

Avaliação da medida da pressão arterial de indivíduos acompanhados por um serviço de atenção psicossocial

Evaluation of blood pressure measure from individuals accompanied by a psychosocial care service

Jaciane Araujo Cavalcante¹, Gessi Carvalho de Araujo², Fernanda Vieira Nascimento Gomes³,
Ricardo Rodrigues Goulart³

Resumo

O presente trabalho possui como objetivo avaliar o monitoramento da pressão arterial e índice de massa corporal de pessoas com transtornos mentais, acompanhados por um serviço de atenção psicossocial tipo II de Palmas no período de 2010 a junho de 2016. **Metodologia:** Para a realização do estudo foram utilizados prontuários de pacientes que foram admitidos no ano de 2000 a junho de 2016. A amostra constituiu-se de 246 indivíduos com idade compreendida entre 18 e 60 anos. Assim, foram analisados os dados quanto aos seguintes aspectos: idade, sexo, tempo de admissão, presença do monitoramento da pressão arterial, peso, altura e índice de massa corporal. **Resultados:** No primeiro atendimento, na unidade, a verificação da pressão arterial ocorreu em 92,2% da amostra, e a presença do índice de massa corporal em 28% da amostra, mas verificou-se a falta de acompanhamento destes achados nos atendimentos subsequentes. **Conclusões:** Este estudo demonstrou a necessidade da monitorização da pressão arterial em indivíduos acompanhados por serviços de atenção psicossocial, bem como a contínua avaliação do estado nutricional e do risco de mortalidade dos mesmos. Desta forma, considerando que a terapêutica medicamentosa adotada para tratamento de transtornos mentais pode ocasionar ganho de peso e aumento da pressão arterial, dessa forma a monitorização destes indivíduos reduz o risco cardiovascular e melhora a qualidade de vida.

Descritores: Hipertensão, Transtornos mentais, Serviços de saúde mental

Abstract

This study aims to evaluate the monitoring of blood pressure and body mass index of people with mental disorders accompanied by a psychosocial care service type II of Palmas from 2010 to June 2016. **Methodology:** Patient records were used that were admitted in the year 2000 to June 2016. The sample consisted of 246 individuals between the ages of 18 and 60 years. Data on the following aspects were analyzed: age, sex, admission time, presence of blood pressure monitoring, weight, height and body mass index. **Results:** At the first medical care, blood pressure was verified in 92.2% of the sample and the presence of body mass index in 28% of the sample. There was a lack of follow-up of these findings in subsequent medicals care. **Conclusions:** This study demonstrated the need for blood pressure monitoring in individuals accompanied by psychosocial care services as well as the continuous assessment of the nutritional status and mortality risk of these individuals. Drug therapy adopted for treatment of mental disorders can cause weight gain and increase in blood pressure, thus monitoring of these individuals reduces cardiovascular risk and improves quality of life.

Keywords: Hypertension. Mental disorders, Mental health services

Introdução

Os transtornos mentais refletem uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental, produzindo prejuízos no desempenho global da pessoa no âmbito pessoal, social, ocupacional e familiar, com sintomas norteadores para critérios de diagnósticos, mas que sozinhos não estabelecem um diagnóstico exato, devendo-se também atentar para o surgimento de outras comorbidades^(1;2).

Comorbidade definida como a ocorrência de duas entidades diagnósticas em um mesmo indivíduo, des-

1. Enfermeira pesquisadora do Projeto Palmas para Todos, Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas – FESP

2. Docente da Universidade Federal do Tocantins no Curso de Medicina e Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, no Campus de Palmas/TO

3. Acadêmicos do Curso de Medicina - Universidade Federal do Tocantins

Trabalho realizado: Universidade Federal do Tocantins. Mestrado Profissional em Ciências da Saúde

Endereço para correspondência: Jaciane Araujo Cavalcante. Qd. 407 Sul Alameda Circular 2 - lote 18 - casa 3. Plano Diretor Sul - 77015-704 - Palmas - Tocantins. E-mail: cavalcante.jaciane@gmail.com

crita em 1970, como qualquer entidade clínica distinta adicional, que tenha ocorrido ou que venha a ocorrer durante a evolução de um paciente cuja doença principal estivesse sob estudo⁽³⁾.

Na psiquiatria, refere-se à ocorrência conjunta de dois ou mais transtornos mentais entre si e ou com outras condições médicas como doenças crônicas não transmissíveis⁽⁴⁾.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortalidade e de incapacidade prematura na maioria dos países, incluindo o Brasil, sendo as de origem cardiovascular, respiratórias crônicas, cânceres e diabetes, responsáveis por cerca de 70% de mortes no mundo⁽⁵⁾.

Em 2010, foram discutidos dados sobre o aumento de casos de depressão e incapacidade produtiva humana, com o aparecimento de doenças cardiovasculares prevendo que em 2020 os números estarão maiores. Nesse período, ocorriam discussões sobre as doenças crônicas e sua relação com a esfera das emoções, porém poucos estudos exploratórios abordavam a relação entre Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e depressão^(6,7).

A hipertensão arterial está associada a eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica e doença renal crônica, fatal e não fatal^(8,9).

Estudos sobre hipertensão arterial no mundo indicam crescimento de 60% dos casos da doença até 2025. A hipertensão arterial acarreta aumento dos custos dos sistemas de saúde o que afeta significativamente a economia global, aumentando a prevalência de adoecimento populacional gerando um efeito dominante na saúde de quem é acometido por esta condição crônica⁽¹⁰⁾. **MENTAL**

Considerando as possíveis consequências que danos hipertensivos podem causar, e que os usuários de todos os serviços de saúde pública devem ser tratados em sua integralidade, conforme princípios e diretrizes da Lei 8080/1990, surge, então, o interesse de se avaliar a medida da pressão arterial de pessoas com transtornos mentais acompanhadas pelo serviço de atenção psicossocial tipo II, na cidade de Palmas – TO, no período de 2010 a junho de 2016.

3.

Materiais e Métodos

Para a realização da pesquisa foi abordado o estudo transversal descritivo, analítico, de caráter retrospectivo, com levantamento de dados em prontuários⁽¹²⁾.

Além do mais, durante a coleta de dados em prontuário foi utilizado um diário de campo, no qual foram descritas as percepções da pesquisadora

durante o estudo, o que facilitou suas discussões durante a análise dos dados quantitativos. Entende-se que o método quantitativo, por si só, não seria capaz de responder a alguns questionamentos que surgiram durante a análise dos dados, uma vez que algumas respostas exigem observação acerca do serviço estudado. A coleta dos dados foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial Modalidade II (CAPS II), na cidade de Palmas-TO⁽¹³⁾.

A unidade foi instituída em 1997, através da Portaria GM nº 224 - 29 de janeiro de 1992, sendo chamado Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). Em 2001, após a aprovação da Lei Paulo Delgado, ocorreu a substituição deste serviço pelos CAPS, e sua inauguração com nova configuração ocorreu no ano de 2002⁽¹⁷⁾.

O CAPS II de Palmas é uma unidade de média complexidade, com equipe multiprofissional composta por psiquiatras, enfermeiras, psicólogos, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, assistente social, farmacêutico e com técnicos de enfermagem, técnicos administrativos, artesão e residentes multiprofissionais⁽¹⁷⁾.

Os usuários são recebidos no sistema denominado porta aberta, no qual o atendimento pode ocorrer via demanda espontânea, ou seja, o usuário chega ao serviço sem agendamento ou via encaminhamentos de outros dispositivos da rede.

No estudo foram incluídos os prontuários de pessoas admitidas na unidade com idades entre 18 anos completos e 60 anos incompletos, atendidos no período entre janeiro de 2010 a junho de 2016, sendo um total de 246 participantes.

Em contrapartida, foram excluídos os prontuários de pessoas admitidas após junho de 2016, menores de 18 anos e maiores de 60 anos. A escolha da idade foi considerada por 18 anos ser a idade mínima recomendada por lei para admissão nesta modalidade de serviço, e 60 anos pela probabilidade do surgimento de hipertensão arterial aumentar com o uso ou não de outros medicamentos, e com a presença ou não de outras doenças⁽¹⁸⁾.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal do Tocantins – UFT, em 24 de março de 2017, com parecer número 1.999.769.

Mas a coleta de dados ocorreu no período de abril a setembro de 2017, através de um formulário, elaborado pela pesquisadora com os seguintes itens: Nome do participante, ano de admissão, data de nascimento, sexo, diagnóstico, última prescrição medicamentosa, uso de álcool, tabaco e outras drogas, pressão arterial e medidas antropométricas.

Além disso, a partir do modelo teórico adotado as variáveis foram divididas em qualitativas categóricas e quantitativas contínuas, e, após análise dos dados

através do instrumento utilizado, foi realizada estatística descritiva com as distribuições das variáveis.

Análise dos Dados

Esta análise dos dados em prontuários por tratamento quantitativo e descritivo foi baseada conforme a necessidade de conhecer os significados dos fenômenos do processo saúde-doença, para melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição, e traçar estratégias para promover adesão da população estudada frente a tratamentos ministrados, entender sentimentos, idéias e comportamentos da equipe profissional de saúde no local de estudo⁽¹⁹⁾.

Os dados coletados foram organizados em uma planilha por meio do programa Microsoft Excel® ano 2010, e os resultados foram expressos por estatística descritiva em frequência absoluta e relativa, sendo apresentados por meio de tabelas.

Resultados e Discussão

Desde a sua instituição, o CAPS atendeu 1975 pessoas, sendo que destas: 858 foram consideradas “inativas” por não frequentarem mais a unidade; 35 eram adolescentes e participaram de atendimentos pontuais, que segundo a direção da unidade iriam ocorrer enquanto o ambulatório de psiquiatria infantil não fosse criado no município; e, 682 compareceram esporadicamente para consultas a “níveis ambulatoriais” com a equipe de psiquiatria, sem o acompanhamento com a equipe multiprofissional.

Até o ano de 2010, o CAPS II foi responsável pelos atendimentos direcionados também a transtornos causados pelo abuso de álcool e outras drogas, e com a implantação do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas modalidade III (CAPS AD III), no município, os usuários de álcool e outras drogas foram direcionados para esta unidade ocorrendo assim transferência destes atendimentos e cuidados.

A Portaria GM 336/02 estabelece que os atendimentos de saúde mental a níveis ambulatoriais devem ocorrer em locais específicos para tal, sendo que o ambulatório especializado precisa possuir uma equipe multiprofissional composta por diferentes categorias de profissionais especializados, cuja composição e atribuições são definidas pelo órgão gestor local⁽¹²⁾.

A referida portaria também estabelece que os CAPS devem oferecer atendimento de cuidados intermediários, entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 (quatro) horas, por equipe multiprofissional, trazendo a observação de que os atendimentos ambulatoriais não devem ocorrer dentro dos CAPS, mas em outra unidade de atenção especializada⁽¹²⁾.

Contudo, durante o período da coleta de dados realizada no CAPS de Palmas, os atendimentos de ambulatório ocorriam na unidade, contrário ao estabelecido pela mencionada portaria.

Assim, os achados sobre este problema corroboram os do estudo realizado por Waidman e colaboradores, os quais buscaram identificar as fragilidades de um serviço ambulatorial, e constataram que a dificuldade de compreensão da rede de saúde mental ocasionava inúmeros encaminhamentos da atenção básica para o ambulatório, fragilidades na estrutura organizacional da rede, principalmente no acesso e extensa fila de espera por atendimento⁽²⁰⁾.

Com isso, a ausência de informações sobre o perfil dos usuários que frequentam, e estão em tratamento na unidade, prejudica os usuários em relação aos atendimentos oferecidos, e os profissionais, no processo de trabalho e planejamento das ações que precisam ser realizadas, tornando oneroso estimar os desfechos dos atendimentos destes usuários ou quais outros pontos da rede são mais contemplados.

Desta forma, os dados descritivos da amostra estão apresentados na Tabela 1, considerando que a idade média dos indivíduos foi de 40,21 anos, sendo 50% do sexo masculino e 50% do sexo feminino. Ressalta-se que outros estudos demonstram médias e medianas similares de idade, nos quais os indivíduos em tratamento tinham idades entre 26 e 47 anos⁽²¹⁾.

Tabela 1

Distribuição dos usuários de acordo com características de gênero, idade, e tempo de admissão em um Centro de Atenção Psicossocial de Palmas, TO, 2017.

Variável	Frequência	%
Sexo		
Masculino	123	50
Feminino	123	50
Idade		
18-28	34	13,8
29-39	85	34,5
40-50	85	34,5
51-60	42	17,07
Ano de admissão		
2000-2002	7	2,84
2003-2005	17	6,91
2006-2008	16	6,5
2009-2011	20	8,13
2012-2014	119	48,37
2015-2016	67	27,23
Total	246	100

Entende-se que um indivíduo com 40 anos, no Brasil, é considerado economicamente ativo, representando capacidade produtiva para o país. Entretanto, aproximadamente 34,5% dos usuários do CAPS II de Palmas, estão nesta faixa etária, promovendo reflexões para a gestão quanto à necessidade de construir políticas de recolocação no mercado desse grupo, como programas de geração de renda, que antes eram instituídos no município e que se reestruturados podem contribuir no tratamento desses usuários⁽²²⁾.

Para tanto a articulação entre a saúde mental e economia solidária é de suma importância e esta quando realizada nos CAPS é utilizada como recurso terapêutico, sendo produtora concreta de cidadania e de emancipação⁽²³⁾.

Em 2012, ocorreu a criação da Portaria nº 854/SAS, que alterou e criou novos procedimentos para os Centros de Atenção Psicossocial, possibilitando a qualificação das informações sobre as ações desenvolvidas por esse ponto de atenção e também sobre a complexidade do serviço. Com isso, uma característica do efeito desta Portaria é o maior número de admissões ocorridas entre os anos de 2012 e 2014⁽¹³⁾.

No CAPS, durante o acompanhamento dos usuários, faz parte da rotina de atendimento individual da unidade a verificação dos seguintes parâmetros: pressão arterial, peso, altura e IMC. Ressalta-se que esta ação deve fazer parte da triagem de todo paciente que recebe atendimento médico em toda unidade de saúde do município, que realiza cuidado continuado, pois auxilia na conduta do caso, avalia parâmetros, os quais são considerados no momento da escolha do fármaco, e traz subsídios para o monitoramento do paciente por outros membros da equipe.

Tabela 2

Distribuição de dados encontrados em prontuários quanto à existência do medida da pressão arterial durante os atendimentos em um Centro de Atenção Psicossocial de Palmas, TO, 2017.

Monitoramento da pressão arterial	Presente	%	Ausente	%
1ª Atendimento	227	92,27	19	7,72
2ª Atendimento	208	84,55	38	15,44
3ª Atendimento	186	75,60	60	24,39

Considera-se que durante o uso de alguns medicamentos psicotrópicos prescritos pelos médicos do CAPS II precisam do frequente controle da pressão arterial, peso, altura e índice de massa corpórea, sendo necessário que estes usuários sejam acompanhados tanto pelos serviços de saúde mental, quanto pela equipe da estratégia de saúde da família de seu território de abrangência, entretanto, as tabelas 2 e 3

Tabela 3

Distribuição de dados quanto às anotações referentes ao peso, altura e Índice de Massa Corporal em um Centro de Atenção Psicossocial de Palmas, TO, 2017.

Variável	Presente	Ausente	% de ausência de dados
Peso	158	88	35,77
Altura	71	175	71,13
IMC	69	177	71,95

apontam falhas pela equipe quando da descrição dos dados acima mencionados.

A amostra descreve que no primeiro atendimento na unidade a verificação da pressão arterial ocorreu em 92,2% dos usuários atendidos, com decréscimo nessa verificação durante o cuidado continuado, o que de fato deveria aumentar a partir do momento que o paciente passa a realizar acompanhamento na unidade e inicia o uso de fármacos, embora possa apresentar como consequência o risco de alterações cardiológicas.

Desta forma, quando dados sobre peso, altura e IMC são negligenciados ou não anotados em prontuários desde a primeira admissão, e durante o cuidado continuado do indivíduo, influencia na avaliação deste, pois com a ausência destes dados, somente os profissionais que acompanham o paciente desde o início do tratamento conseguem “sugerir” ganho ou perda de peso após o início da medicação, mas não há nada documentado que comprove tal achado.

Com isso, a omissão dos dados buscados faz refletir sobre a importância de anotações relativas à pressão arterial e IMC, quando outros autores descrevem em seu estudo com 94 prontuários de indivíduos com transtorno afetivo bipolar o diagnóstico de quatro comorbidades clínicas: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, hipotireoidismo e dislipidemia, sugerindo que a presença de comorbidades em pacientes bipolares seja mais regra do que exceção, corroborando a importância desses dados em prontuários⁽²⁴⁾.

Além disso, os mesmos dados ausentes nos prontuários do CAPS foram pesquisados em prontuários eletrônicos da estratégia saúde da família no município de Palmas, no qual na aba triagem, no campo de dados sobre peso altura e pressão arterial, foram encontradas frases como “renovação de receita”, “administração de injetáveis” e “paciente do CAPS”.

A partir desta situação, depreende-se que a evolução de enfermagem se limitada a anotações sobre a verificação da pressão arterial, medidas antropométricas, ou a preenchimento de dados como: “veio para consulta”, deixa de ser resultado do processo sistematizado da assistência, pois não descreve o resultado

dos cuidados prestados em relação ao indivíduo, e no caso dos prontuários analisados a evolução de enfermagem pode estar sendo confundida com o registro ou anotações de enfermagem, descritas sem análise clínica e dispostas na lei nº 7.498/86⁽²⁵⁾.

Os parâmetros utilizados para a avaliação nutricional quando realizados devem ser baseados na Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, sendo que o ponto de corte para sobrepeso em indivíduos adultos é através do cálculo do índice de massa corporal (IMC), recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽²⁶⁾.

Tabela 4

Classificação do índice de massa corporal (IMC) segundo critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS)

IMC	Diagnóstico nutricional
<18,5	Baixo peso
≥18,5 e < 25	Adequado ou eutrófico
≥25 e < 30	Sobrepeso
≥ 30	Obesidade

Fonte: Organização Mundial de Saúde, 1998.

A partir dos levantamentos realizados, dentre os dados encontrados relativos à presença de IMC, 66,66% dos indivíduos estavam em situação de sobrepeso ou obesidade, afirmando novamente a necessidade da presença desses dados em todos os prontuários, a fim de promover um acompanhamento de qualidade e possíveis estudos epidemiológicos sobre essa população.

Tem-se que estudos descrevem relação entre transtorno afetivo bipolar e anormalidades metabólicas, incluindo a obesidade, dislipidemia, aumento da pressão arterial e resistência à insulina, conhecidos também como síndrome metabólica. Na amostra analisada verifica-se a existência de muitos indivíduos em tratamento para transtorno bipolar, com ausência de dados primordiais (peso, altura, IMC, pressão arterial), para o monitoramento desta população⁽²⁷⁾.

A síndrome metabólica está associada ao aumento do risco de surgimento de doenças cardiovasculares. O surgimento da síndrome metabólica em indivíduos com transtorno afetivo bipolar é mais alto que a taxa observada na população geral.⁽²⁷⁻²⁸⁾

Para tanto existe uma prevalência de 30,4% de síndrome metabólica em pacientes com esquizofrenia hospitalizados, em que a hipertensão e circunferência abdominal elevada ocuparam os maiores índices, e a prevalência de síndrome metabólica encontrada nos pacientes esquizofrênicos é maior do que da população em geral, estimada pela International Diabetes

Federation (IDF), demonstrando a necessidade do acompanhamento na população estudada⁽²⁹⁾.

O tratamento prolongado com fármacos antipsicóticos e antimaníacos é responsável pelo ganho ponderal de peso, sendo acentuado com o uso da clozapina e olanzapina. Com isso efeitos deletérios do aumento do peso incluem risco elevado de desenvolver ou agravar diabetes melito tipo II, hipertensão e dislipidemias⁽²⁹⁾.

Estes parâmetros são essenciais para uma assistência de qualidade a todos os usuários do serviço, tanto para prescrição medicamentosa, quanto para outras ações executadas pela equipe multiprofissional, além do mais, para a construção de um plano de cuidados para o indivíduo.

A ausência de informações nos prontuários, relativas ao uso de álcool, tabaco, e outras drogas, corresponde a 58,43% da amostra, ocasionando déficit na interpretação das variáveis dependentes, além de inferir que os profissionais não se atentam ao preenchimento adequado do prontuário.

Considera-se que o uso de álcool contribui para mortes envolvendo o uso de benzodiazepínicos, sendo importante no serviço de saúde mental o monitoramento quanto ao uso de álcool ou não pelos pacientes que recebem esta medicação, o que não foi observado no serviço de saúde estudado⁽³⁰⁾

No CAPS, o enfermeiro integra a equipe interdisciplinar, e sua atuação é fundamental para a implementação da Reforma Psiquiátrica, e a ele é atribuído um papel ativo nos serviços substitutivos, inovando a prática da enfermagem no campo da saúde mental. Este profissional é capacitado durante sua formação para a observação dos aspectos biopsicossociais necessários para o cuidado na prática diária, com um trabalho junto à equipe de enfermagem que vai além dos chamados “recursos tradicionais”, como a comunicação terapêutica, relacionamento interpessoal, atendimento individual, administração de medicamentos, entre outros⁽³¹⁻³²⁾.

O exercício profissional da enfermagem é regulamentado pela Lei nº 7498/86, que descreve as atividades de enfermagem, bem como as que são específicas à profissão, o direito do enfermeiro à participação como membro da equipe de saúde, na qual este realiza funções específicas da profissão, dentre elas a coordenação da equipe técnica em enfermagem, supervisão de procedimentos e verificação dos registros de enfermagem⁽²⁵⁾.

O registro de enfermagem no prontuário também possibilita a demonstração do trabalho executado pela equipe de enfermagem, sendo um indicador de qualidade da assistência, e seu preenchimento incorreto ou com falta de periodicidade são fatores que impossibilitam qualquer tipo de avaliação, criação de indicadores e sindicâncias e perícias que possam inclusive amparar juridicamente o profissional⁽³³⁾.

Conforme os dados levantados, o alcoolismo esteve presente em 63% da amostra e o tabagismo em 52,27%, sendo que a maioria dos indivíduos fumava e fazia uso de outras substâncias em concomitância.

Tabela 5

Distribuição de respostas positivas quanto ao uso de álcool, tabaco e outras drogas em um Centro de Atenção Psicossocial de Palmas, TO, 2017.

Substância	Frequência	%
Álcool	28	63,6
Tabaco	23	52,27
Outras drogas (maconha, cocaína, crack, morfina)	12	27,27

A ingestão de álcool é responsável por alterações na pressão arterial e está associada à maior morbimortalidade cardiovascular, entretanto não foram observadas anotações sobre associação entre drogas e hipertensão na amostra⁽³⁴⁾.

A atenção básica, centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), possui papel chave na sua estruturação como ordenadora e coordenadora da assistência, deve realizar o cuidado integral e contínuo da população, a qual está sob sua responsabilidade, e ser porta de entrada prioritária para organização do SUS (BRASIL 2014). Esta ação quando voltada para enfermagem, não acontece, ou não é relatada, conforme análise dos prontuários destes indivíduos⁽³⁵⁾.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aspira um modelo de serviços de saúde mental que seja integrado, voltado para a prevenção do transtorno mental e centrado na participação ativa da comunidade. Para que isto aconteça, deve-se construir uma sólida rede alternativa ao tratamento manicomial, com a possibilidade de atendimento a pacientes graves e continuidade do cuidado aos demais^(5,10).

Esta rede deve ocorrer com uma atenção integral ao indivíduo, longe da lógica manicomial, no qual somente o mental era visto, e o tratamento ocorria com uso de medicamentos, deixando de lado a integralidade do sujeito atendido.

As ações de saúde mental devem ir de encontro ao artigo 196, da Constituição de 1988, que preza a descentralização da assistência, o atendimento integral, com prioridade para atividades de prevenção, sem prejuízo dos serviços assistenciais, e participação da comunidade. No presente estudo observa-se que a integralidade do usuário não ocorre conforme preconiza a lei, considerando a omissão de informações quanto a cuidados essenciais, e o não atendimento descentralizado desses usuários no ambiente extra CAPS⁽³⁶⁾.

Considerações finais

Os dados apresentaram decréscimo na verificação da pressão arterial, peso, altura e índice de massa corporal durante o cuidado continuado, sugerindo o não acompanhamento das condições clínicas dos usuários assistidos pelo serviço.

Aparentemente, o ganho de peso pode ocorrer em todos os indivíduos expostos a terapias medicamentosas com antipsicóticos e antidepressivos, bem como a qualquer momento da evolução da doença.

Dessa forma, o acompanhamento multiprofissional e anotação do estado nutricional desses usuários possibilita a detecção precoce de alterações associadas à exposição à terapia proposta, em especial à hipertensão e à obesidade.

Para tanto, é fundamental que a rede de saúde mental esteja organizada para atuar junto à atenção básica como parceira, para que ocorra a assistência integral ao usuário, e um debate entre a gestão, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a atenção primária.

Tal debate é fator relevante para a construção de ações que possam melhorar o trabalho, e o atendimento ao usuário dos serviços de saúde mental como, por exemplo, o estabelecimento pela gestão do serviço de rotinas no monitoramento da pressão arterial destes indivíduos, seja no CAPS ou na unidade básica de saúde, com objetivo de rastrear possíveis eventos cardiovasculares nesse público.

Referências

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento, Paulo Henrique Machado, Regma Machado Garcez, Régis Pizzato Sandra Maria Mallmann da Rosa. Porto Alegre: Artmed; 2014. 948p.
2. Organização Mundial da Saúde. CID-10 – Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. 105p.
3. Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. J Chronic Dis. 1970; 23(7):455-68.
4. Gomes de Matos E, Gomes de Matos TM, Gomes de Matos GM. A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2005; 27(3): 312-8.
5. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011. 176p.
6. Gonçalves M. Psiquiatria na prática médica. Hipertensão arterial transtornos psiquiátricos. Psychiatry On-line Brazil. 2010; 15(6):610-7.
7. Malachias MVB, Plavnik FL, Machado CA, Malta D, Scala LCN, Fuchs S. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 1 - Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. Arq Bras Cardiol. 2016; 107(3 Suppl 3):1-6.
8. Malachias MVB, Gomes MAM, Nobre F, Alessi A, Feitosa AD, Coelho EB. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 2 - Diagnóstico e Classificação. Arq Bras Cardiol. 107(3 Suppl 3):7-13.

9. Malta DC, Stopa SR, Szwarcwald CL, Gomes NL, Silva Júnior JB, Reis AAC. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2015; 18(Suppl. 2):3-16.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília (DF), 9 abr. 2001. Seção 1.
11. Alvarenga Neto RCD, Barbosa RR, Cendón BV. A construção de metodologias de pesquisa qualitativa com vistas à apreensão da realidade organizacional brasileira: estudos de casos múltiplos para proposição de modelagem conceitual integrativa. *Inf Soc. Est.* 2006; 16(2):69-86.
12. Santos SR, Nóbrega MML. A grounded theory como alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2002; 55(5):575-9.
13. Palmas. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS). Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) II. Palmas (TO): Prefeitura Municipal de Palmas, 2016.
14. Bueno DR, Rosa CSC, Codogno JS, Freitas Junior IF, Monteiro HL. Nível de atividade física, comorbidades e idade de pacientes hipertensos. *Motriz: Rev Educ Fis*. 2013; 19(Suppl. 3):16-24.
15. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(3):507-14.
16. Waidman MAP, Marcon SS, Pandini A, Bessa JB, Paiano M. Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(3):346-5.
17. Gomes KM, Bellettine F. Perfil dos usuários do centro de atenção psicossocial e do programa de saúde mental no município de Orleans - SC. *Cad Bras Saúde Mental*. 2013; 5(12):161-75.
18. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. Séries Históricas e estatísticas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. IBGE, 2012.
19. Andrade MC, Burali MAM, Vida A, Fransozio MBB, Santos RZ. Loucura e trabalho no encontro entre saúde mental e economia solidária. *Psicol Ciênc Prof*. 2013; 33(1):174-91.
20. Barbosa IG, Ferreira RA, Huguet RB, Rocha FL, Salgado JV, Teixeira AL. Comorbidades clínicas e psiquiátricas em pacientes com transtorno bipolar do tipo I. *J Bras Psiquiatr*. 2011; 60(4):271-6.
21. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Diário Oficial da União 15 out 2009; Seção 1.
22. Coelho LC, Asakura L, Sachs A, Erbert I, Novaes CRL, Gimeno SGA. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(3):727-38.
23. Czepielewski L, Faruy Filho L, Brietzke E, Grassi-Oliveira R. Bipolar disorder and metabolic syndrome: a systematic review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2013; 35(1):88-93.
24. Teixeira PJR, Rocha FL. Associação entre síndrome metabólica e transtornos mentais. *Rev Psiquiatr Clín*. 2007; 34(1):28-38.
25. Gustein HB, Akil H. Analgésicos opióides. In: Goodman A. As bases farmacológicas da terapêutica. 11ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2006. p 512-26.
26. Laranjeira R, Nicastrí S, Jerônimo C, Marques AC. Consenso sobre a síndrome de abstinência do álcool (saa) e o seu tratamento. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000; 22(2): 62-71.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 86 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)
28. Soares RD, Villela JC, Borba LO, Brusamarello T, Maftum MA. O papel da equipe de enfermagem no centro de atenção psicossocial. *Esc Anna Nery*. 2011; 15(1):110-5.
29. Franco MTG, Akemi EM, D'Inocento M. Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(2):163-70.
30. Sesso HD, Cook NR, Buring JE, Manson JE, Gaziano JM. Alcohol consumption and the risk of hypertension in women and men. *Hypertension*. 2008; 51(4):1080-7.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 2014.
32. Furegato ARF. Políticas de saúde mental do Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(2): 258-9.

Trabalho recebido: 08/05/2018

Trabalho aprovado: 29/10/2018

Trabalho publicado: 10/12/2018