

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.



Trabalho de Conclusão de Curso

Katia Sulenir da Silva

ABRIL, 2017

Um novo olhar para atenção primária a saúde: relato de experiência do médico recém-formado em UBS mista.

KATIA SULENIR DA SILVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação do Professor Dra. Aline Picoli Benvenuti, médica de família e comunidade.

ORIENTADORA: Aline Picoli Benvenuti

Porto Alegre, Abril de 2017.

Sumário

1. INTRODUÇÃO:	6
2. SEGUNDA ATIVIDADE DO PORTFÓLIO	8
2.1 CASO CLÍNICO.....	8
A ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM DIABÉTES MELLITOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: RELATO DE CASO	8
3. TERCEIRA ATIVIDADE DO PORTFÓLIO:	15
3.1 PROMOÇÃO DE SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO.....	15
O USUÁRIO EM SOFRIMENTO EMOCIONAL: GRUPO DE AJUDA MÚTUA COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO EM ATENÇÃO BÁSICA.....	15
4. QUARTA ATIVIDADE DO PORTFÓLIO:	18
4.1 VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE EM DOMICÍLIO	18
VISITA DOMICILIAR: UMA FERRAMENTA DE ACESSO E INCLUSÃO	18
5. QUINTA ATIVIDADE DO PORTFÓLIO:.....	21
5.1 CONCLUSÃO REFLEXIVA.....	21
6. REFERÊNCIAS:.....	23
7. ANEXO.....	26
7.1 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	26
Oficina Terapêutica: uma proposta de humanização da atenção à saúde mental na UBS – Posto III	26

LISTA DE FIGURAS

- 1. FIGURA 1 - Genograma M.M**
- 2. FIGURA 2 - Composição nutricional para pacientes com diabetes mellito**
- 3. FIGURA 3 - Atenção Básica. Instância coordenadora da Rede de Atenção Psicossocial.**

LISTA DE TABELA

1. TABELA 1 - Prescrição de M.M

1. INTRODUÇÃO:

Sou Katia Sulenir da Silva, natural de São Bernardo do Campo/SP, em 2010 ingressei na faculdade de medicina na Universidade Católica de Pelotas, e me formei em 2015, durante minha vida acadêmica participei do PET-Saúde e PET-Saúde Mental, tendo como campos de estágio a UBS Sanga Funda e CAPS infantil Canguru da mesma cidade. Atualmente estou locada na UBS Jardim América – Posto III em Capão do Leão, uma unidade que ainda está em transição, logo a ESF não funciona como deveria.

Esta unidade contém três consultórios médico e um odontológico, sala de curativo, almoxarifado, sala de recepção e sala de gerência. Os consultórios têm tamanhos diferentes e ainda atividades distintas, ou seja, temos um puramente clínico, um onde funciona o atendimento a puericultura e outro onde realizamos atendimento à saúde da mulher. Sendo assim os profissionais de acordo com suas agendas realizam rodízios.

O bairro onde está locada esta UBS é o mais populoso da cidade, tendo em torno de 15.000 habitantes em sua área de abrangência. Nossa equipe é formada por quatro profissionais médicos, dois odontólogos, dois enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem, dois higienizadores, e cinco recepcionistas. Contamos com seis escolas, uma comunidade católica e várias evangélicas, e um pequeno centro comercial, a renda familiar é baseada na agricultura e extrativismo, e o CRAS está bem próximo à UBS, o que facilita nosso acesso à equipe e o trabalho em rede.

A nossa maior demanda na unidade sem dúvida se divide entre saúde mental por um lado e complicações relacionados à diabetes mellito e hipertensão arterial sistêmica por outro, principalmente relacionado a úlceras e feridas. 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.

Comumente utilizo do serviço de apoio profissional oferecido pelo Telessaúde, este apoio tem sido fundamental para a nossa equipe, estamos conseguindo evitar muitos encaminhamentos que aconteciam de forma equivocada, e ainda qualificar nosso atendimento.

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.

Portanto percebo com quase um ano de atuação aprendi a atuar em equipe, a planejar ações que corresponda às necessidades de uma população tão carente, buscar alternativas de cuidado na rede e ainda seguir me qualificando, com tudo isto, vejo que fez diferença seguir me especializando pois adquiri ferramentas para melhorar o cuidado e aprimorar minhas técnicas clínicas.

2. SEGUNDA ATIVIDADE DO PORTFÓLIO

2.1 CASO CLÍNICO

A ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM DIABÉTES MELLITOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: RELATO DE CASO

O adoecimento da população vem passando por transformações consideráveis principalmente associados ao hábito de vida de cada indivíduo. O diabetes mellitus (DM) tipo 2 é uma das principais patologias que afetam estes sujeitos, associado a hipertensão arterial sistêmica (HAS), o tabagismo e a dislipidemia, constituem importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares responsáveis por cerca de 30% das mortes. O controle clínico depende principalmente diagnóstico da adesão do paciente ao plano terapêutico proposto, que deverá ser acordo em conjunto, pois é importante que o paciente assuma sua responsabilidade e autonomia diante das condutas pactuadas. A atenção primária à saúde é de fundamental importância neste controle, promovendo a implantação de políticas públicas para controle do diabetes, de forma que seja possível monitorar os fatores de risco e ofertar conhecimentos que favoreçam a adesão ao tratamento medicamentoso e nutricional¹.

Relato de Caso

M.M, sexo feminino, 56 anos, do lar, residente na cidade de Capão do Leão, com história de DM tipo II e HAS há 10 anos, atualmente sem acompanhamento médico, nega tabagismo e etilismo, refere ainda sedentarismo e sem controle da dieta. Antecedentes familiares de DM e HAS, mãe falecida por complicações do DM. Casada há 20 anos com João Carlos, mãe de dois filhos, uma menina (Vanessa) de 19 anos e um menino (Arthur) de 13 anos. Durante a anamnese relatou alteração da glicemia de jejum aferida em casa, associado a mal-estar geral, sudorese, polidipsia, polifagia e poliúria. Ainda disúria e polaciúria, tontura e palpitação. Esta última começou a mais de um mês e acontece mesmo em repouso. Em uso de metformina 850 mg, 3x ao dia; Insulina NPH, 45UI de manhã, 25UI de tarde e 35UI de noite; Insulina regular, 8UI de manhã; 6UI de tarde e 4UI de noite associado. Ainda faz uso de losartana 50mg, 2x ao dia; hidroclorotiazida 25mg, 1x

ao dia. Refere fazer uso correto da medicação, mas não está conseguindo controle dos níveis tensionais e da glicemia. Faz tempo que não faz acompanhamento médico. Ao exame físico: BEG, MUC, LOC, eupneica, hidratada. Exame neurológico: sensibilidade diminuída em ambos pés, principalmente nos calcanhares. Sem outras particularidades. Tireoide: impalpável, sem presença de nódulos. Tax: 36,7°; AC: RR2T, BNF; FC: 109 bpm; Ausculta carotídea: sem sopro; AP: MV(+), SRA; FR: 17 rpm; ABD: RHA (+), depressível, ausência de massa palpável, sem visceromegalia; PPL (-); PA: 180 x 120mmHg; HGT: 325; Peso: 72kg; Alt: 1,62; IMC: 27.43. Exame dos pés: sem sinal de fissuras e rachaduras, ausência de infecção fúngica interdigital e em unhas. Presença de pulsos simétricos e bilaterais. Os primeiros exames solicitados mostraram os seguintes resultados: Exames laboratoriais: Glicemia de Jejum: 348mg/dl; HbA1c: 14,4; Ureia: 36; Creatinina: 1,02; DCE:61,6; TSH: 2,32; Colesterol total: 223; HDL: 36; LDL: 154; Triglicerídeo: 208; Sódio: 146; Potássio: 4,1; Hb: 12,3; Hto: 36,7; VCM: 89,3; RDW:13,4; EQU: glicosúria (++); Proteinúria (+); Nitrito negativo; Leucócitos 15p/c; Hemácias 2p/c; Bacteriúria: aumentada; Urocultura: presença de *escherichia coli* mais de 100.000 UFC sensível a nitrofurantoína. ECG: alterações de repolarização ventricular, taquicardia sinusal, FC: 110 bpm. Rx de tórax: sem alteração do parênquima pulmonar, área cardíaca dentro dos limites da normalidade. Da análise destes viu-se que a paciente apresenta mal controle dos níveis tensionais e glicêmicos, dislipidemia, sobrepeso, taquicardia sinusal e infecção do trato urinário (ITU). Foi proposto então: redução de peso, adequação da dieta, tratamento com nitrofurantoína para ITU, sinvastatina e ajuste do uso de medicações já em uso; e ainda encaminhamento para avaliação oftalmológica.

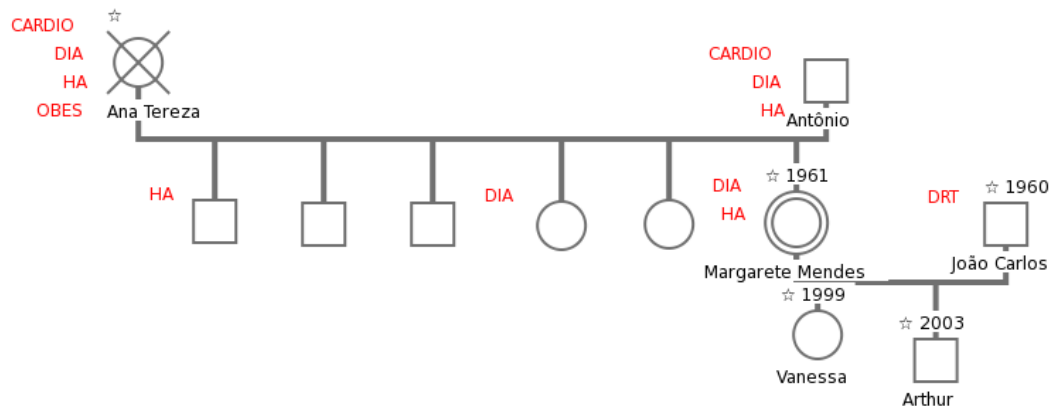
Discussão

Atualmente é bem conhecida a gama de fatores de risco e sua interação com a probabilidade de apresentar diabetes ou um estado intermediário de glicemia, devendo então ser realizado rastreamento na seguinte população: Excesso de peso (IMC >25 kg/m²) e um dos seguintes fatores de risco: História de pai ou mãe com diabetes; Hipertensão arterial (>140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos); História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg; Dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo (<35 mg/dL); Exame prévio de HbA1c ≥5,7%, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada; Obesidade severa, acanthosis nigricans; Síndrome de ovários policísticos; História de doença cardiovascular; Inatividade física; OU, Idade ≥ 45 anos; OU, Risco cardiovascular

moderado¹.

Neste caso vimos que M.M tem antecedentes familiares o que segundo vários estudos realizados mostram grande associação com o risco de desenvolver DM¹, entre outros fatores de risco associados (ver Figura 1).

Figura 1: Genograma de M.M



Fonte Álbum de Família –Nescon

Dentro das modificações propostas a M.M estava a mudança do hábito de vida, adequando a ingestão de carboidratos, tendo assim uma dieta equilibrada que reduziria assim os níveis glicêmicos. O consumo equilibrado de todos os grupos alimentares e seu macro e micronutrientes é a indicação para uma dieta de qualidade. Sem esquecer-se do consumo adequado de água, fundamental para a manutenção de uma boa hidratação. A Educação promove o conhecimento para autogestão do diabetes, proporcionando assim as habilidades e capacidades necessários para o autocuidado da doença^{1,2,3}.

É indiscutível a educação da pessoa com DM proporcionando assim a construção de metas para apoiar a mudança na dieta, priorizando ferramentas que viabiliza o autogerenciamento e o autocuidado, ainda fortalecendo o vínculo equipe-paciente. Estes indivíduos devem seguir um plano de alimentação saudável que deve ser preferivelmente iniciar a partir do diagnóstico, mediante conscientização da importância do autocuidado e de independência quanto a decisões e atitude em relação à alimentação para o controle do DM^{1,2,3}.

Figura 2: Composição nutricional para pacientes com diabetes mellito.

Macronutrientes	Ingestão recomendada/dia
Carboidratos (CHO)	Carboidratos totais: 45 a 60% Não inferiores a 130 g/dia
Sacarose	Até 10%
Frutose	Não se recomenda adição nos alimentos
Fibra alimentar	Mínimo 14 g/1.000 kcal DM2: 30 a 50 g
Gordura total (GT)	25 a 35% do VET
Ácidos graxos saturados (AGS)	< 7% do VET
Ácidos graxos poli-insaturados (AGPI)	Até 10% do VET
Ácidos graxos monoinsaturados (AGMI)	5 a 15% do VET
Colesterol	< 300 mg/dia
Proteína	15 a 20% do VET*
Micronutrientes	Ingestão recomendada/dia
Vitaminas e minerais	Segue as recomendações da população não diabética
Sódio	Até 2.000 mg

*VET: valor energético total – considerar as necessidades individuais, utilizando parâmetros semelhantes aos da população não diabética, para todas as faixas etárias.

Fonte: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016.

Por outro lado, sabemos que diabéticos apresentam menor condição aeróbica, menos força muscular e menos flexibilidade do que seus pares da mesma idade e sexo sem a doença. Sabendo que M.M não realizava nenhum tipo de atividade física viu-se a importância de promover também esta mudança. Visto que as alterações metabólicas e suas consequências, assim como a menor capilarização comumente observada nos diabéticos, podem ser compensadas com a prática de exercício físico³. Sendo assim, quando estão ativos e/ou em boas condições físicas os diabéticos tem melhor prognóstico do que aqueles sedentários⁴.

O exercício físico age de maneira específica sobre a resistência insulínica, independentemente do peso corporal e ainda atua na redução do peso corporal, que, por si só, já reduz o risco de DM2 e auxilia no tratamento do DM de modo geral^{3,4}.

O tratamento medicamentoso de M.M foi otimizado, observando a correta administração das medicações quanto à hora, número de tomadas e técnica utilizada, logo

à prescrição ficou estabelecida conforme a tabela 1 demonstra:

Tabela -1: Prescrição de M.M

Turno	Medicamento	Posologia	Modo de administração
Manhã	Metformina	1	VO
	850mg	comprimido	VO
	Losartana 50mg	1	VO
	Hidroclorotiazida	comprimido	
	25mg	1	VO
	Atenolol 25mg	comprimido	SC
	Insulina NPH	1	
		comprimido	
		55 UI	
Noite	Metformina	1	VO
	850mg	comprimido	VO
	Sinvastatina	1	SC
	20mg	comprimido	
	Insulina NPH	45 UI	

Inicialmente houve um controle satisfatório dos níveis glicêmicos e tensionais, porem M.M estava apresentando hiperglicemia em jejum, então foi decidido pela redução da dose noturna de insulina NPH para 40UI.

Sabendo que a terapêutica com insulina deve ser iniciada quando o paciente apresentar sintomas de hiperglicemia graves e significantes, ou níveis de glicose muito elevados (> 300 mg/dl)^{1,3,4}. O objetivo do tratamento do diabetes mellitus é mimetizar a ação da secreção endógena de insulina, a dose inicial recomendada para iniciar insulina basal em DM2 é de 10 a 15 U ou 0,2 U/kg/dia nos pacientes mais obesos^{4,5}. O ajuste foi realizado de acordo com as dificuldades de M.M, ficando estabelecido que a dose seria realizado em duas tomadas para facilitar a adesão.

A utilização de metformina deve-se a sua contribuição frente ao aumento da captação da glicose e sua utilização, redução da resistência à insulina, e diminui a

produção hepática de glicose, e com uma redução média de 1,5% em média na Hb1Ac, e ainda sabemos que a metformina também diminui os triglicerídeos, pequena redução do LDL e aumento muito modesto no HDL^{1,4,5}.

Ainda foi associado o uso das estatinas já que são efetivas na prevenção primária e secundária de eventos cardiovasculares em pessoas com diabetes, sendo que neste caso havia a necessidade de redução das taxas do perfil lipídico, que se encontrava com níveis de colesterol total aumentado, HDL diminuído e triglicerídeo aumentado. Todas as pessoas com diabetes e evidência clínica de doença aterosclerótica devem receber estatina independentemente do valor inicial do LDL⁵. Na ausência de doença cardiovascular, pode-se considerar o uso de estatina naqueles com risco absoluto de eventos coronarianos de >20% em 10 anos ou nos pacientes com >40 anos e um ou mais fatores de risco cardiovascular^{1,4,5}. Sendo que o uso associado de fibratos e estatinas não diminui a probabilidade de eventos cardiovasculares em pessoas com DM, mesmo nos de alto risco^{1,4,5}.

Observou-se neste caso que a paciente ainda não havia passado por avaliação oftalmológica, sendo então encaminhada para avaliação e realização de fundoscopia. É sabido que a retinopatia diabética é a primeira causa de cegueira adquirida após a puberdade, e a perda de acuidade visual é comum depois de dez anos de diagnóstico. A retinopatia é assintomática nas suas fases iniciais, não sendo possível detectá-la sem a realização de fundoscopia^{1,4,5}. O rastreamento tem como objetivo o diagnóstico precoce de retinopatia grave, já que existe intervenção efetiva. No DM tipo 2 o rastreamento deve ser realizado no momento do diagnóstico e a periodicidade deve ser anual^{3,5}.

Com estas modificações esperamos manter o controle adequado da glicose e da pressão arterial pode reduzir a progressão da nefropatia e neuropatia diabética⁵.

Conclusão

O controle rigoroso da glicemia e da pressão arterial é capaz de melhorar a qualidade de vida e aumentar a sobrevida dos pacientes acometidos por essas doenças, com uma boa relação médico-paciente espera-se prevenir e esclarecer sobre fatores de riscos cardiovasculares, alcançar maior adesão dos pacientes ao tratamento, valorizar a mudança de comportamento, estimulando o autocontrole, juntamente com a ajuda de equipes multiprofissionais como farmacêuticos, médicos, enfermeiros, psicólogos, que são de suma importância para orientar os pacientes sobre a importância do tratamento e

o esclarecimento das doenças.

3. TERCEIRA ATIVIDADE DO PORTFÓLIO:

3.1 PROMOÇÃO DE SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

O USUÁRIO EM SOFRIMENTO EMOCIONAL: GRUPO DE AJUDA MÚTUA COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO EM ATENÇÃO BÁSICA

A Estratégia de Saúde da Família marcou a extensão de política de saúde prevista pelo SUS, contemplando a integralidade da atenção, trabalhando no âmbito da promoção e prevenção de doenças, tendo a família como centro desta atenção, produzindo muitos resultados sobre a saúde coletiva⁷.

A equipe de Atenção Básica hoje em dia vem encontrando, com frequência, em sua realidade problemas de saúde mental. Deste modo, por estar inserida na comunidade, estas equipes representam uma ferramenta estratégica para enfrentar problemas como: diversas formas de sofrimento psíquico, agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e drogas e outros transtornos mentais⁷.

Existe um elemento subjetivo no sofrimento emocional, o que dificulta a adesão a práticas preventivas ou mudanças no estilo de vida, assim, é sempre importante e necessário que haja uma articulação da saúde mental com a Atenção Básica. Para tanto o Ministério da Saúde vem estimulando ativamente a formação de redes que assumam o compromisso de responsabilização com a produção da saúde, práticas de promoção de equidade, de integralidade e de cidadania ampliando o cuidado ao usuário em sofrimento psíquico⁸.

O modelo centrado na figura do médico e na busca da cura, não atende mais às necessidades da sociedade atual, o que favoreceu a busca por novas formas de assistência. Com isto se dá a desconstrução da arte de tratar apenas a doença, para atuar na integralidade do sofrimento de cada indivíduo em todo o seu contexto individual e coletivo, promovendo assim intervenções interdisciplinares e intersetoriais⁹.

A partir da Atenção Básica se propõe a construção de uma rede de cuidados em saúde mental, que obedece ao modelo de redes de cuidado de base territorial e busca estabelecer vínculos e acolhimento. Nesta rede existe um trabalho mutuo da equipe de

APS e os Centros de Atenção Psicossocial por meio do apoio matricial. Este apoio é um arranjo organizacional que proporciona o suporte técnico em áreas específicas para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde⁸.

Figura 3 – Atenção Básica. Instância coordenadora da Rede de Atenção Psicossocial.



Fonte: Coordenação da Saúde Mental/SES/MG (2009)

A equipe multiprofissional da unidade básica de saúde (UBS) deve trabalhar de forma a atender todas às demandas da comunidade onde está inserida, em seus diversos âmbitos, atuando na integralidade do indivíduo. Além disto, precisa ser capaz de intervir com criatividade e senso crítico, procedendo de forma humanizada, competente e resolutiva. Para que isto se dê, é necessária uma interação contínua com a comunidade, no sentido de mobilizá-la e estimular sua participação junto à UBS¹⁰.

Sendo assim, a UBS/ESF é a porta de entrada ao Sistema Único de Saúde no território, atualmente o Brasil conta com 3.375 municípios com menos de 15 mil habitantes, isto é, mais de 60% dos municípios tem esta forma de acesso a cuidados em saúde mental, já que estes não podem ter instalados os Centros de Atenção Psicossocial, pois não tem o número de habitantes necessários¹¹.

Tendo isto em vista, as UBS necessitam planejar intervenções em saúde mental que promovam novas possibilidades que modifiquem as condições e modos de vida. E baseado nesta nova perspectiva os planos elaborados devem levar em consideração que cada sujeito percebe sua vida e a do outro de uma forma única, tem múltiplas dimensões, diferentes desejos, anseios, valores, princípios e escolhas⁷.

Logo as estratégias utilizadas devem compreender a valorização dos diferentes indivíduos, tendo como foco a valorização do sujeito em sofrimento e ainda sua família¹⁰.

Os grupos constituem, dentre os vários instrumentos de intervenção dentro da saúde mental na APS, uma estratégia poderosa e riquíssima de troca de experiências e transformações que não seriam viáveis em um atendimento individual, pela diversidade que o grupo pode proporcionar. O grupo terapêutico promove um espaço de partilha do sofrimento atuando de forma preventiva sob efeitos do estresse cotidiano e resgatando a autoestima, produzindo importantes mudanças na vida dos participantes⁷.

Esta nova abordagem dentro da comunidade vem com a proposta de produzir o empoderamento do indivíduo no seu contexto biológico, social e profissional. Sob esta perspectiva o trabalho com grupos, considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural, buscando a promoção de sua saúde, a prevenção, o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua qualidade de vida⁷.

Atualmente a sociedade cada vez mais vem exigindo um cuidado coletivo e ampliado. Este tipo de intervenção possibilita a ampliação de relações mais solidárias, pois favorece o reconhecimento de semelhanças e diferenças entre os participantes, além de contribuir para a melhoria nas habilidades sociais¹².

Logo o grupo terapêutico na Saúde da Família irá fortalecer o vínculo existente entre a comunidade e a equipe da APS favorecendo a corresponsabilidade no processo saúde-doença entre os indivíduos, família, equipe da APS e a rede de atenção à saúde mental. Enfim, as práticas em grupos constituem importante recurso no cuidado aos usuários da APS, ferramenta essa que possibilita uma forma ativa de cuidado em saúde.

4. QUARTA ATIVIDADE DO PORTFÓLIO:

4.1 VISITA DOMICILIAR/ATICIDADE EM DOMICÍLIO

VISITA DOMICILIAR: UMA FERRAMENTA DE ACESSO E INCLUSÃO

Uma das tarefas das equipes de Atenção Primária à Saúde é a visita domiciliar, que deve estar contida nas agendas dos profissionais da UBS, já que o cuidado em domicílio é uma de suas atribuições¹⁴.

A Política Nacional de Atenção Domiciliar define a atenção domiciliar (AD) no Sistema Único de Saúde como uma “modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde”¹⁵.

A VD pode ser ainda explicada como um conjunto de ações sistematizada, interligadas e articuladas, que a equipe de saúde desenvolve no domicílio, com a finalidade de promover, prevenir e restabelecer a saúde de pessoas em seu contexto socioeconômico, cultural e familiar, tendo como base o planejamento, escuta qualificada, atenção, respeito, compromisso e ética. Considera-se o instrumento de trabalho supracitado como processo de intervenção fundamental na saúde da família e na continuidade do cuidado, visando a maior equidade da assistência em saúde¹⁶.

Nas experiências que pude ter em relação às visitas domiciliares, as mesmas foram realizadas de maneira multiprofissional, geralmente destinada aos pacientes que estavam impossibilitados em chegar a UBS, principalmente pacientes crônicos, acamados que apresentavam agudizações de sua patologia prévia. Estas situações me fizeram entender a visita como uma ferramenta de acesso, de integralidade e de longitudinalidade, levando o cuidado em loco, portanto, capaz de se moldar de modo mais flexível às suas necessidades¹⁷.

Pelo que pude perceber para que a visita domiciliar (VD) seja efetiva é importante que exista uma boa gestão clínica da agenda com critérios de inclusão, exclusão e alta bem definidos, para que se possa evitar dispêndio desnecessário de tempo, recursos

humanos e até mesmo negligência de situações que realmente exija a presença da equipe¹⁸.

Para tanto o médico após coletar informações de sua área e equipe, deve criar uma agenda que contemple as principais necessidades de sua área, respeitando o acesso dos usuários ao sistema. Pensando nisto além de horário para acolhimento a demanda espontânea a agenda deve conter espaço para atendimento a consultas previamente agendadas, consultas de cuidado programado a grupos prioritários (HAS, DM, Crianças e Gestantes), e visita domiciliar. Partindo disto o médico, juntamente com a equipe, deve ter autonomia de pensar a melhor forma de trabalho para que sejam dadas repostas às necessidades da comunidade¹⁹.

De maneira geral, esta equipe multiprofissional deverá ter uma capacidade organizacional que leva em consideração: o manejo das condições agudas e crônicas de saúde, a coordenação do cuidado, promoção de saúde e ainda prevenção de agravos, e educação em saúde¹⁹.

Sendo assim a visita domiciliar é uma ferramenta essencial da equipe de saúde da UBS, pois ao entrar na casa das pessoas, é possível obter uma visão clara da dinâmica familiar, da doença e da experiência com a doença do paciente visitado. Isto proporciona uma visão ampla da pessoa e do ambiente em que ela está inserida facilitando assim a busca de fatores que possam auxiliar no cuidado, e ainda promove o reforço do vínculo e da efetividade das nossas ações²⁰.

As visitas domiciliares podem dividir-se em: visitas programadas e "chamados". Os chamados são os atendimentos que se dá fora da agenda a pacientes sabidamente crônicos que sofreram agudizações ou por uma doença aguda. Este tipo de atendimento é bastante comum na UBS e é necessário que a equipe esteja organizada e preparada para atendê-lo, de forma que não atrapalhe as demais atividades já programadas¹⁸.

Para que isto ocorra de forma efetiva é necessária uma escuta adequada e avaliação criteriosa para que se possa dar o melhor direcionamento. O que atualmente temos dificuldade em fazer em nossa UBS, acredito que ainda falta uma capacitação adequado para que se possa fazer a equipe entender quais chamados devem atender com presteza.

Já as visitas programadas se dão de forma periódica e geralmente são direcionadas a pessoas com problemas crônicos, e são planejadas com a equipe com antecedência, por serem problemas, muitas vezes, de difícil controle, e ainda a falta de adesão ao tratamento ser comum, essa ferramenta se torna muito útil no cuidado desses pacientes¹⁸.

Nas visitas programadas incluímos pacientes com deficiências, idosos, acamados, em situação de vulnerabilidade social, com qualquer restrição de acesso ao serviço, e também a busca ativa para encontrar os pacientes de difícil adesão, faltosos, pacientes que estão com exames de rastreamento atrasados ou alterados e aos serviços de vigilância como os dos recém-nascidos e puérperas seguindo assim diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde¹⁹.

Um dos maiores problemas que a equipe de APS a qual estou inserida é a falta de agente comunitário de saúde (ACS), já que este é o trabalhador que possui maior convivência com a comunidade, é o facilitar do trânsito da equipe, quem faz as parcerias e articulações locais.

O ACS é responsável pela intermediação do acesso da população ao serviço ofertado pela UBS, ele é quem oportuniza a compreensão da organização das ofertas da unidade por parte dos usuários, assim como a identificação das necessidades de saúde e as pactuações entre o serviço e a comunidade. Ademais facilita a interação entre o conhecimento popular e o tecnocientífico²¹.

Por tudo isto exposto, posso afirmar que a contribuição deste profissional é um fator diferencial para a organização da agenda do profissional da APS, pois é ele quem traz o maior número de demandas advindas das necessidades encontradas em suas visitas.

E ainda a VD deve ser considerada como uma ferramenta importante e capaz de contribuir para as práticas de saúde da equipe priorizando a qualidade de vida da pessoa assistida, focando na promoção, prevenção e reabilitação, da mesma. Dessa forma, a equipe deve garantir esta forma de assistência para que se possa ter um cuidado integral na perspectiva de identificar os principais riscos à saúde da sua comunidade, evitando internamentos hospitalares, diminuindo os custos socioeconômicos.

5. QUINTA ATIVIDADE DO PORTFÓLIO:

5.1 CONCLUSÃO REFLEXIVA

Atualmente ouve-se falar muito em educação continuada e/ou permanente, e de sua importância, já que o profissional necessita acompanhar as mudanças que ocorrem na literatura, e ainda aprender a apoiar sua conduta em evidências científicas. O que permite ao profissional atuar com segurança. E juntamente a este novo paradigma associa-se o uso de uma ferramenta facilitadora, a internet, que veio para dar agilidade a transmissibilidade de informações.

Com tudo isto quero dizer que promover educação a distância tem sido de grande valia, já que muitos profissionais não seguiam se aprimorando devido à dificuldade de acesso, ao tempo necessário que deveria ser dispendido, logo era mais complicado seguir se atualizando. Cada vez mais, mais pessoas estão procurando este tipo de abordagem acadêmica e eu particularmente tenho cada vez mais optado por realizar atividades desta forma, pois me proporciona uma maior flexibilidade e controle sobre a realização de atividades.

Durante o Eixo I desta especialização me deparei com temas estudados em minha formação acadêmica no curso de medicina, mas também com temas que não conhecia, principalmente os temas abordados na unidade 3, que não temos tanto contato na universidade. O que me facilitou muito para trabalhar na UBS onde estava inserida, já que era uma unidade que a estratégia da família não estava instalada. Pude aplicar o conteúdo aprendido, e talvez por não ter tido contato com estes assuntos posso dizer que meu interesse foi maior em estudá-los, até por perceber a importância de executar o trabalho dentro de uma equipe de saúde na APS de forma organizada e planejada.

Ainda no Eixo I nas unidades I e II, eram temas que tomamos ciência em vários momentos dentro do currículo da universidade e talvez por este motivo acredito ter tipo um menor empenho, e, com certeza, menor desempenho na realização das atividades propostas. Claro que não deveria ser assim, já que se entende que como fora visto o desempenho deveria ser melhor. Mas acredito que deva ser porque são temas pouco atrativo, porém aqui tratados de forma coesa e didática, com ferramentas que melhoram a aplicabilidade do conteúdo e sua fixação.

Os casos clínicos utilizados com referência para tratar dos temas clínicos, foi uma estratégia bem elaborada, pois a realidade contada mesmo que seja através do papel nos

aproxima mais do tema, e o material utilizado sem dúvida nenhuma um ótimo material bem oportuno e atualizado, assuntos tratados de forma clara e objetiva. Porém durante o Eixo II não foi possível manter uma rotina de estudo conforme tinha planejado, por problemas alheios a especialização em si. Gostaria de ter me empenhado mais, já que são temas tão relevantes e comuns na rotina do médico, principalmente o profissional que atua na UBS.

Quanto à realização de atividades no portfólio, a execução tendo em vista que corresponde à entrega por partes dos diferentes temas exigidos, a experiência por primeira vez com este tipo de formato foi interessante já que a princípio sobravam dúvidas de como deveria ser realizado cada atividade e de como ao final todas elas formaram um trabalho de conclusão de curso. Mas ao longo do processo de elaboração do mesmo foi possível refletir sobre a melhoria de competências, atitudes e conhecimentos que valorizaram a aprendizagem como um todo. Pensando que cada parte se encerra em si e logo se correlacionará com outra proporciona a percepção de que nem um tema é em si esgotável, e sempre haverá um novo olhar sobre a mesma perspectiva.

Sendo assim finalizo este trabalho tendo a certeza que os temas abordados durante a especialização foram temas de grande importância e relevância que deverão seguir sendo revistos e refletidos, as bibliografias apresentadas durante todo o curso não se encerram em si, pois permite iniciar os estudos para que se possa aprofundar em cada tema em si ou mesmo em algum específico. Percebi meu crescimento como profissional durante o ano, pois fui adquirindo mais segurança e ferramentas para atuar, não somente frente ao paciente, mas com sua família e comunidade, bem como participar do processo de trabalho de forma mais consistente e ativamente, e no relacionamento com a equipe, pois para responder diversas atividades necessitei sentar com a equipe, coletar dados e discutir casos, o que foi fortalecendo meu vínculo com cada profissional envolvido, o que facilitou meu trabalho diariamente, sendo assim este curso não só superou minhas expectativas como supriu grande parte de minhas necessidades neste primeiro ano pós formada, além de influenciar em minha escolha quanto a residência médica, porque após a experiência vivida me fez optar por medicina de família e comunidade.

6. REFERÊNCIAS:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos : um guia para o profissional da saúde na atenção básica /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2 ed. – 2 reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
3. DUNCAN, B. B. et al. **Medicina Ambulatorial, Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências.** 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2013.
4. **Standards of medical care in diabetes – 2015.** Diabetes Care, Alexandria, v. 38, Suppl. 1, p. S1–85, 2015.
5. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) / Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.
6. www.nescon.medicina.ufmg.br/genograma/manual
7. Brasil.Ministério da Saúde. **Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: **Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.152 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27).
9. Pinto, A. G. A., Jorge, M. S. B., Vasconcelos, M. G. F., Sampaio, J. J. C., Lima, G. P., Bastos, V. C., & Sampaio, H. A. C. (2012). **Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade.** Ciência & Saúde Coletiva, 17(3), 653-660. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300011>
10. Brasil. Ministério da Saúde. **O Humaniza SUS na atenção básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
11. Brasil. Ministério da Saúde. **Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental.** Saúde Mental em Dados, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>> e <<http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental>>. Acesso em 18 mar de 2017.

12. Barbato, G. R; Correia, K. A; Bernardo, de M. E S. M. C. **Aprender em grupo: experiência de estudantes de enfermagem e implicações para a formação profissional.** Escola Ana Néri, vol14, nº1, janeiro – março, 2010, pp. 48 – 55. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: < <http://www.scielo.com.br> > Acesso em 22 mar 2017.
13. Rocha, Ruth Mylius. **Enfermagem em Saúde Mental.** 2ed. Rio de Janeiro: Senac nacional, 2012.
14. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.** Diário Oficial da União 247, de 22 dez. Brasília: Ministério da Saúde; 1997. p.11-13.
15. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União 208, de 28 out. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 2. Brasil.
16. Giacomozzi, C. M.; Lacerda, M. R. **A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 15, n. 4, out./dez., p. 645-53, 2006.
17. Bajotto AP, Witter A, Mahmud SJ, Sirena S, Goldim JR. **Perfil do paciente idoso atendido por um programa de atenção domiciliar do sistema único de saúde em Porto Alegre, RS.** Clin Biomed Res. 2012;32(3):311-7.
18. Lima AA, Spagnuolo RS, Patricio KP. **Reverendo estudos sobre a assistência domiciliar ao idoso.** Psicol Estud. 2013;18(2):343-51
19. **Tratado de medicina da Família e Comunidade: princípio, formação e prática/** Organizadores, Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes – Porto Alegre: Artmed, 2012. Vol I. Cap. 19.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual de assistência domiciliar na Atenção Primária à Saúde.** Porto Alegre: Ministério da Saúde, 2003.
21. Bornstein VJ, Stotz EN. **O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencedora e a transformadora.** Trab Educ Saúde. 2008;6:457-80.
22. **Guia prático de matriciamento em saúde mental /** Dulce Helena Chiaverini(Organizadora) ... [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.
23. Brasil. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica Programa Saúde da Família: Educação permanente.** Brasília, junho 2000. Disponível em: < <http://www.Ministério da Saúde. gov. br.>>. Acesso em 22 mar. 2017.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

.

25. Drulla, A. G. et al. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. *Cogitare Enferm*, v. 14, n. 4, p. 667-74, out./dez., 2009.

26. Matias, S. S.; Pereira, A. K. A. M. Visita domiciliar: (RE) significando a prática dos profissionais da estratégia de saúde da família a família. *Diretório de artigos gratuitos artigonal*, 2010.

7. ANEXO

7.1 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Oficina Terapêutica: uma proposta de humanização da atenção à saúde mental na UBS – Posto III

1. Introdução

É sabido que um dos princípios que rege o Sistema Único de Saúde (SUS), é a integralidade, devendo assim a atenção primária reconhecer 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, 2002).

Para tanto é indispensável que se realize um diagnóstico do território de abrangência para adequar estas ações, fazendo assim uma ampla avaliação da rede de atenção, dos serviços ofertados na comunidade, dos locais de lazer, das instituições e das condições de saneamento básico, ou seja, avaliar todos os determinantes diretos e indiretos de saúde.

Visto que a Unidade Básica de Saúde (UBS) é a porta de entrada ao SUS, inclusive para a saúde mental, foi realizado um diagnóstico situacional da UBS – Posto III, localizada no Bairro Jardim América da cidade de Capão do Leão/RS, sendo encontrado que não há nenhuma forma de acolhimento específico voltado para a saúde mental (BRASIL, 2013).

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).

Como as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilita aos profissionais de saúde uma proximidade maior com os indivíduos desta área que estão em sofrimento psíquico (BRASIL, 2007). Portanto as intervenções em saúde mental devem ser planejadas de forma a contemplar as necessidades da comunidade e do indivíduo que sofre, para tanto deve promover novas possibilidades de modificar e qualificar 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.

Desta maneira com este trabalho venho propor a oficina terapêutica como forma de acolhimento e atenção a esta demanda, já que representa uma das principais formas de tratamento em saúde mental, permitindo ao usuário a valorização do seu potencial criativo

e expressivo. Às práticas terapêuticas coletivas podem favorecer uma maior capacidade resolutive, pelo fato de possibilitarem múltiplos olhares voltados para problemas em comum (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Assim, oportunizar a pessoa o desenvolvimento de atividades diversificadas para o aprimoramento de habilidades motoras, para o convívio social ou para geração de renda pode ser apontado como uma ação terapêutica, uma vez que proporciona satisfação pessoal e conseqüente alívio das manifestações sintomáticas dos transtornos mentais (SILVA; LUSSE, 2010).

2. Problema

Os pacientes são recebidos na UBS – Posto III, medicalizados e seu acompanhamento se dá somente através de renovação de receitas. Pela falta de registros em prontuários se nota que os mesmos seguem com o mesmo tratamento iniciado, sem revisão da dose resposta, sem melhora na qualidade de vida e muitas vezes com abandono do uso por presença de efeitos colaterais, recaídas, e muitas vezes agravamento do quadro.

3. Justificativa

A proposta da criação de uma oficina terapêutica se justifica na medida em que, no município de Capão do Leão, os atendimentos em Saúde Mental são realizados, geralmente, na Unidade Básica de Saúde, sendo a Posto III a de maior área de abrangência. Faz-se necessária a modificação do modelo tradicional de tratamento em saúde mental centralizado. Com a oficina terapêutica poderemos oferecer um novo espaço de acolhida e acompanhamento aos usuários, assim como co-responsabilizar os demais profissionais e familiares envolvidos com o cuidado.

4. Objetivos

4.1 Geral

Propiciar a convivência de usuários como espaço terapêutico de trocas de saberes, de escuta, de experiências, de compartilhamento, de acolhimento de demandas de saúde mental, de modo a fortalecer vínculos de confiança e de dinâmica do grupo.

4.2 Específicos

- Promover proteção e promoção de saúde e prevenção de agravos;
- Enfatizar o direito à cidadania e ações de saúde no território, incluindo a participação da Unidade Básica de Saúde (UBS);
- Proporcionar alívio ao sofrimento emocional através da partilha de experiências de vida;
- Promover mudanças em seus participantes;
- Construir um projeto coletivo de cuidados ampliado voltado para a prevenção, a promoção e a proteção da saúde mental no Território.

5. Revisão da Literatura

O Sistema Único de Saúde

A política de saúde no Brasil sofreu diversas modificações de acordo com acontecimentos históricos e políticos que acabaram culminando na criação do que conhecemos atualmente como Sistema Único de Saúde (SUS). Anteriormente ao SUS, a atenção à saúde era médico-hospitalar, tendo como foco a doença, existiam poucas medidas voltadas a promoção e prevenção, sendo então necessárias grandes mudanças neste cenário. Logo o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira foi o marco inicial destas reformas, que pleiteava um sistema de saúde mais eficaz e que correspondesse às reais necessidades da população. Este movimento contou com a participação de profissionais de saúde, lideranças políticas, sindicais e populares (BRASIL, 2001).

Logo as décadas de 1980 e 1990 são marcadas por significativas mudanças no campo da saúde pública no Brasil. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem a Constituição Brasileira de 1988 e as Leis 8.080 e 8.142 de 1990 como marcos legislativo, e vêm afirmar a saúde como um direito de todos e dever do Estado.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988. 292p)”.

O SUS estabelece, como princípios básicos, a universalidade do acesso aos serviços de saúde; a integralidade da atenção; a equidade; a hierarquização dos serviços e a participação da comunidade em forma de conselhos de saúde em um âmbito descentralizado e municipalizado (BRASIL, 2007).

No mesmo contexto ocorria a Reforma Psiquiátrica no Brasil, que veio propor a construção de uma nova Política de Saúde Mental direcionando suas ações, incluindo o processo de desinstitucionalização e garantindo os direitos de cidadania às pessoas com transtorno mental (OLSCHOWSKY; DUARTE, 2007).

Em 1990 a Declaração de Caracas evidencia a necessidade de reestruturar a assistência à Saúde Mental, que deveria ter como prioridade ações de saúde de forma integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva em todos os níveis de atenção. Tendo na Lei Paulo Delgado (Lei 10.216) o apoio legislativo para o redirecionamento do modelo assistencial à saúde mental, a qual propôs uma extinção progressiva do modelo psiquiátrico manicomial, preconizando a desinstitucionalização de seus usuários, sucedendo por outras modalidades assistenciais e distribuição de recursos comunitários (BRASIL, 2005).

Desde então o Ministério da Saúde vem estimulando a inclusão, nas políticas e diretrizes da APS a atenção dos usuários e aos problemas mais graves de saúde mental. Essas diretrizes têm enfatizado a formação das equipes da atenção básica e o apoio matricial de profissionais de saúde mental junto a essas equipes (BRASIL, 2011).

Em 2003 foi criada a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS – Humaniza SUS (BRASIL, 2003), visando à valorização e o fortalecimento do

SUS. Ela defende que quando existem equipes de apoio matricial e de referência no território é possível viabilizar o atendimento à demanda de saúde mental no território do indivíduo. Quando a equipe de saúde de referência reconhece este território, ela passa a utilizar os recursos existentes nesta localidade como formas de intervenção, para a inclusão do sujeito e empoderamento do seu direito de cidadania, no intuito de integrá-las como projeto terapêutico que promova a saúde (GOMES, 2006).

A Atenção Primária a Saúde

A atuação da Atenção Primária de Saúde (APS) tem em suas ações, em acordo com os princípios do SUS, as principais diretrizes: a integralidade, territorialização, aditamento da clientela e o trabalho em equipe multiprofissional (BRASIL, 2005).

Neste novo contexto a família passa a ser o centro da atenção e não somente o doente, introduzindo um conceito de cuidado ampliado, atuando de forma preventiva principalmente. Sendo assim encontramos na UBS a porta de entrada ao SUS, incluso às necessidades dos usuários da rede de saúde mental (BRASIL, 2004).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil veio propor a construção de uma nova Política de Saúde Mental que direciona suas ações, incluindo o processo de desinstitucionalização e garantindo os direitos de cidadania às pessoas com transtorno mental. Portanto a proposta da Política Nacional de Saúde Mental é ampliar o cuidado de usuários de saúde mental nos serviços da Atenção Primária em Saúde (APS), incluindo as UBS e as Unidades com Estratégia de Saúde (USF) (BRASIL, 2007).

Um dos princípios presentes na reforma psiquiátrica é a territorialização, que por sua vez é um dos pressupostos básicos da APS, no qual o indivíduo é tido como participante de suas redes sociais. De acordo com o Relatório de Caracas (BRASIL, 2005) o território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns (CHIAVERINI, 2011).

Neste contexto, se faz necessária a co-responsabilização pelos casos, entre a APS e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo este último articulador da rede de atenção à saúde mental, esta responsabilização compartilhada dos casos exclui os encaminhamentos de forma indiscriminada, pois aumenta a capacidade de resolver problemas de saúde pela equipe local, produzindo-se assim a lógica do apoio matricial, onde a equipe do CAPS, junto com membros das equipes de outros equipamentos, apoiam as equipes da APS através de ações de supervisão, atendimento conjunto e específico e capacitação (CHIAVERINI, 2011).

Em todos os cenários, as equipes matriciais de saúde mental e da APS partilham os casos e constroem de forma coletiva as estratégias para abordar os problemas relacionados à violência, ao abuso de álcool e outras drogas, as estratégias para redução de danos, o fomento de ações para diminuir a segregação pela loucura e combate ao estigma, e o desenvolvimento de ações de mobilização dos recursos comunitários para a reabilitação psicossocial. Essa articulação entre as políticas de saúde mental e a APS tendem a ampliar e tornar mais eficazes as intervenções dos dois campos (CHIAVERINI, 2011).

Portanto o cuidado em saúde mental nos serviços da APS em conjunto com a rede de atenção psicossocial tem como prioridade a identificação de saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, atuando de forma coletiva para atender de forma ampliada e aumentar a capacidade de acolhimento, vínculo e resolubilidade das demandas cotidianas de saúde mental que chegam às Unidades (OLIVEIRA, 2010).

Neste contexto, as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) corresponde à solução organizativa proposta para a implementação desse modelo assistencial dentro do território, colocando a UBS no centro da terapêutica. Compartilhando dos princípios do SUS, tem como características ser essencialmente pública, comunitária e ter controle social fiscalizador e gestor. Tendo como base de atuação o território, que não é apenas a designação de uma área geográfica, mas dos indivíduos, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se desenvolve a vida comunitária. A RAPS é constituída pelos seguintes componentes: I - Atenção Básica em Saúde; II - Atenção Psicossocial Especializada; III - Atenção de Urgência e Emergência; IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório; V - Atenção Hospitalar; VI - Estratégias de Desinstitucionalização; e VI - Reabilitação Psicossocial (CHIAVERINI, 2011).

Grupo terapêutico

Para que seja feita a construção da cidadania, a atenção psicossocial direciona suas ações para a recuperação da autoestima individual e coletiva. Neste contexto, a ressocialização do indivíduo em sofrimento psíquico sobrepassa a demanda clínica e compõe um processo complexo de atenção, sendo assim, exige então instrumentos e estratégias para a concretização de ações resolutivas (OLIVEIRA, 2010).

Nesse sentido, o trabalho desenvolvido com pequenos grupos é uma ferramenta primordial nas práticas de saúde desenvolvidas na APS (ANDRADE, 2009).

Ballarin (2003) define um grupo como um conjunto de pessoas que interagem umas com as outras. Maximino (2001) reforça a conceituação de grupo como sendo um conjunto de pessoas, mas completa afirmando que neste conjunto os participantes devem compartilhar algumas características específicas, e que não estejam incluídas neste mesmo grupo as pessoas que não apresentam estas particularidades. Segundo Chiaverini (2011), um grupo na APS, é composto por quatro pessoas no mínimo, e o número máximo de pessoas é aquele que permite que todos se vejam e se ouçam, sem necessidade de fazer movimentos corporais ou usar artifícios auditivos.

O grupo terapêutico potencializa as trocas dialógicas, possibilita dividir experiências e proporciona a adaptação ao modo de vida individual e coletiva. Além de propiciar um espaço de fala do sofrimento gerando assim a possibilidade de prevenção dos efeitos do estresse cotidiano das pessoas, visando garantir a essas populações o resgate da autoestima necessária para implementação de mudanças em suas vidas (ANDRADE, 2009).

Segundo Barreto (2005) essa metodologia é um espaço onde se procura partilhar experiências de vida e sabedoria de forma horizontal e circular. Sabe-se que até o momento, ela tem sido adotada para grupos de pessoas da comunidade no sentido de empoderá-las em seus contextos sociais, de vida e profissionais.

Na APS já existem trabalhos realizados em grupos tendo como principais temáticas abordadas às doenças crônicas, o grupo de gestantes e de puericultura dentre outros, tendo como metodologia, práticas que atendam às demandas de cada grupo e ainda desenvolvendo um trabalho de promoção e prevenção da saúde (BRASIL, 2010).

Sendo assim os grupos terapêuticos na UBS favorece ainda mais o vínculo entre profissional e comunidade, representando uma metodologia mais dinâmica, participativa e integrativa aos grupos de educação em saúde, estimula a prática de autocuidado e divide a responsabilidade com a população quanto ao seu processo saúde-doença, propiciando a elaboração do diagnóstico epidemiológico local, redirecionando a demanda de usuários que passam por sofrimento psíquico que ocupa agendamentos da assistência para os grupos terapêuticos (BRASIL, 2004).

Sob este ponto de vista, o grupo terapêutico está em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde e da qualidade de vida e redução da vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes - modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Assim, o grupo constitui-se como espaço terapêutico ao viabilizar a atuação de determinados fatores terapêuticos que ajudam o indivíduo em sua tomada de consciência como ser social (BRASIL, 2010).

A ideia de que fatores terapêuticos atuam no tratamento psicoterápico existe com base no levantamento de que é possível classificar os elementos benéficos da psicoterapia. Nessa perspectiva, fator terapêutico é entendido como um elemento da terapia de grupo que contribui para melhorar a condição de um paciente e que pode resultar tanto das ações do terapeuta quanto dos demais participantes ou do próprio paciente (BARRETO, 2005).

Alguns desses fatores terapêuticos são: favorecer a identificação do indivíduo consigo mesmo e com o outro, proporcionando a estruturação de comportamentos imitativos positivos; Gerenciamento de conflitos elaborando novas formas de relacionamento e socialização; Mudanças no contexto familiar que os indivíduos estão inseridos, possibilitando a transferência lateralizada; Catarse e realização de experiências emocionais corretivas; Espaço de apoio social, em que a troca de informações, a participação e a discussão das dificuldades de todos e de cada um levam a uma aprendizagem interpessoal em um ambiente apropriado; E apoio coletivo que reforça fatores existenciais humanistas e altruístas (BARRETO, 2005).

De acordo com Chiaverini (2011,p 55) nos grupos de educação em saúde, a estruturação mais participativa, menos hierarquizada, com maior espaço para os aspectos subjetivos das dificuldades dos pacientes, traz muitos benefícios, dentre os quais destaco:

“Maior aderência do paciente ao tratamento; Ampliação do conhecimento sobre a patologia; Maior habilidade da capacidade de assimilação de informações; Acréscimo da capacidade adaptativa; Aumento da resiliência; Maior interação com o sistema de saúde; Aumento das noções de direitos e deveres; Diminuição da passividade; Estimulação da percepção da responsabilidade sobre o tratamento; Estimulação da solidariedade e maior estímulo sobre a atuação de cada paciente na comunidade; Melhora da relação e da comunicação profissional (equipe)-paciente; Integração dos profissionais de saúde, promovendo a interdisciplinaridade; Amplificação da personalização nas relações equipe-paciente e equipe-equipe e, portanto, do cuidado”.

Portanto a abordagem dos pacientes com sofrimento psíquico na atenção primária acontece desde o acolhimento ao tratamento farmacológico ou não farmacológico,

devendo agir como terapeutas e gestores da atenção, referenciando aos serviços de saúde mental quando necessário (BRASIL, 2010).

Contudo essas intervenções agem terapêuticamente na redução do sofrimento emocional e até mesmo na reestruturação pessoal e na resolução dos transtornos mentais presentes nos pacientes. Além disso, as intervenções terapêuticas na atenção primária também contribuem para a melhoria da capacidade de enfrentamento dos problemas cotidianos e aumenta a autoestima e a resiliência, favorecendo assim um aumento ampliado e integral na qualidade de vida do usuário da UBS (ANDRADE, 2009).

6. Metodologia

Trata-se de um projeto elaborado para execução de um grupo de intervenção educacional e terapêutico, a ser realizado na Unidade Básica de Saúde Posto III. Localizada na Rua Juscelino Kubitschek número 80, bairro Jardim América, na cidade de Capão do Leão – Rio Grande do Sul, onde se encontram cadastrados 15000 de moradores. A amostragem foi definida durante atendimentos médicos realizados.

Seleção de indivíduos para participação do grupo:

A população participante do grupo será estabelecida depois dos dados obtidos durante a entrevista, para logo serem incluídos ao grupo. Caso haja um número superior a dez pessoas, serão divididos em grupos de 10 sujeitos.

Público Alvo

Todos os usuários de psicofármacos voltados para o manejo do sofrimento psíquico que são atendidos na UBS em questão.

O Grupo

Acontecerá uma vez na semana, 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.

7. Cronograma

Atividades	Período/2016 -2017						
	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev
Definição do Tema e objetivos	X						
Revisão de Literatura	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração do Projeto	X	X	X				
Conclusão do Projeto				X			
Seleção dos indivíduos					X		
Formação do Grupo					X		

Início das atividades							X	
Análise das Primeiras impressões							X	X

8. Recursos

Dos recursos humanos:

Contaremos com a participação de um médico, um dentista, um enfermeiro e um técnico de enfermagem, como equipe fixa, e demais profissionais que poderão ser convidados de acordo com as necessidades do grupo.

Dos recursos financeiros:

Foi enviada uma proposta de investimento à Secretaria Municipal de Saúde, contendo especificamente itens como: canetas, lápis, papel ofício, lápis de cor, tintas aquareláveis, papeis para dobradura, livros de poesia, aparelho de multimídia; aguardamos reunião para tomada de decisão. Pois já que as reuniões acontecerão de forma livre precisaremos de diversos tipos de materiais.

9. Resultados Esperados

Este projeto tem o intuito de promover um melhor atendimento da demanda de usuários da UBS Posto III 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 APS e os usuários.

Além de propiciar um ambiente terapêutico gerador de autoestima através do compartilhamento de experiências, ajuda mútua, produzindo uma ressignificação social individual e coletiva, já que este tipo de abordagem faz com que o indivíduo se empodere de sua autonomia e dignidade.

E ainda contribuir para um melhor relacionamento dos familiares com os usuários. Contribuir com a promoção da saúde, e colaborar efetivamente com mudanças que reforça o papel ético, técnico e social que é inerente ao exercício profissional da saúde.

No que se refere à produção da saúde mental, acredito que, por proporcionar a integração dos sujeitos e estimular a comunicação e a partilha de sentimentos, opiniões e discussões, os grupos terapêuticos proporcionam o fortalecimento dos envolvidos e a ampliação da comunicação interpessoal e da capacidade de resolver conflitos frente aos desafios do viver na sociedade moderna, podendo colaborar com a redução dos agravos relacionados ao sofrimento psíquicos gerados a partir dos riscos, incertezas, conflitos e situações comuns ao viver nesta sociedade. Dessa forma, o grupo pode contribuir de forma direta para a promoção da saúde mental.

10. Referências Bibliográficas

ABRATECOM - Associação Brasileira de Terapia Comunitária. Disponível em: <www.abratecom.org.br>. Acesso em: ago. de 2016.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BARRETO, A.P.; OLIVEIRA, M.V. **O SUS e a terapia comunitária**. UFC Fortaleza, 2009.

BARRETO, A. P. **Terapia comunitária passo a passo**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2005.

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, 2013. **176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)**.

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

CHIAVERINI, D. H. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília, 2011.

_____. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. 292p.

Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (**Caderno de Atenção Básica, n. 27**) ISBN 978-85-334-1697-0.

FERNANDES, Maria Teresinha de Oliveira; de Aquino, Ana Luiza; Santos, Graziela da Costa; Soares, Sônia Maria; de Lima, Luciano Carneiro. **Terapia comunitária: Uma metodologia inovadora na Atenção Primária em Saúde no Brasil**. Evidentia. 2011 abr-jun; 8(34). Em: <http://www.index-f.com/evidentia/n34/ev7494p.php>

GOMES, V. G. **Apoio Matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. (2005). **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde**. (Série E. Legislação de Saúde) 2. ed. 9 p. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo a saúde nos municípios**. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Brasília, 2005.

OLIVEIRA, G.N. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. 2. ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010. 204p.

SILVA, M.D.P.; LUSI, 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.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 42, n.1, p. 127-34, 2008.

