

## **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**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNASUS**

SAMARA DOURADO MATOS

ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE MENTAL NA UNIDADE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA JOSÉ MACHADO DE SOUZA, ARACAJU-SE

ARACAJU-SE  
2017

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNASUS**

SAMARA DOURADO MATOS

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

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 Msc. André Luiz da Silva.

ARACAJU-SE  
2017

## SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	04
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO	06
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	18
4 VISITA DOMICILIAR	31
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA	41
REFERÊNCIAS	43
ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO	47

## 1 INTRODUÇÃO

Samara Douardo Matos, formada pela Universidade federal de Campina Grande em março de 2016, um curso que possui como pilares a formação de médicos generalistas com enfoque na atenção básica de saúde, desde os primeiros anos de curso fomos ensinados sobre a importância do Sistema Único de Saúde e inseridos na atenção básica de saúde. Após minha formação iniciei meu trabalho como médica na Unidade básica de Saúde Hugo Gurgel na cidade de Aracaju, onde permaneci por alguns meses até fazer parte do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), sendo alocada na Unidade de básica de Saúde José Machado de Souza, no município de Aracaju-SE.

A unidade de saúde José Machado é formada por seis equipes de saúde da família, cada uma composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem e cinco agentes de saúde, esta localizada no bairro Santos Dumont, zona norte da cidade de Aracaju, Sergipe.

O bairro é conhecido por muitos como periferia da cidade, vem se modernizando bastante nos últimos nos últimos anos. Entretanto em seu predomínio o nível de renda da população é baixo.

A área de atuação da minha equipe se encontra nas proximidades da unidade de saúde, uma área considerada central no bairro, onde se encontra comércio, escolas, igrejas, praças. Todas as ruas são calçadas, a maioria das casas é de alvenaria, possuem rede de esgoto, energia elétrica e água encanada, com coleta regular de lixo. No entanto algumas casas são extremamente pobres. Temos como estruturas comunitárias que servem como rede de apoio: Uma escola municipal, dois colegios municipais, uma creche particular, uma igreja católica, tres igrejas evangélicas e uma associação de cabos de soldados.

A maioria dos atendimentos realizados ocorrem por meio de consultas agendadas, cujos agendamentos ocorrem diariamente, não há uma diferenças significativas nos números de atendimentos por faixa etária, havendo uma boa cobertura para crianças, jovens, adultos e idosos. Levando em consideração as doenças a um predomionio de atendimento para doenças crônicas como diabetes e hipertensão arterial, a também grande número de atendimentos devido a doenças osteoarticulares. Além dessas a um grande destaque para a frequência de atendimentos voltados para a saúde mental. Levando em consideração o número total de consultas durante o mês, os atendimentos

em saúde mental são responsáveis por cerca de 14% das consultas, hipertensos 38% e diabéticos 20%. Portanto em consideração os atendimentos de uma forma geral esses números revelam uma frequência considerável de atendimentos em saúde mental.

## **2 ESTUDO DE CASO CLINICO**

### **1.0 Diagnóstico**

#### **1.1 Identificação**

J.S, 46 anos, feminino, parda, solteira, Segundo grau completo, pensionista, evangélica, natural do município Poço verde - SE, residente em Aracaju-Se. A renda familiar é proveniente do benefício salarial devido à doença.

#### **1.2 Localização territorial**

A residência na qual essa família vive possui cinco cômodos (dois quartos, uma sala, uma cozinha e um banheiro), água encanada, energia elétrica, fossa séptica e é alugada. A mesma fica localizada na Rua Jonaldo Bonfim, Bairro Santos Dumont, essa é plana, asfaltada, apresenta fluxo intenso de automóveis, com coleta de lixo regular. Nessa área, a Unidade de Saúde da Família José Machado de Souza é o serviço básico de saúde de referencia.

#### **1.3 Arranjo familiar**

J.S é a sexta filha do casal M.C.S e A.F.S, vivia com os pais na sua cidade natal, até os 36 anos quando se mudou para a cidade de São Paulo para trabalhar, onde permaneceu por 6 anos, no entanto durante esse período começou a apresentar sinais de sofrimento psíquico, sendo diagnosticada com esquizofrenia, retornando para o convívio dos familiares. Devido ao comprometimento causado pela doença J.S foi interdita e sua irmã M.L.S foi nomeada sua curadora, no momento elas vivem junto com o irmão J.R.J.S e cinco sobrinhos (J.J.J.S, S.C.J.S, A.G.J.B, L.G.J.B, A.L.J.O). J.S recebe aposentadoria por invalidez, que juntamente com a venda de espetinhos, realizado pela irmã alguns dias da semana é a renda atual da família.

#### **1.4 Queixas e situação**

J.S foi diagnosticada com esquizofrenia aos 35 anos, no entanto segundo informações colhidas com a paciente e confirmadas pela irmã, ela já apresentava sintomas da doença desde a infância, todavia os sintomas eram atribuídos pela família a

“ vento caído”, “ mau-olhado” não recebendo acompanhamento para o quadro. Apesar das limitações chegou a frequentar a escola e concluir o segundo grau, trabalhava como domestica, quando decidiu ir para São Paulo, procurar oportunidades de emprego. Após a mudança os sintomas pioraram, tornando mais intensas as alucinações, permanecendo por muito tempo sem tratamento, até que um amigo que morava próximo a sua residência, percebendo a situação na qual a mesma se encontrava a levou para uma consulta médica, quando foi diagnosticada com esquizofrenia e iniciado o tratamento. Atualmente apresenta bom controle dos sintomas, entretanto com alguns momentos de crise de ansiedade, o que a fez aumentar de forma importante o tabagismo prévio, apresentando um consumo médio de 20 cigarros/dia. No momento faz acompanhamento com psiquiatra e procura a unidade de saúde José Machado de Souza para renovar receita das medicações, sendo questionada sobre o tabagismo refere desejo em parar de fumar. Não apresentou outras queixas na primeira consulta.

### **1.1 Medicamentos em uso**

Biperideno 2mg – 1cp 12/12h, clonazepam 2mg - 1cp a noite, clorpromazina 100mg – 1cp de 12/12h, Carbamazepina 200mg – 1cp de 8/8h, haldol decanoato 70,52mg/ml – 2 amp IM a cada 15 dias.

### **1.2 Exame físico**

#### **1.2.1 Sinais Vitais**

**Pulso:** 80 bpm; **PA:** 120/80 mmHg; **FR:** 18 irpm;

#### **1.2.2 Ectoscopia**

Paciente em bom estado geral; consciente e orientado no tempo e no espaço; acianótico, anictérico e afebril; fâcies incharacterística; marcha normal; biótipo normolíneo; mucosas normocoradas e úmidas; pele de elasticidade e turgor preservados; ausência de manchas na pele; pêlos em quantidade e distribuição compatíveis com a idade e sexo; ausência de edema subcutâneo; musculatura normotrófica; sem deformidades osteoarticulares; ausência de veias varicosas nos membros inferiores; extremidades com perfusão preservada.

#### **1.2.3 Sistema respiratório**

**INSPEÇÃO:** Tórax em conformação normal, ausência de abaulamentos e retrações, Frequência respiratória sem alterações, e ausência de tiragem intercostal.

**PALPAÇÃO:** Ausência de massas palpáveis e pontos dolorosos; frêmito toracovocal normal; expansibilidade torácica normal.

**AUSCULTA:** Murmúrio vesicular normal e ausência de ruídos adventícios.

#### **1.2.4 Sistema Cardíaco**

**INSPEÇÃO:** Ausências de abaulamentos e retrações.

**AUSCULTA:** Normocardico, com ritmo cardíaco regular em dois tempos, sem sopros.

### **1.3 Sentimentos e Expectativas**

J.S apresentada uma boa aceitação da sua doença e tem consciência da sua dependência ao cigarro, tendo partido dela o desejo de para de fumar, antes mesmo de ser questionada.

Apresenta uma boa relação com a irmã M.L.S, com a qual possui uma relação de respeito e carinho, sendo o vínculo familiar mais consistente apresentado pela paciente. Possui uma relação bastante conflituosa com um dos sobrinhos, J.J.J.S, que faz uso abusivo do álcool e que durante os períodos que se apresenta sobre efeito do álcool, a faz ameaças e a deixa bastante ansiosa.

A relação com os demais moradores da residência é cordial e sem conflitos.

Até o momento J.S é solteira e possui um novo relacionamento amoroso.

Revela no seu discurso que possui muita vontade de casar, sair de casa e ter a oportunidade de constituir sua própria família. Além de conseguir abandonar o tabagismo e trabalhar, entretanto ao ser questionada não sabe informar com que se sente apta para trabalhar.

### **1.4 Vulnerabilidades**

**Isolamento:** Permanece muito tempo dentro de casa convivendo apenas com os familiares, não possui nenhum outro tipo de ocupação diária, ou outras pessoas com quem possa dividir suas angustias e ocupar o seu tempo, o que em muitos momentos

aumenta sua ansiedade e desejo pelo consumo do cigarro, já que esse provoca relaxamento e satisfação.

Medo em utilizar transporte: Apresenta medo intenso de utilizar transporte público, afirma temor que as pessoas possam fazer alguma coisa de ruim a ela. No entanto devido a sua condição financeira, não apresenta outro meio de transporte viável, dificultando bastante sua locomoção, que se restringe a locais próximos a sua residência.

Não apresentar nenhuma ocupação: Após ser aposentada devido à doença, a paciente não apresenta nenhum outro tipo de atividade laborativa ou lúdica, o que torna o tabagismo uma fonte de prazer.

Relacionamentos amorosos instáveis: Seus relacionamentos amorosos costumam durar pouco tempo, e acabam resultando em muita insegurança e conflitos frequentes para a paciente.

Espaço físico da casa inapropriado para a quantidade de moradores: O espaço físico da casa é muito restrito para a quantidade de moradores, os dois quartos precisam ser divididos por 8 moradores, que diminui a privacidade de todos eles e o conforto de uma forma geral, dificultando bastante a convivência.

Dependência financeira familiar: A principal e quase exclusiva renda da família é a aposentadoria de J.S, além do dinheiro não ser suficiente para todas as despesas da casa, impossibilita a paciente de poder concretizar seus desejos ou construir sua própria família, já que a renda que ela disponibiliza é totalmente comprometida com os familiares.

## **1.5 Potencialidade**

Boa aceitação do sofrimento psíquico: a paciente entende e aceita bem o seu sofrimento psíquico e que necessita de tratamento, tem boa recepção a terapêutica, e não ver a doença como um fardo como acontece com boa parte dos pacientes psiquiátricos, possui motivação para o acompanhamento e as limitações que a doença a impõe.

Relação sólida e apoio da irmã: apresenta uma relação de confiança e cuidado com a irmã, que se coloca a disposição para auxílio e ajuda no tratamento e no enfrentamento dos problemas.

Desejo de abandonar tabagismo: Apresentou a iniciativa em procurar ajuda para abandonar o tabagismo, por ter a percepção que a dificuldade seria bem maior se a

tentativa fosse realizada sozinha, e essa motivação para a superação do vício é ponto crucial para o sucesso do tratamento.

### **1.6 Ações realizadas (Primeiro contato)**

O primeiro contato feito com J.S foi realizado por meio da consulta médica, marcada pela própria paciente para renovação da receita de medicação de uso contínuo para esquizofrenia, durante a consulta a paciente levantou o problema do tabagismo e o seu desejo em abandonar o vício. Aproveitando esse primeiro contato e o fato da unidade básica de saúde José Machado de Souza possuir uma equipe de residência multidisciplinar em saúde mental, foi conversado com a paciente sobre a possibilidade de um acompanhamento conjunto com a equipe de residentes na própria unidade para enfrentamento do tabagismo, após a aceitação da mesma, foi feita a primeira abordagem juntamente com os residentes, onde a problema foi analisada e as primeiras estratégias traçadas, levantando informações para elaboração de um projeto terapêutico para a paciente, e novos encontros foram programados. Ao analisar o caso clínico de J.S percebemos no que diz respeito a esquizofrenia seus sintomas se encontram bem controlados com o uso da medicação atual, e que sua principal preocupação residia no abandono do tabagismo, desta forma esse foi a problemática principal abordada, sem no entanto deixarmos de levar em consideração outras questões levantadas durante os atendimentos.

Os atendimentos foram realizados de forma conjunta pela equipe da unidade básica de saúde e a equipe de residência multidisciplinar em saúde mental formada por: uma psicóloga, um farmacêutico, uma educadora física, uma enfermeira e uma assistente social.

## **2.0 Elaboração do projeto terapêutico**

### **2.1 Abordagem do sofrimento psíquico**

Tradicionalmente, a terapêutica utilizada com o paciente psiquiátrico não o considerava como sujeito ativo do seu tratamento, não envolvia sua família e não valorizava sua história, sua cultura, sua vida cotidiana e sua qualidade de vida. O principal foco de atenção era a doença (PINTO et al, 2011). Realidade que começou a ser modificada com a reforma psiquiátrica e que se apresenta em contínua construção.

O modelo de atenção psicossocial é fundamentado na valorização do saber e das opiniões dos usuários/famílias na construção do projeto terapêutico (PINTO et al, 2011). Dessa forma, a terapêutica não se restringirá, somente a tratamento medicamentoso ou cirurgico; e sim, na valorização do poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio psicossocial. Esta é firmada em reuniões para discussão do processo de trabalho, comunicação ampla dos trabalhadores entre si e também pela participação mais efetiva do usuário/família na construção do projeto terapêutico (PINTO et al, 2011).

O projeto terapêutico é elaborado com base nas necessidades de saúde de cada usuário, não excluindo suas opiniões, seus sonhos, seu projeto de vida (PINTO et al, 2011).

Ao analisar a esquizofrenia um transtorno de evolução crônica. Que costuma comprometer a vida do paciente, torná-lo frágil diante de situações estressantes e aumentar o risco de suicídio (SHIRAKAWA, 2000). Assim, exige um acompanhamento do paciente em longo prazo e que o psiquiatra faça um planejamento para segui-lo ao longo do tempo. Exige, em geral, o tratamento em equipe multidisciplinar. Visto que a abordagem exclusivamente médica não dá conta da questão (SHIRAKAWA, 2000).

Levando em consideração essa abordagem de tratamento centrado na pessoa, desde o início foi valorizada a visão da paciente sobre a doença e pactuada a sua coparticipação, do ponto de vista do sofrimento psíquico, percebemos que a grande vulnerabilidade da paciente era principalmente a fragilidade que apresentava em seus relacionamentos amorosos, a ausência de atividades ocupacionais e lúdicas. O que a tornava mais suscetível a momentos de crise.

As relações afetivas foram discutidas com a paciente, valorizando o papel ativo que ela deveria ter nas mesmas, pontos que poderiam ser modificados ou melhorados. Já levando em consideração atividades que ela poderia desenvolver foi aventada com a equipe a integração da paciente em atividades desenvolvidas no CAPS, como grupos de pintura, canto, dança, e também atividades profissionalizantes desenvolvidas na comunidade, J.S se mostrou bastante motivada para realização das atividades, pactuamos com a irmã M.C que iria acompanhá-la nas primeiras visitas ao CAPS e depois quando a paciente se sentisse segura e motivada iria sozinha.

Não houve mudanças no ponto de vista do tratamento farmacológico para esquizofrenia, já que a paciente apresenta bom controle dos sintomas com a medicação

em uso, foi apenas fortalecida a importância do acompanhamento multiprofissional que poderá ser realizado na própria unidade de saúde.

## **2.2 Abordagem do Tabagismo**

Apesar de todo o conhecimento científico acumulado sobre os riscos do tabaco, as tendências do seu consumo ainda são alarmantes. Um terço da população mundial, com 15 anos ou mais, é fumante. No Brasil, 9% da população são dependentes de tabaco. Sendo que 16,4% desejam parar ou reduzir seu consumo (MAZONI et al, 2008). Há evidências de redução da prevalência geral em relação aos anos anteriores, principalmente na população de maior renda, entretanto com um aumento relativo na população de mulheres e jovens (COSTA et al, 2006).

Pesquisas internacionais mostram que embora 80% dos fumantes desejem parar de fumar, apenas 3% conseguem fazê-lo por si mesmos e, somente 7% dos que tentam parar sozinhos se mantêm abstinentes por um período longo de tempo (MAZONI et al, 2008). Figuram como principais barreiras à cessação de fumar a dependência de nicotina, os sintomas da síndrome de abstinência, a depressão e o ganho de peso (OTERO et al, 2006).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) o tabaco é responsável por 40% a 45% das mortes por câncer; 90% a 95% das mortes por câncer de pulmão; 75% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); 20% das mortes por doenças vasculares e 35% das mortes por doenças cardiovasculares entre homens de 35 a 69 anos (OTERO et al, 2006).

No Brasil, o tabagismo é responsável por mais de 200 mil mortes, por ano. Conseqüentemente, além da prevenção da iniciação do tabagismo, é indispensável que o tratamento para cessação de fumar seja um componente essencial nos cuidados da saúde pública (OTERO et al, 2006).

O tratamento do tabagismo pode ser realizado por meio de intervenções farmacológicas e comportamentais essa associação pode aumentar a taxa de sucesso de abstinência em 15% a 30% se comparado a outras formas de tratamentos isolados (MAZONI et al, 2008). Resultados de meta-análises têm mostrado que o tratamento comportamental utilizado em conjunto com a farmacoterapia aumenta substancialmente o sucesso da cessação do tabagismo. Por exemplo, de acordo com meta-análise conduzida por sete organizações governamentais americanas, incluindo o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e o National Institute of Health, a proporção de

abstinência relacionada à terapia cognitivo-comportamental aumentou tanto com a duração quanto com o número de sessões. Nessa mesma meta-análise, o aumento da proporção de abstinência relacionado à terapia de reposição de nicotina com adesivo associada ao aconselhamento foi de 80% população (de voluntários) de referência (OTERO et al, 2006).

Não há dúvida de que medidas psicossociais, não-medicamentosas, são essenciais no tratamento do fumante, podendo ser comparadas ao tratamento farmacológica em termos de importância e impacto (PRESMAN et al, 2005). Visto que, a maioria das recaídas após um período de abstinência de cigarros está relacionada a situações de estresse psicossocial; muitas estão relacionadas também à presença de outros fumantes no ambiente. Lidar com o dependente do tabaco requer a adoção de uma perspectiva genuinamente integrada que inclua o biológico, o psicológico e o social, sem distinção de prioridade (PRESMAN et al, 2005).

A dependência de nicotina é uma doença crônica e a recaída pode fazer parte do processo. Sabe-se, por exemplo, que muitos fumantes tentam deixar o cigarro de cinco a sete vezes antes de obter o sucesso (PRESMAN et al, 2005). Muitas vezes os pacientes precisam ser motivados novamente para considerarem uma nova tentativa. Além disso, é essencial o estabelecimento de uma relação sem julgamento e empatia para que o paciente sintam-se confortável para falar de seu desejo de fumar, seus medos e até de seus lapsos e recaídas (PRESMAN et al, 2005).

O tratamento farmacológico para dependência de nicotina inclui diferentes métodos. As doses são administradas conforme a necessidade de cada fumante, considerando-se o grau de dependência, a tolerância e a preferência do indivíduo. Os fármacos utilizados classificam-se conforme o mecanismo de ação e a eficácia. Destacam-se os agentes nicotínicos (terapia de reposição de nicotina-TRN) e os não-nicotínicos (antidepressivos). A TRN e a bupropiona são de primeira linha e as demais intervenções, como a nortriptilina e a clonidina, são de segunda linha (MAZONI et al, 2008).

Já no tratamento comportamental varias técnicas podem ser usadas, dentre elas o método da abordagem cognitivo-comportamental é o mais utilizado no tratamento das dependências químicas em geral. Consiste na combinação de intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais (OTERO et al, 2006).

As suas finalidades são informar ao fumante sobre os riscos do tabagismo e os benefícios de parar de fumar, assim como apoiar o paciente durante o processo de

cessação, fornecendo orientações para que possa lidar com a síndrome de abstinência, a dependência psicológica e os condicionamentos associados ao comportamento de fumar (OTERO et al, 2006), procura auxiliar o fumante a identificar os gatilhos relacionados ao desejo e ao ato de fumar e utiliza técnicas cognitivas e de modificação do comportamento para interromper a associação entre a situação gatilho, a fissura de fumar e ao comportamento de consumo (PRESMAN et al, 2005) . Frequentemente, utilizam-se estratégias para lidar com estresse e afetos positivos e negativos, solução de problemas, além do manejo dos sintomas de síndrome de abstinência. Uma vez que o fumante pare de fumar, são utilizadas técnicas de prevenção de recaída (PRESMAN et al, 2005).

Pacientes psiquiátricos as poucas evidências existentes sobre o assunto sugerem que tratamentos comportamental e farmacológico são eficazes para pacientes motivados. É fundamental que o tratamento seja personalizado para as necessidades individuais desta população específica. Para esse tipo de paciente é essencial à integração da equipe de atenção primária com o psiquiatra, para dar maior suporte ao fumante (PRESMAN et al, 2005).

Devido às características psicológicas associadas às doenças crônicas, associadas ao fato de que o cigarro é uma fonte de prazer atuando no cérebro dos fumantes como uma espécie de calmante imediato, observa-se a necessidade de uma avaliação mais aprofundada do fumante que está em acompanhamento em um programa de abandono do tabagismo, com objetivo o controle da ansiedade, além da aplicação da técnica cognitivo-comportamental para auxílio do abandono do tabagismo (COSTA et al, 2006). Assim, os pacientes devem ser orientados quanto a técnicas de controle da ansiedade, tais como o relaxamento muscular progressivo e a respiração diafragmática, realização de atividades físicas e outras atividades prazerosas para os pacientes como cantar, pintar, ler, além do treinamento em habilidade social, especialmente para a recusa ao oferecimento de cigarro (COSTA et al, 2006).

Dentre as atividades que podem ser realizadas no que diz respeito a atividade física evidências sugerem que o exercício pode ser importante como coadjuvante em programas de interrupção ao tabagismo. Possíveis explicações para este efeito incluem: redução no ganho de peso, redução dos sintomas de abstinência e do desejo de fumar. Estudos demonstram que o exercício reduz o desejo de nicotina, a inquietação, os distúrbios do sono, a tensão e o estresse, além de promover em muitos casos a melhora da auto estima, contribuindo para a prevenção da recaída (COSTA et al, 2006).

Desta forma abordagem multiprofissional no tratamento do tabagismo, além de prevenir e identificar as doenças tabaco-relacionadas, auxilia no controle da doença de base, além de promover mudanças de hábitos (alimentares e de atividade física); a reestruturação cognitiva, promovendo mudanças comportamentais; a redução do sedentarismo e melhora da condição cardiorrespiratória (COSTA et al, 2006).

Devido a indisponibilidade das medicações para tratamento do tabagismo na unidade básica de saúde e a impossibilidade financeira da paciente pra adquirir as medicações, a abordagem iniciada com a paciente foi comportamental, e o modelo escolhido foi o cognitivo-comportamental. No primeiro momento foram realizadas orientações sobre os riscos do tabagismo e a vantagens da cessação, a paciente se apresentou desde o início bastante motivada para enfrentar o problema, identificamos os principais gatilhos para o consumo do cigarro que se concentravam principal nos grandes intervalos de tempo sem ocupação e os conflitos familiares e amorosos que levavam a um aumento da ansiedade e a busca do cigarro como fonte de relaxamento e prazer.

Foi pactuada com a paciente a diminuição gradual do cigarro a cada dia, destacando o fato de que ela não precisava se culpar caso não conseguisse diminuir o consumo de forma efetiva ou tivesse momentos de recaída durante o processo que estamos ali para ajuda-la no que fosse possível e que ela poderia tentar quantas vezes fosse necessário ate o sucesso ser alcançado. Alguns comportamentos levantados pela paciente foram incentivados para o enfrentamento dos momentos de crise como: realizar uma atividade física (caminhada da praça próxima a sua residência), ouvir músicas, cantar, ir a igreja, fazer alguma atividade que ajudasse a irmã no cuidado da casa como lavar os pratos, lavar suas roupas, arrumar sua cama.

Foi também discutida com a paciente a participação em um grupo de tabagismo no hospital universitário, no qual as medicações para o tratamento são disponibilizadas de forma gratuita, essa ação não foi realizada no primeiro momento pela dificuldade da paciente em utilizar transportes públicos e não possuir outra forma de locomoção possível ate o hospital universitário, a dificuldade de utilização de transporte publico será abordada pela equipe ao longo das consultas.

### **3.0 Metas Pactuadas**

Diminuição gradual do consumo de cigarros.

Realizar atividade física.

Participar das atividades desenvolvidas pelo CAPS.

Buscar outras fontes de renda para a família.

Elaborar formas solucionar o conflito com o sobrinho.

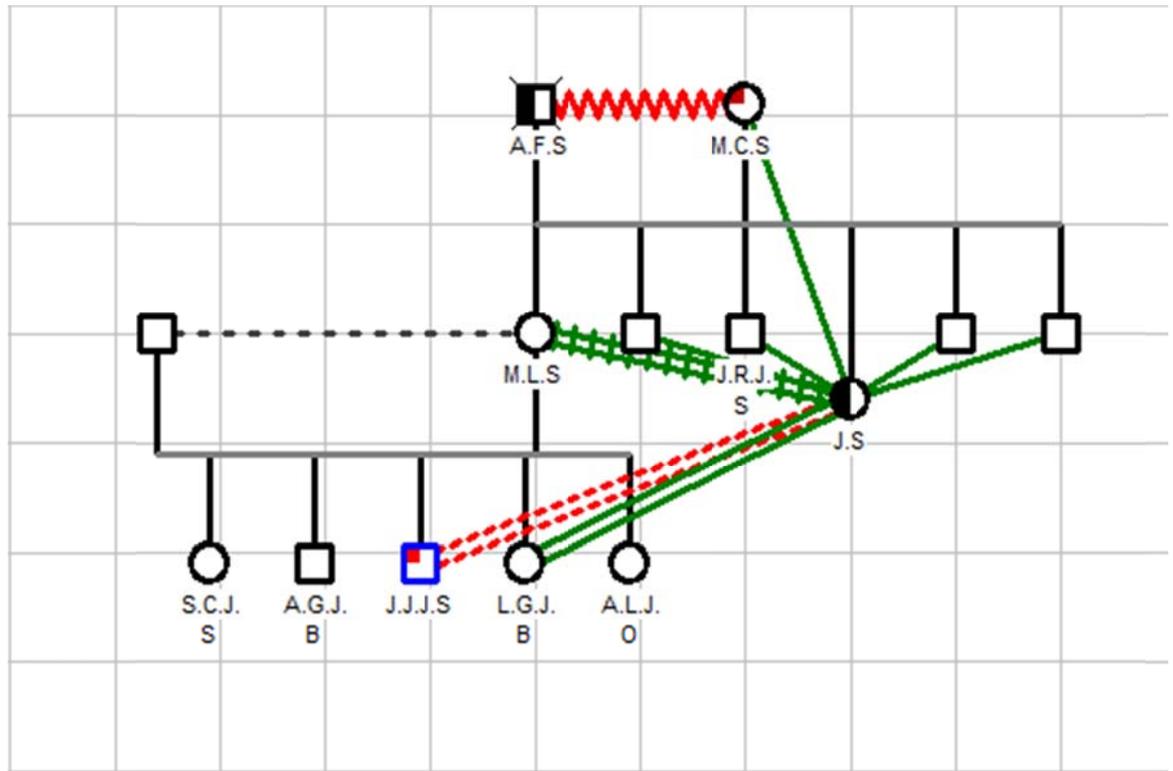
Valorizar suas idas a igreja e outras atividades acessíveis na comunidade.

Desenvolver novas atividades ocupacionais e que se possível agreguem renda complementar para paciente.

#### **4.0 Avaliação das metas**

Após o acompanhamento da paciente por varias consultas realizadas na unidade e uma visita domiciliar a sua residência para abordagem familiar foi constatada uma redução importante no consumo de cigarros que no momento se encontra em uma media de 12 cigarros/dia, apesar de ainda representar um consumo alto a média anterior era de 20 cigarros/dia. A paciente já realizou suas primeiras visitas ao CAPS ainda acompanhada pela irmã, com uma boa aceitação e motivação para realização das tarefas. Iniciou a realização das atividades físicas, e tem apresentado uma ocorrência menor de conflitos no seu relacionamento afetivo atual. Foi tentada em alguns momentos uma conversa com o sobrinho, para criação de vinculo e resolução do conflito, no entanto, não houve interesse por parte deste. Algumas metas como a diminuição da dependência financeira familiar, e atividades com geração de renda complementar para a própria paciente ainda precisam desenvolvidas.

## 4.1 Genograma



### **3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS**

#### **SAÚDE MENTAL NA ESCOLA COM PRÁTICAS PROMOTORAS JUNTO AOS ADOLESCENTES ATRAVÉS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

As atividades desenvolvidas em grupos na atenção primária são uma alternativa para as práticas assistenciais. Estes espaços favorecem o aprimoramento de todos os envolvidos, não apenas no aspecto pessoal como também no profissional, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença, por meio da educação (DIAS et al, 2009).

As vantagens da realização de grupos consistem em facilitar a construção coletiva de conhecimento e a reflexão acerca da realidade vivenciada pelos seus membros, possibilitar a uma maior aproximação profissional-paciente e facilitar a expressão das necessidades, expectativas, angústias de uma determinada população (DIAS et al, 2009)

As ações desenvolvidas estabelecem-se a partir de programas determinados verticalmente, ou ligada às ações de promoção da saúde e prevenção da doença junto à comunidade, indivíduos ou grupos sociais, realizadas no âmbito das unidades, no domicílio, em outras instituições e nos espaços comunitários (DIAS et al, 2009).

A atividade desse grupo foi desenvolvida com alunos do Ensino médio do colégio Olavo Bilac , no bairro Santos Dumont, Aracaju-Se , esse grupo foi escolhido devido a grande vulnerabilidade que os mesmo apresentam nessa fase da vida.

A adolescência é uma etapa evolutiva de extrema importância, pois nela ocorrer o início e a intensa maturação física, cognitiva, emocional e social do indivíduo, uma fase de vida caracterizada por transformações psicológicas e sociais(GUIMARAES; PASIAN, 2006), que são resultado das mudanças biológicas e hormonais que ocorrem nessa fase, e que fixam o adolescente em um período de transição entre a infância e a fase adulta. É nessa fase também que se inicia a (BERTOL, SOUZA, 2010) construção da identidade pessoal um passo crucial da transformação do adolescente em adulto (FERREIRA et al, 2003)

Construir uma identidade implica em definir quem a pessoa é, quais são seus valores e quais as direções que deseja seguir pela vida. A identidade é uma concepção de si mesmo, composta de valores, crenças e metas com os quais o indivíduo está solidamente comprometido (FERREIRA et al, 2003)

Muitos ajustamentos devem ser feitos durante a adolescência, tais como o estabelecimento de certa independência em relação aos pais e a descoberta de recursos adequados para a expressão da sexualidade (OLIVEIRA; COSTA, 1996).

Nesse processo, o adolescente assume na maioria das vezes uma posição de confronto de oposição aos valores, tradições e leis da sociedade como forma de consolidar sua identidade e sua autonomia frente aos adultos (BERTOL, SOUZA, 2010) na tomada de consciência de um novo espaço no mundo, a entrada em uma nova realidade, o que acarreta angústias, passividade ou revolta, dificuldades de relacionamento inter e intrapessoal, além de conflitos de valores (LEPRE, 2016).

Portanto, a construção da identidade é pessoal e social, acontecendo de forma interativa, através de trocas entre o indivíduo e o meio em que está inserido (LEPRE, 2016). Essas trocas são estabelecidas em diferentes esferas com a família, com os amigos, na escola e com a comunidade.

A família corresponde a uma instituição que exerce uma influência significativa durante todo esse processo de desenvolvimento. É no convívio da família que adquire, os valores, as normas, as crenças, os ideais, os modelos e os padrões comportamentais necessários para sua atuação social, oferecendo a base inicial ao indivíduo, no que diz respeito às regras e normas essenciais para o convívio em sociedade (PRATA; SANTOS, 2007)

Os adolescentes costumam questionar valores e regras familiares, preocupando-se intensamente com o futuro, bem como mudanças primordiais para dar seguimento ao desenvolvimento tanto individual quanto familiar (PRATA; SANTOS, 2007)

A família também representa, como lugar de apego, proteção, segurança, valores e informações confiáveis. Assim, é necessário que a família opere como fonte de apoio e de limites para o adolescente, mas que também apresente maior flexibilidade no diálogo e no convívio (PRATA; SANTOS, 2007).

Visto que, esse período do desenvolvimento apresenta algumas condições especiais para a emergência de uma série de problemas e conflitos que não raro eclodem dentro do contexto familiar e o relacionamento pautado no diálogo aparece como um componente fundamental na dinâmica familiar (PRATA; SANTOS, 2007).

É na adolescência também que ocorre a descoberta da sexualidade, muitos estudiosos concordam que a adolescência é um período de conflito sexual, e de turbulência emocional. (OLIVEIRA; COSTA, 1996)

Junto com a descoberta da sexualidade surgem os vários problemas decorrentes da relação sexual sem proteção.

A gravidez é a primeira causa de internações (66%) em mulheres com idade de 10 a 19 anos no SUS. Aproximadamente um quarto do total de partos é realizado em adolescentes de 10 a 19 anos. Quanto mais cedo na vida ocorre a gravidez, maior é o risco de morte (BENINCASA et al, 2008).

Por esses motivos, gravidez na adolescência tem se destacado como um problema de saúde pública em vários países do mundo, além disso, a gravidez na adolescência associa-se a um risco suicida elevado, tanto durante a gestação quanto no pós-parto, paralelamente a uma maior incidência de depressão (BENINCASA et al, 2008)

A estimativa do número total de abortos em adolescentes é de 2 milhões a 4,4 milhões anualmente no mundo. A estimativa para o Brasil (realizada pelo Ministério da Saúde) aponta que, a cada 100 abortos, 25 são de adolescentes atendidos na rede pública de saúde, ou seja, 130 mil abortos de adolescentes provocados ou espontâneos por ano. Além disso, um terço das pessoas vivendo com HIV no final de 1998, referia-se a jovens entre 15 e 24 anos, e metade das novas infecções, em todo o mundo, ocorre nessa faixa etária (BENINCASA et al, 2008).

Esses dados demonstram o alto risco que essa população esta exposta e a necessidade urgente de orientação desses jovens sobre atividade sexual de forma segura.

Outro ponto de destaque é a alta morbimortalidade relacionada à violência e o consumo de drogas, estudos têm apontado que, atualmente, o consumo de drogas por adolescentes apresenta altas taxas de prevalência, ocorrendo cada vez de forma mais precoce, ressaltando-se também que o primeiro contato com a droga geralmente ocorre na adolescência, uma vez que essa fase é marcada por muitas e profundas mudanças tanto físicas quanto psíquicas, que tornam o adolescente mais vulnerável (PRATA; SANTOS, 2007).

O coeficiente de mortalidade por homicídios no Brasil foi de 26,20 por 100 mil habitantes no ano de 1999, sendo de 19,77 entre os jovens 10 a 19 anos. Para os jovens entre 10 e 19 anos, as causas externas são as principais causas de morte, esses números reflete um dos sintomas do quadro social brasileiro, que vulnerabilidade esse grupo populacional, expondo-os a situações que determinam sua morte de forma precoce e violenta. (SANT'ANNA et al, 2005)

A deterioração da situação social acentua a vulnerabilidade social, fazendo crescer o fenômeno da violência. A fragilidade das relações familiares e a tênue autoridade dos

pais geram situações de desamparo, predispondo a comportamentos e atitudes inseguras por parte dos adolescentes. (SANT'ANNA et al, 2005)

Desta forma os jovens são um grupo que muito pode se beneficiar com ações dentro da comunidade direcionadas à educação em saúde, à identificação de fatores de risco e potencialidades dessa faixa etária que podem ser trabalhadas na construção de uma vida mais saudável

#### • Descrição das ações desenvolvidas

Este projeto se propõe a realizar ações de promoção em saúde mental, com a população adolescente no ambiente escolar. Desenvolvido pela equipe de saúde da Unidade de saúde José Machado de Souza, Aracaju-Se juntamente com grupo de residentes em Saúde mental da mesma unidade.

A adolescência representa uma fase do desenvolvimento humano, sendo uma das mais turbulentas do ciclo vital. É caracterizada como período de mudanças e crise, sendo entendida como fase de vulnerabilidades e potencialidades.

Para isto, é necessário enxergar o sujeito em suas múltiplas dimensões, como biológica, social, cultural e psicológica em meio aos seus desejos, desespero, valores, hábitos e escolhas. É preciso então, descender sobre contexto/território, pois, muitos estão inseridos em territórios permeados por violência e comportamentos de risco.

Então surgiu a proposta da intervenção, na tentativa de conhecer as necessidades da população infanto-junvenil quanto às demandas de sofrimento mental.

Foi colocada a proposta de ação, para a coordenação de uma Escola da rede Estadual, localizada na região norte do município de Aracaju/SE, através de uma visita institucional. Nesse processo, o diálogo foi o instrumento principal na interação entre Residentes e coordenação, por meio de diferentes canais de comunicação para acompanhar o curso das intervenções.

Para além das visitas institucionais, as ações desenvolvidas, na Escola Estadual Olavo Bilac foram realizadas em três grandes encontros distintos, entre os meses de dezembro/2016 e janeiro/2017.

Como recursos, eram utilizados para o desenvolvimento das ações palestra expositiva, integrativa e participativa, dinâmica de construção, música e roda de conversa.

**Primeiro encontro** – Construção da Identidade - Com palestra expositiva/participativa com cartazes os conteúdos trabalhados:

(1) Construção da identidade e as influencias sofrida pelos pais e amigos; (2) construir seu caminho; (3) desenhe tua historia; (4) escuta tua voz; (5) pensa teu corpo; (6) senti tua vida; (7) problemas vividos; (8) resiliência.

(2) Elaboração de um cartaz contendo problemas sociais citado pelos alunos ( violência na escola/casa/rua, homicídio, bulhyng, preconceito, assedio sexual, uso de drogas, álcool) .

Neste contato inicial com os alunos foi realizada uma primeira conversa aberta, com a participação dos alunos sobre os temas levantados, de forma a deixa-los bastante a vontade pra participar e expor seus problemas dúvidas, opiniões, asseios.

**O segundo encontro** – Recurso utilizado (cartaz elaborado por eles no encontro anterior explorando as temáticas - (1. sexualidade, 2. drogas/álcool/violência, 3. respeito às diferenças, 4. suicídio) através de debates ocorreram com base em objetos simbolizando dentro da relação com a musica e seu cotidiano (Música: Malandramente, Música Criminalidade, Sonhar – MC Gui, Ser diferente é normal).

Utilizando a temática levantada por eles no primeiro encontro, foram utilizadas músicas conhecidas deles para discutir o tema, mas uma vez através de uma conversa aberta com eles e contra de conhecimento, forma realizadas orientações sobre os temas.

**O terceiro encontro** – fortalecimento do vínculo intersetorial (residentes, equipe ESF, coordenação, professores e estudantes - Nesse encontro, foi proposto aos colaboradores a realização de um momento único com as turmas. Além disso, contou com a participação de novos agentes(equipe completa da USF e professores) , sendo uma vivência coletiva, com o objetivo de fortalecer a rede do cuidado entre a escola e unidade de saúde da família.

Atividades desse encontro:

a) Apresentação coletiva, focando os novos agentes, fazendo relação com as temáticas dos encontros anteriores;

b) Dinâmica “Corda da vida” – a tarefa: turma dividida em dois grandes subgrupos que se posicionavam em lados oposto e ao centro, com uma grande corda separando-os. Durante o processo dinâmico, os residentes, realizavam perguntas para

facilitar a reflexão ao passo que se movimentavam em direção à corda e retornavam ao lugar inicial, em silêncio, caso se encaixasse na pergunta lançada, tendo como referência sua realidade. Dez perguntas foram elas:

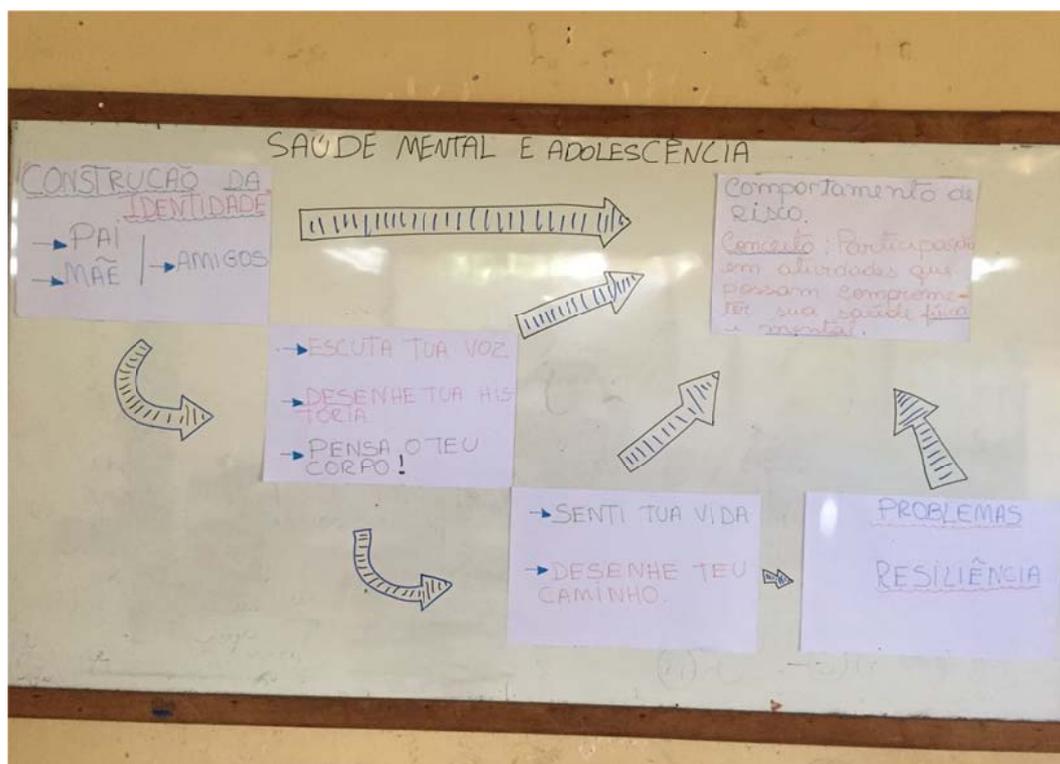
1. Quantos de vocês vivem com seus pais?
2. Quantos de vocês conhecem alguém que passa por problemas de conflito familiar?
3. Quantos de vocês conhecem alguém que sofre violência física ou verbal, em casa, escola ou rua?
4. Quantos de vocês conhecem alguém que já agrediu o outro, em casa, na escola ou rua?
5. Quantos de vocês conhecem alguém que perdeu amigo ou ente querido para à criminalidade/violência?
6. Quantos de vocês conhecem alguém próximo que está em situação de presídio?
7. Quantos de vocês conhecem alguém que presencia situação de uso de álcool e outras drogas?
8. Quantos de vocês conhecem alguém que está ou engravidou na adolescência?
9. Quantos de vocês tiveram espaços de informação sobre o uso de camisinha fora do ambiente escolar?
10. Quanto de vocês gostaria de ter um espaço escuta junto a profissionais da saúde para contar algum problema, seja, no ambiente familiar, escolar ou outros, que esteja causando sofrimento mental?

Por meio dessa dinâmica buscou-se conhecer a frequência de problemas recorrentes na realidade dos jovens, nessa população de Alunos.

Após esse momento foi distribuído para cada aluno um pedaço de papel no qual eles deveriam escrever algo que eles quisessem conversar, algum problema que estivessem precisando de ajuda (deixando claro que as informações só seriam do conhecimento dos profissionais envolvidos) dos residentes, da equipe da USF ou dos professores.

Os problemas levantados nesse momento foram analisados individualmente e aqueles que precisavam de uma atenção pontual foram encaminhadas ao profissional responsável, os demais juntamente com os resultados da dinâmica iniciam serão usados para planejamento de atividades futuras.

➤ PRIMEIRO ENCONTRO



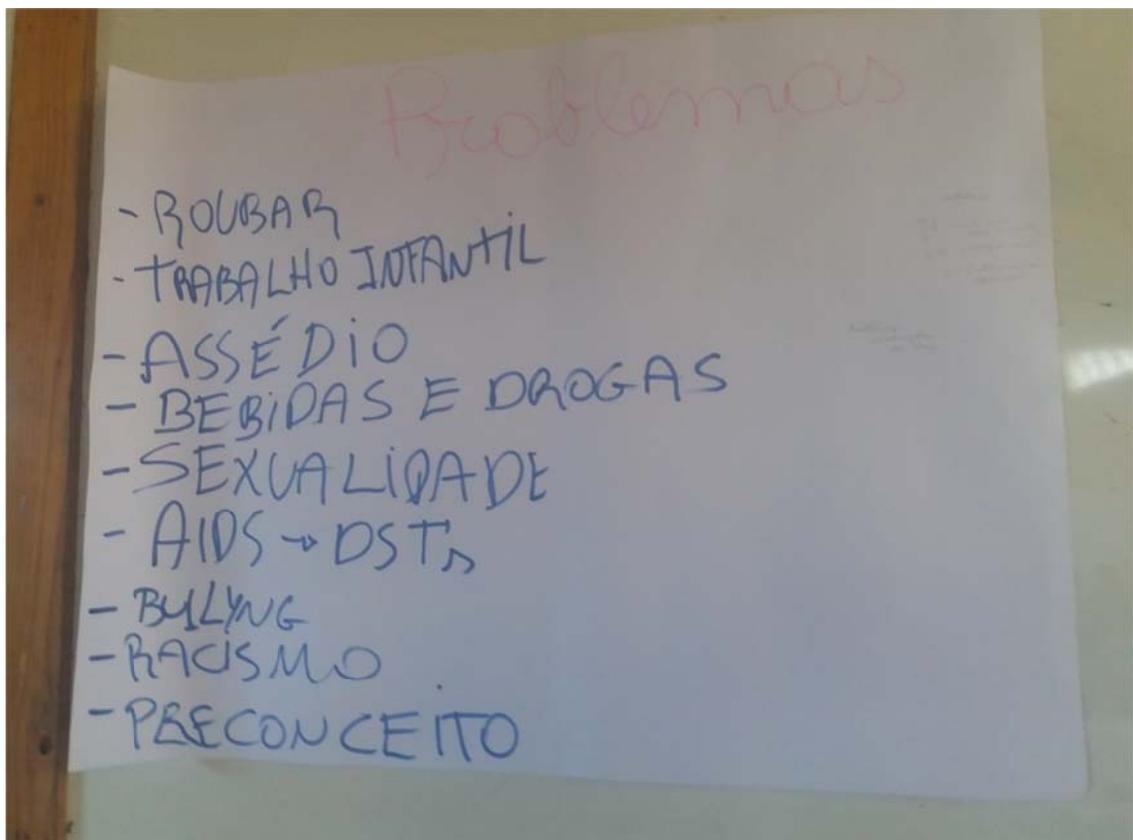
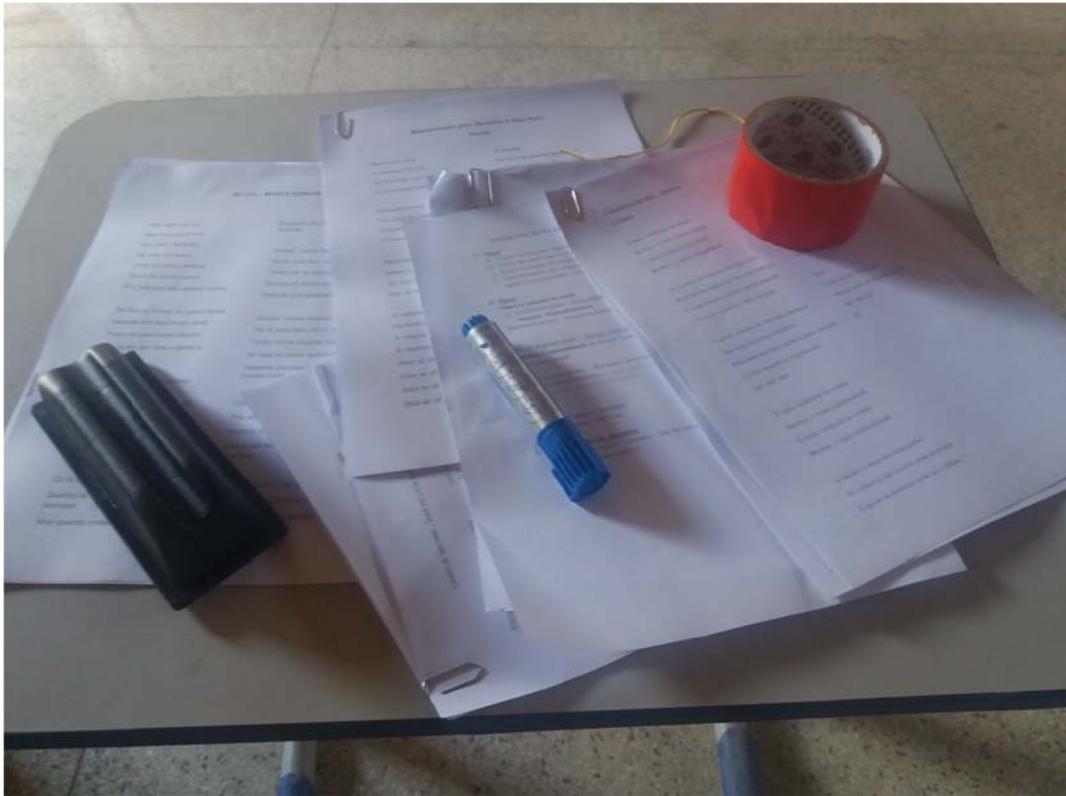
- Problemas
- ROUBAR
  - TRABALHO INFANTIL
  - ASSÉDIO
  - BEBIDAS E DROGAS
  - SEXUALIDADE
  - AIDS → DSTs
  - BULYNG
  - RACISMO
  - PRECONCEITO



➤ SEGUNDO ENCONTRO



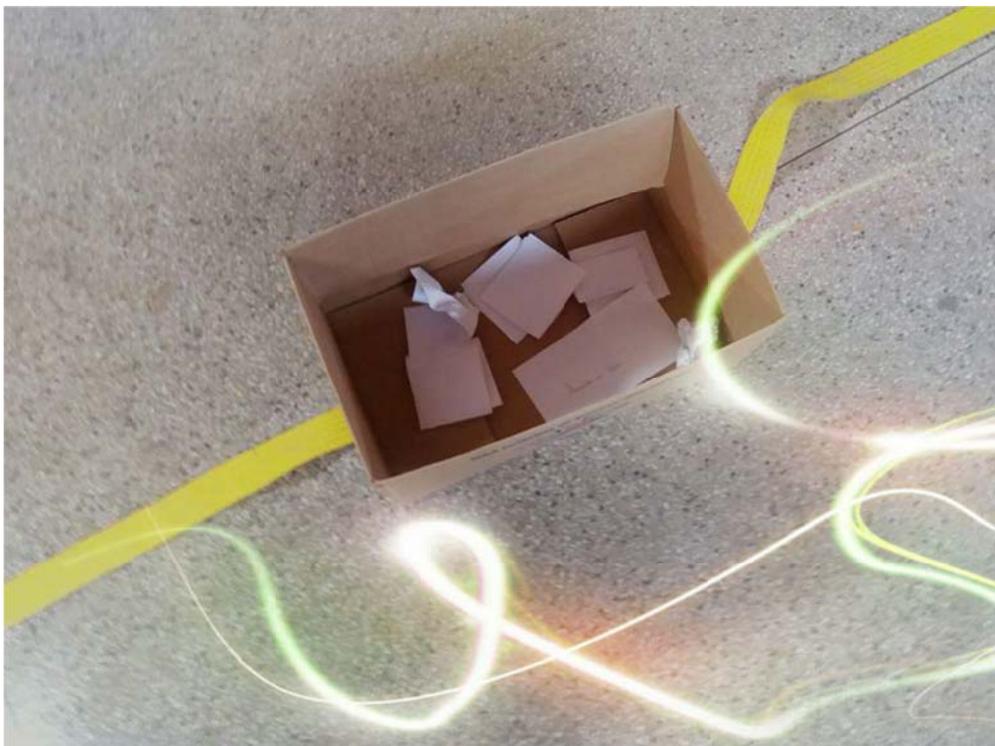






➤ TERCEIRO ENCONTRO





## **4 VISITA DOMICILIAR**

### **1. Coprodução da problematização**

- Caracterização da situação:

A necessidade de a visita domiciliar foi levantada pela Agente Comunitária de Saúde (ACS) da equipe, nos procurou para relatar o caso. Segundo a mesma a paciente I.M.S.R havia recebido alta alguns dias de um serviço hospital, onde foi realizada a amputação dos pododáctilos do pé esquerdo. A ACS referia que a paciente não estava enfrentando muito bem o momento, pós- cirúrgico e se negava a fazer acompanhamento médico. Entramos em contato com a filha, que reside com a mesma e achamos mais conveniente de comum acordo com ela, marcar uma visita domiciliar.

Ao chegarmos a casa para visita fomos recebidas por sua filha, I.M.S.R se encontrava deitada em um dos quartos, ela havia sido submetida a alguns dias a uma cirurgia amputação , devido a uma complicação do pé-diabético.

Segundo a paciente a cerca de um mês, ela percebeu que estava com um pequeno corte no segundo dedos do pé esquerdo, que ela nem sabia como tinha acontecido, visto que não havia sentido nada, ou levado nenhum trauma naquela região, relatou que não se preocupou com o ferimento, pois era muito pequeno e que em breve deveria já esta resolvida, que colocou sobre a ferida algumas plantas e outras substancias que algumas pessoas haviam a orientado, em nenhum momento revelou a filha sobre a lesão, visto que sabia que não se tratava de nada serio por isso não devia preocupar a filha com aquilo, como não sentia dor no local ela permaneceu por vários dias sem perceber que o ferimento estava se agravando, quando resolveu mostrar à lesão a filha a infecção já havia comprometidos vários dedos e apresentava áreas de necrose.

Mesmo ainda enfrentando certa resistência da mãe A.M.S.R resolveu levada imediatamente ao hospital, onde foi internada sendo necessária amputação da região distal do pé esquerdo para controle da infecção e uso de antibiótico, permaneceu internada por pouco mais de uma semana e teve alta para o acompanhamento domiciliar, como a mãe não se encontrava em condições ir até a unidade, a filha resolveu solicitar a visita.

Após colher toda a historia, examinamos a paciente, a região cirúrgica se encontrava sem sinais de infecção e com boa cicatrização, os curativos estavam sendo realizados pela filha.

- História de vida e aspectos psicossociais:

I.M.S.R, 42 anos, reside com a filha e um neto, em uma residência de com 6 cômodos, em uma rua central do Bairro Santos Dumont, a rua é calçada, com saneamento básico adequado, a casa possui energia, elétrica, água encanada e rede de esgoto. A renda da família é constituída pelo salario de I.M.S.R e de sua filha.

Possui o segundo grau completo e trabalha como vendedora, um loja local, é divorciada e apresenta uma boa relação com o ex-marido, sem conflitos, refere que o mesmo ajuda a filha quando necessário, mas é a renda das duas tem sido suficiente para as suas despesas.

Sua filha A.M.S.R, 27 anos, é técnica em enfermagem, e tem um filho de 7 anos, não convive com o pai da criança, mas possui também uma boa relação com o mesmo, recebendo do mesmo um auxilio financeiro, divide com a mãe os cuidados da casa e do filho.

As duas referem uma relação de bastante proximidade e companheirismo, sem conflitos frequência, exceto pela resistência de I.M.S.R nos cuidados com a sua saúde.

I.M.S.R foi diagnostica com diabetes há 10 anos, no entanto, desde o inicio do diagnostico foi resistente ao tratamento da doença, segundo ela, não sentia nada por isso não via necessidade em estar tomando remédio todos os dias, passava grandes períodos sem fazer uso da medicação, e que em alguns momentos chegou a procurar a unidade de saúde pois estava urinando demais, perdendo peso e alguns outros sintomas, tomando o remédio por um certo período, até o momento em que notava melhora e descontinuava o tratamento. Segunda a filha, já havia conversado varias vezes com a mãe sobre a importância de tratar a doença, inclusive garantia que nunca faltasse à medicação e que muitos vezes a levou a unidade de saúde para orientações. Entretanto I.M.S.R se negava a aceitar os riscos da doença, e como a precisava trabalhar a mãe ficava na maioria do tempo sozinha em casa com o neto de 7 anos, e que ela não tinha como garantir que ela tomasse a medicação todos os dias, ou cumprisse as orientações dadas sobre a dieta.

## **2. Coprodução do cuidado**

A intervenção proposta tem como objetivo construir junto com a equipe e a família ações que possibilitem uma maior qualidade de vida para I.M.S.R, onde ela possa cuidar de sua saúde e de sua própria vida.

- Definição de estratégias e de metas:

Para atingir os objetivos propostos primeiramente é necessário a participação de toda equipe I.M.S.R e sua família. Conversar com a paciente sobre seu interesse nas mudanças, visto que sua participação é fundamental para a viabilização de possíveis ações, para que estas tenham efetividade.

Para tanto, foi necessário a discussão conjunta do caso pela equipe, para assim compor hipóteses diagnósticas da situação, considerando as diversas dimensões da vida da paciente (biológica, psicológica, social, cultural, econômica, dentre outras). A partir da compreensão do caso em cada encontro iniciar a construção de estratégias de intervenção em conjunto, promovendo a troca de saberes e das possibilidades de atuação da equipe junto a I.M.S.R, e estar sempre atento às opiniões e compreensões desta, buscando assim realizar ações que façam sentido e possibilitem uma melhor qualidade de vida.

As ações foram discutidas com toda a equipe de saúde da unidade formada por médica, enfermeira, auxiliar de enfermagem, dentista e agente comunitário de saúde, e pela equipe do NASF formada por psicóloga, farmacêutica, terapeuta ocupacional, educador físico e nutricionista. Dentre as ações decididas se destacam:

➤ Auxiliar no processo pós-operatório da paciente, no enfrentamento de parte do membro e cuidados com a ferida operatória para evitar possíveis complicações.

- A primeira visita foi realizada pela médica da equipe, enfermeira e auxiliar de enfermagem, nesse primeiro foram feitas uma avaliação global da situação, conversada com paciente sobre os cuidados pós-operatórios os riscos e a importância da sua colaboração durante o processo.

- As demais visitas foram realizadas pela enfermeira da equipe e auxiliar de enfermagem, que além de acompanhar o processo de cicatrização e evolução da lesão, orientaram a filha na realização dos curativos nos momentos que a equipe não estivesse presente.

- Disponibilização de material necessário para os curativos e medicamentos, pela unidade de saúde.

- Apoio da equipe do NASF, composta pela psicóloga, terapeuta ocupacional, no enfrentando desse momento tão difícil pela paciente, devido a perda da parte de um membro e a adaptação da vida sem ele.

➤ Educação em saúde no fortalecimento do autocuidado

Esse foi um dos pontos mais importantes para a paciente, visto que a mesma é completamente displicente em relação a sua saúde, não valoriza os riscos ou participava de forma ativa sobre a sua doença.

- A abordagem inicial foi realizada ainda na primeira visita pela médica e em visitas posteriores pelos demais profissionais que acompanharam o caso de forma multidisciplinar, dentre eles a enfermeira e auxiliar de enfermagem da equipe, equipe do NASF (psicóloga, terapeuta ocupacional, educador física e nutricionista).

- Realizado acompanhamento pela nutricionista do NASF, vincula a unidade, na residência da paciente no primeiro momento e posteriormente na unidade de saúde, adaptado a dieta adequada para paciente a sua realidade vislumbrada durante a visita domiciliar, e orientando a paciente sobre a importância das mudanças dos hábitos alimentares.

- Programado após resolução da lesão cirúrgica acompanhamento da paciente pelo educador físico do NASF na própria unidade, para orientação das atividades físicas a serem realizadas pela paciente, adaptação do material a ser utilizados e as orientações necessárias.

- Pactuado com a paciente a participação da mesma no grupo de diabéticos da unidade de saúde, como uma forma de fortalecer a educação em saúde iniciada pela equipe, o acompanhamento continuado da mesma e a formação de vínculo com a equipe e demais pacientes que enfrentam realidade semelhante.

➤ Apoio à família da paciente no enfrentamento da doença

- Assim como apoiar a paciente nesse momento de enfrentamento da doença, é indispensável o apoio e orientação dos familiares, visto que inseridos nessa realidade, precisam enfrentar junto com a paciente as crises e conquistas, e por sofrerem junto com a mesma precisam também do cuidado multidisciplinar da equipe.

- Esclarecer dúvidas e tornar a família parte efetiva no enfrentamento do diabetes.

#### **4.1 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA**

Frente à crise vivida no setor saúde, o Ministério da Saúde, em 1994, implantou o Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de proceder à reorganização da

prática assistencial a partir da atenção básica, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças (PAIVA et al, 2006) que vem desempenhando papel estratégico para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009). O processo de reestruturação do setor saúde enfatiza as atividades preventivas e valoriza a Atenção Básica como proposta de reorientação do modelo assistencial (GARCIA; TEIXEIRA, 2009). O seu objetivo principal consiste em reorganizar a prática assistencial com foco na família e seu ambiente físico e social (DRULLA et al, 2009). Através da consolidação princípios de universalidade, de integralidade da atenção, de qualidade dos serviços e de garantia de acesso (GARCIA; TEIXEIRA, 2009).

Uma das estratégias utilizadas por essa forma de organização da assistência a saúde é a visita domiciliar tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

Essa é realizada atividade diária dos agentes comunitários de saúde e sistemática no que se refere a enfermeiros, médicos e outros profissionais inseridos nos programas (GARCIA; TEIXEIRA, 2009), que é concebida como parte de um processo de atenção continuada e multidisciplinar, no qual se realizam práticas sanitárias, assistenciais e sociais, perpassadas pelo olhar da integralidade (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009)

Por meio dessa Visita, as equipes dos Programas de Saúde da Família identificam as condições sociais e sanitárias das famílias, obtendo um diagnóstico da realidade local e favorecendo a identificação das áreas de risco, que não seriam visualizadas no interior da unidade de saúde. Atua também, de modo direto, como organizadora da demanda, e como instrumento da vigilância epidemiológica (GARCIA; TEIXEIRA, 2009).

A atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central da visita domiciliar, sendo entendidas, família e comunidade, como entidades influenciadoras no processo de adoecer dos indivíduos (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

A Visita Domiciliar possibilita a aproximação do cotidiano dos usuários pelos profissionais, o que favorece o entendimento do indivíduo em todos os aspectos (GARCIA; TEIXEIRA, 2009), enseja ampla visão das condições reais de vida da família e possibilita a interação em ambientes familiar e social, através do conhecimento do cotidiano, da cultura, dos costumes, das crenças de uma determinada sociedade, o

que torna essas vivências enriquecedoras para ambos (DRULLA et al, 2009), permitindo o planejamento das ações considerando o modo de vida e os recursos de que as famílias dispõem (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

Além disso, as visitas domiciliares prestam assistência a uma parcela da população que normalmente não teria acesso aos serviços de saúde, devido a sua condição, como acamados, portadores de deficiência e outras situações que impossibilitam o acesso a unidade de saúde (DRULLA et al, 2009).

Entretanto, para que a Visita Domiciliar seja bem sucedida é essencial que o profissional se desprenda de preconceitos e tenha visão crítica da realidade a ser observada e interferida, respeitando as diversidades cultural, social e econômica que determinam o cotidiano familiar (GARCIA; TEIXEIRA, 2009).

Dentre as muitas possibilidades de intervenção por meio da visita domiciliar, se destacam as doenças crônicas, visto que, são as principais causa de mortalidade e morbidade no Brasil (VERAS, 2011).

Entre as condições crônicas de saúde, destaca-se o diabetes mellitus pela alta taxa de morbimortalidade, bem como pela crescente tendência à prevalência (PACCE et al, 2006). O Diabetes Mellitus (DM) é um dos principais agravos da saúde pública no Brasil, sua incidência e prevalência estão aumentando em proporções epidêmicas (BARROS et al, 2008). A prevalência mundial do DM em adultos foi estimada em 9%, no Brasil, a prevalência foi de 7,6% na década de 1980, em 2003 passou a 12% nos homens e 16% nas mulheres (GRILLO, et al 2013), revelando-se como um problema de grande importância social e para a saúde pública do País (PETERMANN et al, 2011). Outra característica epidemiológica do DM 2 é que ele vem crescendo vertiginosamente entre os países pobres e em desenvolvimento, contribuindo para o agravamento da pobreza nessas regiões (ARAÚJO et al, 2010).

Como a despesa com cuidados com as doenças crônicas sobe em todo o mundo, elas ocupam proporções cada vez maiores nos orçamentos públicos e privados (VERAS, 2011), Está associado a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos (BARROS et al, 2008). No Brasil, os custos diretos com o Diabetes variam de 2,5% a 15% do orçamento anual destinado à saúde (GRILLO, et al 2013).

Nos países em desenvolvimento, a adesão ao tratamento chega a ser apenas de 20%, levando a estatísticas negativas na área da saúde (PACCE et al, 2006), recentemente, um estudo multicêntrico realizado em quatro regiões do país (Nordeste,

Centro-oeste, Sudeste e Sul) demonstrou que somente 10% dos pacientes com DM tipo 1, e 25% dos com DM tipo 2, apresentavam uma HbA1c abaixo do alvo de 7% (GRILLO, et al 2013).

O Diabetes Mellitus é uma doença caracterizada pelo comprometimento do metabolismo da glicose, resultando em hiperglicemia crônica. Divide-se em Diabetes Tipo 1, Tipo 2, gestacional e outros tipos específicos (PETERMANN et al, 2011). O DM Tipo 1 caracteriza-se pela destruição das células beta do pâncreas (geralmente causada por processo autoimune), levando ao estágio de deficiência absoluta de insulina, sendo necessária a administração da insulina para prevenir cetoacidose, coma e até a morte. O DM tipo 2 caracteriza-se pela resistência à ação da insulina e a deficiência da insulina manifesta-se pela incapacidade de compensar essa resistência. Outros tipos de Diabetes são menos frequentes, e podem resultar de: defeitos genéticos da função das células beta e da ação da insulina, doenças no pâncreas exócrino, infecções, efeito colateral de medicamentos, etc. (PETERMANN et al, 2011)

Entre os sintomas do DM estão a poliúria, polidipsia, polifagia, alterações na visão e fadiga; tais sintomas podem ocorrer repentinamente (PETERMANN et al, 2011), entretanto muitas vezes pode ser assintomática, o que leva muitos pacientes a acreditarem ser dispensável a terapia farmacológica (ARAÚJO et al, 2010) fato que acentua ainda mais o risco para as complicações crônicas, pois, como a doença não tem estigmas visíveis nem se dá a conhecer por meio de dor ou outro sinal alarmante, ela muitas vezes não é diagnosticada e, ademais, é desvalorizada pela ausência de sintomas (MOREIRA et al, 2009)

A abordagem desse tema reveste-se de importância visto a implicação que esse agravo, como uma síndrome de etiologia múltipla acarreta. Dentre as possíveis complicações a disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos são as mais comuns e requer atenção especial e constante, bem como por gerar outros agravos que podem ser temporários ou, na maioria das vezes, prolongados ou permanentes (THAINES et al, 2009). O controle metabólico rigoroso associado a medidas preventivas e curativas relativamente simples são capazes de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas, resultando em melhor qualidade de vida ao indivíduo diabético (PAIVA et al, 2006).

Estas complicações podem ser evitadas ou minimizadas com uma maior adesão terapêutica dos pacientes na atenção primária em saúde (APS). O baixo grau de adesão pode afetar negativamente a evolução clínica do paciente e a sua qualidade de vida

(BARROS et al, 2008). Estudo recente sugere que a melhora da adesão diminui consultas de emergência e internações, reduz custos médicos e promove o bem estar dos pacientes. (BARROS et al, 2008)

Essa baixa adesão ao tratamento pode ser explicada de varias formas, dentre elas a fragilidade do conhecimento sobre diabetes, causas e complicações para o manejo da doença entre os pacientes, que podem estar relacionados com fatores intrínsecos às pessoas e ao sistema de saúde, dificultando o acesso às informações fundamentais, sinalizando aos profissionais a necessidade de redirecionar as estratégias para o atendimento da pessoa com diabetes (PACCE et al, 2006), e um fenômeno recorrente no tratamento de doenças que exigem mudanças nos hábitos de vida. Estimular a adesão ao tratamento é de extrema importância (PÉRES et al, 2007)

Mas, para que possamos empreender práticas mais efetivas que se pautem na integralidade da atenção, é necessário compreender as mudanças que o DM imprime a vida da pessoa e sua família, bem como o modo como se dão as demandas por busca de cuidado em saúde (THAINES et al, 2009).

Essa doença exige um acompanhamento regular e sistêmico por uma equipe multiprofissional de saúde que ofereça os recursos necessários para que a pessoa com DM possa manejar a patologia, ou seja, manter o autocuidado necessário para evitar o agravo da doença (PETERMANN et al, 2011).

E tem na Atenção Primária espaço privilegiado para o acompanhamento de tal patologia que deve ser acompanhada por uma equipe capacitada a desenvolver cuidados clínicos e práticas educativas voltadas à Promoção da Saúde (PETERMANN et al, 2011). Que implica além do adequado controle glicêmico, intervenções que atuem nos demais fatores de risco para suas complicações crônicas, como obesidade, hipertensão, dislipidemia e tabagismo (GRILLO, et al 2013).

O cuidado ao paciente diabético inclui intervenções multidisciplinares e em todos os níveis de atenção à saúde, o sucesso destas intervenções depende da capacidade do paciente de assumir mudanças no estilo de vida, de manter os cuidados recomendados e, ainda, de ter iniciativa para identificar, resolver ou buscar auxílio para os problemas que surgem ao longo da doença (GRILLO, et al 2013). Uma estrutura que deve incluir uma aliança entre usuários, familiares, equipes de saúde, instituições e comunidade (PETERMANN et al, 2011).

O desenvolvimento destas capacidades é favorecido pela educação, por isso o processo educativo é uma parte importante do cuidado integral ao paciente com DM, e

de acordo com a American Diabetes Association (ADA), todos os pacientes com DM deveriam receber educação para o autocuidado (GRILLO, et al 2013). Para que este processo seja bem-sucedido, o paciente deve ter participação ativa no processo de aprendizagem, o conhecimento de cada pessoa deve ser valorizado, assim como o tempo e o espaço para trocas de informações devem ser garantidos (GRILLO, et al 2013).

Outro aspecto importante é a definição de metas individualizadas e o estabelecimento de um vínculo contínuo com o paciente, para que ele assuma maior responsabilidade no cuidado da sua doença. (GRILLO, et al 2013).

No entanto, muitos programas de educação em saúde fracassam por não levarem em consideração os aspectos psicológicos, culturais, sociais, interpessoais da pessoa diabética (PÉRES et al, 2007). O enfoque da abordagem educativa deve englobar os aspectos subjetivos e emocionais que influenciam na adesão ao tratamento, indo além dos processos cognitivos. Enfim, é fundamental que a educação em saúde leve em consideração a realidade e a vivência dos pacientes (PÉRES et al, 2007)

A participação ativa e interação, através da parceria entre o usuário, profissional e família, aumentando a probabilidade no alcance do sucesso nas ações desenvolvidas, as ações desenvolvidas devem estimular a confiança mútua e a co-responsabilidade (PETERMANN et al, 2011).

Torna-se necessário entender como a pessoa com diabetes percebe a si própria, vivenciando um mundo de muitas limitações, o diagnóstico da doença acarreta muitas vezes um choque emocional para a pessoa, que não está preparada para conviver com as limitações decorrentes da condição crônica. A mudança de hábitos de vida, dessa forma, é um processo lento e difícil compreensão (PÉRES et al, 2007). É, portanto, imprescindível que o profissional de saúde compartilhe saberes e decisões com a pessoa cuidada (THAINES et al, 2009)

Como o atendimento ao paciente com DM é multidisciplinar, a educação em saúde deve envolver todos os profissionais que mantêm contato com ele: médico, nutricionista, enfermeiro, odontólogo, psicólogo e assistente social. Assim, um programa de educação em DM deve prever a capacitação destes profissionais (GRILLO, et al 2013). Os resultados almejados são a melhora do controle metabólico, a redução do risco cardiovascular e o controle das complicações crônicas relacionadas ao diabetes, estimulando o uso correto da medicação, de refeições regulares e de adesão a um programa de exercícios adaptados a cada paciente (GRILLO, et al 2013).

Tem sido descrito que atenção à saúde, que fornece informação oportuna, apoio e monitoramento, pode melhorar a adesão, o que reduzirá o ônus das condições crônicas e proporcionará melhor qualidade de vida às pessoas com diabetes (PACCE et al, 2006). A educação em DM reduz a HbA1c em aproximadamente 0,5%, e o maior efeito é observado em pacientes com HbA1c > 8%; é custo-efetiva mesmo quando não produz efeitos diretos na HbA1c; a educação individual e a em grupos reduzem a HbA1c de forma semelhante, sendo a última mais adequada para ser utilizada em saúde pública, por atingir um maior número de indivíduos; a adaptação cultural e a utilização de tecnologia devem ser incorporadas ao processo (GRILLO, et al 2013).

Para que isso seja possível, não necessário apenas o comprometimento do paciente e da equipe é indispensável o apoio familiar (ZANETTI et al, 2008), a preocupação relacionada ao envolvimento da família é reflexo do impacto que o DM provoca na rotina do indivíduo, modificando o funcionamento, alterando os papéis e a estrutura familiar, principalmente se há complicações mais graves relacionadas à doença. Dessa forma, é imprescindível que o serviço de saúde esteja preparado para cuidar não somente da pessoa com DM, mas da família dela enfermidade (MOREIRA et al, 2009).

O suporte familiar é fundamental, pois ele é um aliado para a aquisição de orientações de saúde adequadas e no processo de enfrentamento da doença próprio paciente e de seu núcleo familiar acerca da doença (ZANETTI et al, 2008), principalmente no que se refere ao apoio e suporte relacionado à adesão, à dieta e a atividades físicas. Além do mais oferecer orientações e um cuidado voltado para o atendimento às necessidades da família, no sentido de sanar-lhe as dúvidas e apoiá-la nos momentos de dificuldade, ajuda a controlar a doença do indivíduo, assim como a manter a saúde da família (MOREIRA et al, 2009).

A família que apoia seus membros em situação de doença compreende as modificações relacionadas à condição e torna-se permeável aos ajustamentos necessários para garantir o suporte necessário ao seu familiar doente, facilitando a adesão ao tratamento, recuperação e/ou melhora de sua saúde (ZANETTI et al, 2008).

## 5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Um período de grande crescimento profissional e pessoal, sem dúvidas esse foi um ano de muitas mudanças, primeiro ano como médica, primeiro emprego, primeiros pacientes, primeiros colegas de trabalho, assim como tudo que que novo e desconhecido assustou e muito no começo, mas acima de tudo me encantou, ter a chance de colocar em prática aquilo que foi aprendido na faculdade e me deparar com os meus medos de dúvidas, fez desse um ano único.

Durante a faculdade devido a postura adotada pela minha Universidade sempre tivemos uma grande proximidade com atenção básica, o que fez com que conhecesse desde o início da minha vida acadêmica os encantos, desafios e problemas enfrentados na atenção básica brasileira, e despertou de mim o interesse em trabalhar na atenção primária, e o programa de valorização da atenção básica (PROVAB), que foi a proposta que melhor se encaixava naquilo que eu buscava como médica.

O curso de especialização oferecida pelo programa me proporcionou a oportunidade de aprofundar os meus conhecimentos sobre a atenção básica, e muito além daquilo que aprendi durante a faculdade, visto que agora tive a oportunidade de colocar em prática diariamente aquilo que me foi ensinado durante as aulas e atividades, tornando o conhecimento adquirido bem mais efetivo.

Entretanto apesar de ser um ano e muito crescimento e aprimoramento profissional, foi um ano também de muitas dificuldades que tive que enfrentar para cumprir meu papel como médica, o município de Aracaju, no qual trabalho, enfrentou no último ano umas das piores crises no setor de saúde da sua história, devido a falta de pagamentos constante em boa parte do ano os profissionais de saúde permaneceram em greve, por falta de pagamento. Em muitos momentos, eu fui única profissional a frente da minha equipe de saúde, o que tornou o trabalho bem mais complicado, visto que atenção básica foi organizada para funcionar de forma multidisciplinar, não há como uma única classe profissional trabalhando fazer com que ela funcione de forma adequado, então em alguns momentos foi bastante complicado colocar em prática aquilo que é preconizado pelo ministério da saúde e que me foi ensinado durante a especialização.

Apesar dos problemas enfrentados dificultarem minha atuação médica tornou nítida a importância do trabalho em equipe, e os muitos momentos que pudemos trabalhar juntos, colocando em prática todas as atividades programadas e preconizadas

pelo ministério da saúde, discutindo os casos, participando de forma ativa da vida de todos os pacientes foram muito gratificantes e me fizeram perceber que apesar dos problemas a atenção básica pode sim funcionar muito bem e depende de todos os envolvidos fazer com que isso aconteça.

Enfim, o curso de especialização em saúde da família e as experiências vividas durante a esse período de trabalho na atenção básica, me permitiram um amadurecimento profissional e pessoal que sem duvidas modificou minha vida para sempre.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Adriana Bezerra Brasil de; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(5):1103-1112, mai, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072009000100007&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072009000100007&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em: 09 de Abr. 2017.

ARAÚJO, Márcio Flávio Moura de. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. **Revista de Enfermagem**, 2010 abr-jun; 14 (2): 361-367. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452010000200021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000200021). Acesso em: 04 de Abr. 2017.

BALBANI, Aracy Pereira Silveira; MONTOVANI, Jair Cortez. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, vol.71, nº.6, São Paulo, Nov./Dec. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-72992005000600021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992005000600021)>. Acesso em: 30 de Jan. 2017.

BARROS, Ana Carolina Morábito de; ROCHA, Michele Birckholz; SANTA HELENA, Ernani Tiaraju de. Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre pessoas com diabetes mellitus atendidas no PSF em Blumenau, Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina** Vol. 37, no . 1, de 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000150&pid=S0104-0707201000030000500020&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000150&pid=S0104-0707201000030000500020&lng=pt). Acesso em: 21 de Mar. 2017.

BENINCASA, Miria; REZENDE Paulo Manuel Morgado; CONIARIC, Janaína. Sexo desprotegido e adolescência: fatores de risco e de proteção. **Psicologia: Teoria e Prática** – 2008, 10(2):121-134. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151636872008000200010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151636872008000200010) . Acesso em: 25 de Mar. 2017.

BERTOL, Carolina Esmanhoto; SOUZA, Mériti de. Transgressões e Adolescência: Individualismo, Autonomia e Representações Identitárias. **Psicologia Ciência e Profissão**, 2010, 30 (4), 824-839. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141498932010000400012&script=sci\\_abstract&lng=p](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141498932010000400012&script=sci_abstract&lng=p). Acesso em: 17 de Mar. 2017.

CAVALCANTE, Maria Beatriz de Paula Tavares; ALVES, Maria Dalva Santos; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. **Revista de Enfermagem**, 2008 set; 12 (3): 555-59. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715320024>. Acesso em: 30 de Mar. 2017.

CAVALCANTE, Tânia Maria. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 32 (5); 283-300, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832005000500004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000500004)>. Acesso em: 22 de Jan. 2017.

CIAMPONE, Maria Helena Trench; PEDUZZI, Marina. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. especial, p. 1 43-1 47, dez. 2000. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672000000700024](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000700024). Acesso em: 17 de Mar. 2017.

COSTA, Alessandra Alves da et al. Programa Multiprofissional de Controle do Tabagismo: aspectos relacionados à abstinência de longo prazo. **Revista da SOCERJ - set/out** 2006. Disponível em: < [http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/a2006\\_v19\\_n05\\_art04.pdf](http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/a2006_v19_n05_art04.pdf) >. Acesso em: 30 de Jan. 2017.

DIAS, Valesca Pastore, SILVEIRA, Denise Tolfo; WITT, Regina Rigatto. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Revista APS**, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/330/205>. Acesso em: 13 de Mar. 2017.

FREITAS, Kelly Ribeiro de Freitas; DIAS, Silvana Maria Zarth. Percepções de adolescentes sobre sua sexualidade. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2010 Abr-Jun; 19(2): 351-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/17.pdf> . Acesso em: 20 de Mar. 2017.

GARCIA, Ionara Ferreira da Silva; TEIXEIRA, Carla Pacheco. Visita domiciliar: um instrumento de intervenção. **Sociedade em Debate**, Pelotas, 15(1): 165-178, jan.-jun./2009 Disponível em: <http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/365>. Acesso em: 09 de Abr. 2017.

GRILLO, Maria de Fátima Ferreira et alli. Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 2 0 1 3;59(4):400-405. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302013000400021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000400021). Acesso em: 21 de Mar. 2017.

GUIMARÃES, Nicole Medeiros; PAISAN, Sonia Regina. Agressividade na adolescência: experiência e expressão da raiva. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 89-97, jan./abr. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722006000100011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000100011). Acesso em: 28 de Mar. 2017.

LEPRE, Rita Melissa. Adolescência e construção da identidade. MAZONI, Claudia Galvão et al. A eficácia das intervenções farmacológicas e psicossociais para o tratamento do tabagismo: revisão da literatura. **Estudos de Psicologia** 2008, 13(2), 133-140. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2008000200005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2008000200005&script=sci_abstract&tlng=pt) >. Acesso em: 20 de Jan. 2017.

MAZONI, Cláudia Galvão et alli. A eficácia das intervenções farmacológicas e psicossociais para o tratamento do tabagismo: revisão da literatura. **Estudos de Psicologia** (Natal) vol.13 no.2 maio/Ago. 2008 Disponível em <

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2008000200005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2008000200005)>. Acesso em: 15 de Maio. 2017.

MAZZA, Verônica de Azevedo. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. **Cogitare Enfermagem** 2009 Out/Dez; 14(4):667-74. Disponível em: <http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/365>. Acesso em: 09 de Abr. 2017.

MOREIRA; Ricardo Castanho. Concepções de cuidado dos familiares cuidadores de pessoas com diabetes mellitus. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**; 13(1): 43-48, jan./mar., 2009. Disponível em: <http://reme.org.br/content/imagebank/pdf/v13n1a08.pdf> . Acesso em: 10 de Abr. 2017.

OLIVEIRA, Conceição Aparecida Araújo; COSTA, Anna Edith Bellico da. Categorias de conflitos no cotidiano de adolescentes mineiros. Disponível em: [http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/veiculos\\_de\\_comunicacao/PRC/VOL10N1/07.PDF](http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/veiculos_de_comunicacao/PRC/VOL10N1/07.PDF). Acesso em: 15 de Mar. 2017.

OTERO, Ubirani Barros et al. Ensaio clínico randomizado: efetividade da abordagem cognitivo-comportamental e uso de adesivos transdérmicos de reposição de nicotina, na cessação de fumar, em adultos residentes no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(2):439-449, fev, 2006. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000200021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000200021)>. Acesso em: 25 de Jan. 2017.

PACE, Ana Emília et alli. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 2006 setembro-outubro; 14(5) Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt\\_v14n5a14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a14.pdf). Acesso em: 31 de Mar. 2017.

PAIVA, Daniela Cristina Profitti de; BERUSA, Ana Aparecida Sanches; ESCUDER, Maria Mercedes L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(2):377-385, fev, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01021X2006000200015&script=sci\\_abstract&tln g=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01021X2006000200015&script=sci_abstract&tln g=pt). Acesso em: 21 de Mar. 2017.

PÉRES, Denise Siqueira. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 2007 novembro-dezembro; 15(6). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01041692007000600008&script=sci\\_arttext&tln g=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01041692007000600008&script=sci_arttext&tln g=pt). Acesso em: 03 de Abr. 2017.

PETERMANN, Xavéle Braatz. Epidemiologia e cuidado à Diabetes Mellitus praticado na Atenção Primária à Saúde: uma revisão narrativa. **Saúde**, Santa Maria, Vol. 41, n. 1, Jan./Jul, p.49-56, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaudef/article/view/14905/pdf>. Acesso em: 03 de Abr. 2017.

PINTO, Diego Muniz Pinto et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2011 Jul-Set; 20(3): 493-302. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/10.pdf> >. Acesso em: 20 de Jan. 2017.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antônio. Opiniões dos adolescentes do ensino médio sobre o relacionamento familiar e seus planos para o futuro. **Paidéia**, 2007, 17(36), 103-114. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v17n36/v17n36a10.pdf>. Acesso em: 20 de Mar. 2017.

PRESMAN, Sabrina; CARNEIRO Elizabeth; GIGLIOTTI, Analice. Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 32 (5); 267-275, 2005 Disponível em <: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S010160832005000500004&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010160832005000500004&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 15 de Maio. 2017.

PRESMAN, Sabrina; CARNEIRO, Elizabeth; GIGLIOTTI, Analice. Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 32 (5); 267-275, 2005. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010160832005000500004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832005000500004)>. Acesso em: 22 de Jan. 2017.

SANT'ANNA, Ana; AERTS, Denise; LOPES, Marta Júlia. Homicídios entre adolescentes no Sul do Brasil: situações de vulnerabilidade segundo seus familiares. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(1): 120-129, jan-fev, 2005. Disponível em <: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000100014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100014) >. Acesso em: 15 de Maio. 2017.

SCAZUFCA, Marcia. Abordagem familiar em esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2000;22 (Supl I):50-2. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462000000500017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000500017)>. Acesso em: 25 de Jan. 2017.

SCHOEN-FERREIRA, Teresa Helena; AZNAR-FARIAS, Maria; SILVARES, Edwiges Ferreira de Mattos. A construção da identidade em adolescentes: um estudo exploratório. **Estudos de Psicologia** 2003, 8(1), 107-115. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n1/17240.pdf>. Acesso em: 20 de Mar. 2017.

SHIRAKAWA, Itiro. Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria** 2000;22(Supl I):56-8. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462000000500019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000500019). Acesso em: 25 de Jan. 2017.

THAINES, Geovana Hagata de Lima Souza et al. A busca por cuidado empreendida por usuário com diabetes mellitus: um convite à reflexão sobre a integralidade em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2009 Jan-Mar; 18(1): 57-66. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-072009000100007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-072009000100007&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 10 de Abr. 2017.

VERAS, Renato Peixoto. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, 2011; 14(4):779-786. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/281441392>. Acesso em: 21 de Mar. 2017.

ZANETTI, Maria Lúcia et alli. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília 2008 mar-abr; 61(2): 186-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a07v61n2.pdf>. Acesso em: 10 de Abr. 2017.

**ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNASUS**

**SAMARA DOURADO MATOS**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE MENTAL**

**ARACAJU-SE  
2016**

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde, a prevalência de transtornos mentais na população está em torno de 21,4%. Tais transtornos ocorrem de acordo com a seguinte distribuição: os severos e persistentes, que necessitam de atendimento contínuo, estão em torno de 3%; os graves, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, em torno de 6%; os que necessitam de atendimento contínuo ou eventual correspondem a 12% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). No município de Aracaju ainda não existem dados sobre a ocorrência de transtornos mentais, entretanto é a alta sua prevalência. Segundo a coordenadora da Rede de Atenção Psicossocial, Karina Cunha, na Capital, cerca de 1600 usuários são acolhidos e tratados em todo o sistema e a perspectiva é de aumento.

Aracaju possui no momento seis Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo três tipo III; o CAPS Infanto-juvenil e o CAPS Álcool e outras Drogas (CAPS AD), e o centro Arthur Bispo do Rosário, que é uma parceria com uma ONG, além de quatro residências terapêuticas.

Atualmente Aracaju possui taxa de cobertura de 1,23 que representa a cobertura de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para cada 100 mil habitantes. O município é uma cidade precursora na oferta desse tipo de serviço. Os Centros de Atenção Psicossociais foram implantados no ano 2000, ou seja, um ano antes da Lei Federal 10.216, que trata da reforma psiquiátrica no Brasil e incentiva a humanização do serviço.

Segundo o coordenador da redução de danos, Wagner Mendonça, nos últimos anos o número de internações dos pacientes de Aracaju em clínicas psiquiátricas diminuiu entre 30% e 35%.

Entretanto apesar dos avanços é nitida a dependência da saúde mental dos serviços especializados e Centros de Atenção-psicossocial, sendo reduzido o acompanhamento das pacientes nas unidades básicas de saúde.

Problema: Como melhorar o vínculo dos pacientes portadores de sofrimento psíquico com a Unidade de saúde da Família José Machado de Souza, diminuindo assim a dependência aos serviços especializados, e permitindo o tratamento integral destes junto a suas famílias?

JUSTIFICATIVA: Segundo o conceito defendido pela reforma psiquiátrica, a desinstitucionalização não se restringe à substituição do hospital por um aparato de

cuidados externos, exige que, de fato haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade (GONÇALVES; SENA, 2001). Dessa forma é indispensável uma maior participação das Unidades de Saúde da Família no tratamento desses pacientes.

Tratamento esse que não deve se restringir a entrega de medicamentos, espera-se, muito mais, o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento sem a idéia de cura como o único horizonte (GONÇALVES; SENA, 2001), por meio da sua reintegração a sua família e comunidade.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

Consolidar a atenção integral a saúde mental na unidade de saúde José Machado de Souza, Aracaju – Se.

### 2.2 Objetivos específicos

Desenvolver atividades de treinamento dos profissionais de saúde da unidade, tornando-os aptos para identificar, acolher e quando necessário tratar os usuários portadores de sofrimento psíquico.

Fortalecer o vínculo dos pacientes com sofrimento psíquico com a unidade, com a família e com a comunidade.

Implantar o Apoio Matricial na unidade José Machado de Souza, como forma de suporte e comunicação entre as equipes e os demais níveis de atenção a saúde mental.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 SISTEMA DE ÚNICO DE SAÚDE

No início do século XX, a assistência a saúde fornecida pelo governo brasileiro era baseada em campanhas sanitárias, que assumiram especial importância na economia agrário-exportadora, pelo controle dos portos e das estradas de ferro, campanhas realizadas sob moldes quase militares implementaram atividades de saúde pública (PAIN et al, 2011 ).

Durante esse período sistema de saúde era formado por um Ministério da Saúde subfinanciado e pelo sistema de assistência médica da previdência social, cuja provisão de serviços se dava por meio de institutos de aposentadoria e pensões divididos por categoria ocupacional (PAIN et al, 2011), muitas fábricas já forneciam serviços médicos aos seus trabalhadores, sendo boa parte do custo pago pelos próprios trabalhadores através de descontos nos salários (SOUSA; BATISTA, 2012). As pessoas com empregos esporádicos tinham uma oferta inadequada de serviços, composta por serviços públicos, filantrópicos ou serviços de saúde privados pagos do próprio bolso. (PAIN et al, 2011)

Na década de 40, foram tomadas medidas de reestruturação e ampliação dos órgãos de saúde dos Estados. Entretanto apesar das mudanças, o sistema de saúde brasileiro permanecia insuficiente, mal distribuído, descoordenado, ineficiente e ineficaz (SOUSA; BATISTA, 2012).

Em 1964, após o golpe militar, novas reformas governamentais impulsionaram a expansão de um sistema de saúde predominantemente privado, especialmente nos grandes centros urbanos. Seguiu-se uma rápida ampliação da cobertura, que incluiu a extensão da previdência social aos trabalhadores rurais e um mercado de saúde baseado em pagamentos por serviços prestadores pelo setor privado gerando uma crise de financiamento na previdência social, que, associada à recessão econômica da década de 1980, alimentou os anseios por mudanças (PAIN et al, 2011).

Associada a essa crise o desenvolvimento do país e a concentração populacional nas grandes cidades, a saúde então despontava como uma questão social, neste contexto surgiu um amplo movimento social no país, reunindo iniciativas de diversos setores da sociedade, e composto por estudantes, pesquisadores, universidades, profissionais, sindicatos, entidades comunitárias e sociedades científicas (SOUSA; BATISTA, 2012). Este movimento foi chamado de Reforma sanitária brasileira e defendia a

democratização da saúde e a reestruturação do sistema de serviços, a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público e é a base para a proposta de criação do Sistema único de saúde – SUS (SOUSA; BATISTA, 2012).

A primeira proposta do SUS foi apresentada pelo CEBES no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados no ano de 1979, ideias essas que foram fortalecidas em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde que divulgou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS, com base no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais (SOUSA; BATISTA, 2012) em 1988 foi promulgada a Constituição Federal, chamada constituição cidadão, a qual contemplava os princípios e diretrizes elaboradas pelo CEBES, Segundo a qual Saúde é um 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 (SOUSA; BATISTA, 2012)

A implementação do SUS começou em 1990 com aprovação a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que especificava as atribuições e a organização do SUS segundo a qual são objetivos e atribuições do SUS: a assistência às pessoas, a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária, a saúde do trabalhador e a assistência farmacêutica, por meio de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (SOUSA; BATISTA, 2012). Tendo como princípios: Universalidade, igualdade, integralidade, participação popular, descentralização e comando único, regionalização e hierarquização (SOUSA; BATISTA, 2012).

Atualmente o SUS, é um dos maiores programas de saúde pública do mundo e possui um dos maiores sistemas de atenção primária a saúde, que é o Programa de Saúde da Família (PSF). Este programa é constituído por uma equipe multidisciplinar formada por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. O qual propõe-se a reorganizar a prática assistencial a partir de ações preventivas e curativas em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura das doenças (SOUSA; BATISTA, 2012).

### 3.2 REFORMA PSIQUIATRICA BRASILEIRA

Durante a segunda metade do século XX, a assistência psiquiátrica passou e vem passando por profundas mudanças nos países ocidentais, inclusive o Brasil. Tais mudanças culminaram na reforma psiquiátrica, que determinou o surgimento de um novo paradigma científico e novas práticas de assistência em saúde mental psiquiátrica no Brasil (ANTUNES; QUEIROZ, 2007).

O processo de reforma psiquiátrica inicia-se, nos anos 60, como um movimento contestador da perspectiva medicalizante da doença mental, envolvendo propostas alternativas em relação aos manicômios. O chamado movimento anti-psiquiátrico percorreu vários países, com o intuito de dissolver a barreira entre assistentes e assistidos; abolir a reclusão e repressão imposto ao paciente e promover a liberdade com responsabilidade dos pacientes. Tais propósitos incluíam, ainda, a prática de discussão em grupo, envolvendo uma postura essencialmente interdisciplinar (ANTUNES; QUEIROZ, 2007).

A ênfase prática de sua proposta envolvia, basicamente, a diminuição de leitos nos hospitais psiquiátricos e o desenvolvimento de uma rede de serviços psiquiátricos na comunidade, composta por equipes interdisciplinares, capazes de responder às demandas dos pacientes e de seus familiares (ANTUNES;QUEIROZ, 2007).

Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a *Lei n. 10.216* foi sancionada pelo Presidente da República em 6 de abril de 2001, lei esta que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. A lei em questão proíbe, em todo o Brasil, a construção de novos hospitais psiquiátricos e a contratação pelo serviço público de leitos e unidades particulares deste tipo; estabelece que os tratamentos devem ser realizados, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental e, como finalidade primordial, procura a reinserção social do doente mental em seu meio (ANTUNES; QUEIROZ, 2007).

A internação só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Com o fenômeno da desospitalização, surgem novos serviços, denominados de CAPS e Hospitais-Dia. Tais serviços são caracterizados como estruturas intermediárias entre a internação integral e a vida comunitária (ANTUNES;QUEIROZ, 2007).

Segundo o conceito defendido pela reforma, a desinstitucionalização não se restringe à substituição do hospital por um aparato de cuidados externos, exige que, de

fato haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade (GONÇALVES; SENA, 2001).

O que se espera não é simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital, “confinando-o” à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte. Espera-se, muito mais, o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento sem a idéia de cura como o único horizonte (GONÇALVES; SENA, 2001).

Isto implica uma progressiva mudança de mentalidade e comportamento da sociedade para com o doente mental. Exige revisões das práticas de saúde mental em todos os níveis e posturas mais críticas dos órgãos formadores de profissionais, principalmente, os da saúde e da educação (GONÇALVES; SENA, 2001), a mobilização de todos os atores envolvidos – técnicos e pacientes, com novas formas de organização das equipes, a transformação dos papéis destinados aos técnicos, o trabalho interdisciplinar e intersetorial, a articulação entre os aspectos clínicos e políticos da atenção psicossocial, o entrelaçamento entre estratégias de cuidado e estratégias de responsabilização ou interpelação do sujeito (HIRDES, 2009).

### 3.3 ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu como uma forma de reorganização dos serviços de saúde do Brasil, tornando a saúde um bem de todos e um dever do estado e tendo como alicerce de ação o nível de Atenção Primária (MENDES; MARQUES, 2003). Neste cenário a atenção básica (AB) passa a ser a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde. Na qual a o cuidado é centrado na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, possibilitando às equipes da saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (MERHY; FRANCO, 2000) produzindo um novo modo de gestão do cuidado em saúde e novas relações entre trabalhadores e usuários (DAMURI; DIMENSTEIN, 2010).

No entanto como todo sistema de saúde em fase consolidação o SUS ainda apresenta algumas fragilidades, dentre elas se destaca o cuidado dedicado as a população com sofrimento psíquico oferecido pela atenção primaria.

A população que sofre de algum transtorno mental é reconhecida como uma das mais excluídas socialmente, mais de um terço afirma não ter ninguém a quem recorrer num momento de crise (OMS, 2001; HUXLEY; THORNICROFT, 2003). Estudos demonstram essa população, quando inserida em redes fortes de troca e suporte, apresenta maior probabilidade de êxito positivos no tratamento, independe de outros fatores prognósticos. Segundo Ciompi (1994) nos momentos de crise, quanto maior for o apoio social recebido pelo individuo, menor será a necessidade de contenção ou sedação. Portanto investimentos devem ser realizados pelos serviços de atenção em saúde, com o objetivo de fortalecer e estimular a inserção em redes de trocas e a inclusão social (HUXLEY; THORNICROFT, 2003).

Tanto a Saúde Mental como a Estratégia de Saúde da Família têm apresentado novas modalidades de cuidado do processo de adoecimento, no PSF o vínculo e a continuidade exigem lidar com o sofrimento humano, processo para o qual a maioria dos técnicos ainda não está preparada, exigindo dos profissionais um trabalho psíquico e uma capacitação continuada (HIRDES, 2009)..

Visto que uma questão crucial da desinstitucionalização é uma progressiva devolução à comunidade da responsabilidade em relação aos seus doentes e aos seus

conflitos, trata-se de buscar “outro lugar social para a loucura na nossa cultura” e a cidadania do doente mental (GONÇALVES; SENA, 2001).

Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade. Permitindo ao paciente uma maior possibilidade de reinserção social, por meio de programas de reinserção no trabalho, de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários, entre outros (AMARANTE, 1995).

A parceria PSF e saúde mental não quer dizer treinamento das equipes de saúde da família em procedimentos simplificados de psiquiatria. Requer, sobretudo, uma construção recíproca e responsável de uma relação na qual os dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deverão se constituir como lugares de passagem (SOUSA; BATISTA, 2012). A inserção das ações de saúde mental no PSF constitui-se em estratégia adotada pelo Ministério da Saúde e constitui-se na própria essência da desinstitucionalização da psiquiatria. Para que efetivamente haja o deslocamento das ações de saúde mental para um contexto comunitário, é necessária uma abordagem que articule tratamento, reabilitação psicossocial, clínica ampliada e projetos terapêuticos individualizados (SOUSA; BATISTA, 2012).

Observamos que o trabalho desenvolvido pela atenção junto aos portadores de transtornos mentais não tem conseguido produzir efeitos que fortaleçam os processos de desinstitucionalização, nem tampouco de produzir um aprimoramento do cuidado (DAMURI; DIMENSTEIN, 2010). É preciso se desenvolver um trabalho acolhedor, resolutivo e confortável, com valorização e promoção da autonomia.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma melhora nos cuidados com as pessoas que sofrem de transtornos mentais depende de uma melhor educação dos trabalhadores em saúde, do público em geral e de um compromisso mais intensivo dos governos quanto ao desenvolvimento de serviços de atendimento aos doentes mentais e às suas comunidades (OMS, 1997).

É preciso ter profissionais capacitados para detectar problemas de saúde mental em seu território e propor formas de intervenção adequadas, além de criar redes de cooperação e coordenação entre os diferentes níveis de saúde (DAMURI; DIMENSTEIN, 2010).

Nessa perspectiva o Apoio Matricial da Saúde Mental seria (o) suporte técnico especializado, em que conhecimentos e ações, são ofertados aos demais profissionais da saúde e à equipe interdisciplinar de saúde na composição de um espaço de troca de saberes, invenções e experimentações que auxiliam a equipe a ampliar sua clínica e a

sua escuta, a acolher o choro, a dor psíquica, enfim, a lidar com a subjetividade dos usuários. (FIGUEIREDO, 2006), facilitando na compreensão dos processos promoção/saúde/doença/cuidado, sem desvincular o sujeito do seu contexto social, um tratamento que mantenha o sujeito na comunidade e faça disso um recurso terapêutico (RAMOS; PIO, 2010).

#### 4. METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção, a partir da prática na Atenção Básica no município de Aracaju. A metodologia constitui-se na realização de atividades voltadas para atenção integral a saúde mental na unidade de saúde José Machado de Souza, aumentando o vínculo desses pacientes com a unidade, desenvolvido com o apoio dos residentes em saúde mental alocados na USF.

O primeiro momento a ser realizado é a apresentação do projeto de intervenção para a equipe de saúde, a fim de socializar os objetivos, metodologia e resultados esperados. Discutindo o projeto com a equipe e pactuando das funções dos membros da equipe na busca dos resultados. Com a aceitação da equipe, será apresentado o cronograma com as atividades a serem desenvolvidas, prazos e responsáveis.

O segundo momento será realizada encontros de estudo da equipe de saúde da unidade com o auxílio da dos residentes de saúde mental da USF José Machado de Souza e participação de psiquiatra e psicólogo convidados para discutir formas de aumentar o vínculo dos pacientes da saúde mental e seus familiares com a USF, nesse momento toda a equipe será orientada sobre a melhor forma de identificar e agir de forma empática com pacientes da saúde mental, identificando suas dúvidas e fragilidades e buscando soluções de forma conjunta.

O terceiro momento é composto pela identificação dos pacientes com sofrimento psíquico diagnosticado ou suspeito adscrito a unidade, fazendo um levantamento da frequência de acompanhamento desses pacientes, sobretudo aqueles que não realizam acompanhamento na unidade ou o fazem de forma irregular.

O quarto momento após o levantamento dos casos de pacientes com sofrimento psíquico e identificação das fragilidades no atendimento dos mesmos será discutido com a equipe atividades e estratégias para vinculação desses pacientes a unidade, se necessário haverá a discussão de casos específicos que demandem uma maior atenção ou o auxílio de níveis de atenção especializado.

O quinto momento serão realizadas as atividades em grupo para os pacientes e familiares, com a participação da equipe e residentes da residência multidisciplinar em saúde mental, nessas atividades sera estimulada a participação do paciente de seus familiares de forma que os mesmos possam demonstrar suas dúvidas e anseios sobre a doença. Por meio das atividades previamente elaboradas também será avaliada as relações familiares, as potencialidade de fragilidades dessas relações.

O sexto momento avalia-se o resultado das dinâmicas em grupo e dos atendimentos individuais, quais os pontos favoráveis das atividades, quais os frágeis, o que pode ser mantido ou modificado. Além da avaliação do aprendizado da equipe de saúde da unidade, e vinculação dos pacientes a unidade, atendimentos individuais.

O monitoramento e avaliação será realizada pela equipe no decorrer das atividades, levando em consideração a assiduidade dos pacientes a atividades, grau de vinculação dos mesmos com a equipe e com as relações familiares e com a comunidade. Levando em consideração a visão dos pacientes e familiares acerca de todo o processo.



## **6. RECURSOS NECESSÁRIOS**

### **6.1 RECURSOS HUMANOS**

Equipe de saúde da família composta por 4 agentes comunitários de Saúde, 1 técnico de Enfermagem, 1 enfermeiro, 1 médico, 1 dentista, 1 auxiliar de saúde bucal e 1 técnico de saúde bucal.

Equipe NASF composto por 1 psicólogo, 1 farmacêutico, 1 terapeuta ocupacional, 1 educador físico, 1 nutricionista.

Equipe da residência multidisciplinar em saúde mental composta por 3 psicólogos, 1 farmacêutico, 1 enfermeiro.

Apoio matricial composto por 1 psiquiatra

### **6.2 RECURSOS MATERIAIS**

- Sala para reuniões e atendimentos;

- Computador;

- Folha A4;

- Impressora;

- cartolina, balões, canetas.

- Prontuários dos pacientes.

- Equipamento de multimídia.

## 7. RESULTADOS ESPERADOS

- Tornar a equipe de saúde da USF José Machado de Souza capaz de identificar, acolher e atender de forma empática os pacientes com sofrimento psíquico.

- Consolidação do matriciamento na USF.

- Aumentar a vinculação dos pacientes a Unidade.

- Fortalecer as relações dos pacientes com sofrimento psíquico com seus familiares e comunidade.

- Orientar os familiares nas suas relações com os pacientes e com os momentos de crise.

- Diminuir a dependência da saúde mental ao serviço especializado e CAPS.

- Ajudar os pacientes a entender e lidar com sua doença.

- Realizar o tratamento e acompanhamento dos pacientes de forma integral na USF.

- Implantar de forma permanente atividades voltadas para o fortalecimento da saúde mental.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. Paulo Amarante. **Caderno de Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995. Disponível em:< [www.scielo.br/pdf/csp/v11n3/v11n3a11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v11n3/v11n3a11.pdf)>. Acesso em: 01 de Nov. 2016.

ANTUNES, Sônia Marina Martins de Oliveira; QUEIROZ, Marcos de Souza. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Caderno de Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, 23(1):207-215, jan, 2007. Disponível em:< [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000100022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000100022)>. Acesso em: 01 de Nov. 2016.

CAMURI, Danilo; DIMENSTEIN, Magda Dimenstein. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.4, p.803-813, 2010 8. Disponível em: < [www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/08.pdf)>. Acesso em: 16 de Nov. 2016.

Coordenação Geral de Documentação e Informação, Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental. Brasília: **Ministério da Saúde**; 2001.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, março (2001); 9(2): 48-55. Disponível em:< [www.eerp.usp.br/rlaenf](http://www.eerp.usp.br/rlaenf)>. Acesso em: 10 de Nov. 2016.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1):297-305, 2009. Disponível em: < [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100036](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036)>. Acesso em: 15 de Nov. 2016.

LIMA, Adriane Bacellar Duarte. Projeto Porto Nacional (Tocantins): uma proposta de atuação em saúde mental na comunidade. **Rev. Psiq. Clín.** 30 (3):108-111, 2003. Disponível em: < [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832003000300011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832003000300011)>. Acesso em: 16 de Nov. 2016.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira; MURAMOTO, Melissa. Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental Social. **Rev. Ter. Ocup.** Universidade de São Paulo, v. 18, n. 2, p. 54-62, maio/ago., 2007. Disponível em: <[www.revistas.usp.br/rto/article/download/14007/15825](http://www.revistas.usp.br/rto/article/download/14007/15825)>. Acesso em: 16 de Nov. 2016.

PAIM, Jairnilson et all. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Saúde no Brasil.** Disponível em:<<http://www.thelancet.com>>. Acesso em: 12 de Nov. 2016.

PINHEIRO, Maria do Carmo Buonafina. **Projeto de intervenção: o acolhimento como diretriz operacional no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) José Carlos Souto.** 2010. 33 f. Monografia. Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Departamento

de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010. Disponível em: < [www.trabalhosfeitos.com/topicos/projeto-de-intervencao-no-acolhimento-ao...do.../0](http://www.trabalhosfeitos.com/topicos/projeto-de-intervencao-no-acolhimento-ao...do.../0)>. Acesso em: 17 de Nov. 2016.

RAMOS, Priscila Freitas, PIO, Danielle Abdel Massih. Construção de um projeto de cuidado em saúde mental na atenção básica. **Psicologia, Ciência e Profissão**, 2010, 30 (1), 212-223. Disponível em: < [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932010000100016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000100016)>. Acesso em: 17 de Nov. 2016.

SOUSA, Maria Luciana Bezerra; MELO, Clóvis Alberto Vieira. Impacto da política de atenção básica à saúde na taxa de mortalidade infantil nos municípios brasileiros. **Revista Política Hoje**, Vol. 22, n. 1, 2013. Disponível em: < [www.revista.ufpe.br/politica/hoje/index.php/politica/article/viewFile/254/141](http://www.revista.ufpe.br/politica/hoje/index.php/politica/article/viewFile/254/141) >. Acesso em: 16 de Nov. 2016.

SOUSA, Rafael da Cruz; BATISTA, Francisco Eduardo Bastos Batista. **Política pública de saúde no Brasil**: história e perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS. ANAIS do VII CONEPI – Congresso Norte Nordeste de Pesquisa e Inovação. Disponível em:< [propi.ifto.edu.br/ocs/index.php/connepi/vii/paper/view/2842/1827](http://propi.ifto.edu.br/ocs/index.php/connepi/vii/paper/view/2842/1827)>. Acesso em: 12 de Nov. 2016.