

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**Denise Araújo Pontes**

**Abordagem multidisciplinar à pessoa em estado de sofrimento psíquico: Relato de experiência**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**Denise Araújo Pontes**

**Abordagem multidisciplinar à pessoa em estado de sofrimento psíquico: Relato de experiência**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Enfermagem na Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Jessica Adrielle Teixeira Santos**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **Abordagem multidisciplinar à pessoa em estado de sofrimento psíquico** de autoria do aluno **Denise Araújo Pontes** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Enfermagem na Atenção Psicossocial.

---

**Profa. Dra. Jessica Adrielle Teixeira Santos**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
2014

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>3</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>6</b>
<b>4 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>7</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>11</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>13</b>

## RESUMO

**Objetivo:** Relatar um matriciamento com abordagem multidisciplinar a uma pessoa em estado de sofrimento psíquico acompanhada por equipe da ESF de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Fortaleza-Ce, com apoio de equipe matricial. **Método:** Discursão em grupo formado por ESF e apoio matricial do CAPS, para elaboração do projeto terapêutico singular, considerando-se peculiaridades do caso clínico em questão. **Resultados:** A partir da discursão do caso chegou-se à ações específicas relacionadas a saúde mental, como acolhimento, atividade física mudança na prescrição médica e visita domiciliar; tudo baseado na assistência multiprofissional. **Conclusão:** A abordagem multidisciplinar à pessoa em estado de sofrimento psíquico foi fundamental para o planejamento de intervenções, no caso estudado; bem como estratégia relevante para a reorientação da prática assistencial em saúde mental no cenário da atenção primária à saúde.

**Palavras –chaves:** Atenção primária a Saúde; Matriciamento; Saúde Mental.

## 1 INTRODUÇÃO

De modo geral, as mudanças vividas no campo das políticas e práticas no campo da Saúde Mental refletem na nossa prática profissional. Um dos desafios atuais é ofertar uma atenção integral à saúde das pessoas, respeitando as diretrizes e princípios norteadores do SUS. Assim, a adoção de novas práticas de assistência fundamentadas em uma visão holística do paciente, torna-se requisito necessário para uma atenção em saúde de qualidade e humanizada. (BRASIL, 2009)

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, não existe uma definição “oficial” sobre Saúde Mental. A saúde Mental pode incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. “Admite-se, entretanto, que o conceito de Saúde Mental é mais amplo que a ausência de transtornos mentais” e este termo está relacionado o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional. (TÓFOLI; FORTES, 2007)

Segundo Lorusso, “A saúde mental é o equilíbrio emocional entre o patrimônio interno e as exigências ou vivências externas. É a capacidade de administrar a própria vida e as suas emoções dentro de um amplo espectro de variações sem, contudo perder o valor do real e do precioso. É ser capaz de ser sujeito de suas próprias ações sem perder a noção de tempo e espaço. É buscar viver a vida na sua plenitude máxima, respeitando o legal e o outro. (TÓFOLI; FORTES, 2007)

Já Fonseca afirma que, “o conceito de saúde mental deve envolver o homem no seu todo biopsicossocial, o contexto social em que está inserido assim como a fase de desenvolvimento em que se encontra. Neste sentido, podemos considerar a saúde mental como um equilíbrio dinâmico que resulta da interação do indivíduo com os seus vários ecossistemas: o seu meio interno e externo; as suas características orgânicas e os seus antecedentes pessoais e familiares”. (TÓFOLI; FORTES, 2007)

Esta concepção de envolvimento comunitário na forma de lidar com o paciente portador de sofrimento psíquico teve início como o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, Ca década de 1970. Este movimento fomentou um processo contemporâneo em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta

dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

Como reflexo de todas essas ações temos atualmente uma Rede de Atenção à Saúde Mental brasileira, como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), que entre outras determinações, orienta o atendimento ao portador de transtorno mental em sistema comunitário.

Em seis de abril de 2001, foi criada a Lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil. Esta lei ratifica em seu artigo terceiro, que é de responsabilidade do Estado o desenvolvimento de política de saúde mental e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades de que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

No âmbito do Ministério da Saúde, temos a Política Nacional de Saúde Mental, que fortaleceu os cuidados necessários relacionados aos transtornos de saúde mental na atenção básica de saúde, considerando a importância deste nível de atenção e a sua potencialidade por estar mais próximo do eixo territorial

O acompanhamento de transtornos mentais é deve ser feito por uma equipe multiprofissional, com profissionais de diferentes áreas técnicas atendendo conjuntamente com o objetivo comum. Esses profissionais vão desde enfermeiros, médicos, assistentes sociais, dentistas, médicos e agente comunitários de saúde entre outros.

O Matriciamento em Saúde Mental é um arranjo de estratégias articuladoras no processo de construção e transformação da assistência em saúde mental. É uma estratégia institucional de gestão que visa a construção de uma rede de cuidados, desviando a lógica de encaminhamentos indiscriminado para uma lógica de co-responsabilização, sob a ótica da resolutividade à assistência em saúde (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2006).

O matriciamento surgiu da necessidade de organizar o fluxo de encaminhamentos ao Centro de Atenção Psicossocial, uma vez que o serviço recebe muitos casos que podem ser acompanhados pela atenção básica, bem como o fortalecimento da rede tendo em vista que existe alta prevalência de pacientes com transtornos de saúde mental, principalmente nos casos nos quais esses transtornos psiquiátricos são considerados de natureza leve, tornando-se importantes o apoio do sistema matricial em saúde mental com a unidade de atenção básica.

Desta forma, o presente estudo tem como objeto relatar a experiência de um matriciamento com abordagem multidisciplinar a uma pessoa em estado de sofrimento psíquico acompanhada por equipe da ESF de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Fortaleza-Ce, bem como analisar de forma específica um plano terapêutico para o paciente mostrando a interligação dentro da rede de assistência em saúde mental.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

A partir da política de saúde mental começou a haver a desinstitucionalização dos pacientes em sofrimento psíquico. No Brasil tem-se como modelo de atendimento em saúde mental a atenção com base comunitária e territorial que visa a diminuição das internações psiquiátricas.

Hoje em dia o tratamento de pacientes com problemas de saúde mental é acompanhado principalmente pelos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Que tem um papel fundamental na articulação por regular a entrada na rede de atenção em saúde mental distribuindo a demanda para outros pontos da rede conforme a existência e grau de complexidade da doença.

O modelo atual de assistência à saúde mental modificou o antigo modelo que era empregado, que no caso em questão o tratamento de dava com a atuação de hospitais psiquiátricos sendo que nos dias de hoje esse tipo de tratamento não faz mais parte do sistema previsto no Ministério da Saúde.

O CAPS apesar de possuir uma estrutura regionalizada, esse sistema não consegue suprir a demanda de pacientes com transtornos de saúde mental devendo ser ampliada e que outros setores do sistema único de saúde como, por exemplo, o programa de atenção básica a saúde da familiar pode ser melhorado com o objetivo de atuar de forma complementar na atuação ao tratamento de pacientes com problemas de saúde mental.

A desinstitucionalização da assistência psiquiátrica, a defesa dos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais, o combate ao estigma, o cuidado à saúde mental por meio de dispositivos extra-hospitalares e sua inclusão na atenção básica são algumas das diretrizes da política de saúde mental do SUS. (BRASIL, 2009).



Assim, a atenção básica, através do programa saúde da família-PSF, ocupa importante papel no acolhimento e no atendimento ao portador de sofrimento psíquico desenvolvendo ações em vigilância, prevenção e promoção da saúde já que o mesmo é considerado a porta de entrada no território.

O Ministério da Saúde, através do projeto de Humanização do SUS (2004) propõe o conceito de clínica ampliada e o termo equipe de referência, articulando atenção básica e saúde mental, designando o trabalho a ser feito no processo de viabilizar o acesso à saúde e a qualificação dos cuidados. (BRASIL, 2011)

A Política Nacional de Saúde Mental preconiza o Apoio matricial como dispositivo de intervenção junto à Atenção Básica, fundamentado pela noção de território, considerando o trabalho organizado pelo princípio de responsabilidade compartilhada entre a equipe de referência e serviços especializados, mantendo assim a continuidade na atenção em saúde. (BRASIL, 2011)

“O Apoio Matricial se configura como um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações. Ele pode ser realizado por profissionais de diversas áreas especializadas” (BRASIL, 2011)

Conforme portaria do Ministério da Saúde em seu art.6º, § 2º. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família, vinculado à Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsáveis por apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o Núcleo de Apoio à Saúde da Família está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

“O matriciamento pressupõe quatro aspectos básicos. O primeiro é um trabalho em equipe e a noção de referência. O segundo é o compromisso de desmedicalizar a vida, isto é, a dor não se resolve com Voltarem, a tristeza e o cansaço não se resolvem com fluoxetina, ou ainda, traquinagem com ritalina. O terceiro é a promoção de conhecimento e o quarto é o emponderamento das pessoas, considerando os sujeitos nos seus contextos, na sua família e na sua comunidade” (BRASIL, 2011)

Através do matriciamento podemos acompanhar de uma forma mais integral o paciente, já que é realizada uma abordagem multiprofissional diferenciada, há uma troca ou compartilhamento de conhecimento promovendo assim uma clínica ampliada. (BRASIL, 2011)

É importante atrelar a ideia da clínica ampliada ao conceito do Projeto Terapêutico Singular (PTS) que como o nome sugere, busca a singularidade, a diferença como elemento central. O PTS é de grande relevância tendo em vista que parte das necessidades de cada usuário, e estabelece entre o técnico de referência que o profissional com maior vínculo com o usuário, o usuário, sua família e/ou responsável novos projetos baseados nas habilidades e potencialidades destes sujeitos. Geralmente, o PTS contém quatro movimentos: a definição de hipóteses diagnósticas; a definição de metas; divisão de responsabilidades e reavaliação do PTS (BRASIL, 2009)

Desta forma, ocorre a construção de responsabilidade comum e vínculo entre usuário, equipe de saúde, família e por conseguinte uma melhor cuidado e entendimento do processo de adoecimento, podendo assim proporcionar uma melhoria em sua qualidade de vida.

### 3 MÉTODO

Trata-se de um estudo descrito, que relatou a experiência de um matriciamento com abordagem multidisciplinar a uma pessoa em estado de sofrimento psíquico acompanhada por equipe da ESF de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Fortaleza-CE.

Os relatos de cunho pessoal apresentados nos resultados foram construídos mediante minha experiência profissional como enfermeira desta unidade de saúde, onde procurou-se apresentar e analisar de forma específica um plano terapêutico para o paciente mostrando a interligação dentro da rede de assistência em saúde mental.

Os dados aqui apresentados foram extraídos do prontuário da paciente, referente ao período do mês de março do ano de 2013.

Além do relato pessoal procurou-se estabelecer um paralelo com a literatura científica na área como forma de dar sustentação teórica aos assuntos aqui abordados. Desta forma, foram consultados artigos, livros, dissertações e teses e documentos oficiais do Ministério da Saúde, tais como leis, decretos e políticas públicas.

Por tratar-se de uma pesquisa com dados secundários dispensou-se a necessidade de utilização de Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e submissão do projeto ao Comissão de Ética em Pesquisa. Entretanto solicitou-se a autorização do Gestor local da Saúde, externando-se o caráter sigiloso e anônimo dos dados.

## **4 RESULTADO E ANÁLISE**

### **4.1 Relato do caso**

**Solicitante do matriciamento:** profissional médico

**Motivo da solicitação do matriciamento:** Paciente encaminhada pelo CAPS para seguimento na UBS, por quadro depressivo.

#### **Matriciadores:**

Categoria profissional: Enfermeira do CAPS

Categoria profissional: Médico

Categoria profissional: Enfermeira

Categoria profissional: Psicólogo da Residência

**Tipo de Matriciamento:** Discussão de caso

Identificação: Rosa Helena dos Santos, 44 anos, natural de Itarema e residente em Fortaleza Há 30 anos; casada; moradora das Goiabeiras na Barra do Ceará; Analista de qualidade de um laboratório químico de castanha, sem religião.

**Queixa Principal:** "Crises de choro"

#### **História da Doença Atual**

Paciente refere que desde há 5 anos apresenta crises de choro fácil, sufocamento, falta de ar, taquicardia, sensação de estar flutuando, medo, dormência nas mãos, dificuldade para exercer suas atividades laborais, sentindo-se sobrecarregada. Nega alteração do apetite e ideação suicida. Despertar precoce e insônia inicial. Diminuição da libido. Relata que o quadro clínico piorou há 4 meses devido problemas no seu casamento. Refere que marido não entende sua doença. Possui dificuldade de relacionamento com a sogra e diz que seu filho de 5 anos prefere ficar com o pai.

## **História Familiar**

Filha de trabalhadores da roça; irmã de 6, sendo a 4ª mais velha e a 2ª mulher mais velha de todos. Veio com a família para Fortaleza aos 14 anos para melhorar de vida. Conheceu seu atual marido com quem casou aos 30 anos. Seu único filho nasceu aos 38 anos e sempre morou nas Goiabeiras.

É a provedora do lar. Depois que o marido perdeu o emprego, abriu sorveteria na própria casa. O marido passa o dia com o filho. Devido à isso refere afastamento do filho, que procura sempre o pai e não a ela. Diz que não amamentou o filho por não possuir leite. A relação com o marido piorou nos últimos 4 meses devido desconfiança de traição.

Relação conflituosa com a sogra que a culpa por não ser boa mãe. Diz que o período em que a sogra ficou em sua casa foi o pior da sua vida ela queria uma empregada. Relação conflituosa com cunhado que pediu dinheiro emprestado ao marido ele emprestou sem a gente pode, pagou depois de muito tempo.

Problemas de relacionamento com colega de trabalho, tudo que eu faço ele me manda fazer diferente, não aceito e a gente discute.

Seus pais moram no mesmo bairro, e sempre visita aos domingos. Apresenta proximidade com irmão mais novo ele é um anjo. Outra irmã mora perto, mas tem pouco contato.

Antecedentes Pessoais: Nenhum problema na gestação, nascida de parto domiciliar; ajudava a cuidar da casa. Estudou 1º grau em Itarema e concluiu estudos em Fortaleza. Fez curso para trabalhar em laboratório.

Primeira relação sexual com o esposo, refere vida sexual mas não gosta; nega outros parceiros e desconfia das relações extras conjugais do marido

Mora em casa de 7 cômodos com marido e filho. Principal renda é a dela, marido ajuda em renda da sorveteria. Dificuldade de relacionamento com esposo, que a cobra pelo cuidado com a casa. Trabalha o dia todo com intervalo de almoço em casa.

### História médica e Antecedentes psiquiátricos

Filho nasceu de parto cesariana. Nega interações. Procurou CAPS por conta própria, onde teve dois atendimentos.

### Medicamentos e drogas

Clonazepam 02mg/d + Fluoxetina 20mg/d prescrito pela psiquiatra do CAPS, mas a paciente suspendeu por conta própria a fluoxetina e aumentou o Clonazepam para 4 o

### História Forense

Relata ter sido agredida verbalmente e até fisicamente pelo marido, mas nunca procurou a polícia.

### Avaliação do Exame do Estado mental

Trajada com vestido preto até abaixo do joelho, salto plataforma, pintada; postura encurvada, olhar triste, agitada, movimento frequente das mãos.

Consciente e orientada; memória e inteligência normal; respondia as perguntas com coerência; sintonia afetiva no discurso, tendência ao choro, tristeza, falta de ânimo; despertar precoce e sonolência tardia; nega ideação suicida. Discurso coerente, velocidade normal, quando falava rápido gaguejava. Nega ouvir vozes ou ver pessoas ausentes. Juízo preservado.

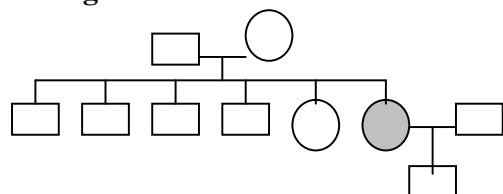
### Reação dos entrevistadores

Formação de vínculo e preocupação.

### Diagnóstico clínico

Transtorno misto de Ansiedade e Depressão.

### Genograma



Legenda:

● Paciente

## 4.2 Postura da Equipe Multidisciplinar

- Farmacológica: diminuir dosagem de Clonazepam para 2 mg à noite, e reiniciar Fluoxetina 20 mg/dia;

A atenção primária a saúde dispõe de um recurso extremamente importante para a manejo da farmacoterapia, que é a sua proximidade com o paciente e conseqüentemente a possibilidade de acompanhamento. Desta forma, grandes partes dos problemas com a utilização crônica e inadequada de psicotrópicos são eliminadas. (BRASIL, 2011)

De acordo com o Manual de Matriciamento em Saúde Mental, a terapêutica farmacológica sempre deve ser associada a outro tipo de terapêutica psicossocial.

- Atenção Psicossocial: Convocar o marido na UAPS para esclarecimento da doença; fortalecimento de vínculo com o filho; Orientar lazer em família;

O pilar da atuação terapêutica no nível da atenção primária em saúde esta fundamentado em três pilares: o acolhimento, a escuta e o suporte. O acolhimento representa o vínculo entre profissionais e o paciente que favorece o cuidado integral. A escuta cria espaços para o paciente refletir sobre seu sofrimento e suas causas. O suporte reforça a segurança daquele que sofre, empoderando-o na busca de soluções para seus problemas. (BRASIL, 2011)

- Apoio do Sistema de Saúde: encaminhamento à massoterapia e Terapia comunitária;

A Terapia Comunitária é um espaço em que se procura compartilhar experiências de vida e sabedorias de forma horizontal e circular. Cada indivíduo torna-se terapeuta de sim mesmo, com base na escuta das histórias de vida que ali são relatadas. Todos se tornam co-responsáveis na busca de soluções e superação de desafios do cotidiano, em um ambiente acolhedor e caloroso. (BRASIL, 2011)

- Apoio da rede comunitária: orientar/ recomendar prática regular de atividade física, em grupo específico existente na comunidade.

As atividades físicas podem ser rotineiramente utilizadas no dia a dia da atenção primária, gerando impacto positiva na qualidade de vida das pessoas portadoras de sofrimento emocional. Essas práticas propõem ação integrada entre corpo e mente, e tem notável poder ansiolítico e relaxante, em especial quando realizadas sob orientação de profissionais treinados. (BRASIL, 2011)



## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A abordagem multidisciplinar à pessoa em estado de sofrimento psíquico foi fundamental para o planejamento de intervenções, no caso estudado. Ademais, é estratégia relevante para a reorientação da prática assistencial em saúde mental no cenário da atenção primária à saúde.

O matriciamento em saúde mental constitui ferramenta facilitadora para novas práticas nessa área. O suporte fornecido pelas equipes de apoio matricial às equipes da ESF permitem diálogo e integração multiprofissional, facilitando a tomada de condutas efetivas e humanizadas, que garantem a integralidade do cuidado em saúde mental.

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização da Atenção e gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada/ Ministério da Nacional de Atenção à saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS- Brasília: Ministério da Saúde Saúde, Secretaria de Brasil (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Política
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Prático para Matriciamento em Saúde Mental. Centro de Estudo e pesquisa em saúde Coletiva. Brasília-DF, 236p. 2011
3. TÓFOLI, L.F.; FORTES, S. Apoio Matricial de saúde mental na atenção primária de Sobral, CE: o relato de uma experiência. *Sanare*, v.6, n.2, p. 34-42, 2007.
4. DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A.K.; BRITO, M.; PIMENTA, A.L.; MEDEIROS, V.; BEZERRA, E. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em Saúde mental. *Saúde e Sociedade*, v.18, n.1, p.63-74, 2009