



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Diana Budny Serafim

Programa de saúde mental: implementação de  
atendimento direcionado aos pacientes com transtornos  
mentais em uma Unidade Básica de Saúde (UBS)

Florianópolis, Março de 2016



Diana Budny Serafim

Programa de saúde mental: implementação de atendimento  
direcionado aos pacientes com transtornos mentais em uma  
Unidade Básica de Saúde (UBS)

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Katheri Maris Zamprogna  
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016



Diana Budny Serafim

Programa de saúde mental: implementação de atendimento  
direcionado aos pacientes com transtornos mentais em uma  
Unidade Básica de Saúde (UBS)

Essa monografia foi julgada adequada para  
obtenção do título de “Especialista na aten-  
ção básica”, e aprovada em sua forma final  
pelo Departamento de Saúde Pública da Uni-  
versidade Federal de Santa Catarina.

---

**Prof. Dr. Antonio Fernando Boing**  
Coordenador do Curso

---

**Katheri Maris Zamprogna**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016



# Resumo

**Introdução:** A saúde mental na atenção básica exige um trabalho além da demanda usual dos profissionais de saúde, visto que são pacientes que, em sua grande maioria, fazem uso crônico de medicação e frequentam assiduamente sua estratégia de família, criando um vínculo com o profissional. Em Balneário Arroio do Silva, a assistência aos pacientes com transtornos psiquiátricos não supre a grande demanda do município, além de muitos pacientes fazerem uso indiscriminado e incorreto de medicamentos. Desse modo, o problema elencado foi ausência de atendimento direcionado e especializado em saúde mental para a população da ESF 01 do município de Balneário Arroio do Silva. **Objetivo:** ampliar e melhorar o acesso e tratamento de pacientes com transtornos psiquiátricos. **Metodologia:** os pacientes com transtorno psiquiátrico, que frequentem ou não terapia individual, serão convidados a participarem de oficinas de atividade física, artesanato e jardinagem, sendo que estas serão ministradas por voluntários da área da saúde, residentes da comunidade ou pacientes que se sintam aptos para tal atividade. Esses encontros semanais, ocorrerão em dependências da secretaria de saúde, da prefeitura ou de voluntários. Para um melhor controle da assiduidade em consultas e encontros, além da regularização da liberação e posologia de medicações, serão confeccionados cartões da saúde mental, de cunho individual. **Resultados Esperados:** espera-se desse projeto que, após o período de aproximadamente seis meses da implantação do mesmo, os pacientes psiquiátricos do município tenham acesso ampliado e de melhor qualidade ao serviço de saúde da área, aprimorando a qualidade de vida e contribuindo para sua reinserção social e no mercado de trabalho. Também se espera que haja uma queda no uso de medicamentos crônicos, por meio do controle eficiente de sua liberação e da proximidade do profissional da saúde com o tratamento do paciente.

**Palavras-chave:** Saúde mental, Atenção primária à saúde, Transtornos psiquiátricos, Promoção da saúde



# Sumário

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	<b>15</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral</b> . . . . .	<b>15</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b> . . . . .	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	<b>17</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	<b>21</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	<b>25</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	<b>27</b>



# 1 Introdução

Localizado no litoral do extremo sul catarinense, o município de Balneário Arroio do Silva conta atualmente com aproximadamente 11.000 habitantes, número que aumenta significativamente na estação do verão, em decorrência dos veranistas e turistas vindos dos municípios e estados vizinhos. O município tem sua atividade econômica voltada para a pesca, turismo e comércio local, mas ainda busca independência econômica, pois não possui muitas empresas em seu território e grande parte da população residente ainda realiza migração pendular (SILVA, 2016). O Bairro Centro foi uma das primeiras áreas a se desenvolver, atualmente sendo o mais populoso do município. Nele, localizam-se as principais atividades e serviços da cidade, como lojas, uma das igrejas, hotéis, prefeitura, delegacia de polícia, uma Unidade de Referência em Saúde, na qual se situam duas Estratégias Saúde da Família, a secretaria de saúde, vigilância epidemiológica, farmácia central e clínica de fisioterapia. Também existem duas escolas públicas, uma municipal e outra estadual, além de um centro de educação infantil, de âmbito municipal. Apesar de ser um dos bairros mais antigos, sua população é bastante diversificada, contando com muitos idosos que após a aposentadoria decidiram mudar-se para o local, assim como famílias jovens, muitas das quais emigraram recentemente em busca de trabalho e/ou moradia. Nesse bairro é possível ver uma importante divisão de classes, pois próximas a orla estão as moradias de veranistas e moradores mais antigos, compondo a classe mais privilegiada economicamente. Já mais distante da orla, pode-se observar a presença de famílias com menor poder aquisitivo, que muitas vezes passaram a morar naquela localidade em decorrência dos valores do mercado imobiliário mais baixos. Existem, no município, poucas entidades representativas da comunidade. Uma das únicas, que é bastante ativa, é a associação dos pescadores, conhecida por Colônia z-24, situada no recém-inaugurado Museu da Pesca, a qual regulamenta a pesca na região, garante os direitos dos pescadores e luta pela comercialização justa dos pescados. Além disso, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), que se localiza no Bairro Centro, atua em contato íntimo com a comunidade e promove regularmente os encontros do grupo da 3ª idade. O sistema de esgoto de Arroio do Silva é através das fossas, não havendo estação de tratamento de esgoto. Infelizmente, nas dependências do Bairro Centro, existe ainda um canal que escoar esgoto no mar, sendo esse um importante fator que determina risco à população e ao ambiente. O local onde essa rede desagua no mar é considerado impróprio para banho, todavia, em decorrência de medidas de higiene precárias, dificuldade em delimitar a extensão da área e considerando-se que esse quadro se desenvolve muito próximo às moradias, são frequentes os episódios de gastroenterite na população. Segundo informações do DATASUS (2016), 71,37% da população do município é atendida pelo serviço de coleta de lixo domiciliar, sendo esse serviço realizado por empresa terceirizada, que gerencia o lixo através de se-

leção e realiza o descarte de resíduos não recuperados em um aterro sanitário próprio e previamente preparado (PRESERVALE, 2016). A água é adequada para uso e para a saúde, seu fornecimento é realizado por uma concessionária terceirizada de água, a qual faz o seu tratamento e distribuição (ÁGUAS, 2016). De acordo com estatísticas do IBGE, com dados levantados pelo Censo de 2010, a média de rendimento mensal do homem residente em Balneário Arroio do Silva, é de R\$ 800, e da mulher é de R\$ 600. Segundo este órgão, aproximadamente 30% da população do município tem renda mensal de até meio salário mínimo. Ainda, segundo o mapa da pobreza dos municípios do ano de 2003, Balneário Arroio do Silva apresenta incidência de pobreza de 33,89%. Em decorrência dessas taxas elevadas e da média de salário mensal pouco acima do salário mínimo (praticado em 2010), muitas famílias necessitam da ajuda de programas governamentais para sobreviver, sendo que, em todo o município, 433 famílias são beneficiadas pelo programa Bolsa Família. (SILVA, 2016)(ESTATÍSTICA, 2016). No ano de 2010, as estatísticas do IBGE apontavam que em média, 87% da população residente em Balneário Arroio do Silva era alfabetizada, enquanto as taxas de analfabetismo eram maiores nos idosos (12,2%) e progressivamente menores quanto menor a idade (ESTATÍSTICA, 2016). Embora sejam consideradas baixas as taxas de analfabetismo, a escolaridade não é alta. Muitos dos moradores reconhecem letras, números e assinam seus nomes, porém são incapazes de compreender textos simples, caracterizando o analfabetismo funcional. Poucos são os que concluíram o ensino médio, e menor ainda a proporção daqueles com ensino superior. É possível verificar esse fato ao observar que, dentre os índices que avaliam o desenvolvimento do município, o menor deles é o sociocultural. O município de Balneário Arroio do Silva conta hoje com 3 Estratégias de Saúde da Família (ESF). A Estratégia número 01, é subdividida em 07 micro-áreas, totalizando 4.304 habitantes adscritos, dos quais 51% (n= 2.210) são do sexo feminino e 48% (n= 2.094) do sexo masculino. A maioria da população é composta por adultos entre 20 e 59 anos (52%, n= 2.227) e a minoria por idosos (21%, n= 930), sendo que os 27% restantes (n= 1.147) são crianças e jovens menores de 20 anos. Estes dados foram levantados pelas agentes comunitárias de saúde (ACS) referentes ao ano de 2014 (SILVA, 2016). A prevalência de doenças crônicas como diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS), no ano de 2014, também de acordo com o levantamento realizado pelas ACS, foi de 13% (n= 568) para HAS e menos da metade desta parcela (5%, n= 217) para DM (SILVA, 2016). Em relação às proporções nacionais, essas taxas de prevalência apresentam-se inferiores, pois segundo o DATASUS (2016), em 2012 a prevalência de DM no Brasil era de 11,7%. Já em relação à HAS, segundo o mesmo órgão, em 2009 a prevalência no Brasil era de 24,4%, sendo que a Sociedade Brasileira de Cardiologia, em 2010, nos traz um valor superior, com média de 32% de prevalência. (DATASUS, 2016)(CARDIOLOGIA, 2010) Já a prevalência de transtornos psiquiátricos é a maior de todas, estimando-se de que 20% da população do município seja acometida (SILVA, 2016). A procura pelo serviço de saúde se dá, na grande maioria das vezes, por

---

demanda espontânea, agendada ou não (demanda imediata), e também por consultas de cuidado continuado como no caso dos hipertensos e diabéticos. A procura pelo serviço de saúde, na maioria das vezes se dá por queixas recorrentes, porém a equipe da ESF 01 não conta com um banco de dados com as principais queixas que levam os pacientes à unidade de saúde, pois na lista de produção diária dos profissionais não consta o diagnóstico de cada paciente, o sistema não é informatizado e não são realizados registros frequentes em relação a isso nas bases de dados eletrônicas do SUS, contribuindo para que cada queixa e diagnóstico fique registrado apenas nos prontuários. Por esse motivo, apenas a percepção pessoal dos profissionais é o meio pelo qual se pode obter essa informação subjetivamente.

Sendo assim, as cinco queixas mais comuns que levam os pacientes a procurar a unidade de saúde da ESF 01 são transtornos psiquiátricos, dor osteoarticular crônica, HAS e suas complicações, DM e suas complicações e queixas agudas (demanda imediata). Como no município de Balneário Arroio do Silva não há serviço de pronto atendimento, esta última queixa é uma das cinco mais comuns, fazendo que os pacientes procurem a unidade de saúde, sem agendamento, com muita frequência. Baseada nessas queixas e características da população local é feita a programação de cada semana. É importante ressaltar que nesta unidade não há um período para puericultura, pois diariamente um pediatra atende essa demanda, excetuando-se as queixas pediátricas agudas, como febre, tosse, que são muitas. No ano de 2014 não houve, na área de atuação da ESF 01, óbitos em menores de 01 ano. Nesta equipe, havia em 2014, 48 crianças menores de 01 ano, das quais 89% (n= 43) apresentavam o calendário vacinal atualizado. Neste mesmo período, esta equipe contou com 58 gestantes, das quais 86% (n= 50) tiveram 07 ou mais consultas pré-natal(SILVA, 2016). A saúde materno infantil realizada pela equipe se dá de maneira bastante aproximada, pois as agentes comunitárias de saúde acompanham com frequência essa população, assim como a equipe de enfermagem, a qual realiza as avaliações de puericultura, pesagem e avaliação do calendário vacinal das crianças. Já a saúde materna é feita através de consultas durante o puerpério, com o ginecologista/obstetra do NASF. Com relação aos dados de morbimortalidade, as principais causas de morte identificadas nos pacientes pertencentes à ESF 01, são em decorrência de complicações de doenças crônicas e neoplasias. As cardiopatias, como doença coronariana, da qual o infarto agudo do miocárdio é o protótipo, insuficiência cardíaca e arritmias, são as principais causas de morte, seguidas por doença vascular cerebral (acidente vascular cerebral e demências), insuficiência respiratória (como pneumonia, muitas vezes em decorrência de outras doenças de base) e por último, mas não menos importante, neoplasias, sendo o câncer de mama o principal (SILVA, 2016). Os idosos, que são a população com maior quantidade de comorbidades, principalmente pela grande expectativa de vida atual, são os pacientes que mais necessitam de hospitalizações, e as morbidades que levam a isso são as mesmas que causam os óbitos. Ainda, nesse cenário, uma das comorbidades mais prevalentes na população do município e que gera incapacidade ao paciente, maior custo pela gestão do

sistema de saúde e menor taxa de cura e controle da doença, destacam-se os pacientes portadores de transtornos mentais, enquadrados no grupo de saúde mental.

O tema é de grande importância, pois a ausência de um serviço de saúde mental não permite que haja êxito no tratamento dos pacientes, tornando-os portadores crônicos, aumentando a prevalência desse transtorno e, conseqüente uso indiscriminado das medicações psicotrópicas, por pacientes geralmente mal assistidos, gerando custos altos para a gestão. Além disso, esses pacientes recorrem com frequência à unidade de saúde, aumentando a demanda de atendimentos, por vezes desnecessária. O município não comporta um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), entretanto, observa-se que a prevalência de pacientes com transtornos mentais no município é extremamente alta, chegando a aproximadamente 20% da população, segundo dados levantados pelas equipes de saúde (SILVA, 2016). As doenças psiquiátricas compõem um leque vasto de distúrbios, muitos deles crônicos, que com frequência necessitam de acompanhamento intenso dos profissionais de saúde e, muitas vezes, por período prolongado. Infelizmente, no município de Balneário Arroio do Silva estes pacientes não estão assistidos por médicos especialistas em quantidade suficiente para a demanda de pacientes com essa comorbidade, muitas vezes sequer possuem diagnóstico, fazem uso crônico e indiscriminado de medicações psicotrópicas, tem pouco acesso a psicoterapia individual ou em grupo e muito menos a atividades e projetos que visem acompanhamento/trabalho longitudinal, de reabilitação e reinserção social. Por fim, acabamos nos deparando com uma multidão de pacientes que se dizem psiquiátricos, sem ao menos terem o diagnóstico, ou o tiveram há anos, acreditando, portanto, que são portadores crônicos. Essas lacunas, crenças e realidade, acabam tornando o paciente incapacitado para o trabalho, levando a problemas de cunho familiar e social, com repercussões importantes na própria família, nos gastos de saúde, gastos da previdência, na diminuição de mão de obra, de trabalho e de fonte de renda para o município, repercutindo também na demanda da unidade básica de saúde que fica sobrecarregada com esta recorrência. Existe no município de Balneário Arroio do Silva, um médico psiquiatra contratado para realizar 15 atendimentos por semana em cada UBS, entretanto, a demanda atendida por esse profissional é ínfima, comparada à quantidade de pessoas que necessitariam. É importante ressaltar, que em decorrência do tempo *versus* quantidade de atendimentos, cada avaliação é bastante breve, e que os pacientes conseguirão retorno com este profissional novamente, dentro de um período muito longo, fragilizando a formação de vínculo, extremamente necessário para êxito do tratamento.

O médico da família, em decorrência do número de pacientes, da recorrência das consultas, da complexidade dos casos e da necessidade de atender todas as outras demandas, não consegue absorver essa população que fica desassistida, não encontrando na Unidade de Saúde refúgio ou ajuda, tampouco projetos, atividades ou grupos.

Outra situação importante é com relação ao controle das medicações psicotrópicas pois os pacientes psiquiátricos, muitas vezes ainda descompensados de seus distúrbios ou por

desconhecimento, fazem uso incorreto e abusivo dos medicamentos. Por conta do volume de medicações e pacientes e pela falta de registro adequado e padronizado, não há controle adequado da liberação dessas medicações.

Sendo assim, visto que a prevalência de uma doença depende do surgimento de novos casos (incidência) e da duração da doença, na ausência de um serviço de saúde mental, a não melhora ou cronificação dos transtornos psiquiátricos faz com que a prevalência destes seja alta e aumente progressivamente, trazendo consigo as consequências para o sistema de saúde do município e dos pacientes. Portanto, a evidente ausência de atendimento direcionado e especializado em saúde mental para a população da ESF 01 do município de Balneário Arroio do Silva, torna este o problema do estudo.



## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Promover o acesso ampliado e qualitativo às pessoas com transtornos psiquiátricos, com apoio da equipe de saúde da família e de apoio em saúde mental.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Criar grupos de terapia com auxílio do NASF.
- Criar oficinas de trabalho e de atividades físicas com auxílio do NASF e outras instituições do município como grupos de terceira idade.
- Desenvolver meio de controle de liberação das medicações controladas.
- Desenvolver registro de controle de assiduidade dos pacientes nos programas criados.
- Estabelecer número de consultas e periodicidade de acompanhamento adequado com médico especialista e médico da família.



### 3 Revisão da Literatura

A definição de transtorno mental não se limita a uma condição unitária, mas a um grupo de transtornos com alguns fatores em comum. Segundo a OMS (2005), não existe definição oficial de saúde mental, pois ela também depende do contexto social, cultural, econômico e legal das diferentes sociedades. O termo “transtorno mental” pode abranger enfermidade mental, retardamento mental (também conhecido como invalidez mental e incapacidade intelectual), transtornos de personalidade e dependência de substâncias. O conceito de Saúde Mental é mais amplo que a ausência de transtornos mentais.

No âmbito nacional, desde os anos setenta e acompanhando a trajetória da reforma sanitária, o processo da reforma psiquiátrica vem alterando conceitos e práticas na atenção aos transtornos mentais. O foco fundamental deste movimento é a desinstitucionalização, sendo sua luta principal a redução do número de leitos nos hospitais psiquiátricos e a implementação de ampla rede comunitária de serviços substitutivo. (MS, 2007) Este direcionamento da reforma psiquiátrica para o cuidado dos pacientes com transtornos severos e persistentes e para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deixou em segundo plano a assistência aos transtornos mentais menos graves e mais prevalentes. (TANAKA; RIBEIRO, 2008) Buscando diminuir esta defasagem na assistência, a Coordenação Geral da Saúde Mental (CGSM) - DAPE/SAS/MS desenvolveu, a partir de 2001, uma série de documentos sobre a articulação entre a saúde mental e a atenção básica. As principais diretrizes para esta articulação são o apoio matricial de saúde mental às equipes do Programa Saúde da Família (PSF), aumentando a capacidade resolutiva das equipes; a priorização da saúde mental na formação das equipes da atenção básica; ações de acompanhamento e avaliação das ações de saúde mental na atenção básica. Destas, uma das principais estratégias propostas é a criação de equipes de apoio matricial, cuja função consiste nas ações de supervisão, atendimento compartilhado e capacitação em serviço, realizado por uma equipe de saúde mental para equipes ou profissionais da atenção básica. (MS, 2007) A atenção básica tem potencial para desenvolver dois principais tipos de ações de saúde mental. O primeiro consiste em detectar as queixas relativas ao sofrimento psíquico e prover uma escuta qualificada deste tipo de problemática; o segundo compreende as várias formas de lidar com os problemas detectados, oferecendo tratamento na própria atenção básica ou encaminhando os pacientes para serviços especializados. No ano de 2007, foi aprovada a inclusão da Saúde Mental como prioridade no Pacto pela Vida. (MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASIL, 2006) Foram então elencados dois indicadores: taxa de cobertura de CAPS/100.000 habitantes (principal) e taxa de cobertura do Programa de Volta para Casa (complementar). (MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASIL, 2008) (TANAKA; RIBEIRO, 2008)

No entanto, algumas fragilidades ou contradições são identificadas por alguns pesquisa-

dores no desenvolvimento da Estratégia Saúde da família (ESF) e parecem ser semelhantes às dificuldades encontradas na operacionalização das políticas de saúde mental no país, dentre as quais destacam-se: a verticalização e normatividade da ESF reforçam o caráter prescritivo e autoritário, típico dos tradicionais programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, dificultando a adequação da assistência às realidades locais; o despreparo dos profissionais para lidar com conteúdos ligados ao sofrimento psíquico e às necessidades subjetivas no cotidiano da assistência; a tendência à medicalização dos sintomas e, por fim, a dificuldade de estabelecer de fato serviços de referência e contra-referência. (BREDA; ROSA; PEREIRA, 2005) A relevância da formulação de políticas para a atenção básica que englobem o cuidado em saúde mental estaria justificada no direito do usuário de encontrar em sua unidade sanitária de referência uma estratégia de acolhimento articulada com os demais dispositivos assistenciais presentes na rede de atenção. Deste modo, o conceito de integralidade, como organizador das práticas, exigiria uma certa “horizontalização” dos programas anteriormente verticais, desenhados pelo Ministério da Saúde, superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde. (GOMES; PINHEIRO, 2005) A incorporação do acolhimento e do vínculo no cotidiano do cuidado em saúde também tem contribuído para desvelar e problematizar a (des)humanização do atendimento, determinada, principalmente, pela tecnificação do cuidado à saúde. (TEIXEIRA, 2002) A acolhida prevê plasticidade, que é a capacidade de um serviço adaptar técnicas e combinar atividades de modo a melhor respondê-las, adequando-as a recursos escassos e aspectos sociais, culturais e econômicos, presentes na vida diária. Dadas estas considerações, as noções de vínculo e de acolhimento podem contribuir para uma abordagem mais compreensiva dos problemas mentais na ESF e nos demais serviços da atenção básica. (SILVEIRA; VIEIRA, 2007)

Segundo WHO (2003), os transtornos mentais afetam mais de 400 milhões de pessoas em todo o mundo, das quais cerca de 70% não tem acesso ao tratamento adequado. Ainda de acordo com o mesmo órgão, os países em desenvolvimento apresentarão um aumento muito expressivo da carga de doença atribuível a problemas mentais nas próximas décadas. Projeções para o ano de 2020 indicam que os problemas mentais serão responsáveis por cerca de 15% de DALYs (Anos de Vida Perdidos por Morte Prematura Ajustados por Incapacidade).

No Brasil, o estudo realizado por Fortes, Villano e Lopes (2008) merece destaque, considerando sua metodologia, os resultados encontrados e que corroboram com este projeto. Neste, foram avaliados 714 pacientes atendidos em cinco unidades de Saúde da Família do município de Petrópolis, estado do Rio de Janeiro, entre agosto e dezembro de 2002. Detectou-se prevalência média de 56% de transtornos mentais comuns nos pacientes, sendo que 33% do total eram de quadros graves, constituindo-se principalmente de transtornos depressivos e ansiosos, destacando-se também os transtornos somatoformes e dissociativos. Aproximadamente 56% dos pacientes com transtorno depressivo apresen-

tavam comorbidades. Verificaram-se associações estatisticamente significativas entre ser portador de transtorno mental comum e ser mulher, ter menos de 45 anos, ter renda per capita familiar inferior a R\$120,00 e não ter companheiro. Quanto à rede de apoio social, frequentar regularmente a igreja e participar de atividades esportivas ou artísticas exercia efeito protetor, assim como ter pelo menos quatro familiares íntimos. A conclusão do estudo confirma a alta prevalência de transtorno mental comum nos pacientes atendidos na rede de atenção primária de saúde.

Esses resultados reforçam a importância da estruturação de formas de atendimento alternativas, incluindo as não-medicamentosas, e a necessidade de se capacitarem as equipes de saúde para a abordagem dos problemas psicossociais desses indivíduos. Embora frequente, os transtornos mentais nos pacientes atendidos na rede básica de saúde costumam passar despercebidos no atendimento, que além disso são pouco eficientes. Um dos fatores que diminuem a qualidade desse atendimento é a incapacidade dos profissionais, principalmente médicos, de diagnosticar e tratar corretamente as enfermidades mentais presentes na sua clientela habitual. Entre as dificuldades encontradas por esses profissionais, destaca-se a forma de apresentação do sofrimento mental nesses casos. Predomina nesses indivíduos a apresentação de sintomas físicos associados às doenças mentais e estes não são compreendidos pelos médicos gerais como manifestações de um transtorno mental. Frequentemente o que aparece são queixas somáticas difusas, inespecíficas e mal caracterizadas, que não são reconhecidas como associadas a transtornos mentais e que constituem a maioria dos ditos “pacientes poliqueixosos”, usuários persistentes de serviços médicos. (PEREIRA; VIANNA, 2009)

Nesse sentido, evidencia-se a necessidade da construção de novos modelos de atenção em saúde mental, que tenham o sujeito e sua família como foco da atenção, e não mais a doença; onde exista horizontalidade nos processos de trabalho, integralidade do cuidado, responsabilização, entre outros. Essas mudanças objetivam uma importante transformação social, lutando contra a segregação, a violência, a discriminação e a exclusão que sofrem os portadores de transtornos mentais. Além disso, busca melhorar a qualidade de vida desses pacientes, aumentar a qualidade e resolutividade das ações e serviços, diminuir a prevalência desses transtornos e conseqüentemente, reduzir gastos em saúde e reinserir os pacientes no meio social. Entretanto, a inclusão das ações de saúde mental no campo da atenção primária, por si só, não será suficiente para resolver os problemas no campo da atenção em saúde mental, pois as ações não se restringem exclusivamente ao setor saúde. A atenção em saúde mental requer políticas intersetoriais, integradas, ampliando possibilidades e oportunidades, auxiliando o desenvolvimento local e redimensionando a noção de direito e cidadania. (SOUZA; RIVERA, 2010)

Ao considerar-se que a prevalência de transtornos mentais na população do município de Balneário Arroio do Silva é de aproximadamente 20% e que não há o apoio de um Centro de Atenção Psicossocial, torna-se evidente a importância de que ações em saúde mental

na esfera da atenção básica sejam desenvolvidas e aprimoradas, buscando dessa forma, melhorar a satisfação dos usuários e atingir os resultados já referidos, como resolutividade das ações, diminuição da prevalência e reinserção no meio social.

## 4 Metodologia

Este projeto de intervenção busca abranger todos os pacientes diagnosticados com transtornos psiquiátricos por médico da saúde da família ou psiquiatra, que necessitem de tratamento medicamentoso ambulatorial, e que pertençam a ESF 01 do município de Balneário Arroio do Silva. Os pacientes pediátricos e aqueles com necessidade de internação psiquiátrica não serão incluídos no projeto.

Através deste projeto de intervenção, buscar-se-á promover acesso ampliado e de melhor qualidade às pessoas com transtornos psiquiátricos, com apoio da equipe de saúde da família e de apoio em saúde mental (NASF). Para tanto, grupos de terapia serão criados, assim como oficinas de atividades físicas e de outros trabalhos. Além disso, os pacientes devem ser monitorizados quanto à participação no projeto e presença nas consultas médicas, assim como para o controle da liberação das medicações psicotrópicas.

Com o auxílio de profissionais do NASF, principalmente psicólogos, além de profissionais da equipe de saúde, como enfermeiros e médicos, grupos de terapia conjunta serão desenvolvidos para aqueles pacientes que estão aguardando terapia individual e que ainda não conseguiram em decorrência da grande demanda. Pacientes em terapia individual também poderão participar dos grupos. Estes ocorrerão semanalmente, com aproximadamente 10 a 15 pacientes cada grupo, previamente selecionados de acordo com o transtorno de base (ansiedade, depressão, dentre outras previamente definidas). A duração de cada grupo de terapia será estabelecida pelo profissional após análise do andamento do primeiro encontro realizado. Além disso, o profissional também deverá identificar aqueles pacientes que eventualmente necessitem de terapia individual com certa urgência e encaminhá-lo. Os encontros acontecerão no auditório recém inaugurado da secretaria de saúde e a abordagem será pré definida pelos ministrantes do grupo (psicólogos, médicos e enfermeiros). A primeira reunião do grupo tem por objetivo explicar a importância dos encontros e seus propósitos, após, haverá uma espécie de palestra, falando sobre o que são transtornos mentais, tratamentos e desmistificação, já os encontros seguintes devem funcionar como uma roda de discussão.

A equipe de saúde, auxiliada pelos profissionais do NASF, por entidades da comunidade, como os grupos de terceira idade, e por outros voluntários, criarão três oficinas; de atividades físicas, artesanato e de cultivo de hortas e jardins. A primeira contará principalmente com auxílio dos profissionais de educação física e fisioterapia, técnicos de enfermagem e enfermeiros, que desenvolverão aulas de atividades físicas, danças, alongamento, atividades de relaxamento e caminhadas. Esta oficina poderá auxiliar também cada paciente a como desenvolver atividades fora dos períodos de aulas, auxiliando no tratamento, assim como estimular a interação com outras pessoas, ocupar tempos ociosos e trazer sensação de bem estar. Ela poderá acontecer no auditório da secretaria de saúde,

nas academias ao ar livre ou até mesmo na faixa de areia da praia. Já a oficina de artesanato, trabalhará com o desenvolvimento de atividades que os voluntários, assim como profissionais que se proponham, tenham maior domínio, como pinturas em tela ou tecido, croche, tricot. Além disso, pacientes que estejam participando da oficina e que tenham alguma habilidade ou conhecimento, também poderão auxiliar no desenvolvimento das atividades. A última das oficinas, deverá contar com a ajuda de voluntários da comunidade ou da equipe de saúde ou NASF, ou até mesmo de pacientes motivados, que tenham prazer em mexer com a terra e que tenham a intenção de ensinar. As atividades poderão ser desenvolvidas no jardim da unidade de saúde, assim como em terrenos abandonados, desde que tenham o aceite dos proprietários, para construção de hortas e plantação de flores e árvores. Os encontros de cada oficina ocorrerão de 1 a 2 vezes por semana, e as vagas em cada uma delas serão limitadas e os pacientes inscritos serão selecionados por ordem de chegada ou até mesmo por indicação de algum profissional. Todos os pacientes portadores de transtornos mentais serão convidados durante as consultas, tanto médicas, odontológicas ou de enfermagem, a participarem das oficinas.

A participação dos pacientes em qualquer dos encontros citados, sejam eles grupos ou oficinas, deverá ser sempre estimulada pelos profissionais participantes. As agentes comunitárias ficarão encarregadas do controle de quais pacientes estão participando do programa e sua frequência, realizarão visitas para lembrá-los dos encontros, aulas, palestras, reuniões, além de coletar opinião dos mesmos para aprimorar os trabalhos. Nos grupos de terapia a participação dos pacientes será principalmente através da troca de experiências e relatos, já nas oficinas a participação será mais ativa, pois são os próprios pacientes que desenvolverão, junto com os profissionais, as atividades.

Os pacientes que participarão de alguma das atividades mencionadas acima, como as oficinas e grupos, deverão ser assíduos, podendo apresentar no máximo 20% de faltas para continuar participando. Para melhor controle da frequência assim como para liberação das medicações controladas e outras informações importantes, serão desenvolvidos “cartões de saúde mental”, com a identificação de cada paciente, as medicações das quais faz uso, dosagem e posologia, dia que pegou a receita, dia que retirou a medicação da farmácia e data da próxima receita. Além disso, no mesmo cartão, deverão constar quais programas o paciente está participando e a frequência com a qual comparece em cada atividade e às consultas, assim como informações relevantes de cada avaliação, visto que deverá ser preconizada uma consulta a cada dois meses, intercalando entre o médico da família e o psiquiatra. Em caso de necessidade, os pacientes deverão ser avaliados em intervalos mais breves. Portanto, o cartão de saúde mental deverá acompanhar os pacientes em todas as atividades, pois será utilizado e preenchido por médicos, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, enfermeiros, educadores físicos, farmacêuticos, de acordo com a área de atuação de cada profissional.

Para implementar as ações acima, são necessárias modificações nos fluxos de aten-

dimento e na criação dos grupos de acordo com as agendas de cada profissional, desse modo, acredita-se que sejam necessários aproximadamente 1 a 2 meses para que sejam implementadas as ações. A partir de então, estima-se aproximadamente 6 meses para que mudanças possam ser observadas.



## 5 Resultados Esperados

No Brasil, 12% da população utiliza atendimento relacionado a saúde mental e, cerca de 3% apresentam transtornos mentais persistentes ou severos. (MS, 2007) Entretanto, apesar da grande demanda muitas fragilidades ainda são encontradas no atendimento primário a estes pacientes, corroborando para um aumento expressivo da carga de doença atribuível a problemas mentais nas próximas décadas. (WHO, 2003) Dessa forma observa-se a importância da estruturação de formas de atendimento alternativas e da capacitação das equipes de saúde para abordagem dos problemas psicossociais desses indivíduos.

No município de Balneário Arroio do Silva, estima-se que a prevalência de transtornos mentais seja de 20% e a ausência de atendimento direcionado e especializado faz com que essa demanda só aumente. Nesse sentido, através da implantação do projeto de intervenção em questão, espera-se garantir aos pacientes com transtornos psiquiátricos, acesso ampliado e de melhor qualidade ao serviço de saúde, melhorando sua qualidade de vida, reinserindo esses indivíduos no mercado de trabalho e na sociedade, aumentando a taxa de cura dos transtornos assim como controle daqueles crônicos, diminuindo o uso indevido de medicações, desmedicalizando o tratamento e humanizando o atendimento. Além dos benefícios já relatados, as ações propostas pelo projeto de intervenção foram assim selecionadas, considerando a governabilidade e o baixo custo para efetivação das atividades, ainda, tais ações vão ao encontro da realidade da comunidade, proporcionando dessa forma, maior aproximação com a mesma.

Sendo assim, espera-se que os grupos de terapia, as oficinas e as consultas periódicas, possam proporcionar cuidado integral e horizontal aos pacientes, visando tratamento adequado dos transtornos. Com a realização das três oficinas, haverá uma aproximação dos pacientes à unidade de saúde e aos profissionais de saúde. Ainda, o vínculo propiciará maior controle sobre os medicamentos usados de forma errônea, assim como o uso dos cartões de saúde mental. Ademais, as oficinas estimularão novos hábitos de saúde, possibilitando melhorar a saúde da população que já sofre com esses transtornos, além do restante da comunidade que ao observar tais atividades, modificará constantemente seus hábitos. O uso dos cartões de saúde mental irá facilitar o tratamento correto dos pacientes, ajudando os profissionais a monitorizar o uso adequado das medicações e a assiduidade, assim como corresponsabilizar os pacientes pelos seus tratamentos. Através dessas ações, espera-se também diminuir os gastos em saúde pública, o número de pacientes fora do mercado de trabalho e as comorbidades associadas aos transtornos mentais.



## Referências

- BREDA, M. Z.; ROSA, W. de A. G.; PEREIRA, M. A. O. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, n. 3, p. 450–452, 2005. Citado na página 18.
- CARDIOLOGIA, S. B. de. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, p. 1–51, 2010. Citado na página 10.
- DATASUS. *Informações de saúde*. 2016. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br>>. Acesso em: 15 Jan. 2016. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 10.
- ESTATÍSTICA, I. B. de Geografia e. *Censo 2010*. 2016. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 15 Jan. 2016. Citado na página 10.
- FORTES, S.; VILLANO, L. A. B.; LOPES, C. S. Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do programa de saúde da família (psf) em petrópolis, rio de janeiro. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, p. 32–37, 2008. Citado na página 18.
- GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface*, v. 9, n. 17, p. 287–301, 2005. Citado na página 18.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASIL. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Ministério da Saúde, Brasília, n. 2, 2006. Citado na página 17.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASIL. Portaria nº 325 de 13 de março de 2008. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2008. Citado na página 17.
- MS, M. da S. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*.: Relatório de gestão 2003 - 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 25.
- OMS, O. M. da S. *Livro de Recursos da OMS Sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação*. Genebra: WHO, 2005. Citado na página 17.
- PEREIRA, A. de A.; VIANNA, P. C. de M. *Saúde Mental*. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. Citado na página 19.
- PRESERVALE. *Nossos serviços*. 2016. Disponível em: <<http://www.preservale.com/>>. Acesso em: 15 Jan. 2016. Citado na página 10.
- SILVA, M. de Balneário Arroio do. *Município*. 2016. Disponível em: <<http://www.arroiodosilva.sc.gov.br/>>. Acesso em: 15 Jan. 2016. Citado 4 vezes nas páginas 9, 10, 11 e 12.
- SILVEIRA, D. P. da; VIEIRA, A. L. S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Ciencia e Saúde Coletiva*, p. 139–148, 2007. Citado na página 18.

SOUZA, A. C.; RIVERA, F. J. U. A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. *Rev Tempus Actas Saúde Colet*, p. 105–114, 2010. Citado na página 19.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciencia de Saúde Coletiva*, p. 477–486, 2008. Citado na página 17.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Caderno de Saúde Pública*, p. 153–162, 2002. Citado na página 18.

WHO, W. H. O. *Mental health context*. Geneva: WHO, 2003. Citado 2 vezes nas páginas 18 e 25.

ÁGUAS, E. *Perguntas frequentes*. 2016. Disponível em: <<http://www.ejwaguas.com.br/>>. Acesso em: 15 Jan. 2016. Citado na página 10.