

# CONIC·SEMESP

14º Congresso Nacional de Iniciação Científica

**TÍTULO:** ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA SAÚDE MENTAL DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS-SP

**CATEGORIA:** CONCLUÍDO

**ÁREA:** CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SAÚDE

**SUBÁREA:** MEDICINA

**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE CIDADE DE SÃO PAULO

**AUTOR(ES):** MARCOS FUMIKO RODRIGUES

**ORIENTADOR(ES):** ELIZABETH YU ME YUT GEMIGNANI

Realização:



Apoio:



## 1. Resumo do Trabalho

Este trabalho de pesquisa teve por objetivo reduzir a fila de espera da demanda reprimida da Saúde Mental, no município de Guarulhos, em especial, na Regional de Saúde IV, Pimentas-Bom Sucesso. Face às alterações promovidas pela Política de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde (SUS) – a chamada *Reforma Psiquiátrica* evidenciou-se uma patente fragilidade no que tange ao acolhimento humanizado e à apropriada classificação de risco, a falta da Interconsulta compartilhada com o CAPS e NASF, a ausência de um fluxo hierárquico do apoio matricial e a carência de qualificação dos profissionais de saúde mental. Trata-se de uma pesquisa de observação ativa do pesquisador, por meio de entrevistas com usuários e com profissionais das unidades de saúde; e pesquisa documental, ao analisar os prontuários médicos e diários de visitas. Foi aplicado questionários de Avaliação de Satisfação dos usuários e dos profissionais de saúde. Todos os 18 entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este estudo revelou que o tempo médio de espera na fila para consultas com os psiquiatras é de um ano e seis meses. Constatou-se que há uma baixa eficiência na classificação de risco adotada para pacientes psiquiátricos. Verificou-se que há número insuficiente de profissionais psiquiatras na rede de atenção psicossocial de Guarulhos. Outro fator relevante é o absenteísmo dos usuários nas consultas agendadas, pois, muitos relataram sentirem-se discriminados pela sua condição de pacientes psiquiátricos e sofrer preconceito por parte dos seus familiares, vizinhos, colegas de trabalho e até mesmo das agentes comunitárias de saúde residentes nas comunidades onde atuam. Conclui-se que a falta de psiquiatras nos serviços de atenção psicossocial e de adesão ao programa de assistência à saúde mental do município de Guarulhos tanto por parte dos usuários quanto dos profissionais de saúde tem acarretado a demanda reprimida na Saúde Mental.

## **2. Introdução**

É sabido da existência da falta de médicos especialistas em regiões interioranas e periféricas de grandes cidades, principalmente, do psiquiatra, no cenário nacional. Em decorrência desse fato, no SUS há filas de espera em média de 4,5 dias para qualquer tipo de internação (inclusive muitos casos de emergência), de acordo com os últimos dados divulgados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

Apesar da inegável existência de um histórico de relevantes avanços no atendimento em saúde mental no processo de adequação frente à atual realidade pós-manicomial, ainda percebe-se uma grande carência, no município de Guarulhos-SP, no que se diz respeito ao cuidado integral do usuário em conformidade com o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) proposto pelo Ministério da Saúde, quando de sua entrada na unidade de serviço de saúde e atendimento pelas equipes multiprofissionais da rede.

É preconizado pelo SUS o enfoque no atendimento centrado no paciente, desde a entrada do mesmo no serviço de acolhimento, em que devem ser considerados os fatores biopsicossociais e espirituais do usuário, derivando daí a necessidade de mudança dos critérios de classificação de risco e sua efetivação na prática clínica, sobretudo no serviço de pronto atendimento e urgência e emergência, em que devem ser priorizados os diferentes graus de perturbação psicológica, decorrentes de sofrimento psíquico, conjuntamente com o quadro físico apresentado e não somente levando-se em consideração os aspectos meramente biológicos (CHIAVERINI, 2011).

Nesse contexto, o apoio matricial promovido pelas unidades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos mostra-se como sendo parte importante no estabelecimento de uma rede de cuidados integrais, conjuntamente com as equipes do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), centros de convivência e as outras organizações da Atenção Básica local no atendimento aos usuários em situação de risco psicossocial e angústia psíquica, uma vez que a “saúde mental” constitui-se como uma das nove áreas estratégicas prioritárias do NASF (Portaria do Ministério da Saúde Nº 154 de 24/01/2008).

Há uma premente necessidade de se verificar a existência e a extensão de um possível descompasso entre as proposições do Protocolo de Acolhimento na saúde mental do município e a sua aplicação prática, pois parecem existir deficiências nas condições estruturais e de pessoal das unidades que compõem a rede e que são indispensáveis para bem acolher os usuários, visto que as condições psicológicas dos pacientes devem, como já exposto acima, ser devidamente levadas em consideração no processo de classificação de risco.

Concomitantemente, persiste-se uma flagrante necessidade de mais atividades de educação permanente para capacitação dos profissionais atuantes na rede, que promovam uma ampla formação, especialmente dos que têm participação ativa no apoio matricial desses usuários (CAMPOS E DOMITTI, 2007).

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo geral**

Reduzir a fila de espera da demanda reprimida da Saúde Mental, no município de Guarulhos, em especial, na Regional de Saúde IV – Pimentas-Bom Sucesso.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- a) Implantar o Acolhimento com classificação de risco na Saúde Mental por meio da Interconsulta compartilhada com o CAPS e NASF.
- b) Avaliar a ação da Interconsulta para redução da fila de espera para o agendamento de consultas com o Psiquiatra.
- d) Realizar Educação Permanente para qualificar os profissionais de saúde para o Acolhimento dos usuários com sofrimento psíquico na Atenção Básica.

#### **4. Procedimentos Metodológicos**

Trata-se de uma pesquisa de observação ativa do pesquisador, por meio de entrevistas com usuários e com profissionais das unidades de saúde; e pesquisa documental, ao se fazer a análise de prontuários médicos e diário de visitas. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os questionários utilizados são: ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES EM SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL, ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL e ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DA EQUIPE EM SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL (SATIS-BR).

Inicialmente, foi levantada a quantidade da demanda reprimida através das fichas de encaminhamento para o agendamento da consulta ao médico psiquiatra. Foram analisadas a história clínica, as hipóteses diagnósticas e a Classificação Internacional da Doença (CID-10) informados de 56 usuários matriciados através de seus prontuários, sendo que 18 deles foram entrevistados. Elaboração de um fluxo hierárquico de matriciamento em Saúde Mental com classificação de risco. E, finalmente, realização de educação permanente para qualificar os profissionais de saúde para acolher os pacientes com sofrimento psíquico na Atenção Básica.

#### **5. Desenvolvimento / Discussão**

Foi realizado o levantamento bibliográfico e de artigos científicos de autores consagrados relacionados ao tema da pesquisa para fundamentar os achados deste estudo.

A pesquisa documental nos prontuários e diários de visitas foi finalizada dentro do período programado, sendo importante para o planejamento e a execução deste trabalho de pesquisa.

As entrevistas com usuários da rede de atenção básica, utilizando-se questionários, foram realizadas com sucesso. Elas ocorreram majoritariamente nas

visitas domiciliares e em algumas nas unidades de saúde, dadas as incompatibilidades de agenda das consultas com as datas programadas para a pesquisa de campo. A análise dessas entrevistas também foi concluída o que permitiu que o objetivo geral deste projeto pudesse ser alcançado.

Diante do exposto, faz-se necessária a alteração no modo como a classificação de risco é realizada na rede de atenção básica, pois a atual tem-se mostrado limitada e inadequada para estratificar eficazmente os usuários de saúde mental, o que tem acarretado em prioridades errôneas e que sobrecarregam de modo especial os centros de atendimento psiquiátrico. Uma sugestão seria a adoção do sistema de triagem de Manchester, amplamente consagrado e mundialmente adotado por seu alto grau de confiabilidade e eficiência.

A contratação de mais profissionais médicos psiquiatras pode, sobremaneira, contribuir para diminuir o tempo de espera na fila, mas acredita-se que se a classificação de risco fosse melhor aplicada, resultaria em uma redução importante na demanda referenciada.

Com essas medidas acredita-se que serão minimizadas retroalimentações negativas quanto à demora na fila de espera por consultas e terapias, haveria maior disponibilidade de tempo do usuário com os profissionais de saúde mental e diminuir-se-ia a descontinuidade ao tratamento.

## **6. Resultados**

Foi constatado, através da pesquisa documental e das entrevistas com usuários, que o tempo médio de espera na fila para consultas com os psiquiatras atuantes na rede é de cerca de um ano e seis meses. Esse tempo de espera mostra-se muito superior ao ideal e duas razões foram identificadas durante a pesquisa como sendo preponderantes para este quadro: a baixa eficiência do atual protocolo de classificação de risco adotado no município de Guarulhos para pacientes psiquiátricos e a insuficiência no número de profissionais de saúde mental (psiquiatras e psicólogos) na rede de atenção para atender à elevada demanda reprimida.

Constatou-se que há uma baixa eficiência na classificação de risco adotada para pacientes psiquiátricos no município. Esta apresenta limitações importantes na avaliação dos usuários psiquiátricos desde a entrada dos mesmos nas unidades de saúde e perpetua-se durante o atendimento dos mesmos na rede de atenção, uma vez que são adotados critérios insuficientes para a estratificação adequada dos pacientes. Na atenção primária, mostra-se desafiadora a falta de integralidade na sua efetivação, uma vez a classificação de risco atual acaba se baseando na queixa-conduta, o que foge do enfoque das equipes de unidades básicas de saúde (UBS), por exemplo. Também é demasiado médico-centrada, o que diminui a resolubilidade por parte de outros profissionais, como os psicólogos, sobretudo fora dos centros de atenção psicossocial (CAPS).

A deficiência no sistema de triagem por ordem de prioridade clínica ficou evidente nos casos de pacientes com esquizofrenia crônica, com histórico de tentativas de suicídio e tendência a atos de violência, que não foram classificados como pacientes que exigiam atendimento agilizado; já pacientes considerados enlutados e com dificuldades temporárias para desempenhar suas atividades laborais e com quadros de depressão leve, tinham sido considerados como tendo maior necessidade de rapidez no atendimento em detrimento aos supracitados. Isso reflete a carência de padronização seletiva da classificação de risco e indica falhas na priorização dos pacientes dentro da rede de saúde, o que acaba gerando um número considerável de pacientes que sentem-se desassistidos e desprestigiados no direito de ter atendimento prioritário em detrimento dos casos leves de perturbação psicológica que poderiam ser acompanhados por profissionais das unidades básicas de saúde e que não precisariam ser incluídos na fila de espera do psiquiatra.

Uma maneira de tornar mais eficiente a classificação de risco para estes usuários e, conseqüentemente para todos os demais, seria a adoção de um novo protocolo de classificação de risco que apresente critérios mais eficientes, como o de Manchester, amplamente adotado por países europeus, norte-americanos e por diversas secretarias municipais de saúde e instituições de saúde privadas no Brasil. Este protocolo não se propõe a fazer um pré-diagnóstico, mas sim definir, a partir de sinais e sintomas que são avaliados por um roteiro pré-estabelecido, a estratificação de

risco e as prioridades clínicas para o atendimento médico em 5 níveis, normalmente associadas a cores, que normalmente os pacientes usam como pulseiras para facilitar a comunicação visual, quais sejam:

- a) Emergência (vermelho), atendimento imediato;
- b) Muito urgente (laranja), atendimento em até dez minutos;
- c) Urgente (amarelo), atendimento em até sessenta minutos;
- d) Pouco urgente (verde), atendimento em até duas horas;
- e) Não urgente (azul), atendimento em até quatro horas.

O protocolo de Manchester apresenta eficácia comprovada elevada – cerca de 90% – em comparação com outras escalas de triagem consagradas, como a Australiana e a Canadense, uma vez que não parte de critérios subjetivos em nenhuma das etapas da avaliação, mas tão somente de fluxograma padronizado e revisado periodicamente em assembleias consultivas internacionais compostas de representantes dos países que o adotam, o que minimiza os riscos de disparidades regionais na sua aplicação.

Outra razão levantada que contribui com a demora na fila de espera é o número insuficiente de profissionais psiquiátricos que atendem nas unidades de saúde de referência, impossibilitando um tempo de espera mais ágil para a realização das referidas consultas, uma realidade que, infelizmente, não é exclusiva de Guarulhos. Muitos entrevistados apontaram a falta de psiquiatras como um desincentivo para continuarem o tratamento medicamentoso, elevando o número de desistências. Associado a isso, outro fator relevante é o não-comparecimento dos usuários nas consultas agendadas, seja por esquecimento da data e horário ou por não se sentirem motivados o suficiente para deslocarem-se de suas residências para o centro de saúde, levando a posteriores reagendamentos, que terminam por aumentar a já extensa fila de espera. Dentro desse grupo, muitos deixam de agendar novas consultas com a requerida frequência esperada e acabam deixando de tomar os medicamentos prescritos pelos médicos, quer por não sentirem-se bem com os efeitos adversos dos fármacos ou por achar que não são de fato necessários, quer pela sensação de ausência de um vínculo forte de confiança o suficiente para com as equipes de saúde, que os motive a aderirem ao tratamento de modo continuado.



Soma-se a esse quadro, a sensação que muitos relataram de sentirem-se discriminados pela sua condição de pacientes psiquiátricos. Cerca de 90% dos entrevistados afirmaram sentirem-se vítimas de preconceito por parte dos seus familiares, vizinhos, colegas de trabalho e até mesmo das agentes comunitárias de saúde, membros das equipes locais do Programa Saúde da Família, que são residentes nas comunidades onde atuam. Há um enorme receio de que sua atual condição seja motivo de chacota ou de outras formas de ridicularização em suas comunidades, levando-os inclusive a não frequentarem as unidades de saúde ou indo com uma demanda fictícia que não seja a psiquiátrica.

Por outro lado, muitos entrevistados indicaram o tempo médio insuficiente de duração das consultas como um grande entrave a ser superado, alegando que não se sentiram plenamente satisfeitos, relatando que não conseguiam externalizar tudo o que desejavam ao psiquiatra e psicólogos e aos demais profissionais com os quais passaram e que não consideravam que receberam a atenção que consideravam como sendo a adequada a sua situação.

A grande quantidade de pacientes a serem atendidos por dia pelos profissionais disponíveis em número insuficiente foi o motivo aparente que os entrevistados relataram ter encontrado para explicar a demasiada rapidez com que as consultas individuais aconteciam. Houve dificuldade em quantificar-se a duração média das consultas, pois os entrevistados não souberam precisar o tempo que passaram nos consultórios e, no geral, faltam registros precisos desses dados nos prontuários e agendas de consultas das unidades de saúde, mas a média foi de 11 minutos por consulta, baseada em relatos dos profissionais e usuários.

Os entrevistados relataram que o acolhimento inicial pelas equipes de saúde é satisfatório. Porém, a classificação de risco – especialmente nos serviços de urgência – não foi considerada adequada, conforme já exposto.

Os fatores mencionados anteriormente, isoladamente ou em seu conjunto, terminam por desestimular a continuidade do tratamento de considerável parcela desses usuários, levando-os a não seguirem as recomendações e aderirem ao tratamento orientado pelos profissionais de saúde que os atenderam.

Através da pesquisa, constatou-se que a descontinuidade ao tratamento por iniciativa própria dos pacientes alcança o patamar de 21% dos usuários entrevistados após o segundo ano de tratamento. A totalidade desses relatou que os sintomas haviam cessado e não consideraram necessário continuar com as consultas médicas ou terapias e com a administração medicamentosa. Os usuários que apresentavam períodos intercalados de oscilação quanto à continuidade e cessação do tratamento alcança o patamar de 23% dos entrevistados. Já 56% afirmam seguir criteriosamente o tratamento, comparecendo à maioria das consultas agendadas e tomando as medicações prescritas. Neste ínterim, observou-se uma relevante influência dos esforços de outros agentes sociais, como familiares, amigos, líderes religiosos e profissionais das unidades de saúde locais no acompanhamento e estímulo motivacional para que os usuários procurassem atendimento especializado e seguissem o tratamento, indicando para a necessidade de inserção ativa dessas pessoas dentro dos programas de saúde mental, como coadjuvantes para o aumento à adesão e continuidade do acompanhamento aos pacientes.

## **7. Considerações finais**

Conclui-se que a falta de psiquiatras nos serviços de atenção psicossocial e na rede de atenção à saúde, a baixa eficácia do atual protocolo de triagem e classificação de risco, a falta de adesão ao programa de assistência à saúde mental do município de Guarulhos tanto por parte dos usuários quanto dos profissionais de saúde da atenção básica, e a falta de qualificação dos profissionais de saúde do CAPS e do NASF na realização do apoio matricial e na classificação de risco tem acarretado a demanda reprimida na Saúde Mental.

## 8. Fontes consultadas

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Cad. Saúde Pública, v.23, n.2, fev., p. 399-407, 2007.

CHIAVERINE, D. H. (org). **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília-DF, 2011.

Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA). **Saúde-Tempo Real.** Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com\\_content&view=article&id=991:reportagens-materias&Itemid=39](http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=991:reportagens-materias&Itemid=39)> Acesso em 11/06/13.

TÓFILO, L. F.; FORTES, S. **Apoio matricial em saúde Mental na atenção primária no município de Sobral-CE: o relato de uma experiência.** Rev. SANARE, v. 06, n. 02, p. 34-47, 2007.