de medicações e sua utilização nem sempre de forma consciente, podendo agir de forma a diminuir o uso indiscriminado, fazendo-os entender a seriedade do tratamento psiquiátrico e sua indicação criteriosa e não como silenciador de outras demandas, que acabam manifestando-se de forma psicossomática.

10 REFREÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU N.H.M., ACÚRIO A.F., RESENDE VLS. **Utilização de Psicofármacos por pacientes odontológicos em Minas Gerais**, Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, v.7, Jan.2000.

AYRES, J. R. C. M. **Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas**. Saúde e Sociedade, 2009, vol. 18, supl. 2, p. 11-23.

BARCALA, R. S. **Saúde Mental na Atenção Básica**: um levantamento epidemiológico em um centro de saúde da família, Chapecó, Santa Catarina. Especialização em Saúde da Família - Modalidade à Distância. Resumos dos trabalhos de Conclusão de Curso. 2012

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34: Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

GOODMAN & GILMAN: As Bases Farmacológicas da terapêutica, / [revisão de conteúdo Almir Lourenço da Fonseca]. - Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2006. 11.ed. Pag.383. Laurence L. Bruton, John S. Lazo. Keith L. Parker

GUERRA C.S., HERCULANO M. M., Filha M. O. F., et al. **Perfil epidemiológico e prevalência do uso de psicofármacos em uma unidade de referência de saúde mental**. Revista de enfermagem UFPE online, Recife, vol. 7, no. 6, p. 4444-4451, jun. 2013.

MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Atenção em Saúde Mental**. 2. ed. Belo Horizonte, MG. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) E ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA (WONCA). **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários**: Uma perspectiva global. Lisboa: OMS e WONCA, 2008.

RODRIGUES, M. A. P., FACCHINI, L. A., LIMA, M. S. **Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil.** Rev. Saúde Pública, Fev 2006, vol.40, no.1, p.107-114.

RODRIGUES, R. D, F. **O uso abusivo de psicofármacos no município de Lassance,** Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Corinto, 2013

ROMAN, G., WERLANG, M. C. **O uso de psicofármacos na atenção primária à saúde. Revista da Graduação PUCRS,** Porto Alegre, vol. 04, n. 01, p.18-41, 2011.

SANTOS, R. C. **Perfil dos Usuários de Psicofármacos Atendidos Pela Estratégia de Saúde da Família da Zona Urbana do Município de Presidente Juscelino** Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Corinto, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** – Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VIDEBECK, S. L. **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria.** 5 ed. Porto Alegre: Artemed, 2012.

7.2 ANEXO 2: GENOGRAMA ESTUDO DE CASO CLÍNICO: ATIVIDADE 2

