



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Rodrigo Fuzinato Fiorentin

Plano de intervenção para o Manejo Clínico dos  
Pacientes com Transtorno mental na Estratégia Saúde  
da Família Santa Tereza, Joaçaba - SC.

Florianópolis, Abril de 2017



Rodrigo Fuzinatto Fiorentin

Plano de intervenção para o Manejo Clínico dos Pacientes com  
Transtorno mental na Estratégia Saúde da Família Santa Tereza,  
Joaçaba - SC.

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: Lizandra da Silva Menegon  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017



Rodrigo Fuzinatto Fiorentin

Plano de intervenção para o Manejo Clínico dos Pacientes com  
Transtorno mental na Estratégia Saúde da Família Santa Tereza,  
Joaçaba - SC.

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.

---

**Profa. Dra. Fátima Büchele**  
Coordenadora do Curso

---

**Lizandra da Silva Menegon**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017



# Resumo

**Introdução:** Levando em consideração a alta demanda por atendimento psiquiátrico na atenção primária em Saúde, elegeu-se esse problema para desenvolver o plano de intervenção no intuito de buscar autonomia, regaste da cidadania e humanização nos atendimentos. O bairro Santa Tereza, no município de Joaçaba - SC, é o maior bairro do município, um bairro com a maioria da população entre a classe média e baixa, desta forma com inúmeros problemas sociais, entre eles uso de intorpecentes, violência doméstica, desemprego, entre outros, e conseqüentemente apresenta a maior demanda psiquiátrica do município.

**Objetivo:** Propor um plano de intervenção para facilitar o manejo clínico dos pacientes portadores de transtorno mental no ESF Santa Tereza. **Metodologia:** O método utilizado foi o planejamento estratégico situacional com ênfase nos portadores de Saúde Mental do ESF Santa Tereza de Joaçaba, cujo plano para implementação envolverá o período do dia 31/03/2017 até 12/01/2018. As ações enfatizadas são a exposição do projeto à Secretaria Municipal de Saúde, levantamento de dados, capacitação da equipe do ESF Santa Tereza e atividades de grupo entre os usuários de Saúde Mental, para tal será necessário o envolvimento de 10 pessoas, sendo eles: 2 técnicas de enfermagem, 1 enfermeira, 2 médicos, 4 agentes de saúde e 1 psicóloga. Para subsidiar a elaboração do trabalho foi realizada uma revisão bibliográfica da produção científica sobre o tema. Foram consultados os seguintes bancos de dados: SCIELO, Revista Brasileira de Psiquiatria, Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais, CID 10 e IBGE. **Resultados esperados:** Espera-se, ao fim do projeto, que todos os objetivos listados no trabalho sejam concluídos, mas em especial que consiga-se cada vez mais aproximar os laços da ESF Santa Tereza com a comunidade, melhorando os serviços de saúde oferecidos a esta área, em especial a saúde mental, que desta forma possa-se oferecer uma assistência integral ao paciente, rumo à reabilitação psicossocial e controle da doença, para que assim haja a reconstrução de sua cidadania. Além disso, almeja-se diminuir o encaminhamento a serviços como o CAPS, consultórios psiquiátricos e diminuir o número de internações hospitalares. Conclui-se que o enfoque no atendimento humanizado é um aspecto relevante para o cuidado em Saúde Mental, apesar de ainda enfrentarmos desafios, são necessárias propostas de atenção à saúde mental e maiores investimentos na equipe.

**Palavras-chave:** Saúde Mental, Atenção primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família





# Sumário

|            |  |           |
|------------|--|-----------|
| <b>1</b>   | <b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .            | <b>9</b>  |
| <b>2</b>   | <b>OBJETIVOS</b> . . . . .             | <b>11</b> |
| <b>2.1</b> | <b>OBJETIVO GERAL</b> . . . . .        | <b>11</b> |
| <b>2.2</b> | <b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> . . . . . | <b>11</b> |
| <b>3</b>   | <b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . . | <b>13</b> |
| <b>4</b>   | <b>METODOLOGIA</b> . . . . .           | <b>19</b> |
| <b>5</b>   | <b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .  | <b>23</b> |
|            | <b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .           | <b>25</b> |



# 1 Introdução

O bairro Santa Tereza, no município de Joaçaba - SC, é o maior bairro da cidade, com aproximadamente 6,5 mil habitantes de um total de 27 mil . A maior parte da população desta área é gente de bem, que utiliza do próprio corpo como instrumento de trabalho seja como diarista, pedreiro entre outros, que a custos de muito trabalho almejam uma vida melhor. As crianças do bairro são acolhidas na creche e na escola primária do mesmo, até a oitava série, daí em diante são transferidos ao Colégio Estadual Nelson Pedrini , onde concluem os estudos. Há um local no bairro conhecido como Pinheirinho, um morro, onde antigamente existiam muitos pinheiros, daí o nome. Vejo esta área como a mais preocupante, local muito carente com sérios problemas sociais.

O ESF Santa Tereza é a unidade de saúde responsável por suprir toda a demanda do bairro, obviamente insuficiente. Dispomos de 3 agentes comunitárias, desta forma muitas áreas do bairro acabam ficando descobertas, o que contribui significativamente para que o ESF não consiga suprir todas as necessidades da população que ali reside.

Apesar de doenças como hipertensão e diabetes figurarem entre as mais prevalentes no Município de Joaçaba e apesar do escasso incentivo público á pesquisa e á coleta de dados, o Bairro Santa Tereza apresenta um número considerável de atendimentos psiquiátricos, sendo os casos de depressão os mais corriqueiros. Em meio a lista de medicamentos de uso contínuo, os “ famosos ” antidepressivos, ansiolíticos e afins estão presentes na grande maioria das receitas médicas do bairro, além disso, não é incomum durante as consultas médicas, queixas como: tristeza, desânimo, anedonia, baixa auto-estima, ansiedade e até mesmo Ideações suicidas. Ademais , provavelmente devido aos problemas de carência e tráfico de entorpecentes, existem um grande número de pacientes com transtornos psiquiátricos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, como álcool e drogas.

Em vista disso, este trabalho tem por finalidade recomendar um plano de ação para manejo e acolhimento de paciente com transtorno mental, aumentando assim o vínculo entre o usuário do serviço e o ESF Santa Tereza.

Marginalizado e segregado pela sociedade por não se enquadrar em valores culturais vigentes, o termo “ louco ” habitou o imaginário popular por séculos. De motivo de escárnio à possuído pelo demônio, a compreensão da doença mental tem passado por diversas fases dentro da historia da humanidade. Sendo assim, o enfoque da loucura como doença é recente e foi a partir do século XVIII que o homem começou a se perceber, a entender e vivenciar a condição humana (GONÇALVES; SENA, 2001).

De acordo com a Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10), os transtornos mentais se classificam como doença com manifestação psicológica associada a algum comprometimento funcional resultante de disfunção biológica, social, psicológica, genética, física ou química. Podem ser classificados, ainda, como

alterações do modo de pensar e/ou do humor associadas a uma angústia expressiva, produzindo prejuízos no desempenho global da pessoa no âmbito pessoal, social, ocupacional e familiar (CBCD, 2016).

Dados do Ministério da Saúde apontam que 3% da população geral brasileira sofrem com transtornos mentais graves e persistentes, 6% apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% necessitam de algum atendimento, seja ele contínuo ou eventual (BRASIL, 2007).

Baseado nos ideais de Política de Saúde Mental e aliados ao movimento de Reforma Psiquiátrica, que visa garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, os programas de saúde da família estão destinados a acolher pacientes com transtornos mentais e juntamente com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), garantir a integração social, a busca por autonomia e atendimento médico (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

## 2 Objetivos

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Propor um plano de intervenção para facilitar o manejo clínico dos pacientes portadores de transtorno mental e dependentes de álcool e drogas atendidos no ESF Santa Tereza.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Propor a criação de grupos de capacitação para os profissionais da área da saúde, buscando o aperfeiçoamento das técnicas de trabalho e conhecimento científico.

Manter o paciente da saúde mental no seu cotidiano, evitando ao máximo as internações.

Criar uma agenda para atender as demandas da saúde mental e da dependência de álcool e drogas na UBS.

Organizar de campanhas sobre conscientização dos males causados pelo álcool e drogas, fazendo parceria com outras instituições, públicas e privadas.



### 3 Revisão da Literatura

Promover saúde exige uma série de parcerias intersetoriais, que abracem combinações de estratégia entre o estado, a comunidade, o sistema de saúde e o indivíduo. Reforçando tal ideia, a Política Nacional de Promoção de Saúde apresenta como objetivo geral, o que pode ser depreendido como um conceito de promoção de saúde: “Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes”.

Em meio à isso, a Estratégia de Saúde da Família é um local privilegiado para tal fim. Já que pelo íntimo contato, as equipes de Saúde da Família têm conhecimentos aprimorados que vão desde o reconhecimento do território até o reconhecimento de potenciais necessidades, dificuldades e potencialidades de cada bairro, sendo assim este trabalho tem por fim propor um plano de intervenção no ESF Santa Tereza. Para subsidiar a elaboração do trabalho foi realizada uma revisão bibliográfica da produção científica sobre o tema. Foram consultados os seguintes bancos de dados: SCIELO, Revista Brasileira de Psiquiatria, Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais, CID 10 e IBGE.

Os transtornos mentais são guiados por manuais que através de classificações e critérios facilitam o diagnóstico das patologias psiquiátricas. Entre eles, existem o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM) da American Psychiatric Association e o CID 10 criado para padronizar e catalogar as doenças e problemas relacionados à saúde, tendo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde. Ambas muito bem referenciadas, e nos dias de hoje são as classificações mais utilizadas como referências nos serviços de saúde e pesquisa.

O DSM V define transtorno mental como uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados à sofrimento ou incapacidades significativas que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes (APA, 2013).

Em consenso, o CID 10 (1993) classifica transtorno mental como doença com manifestação psicológica associada a algum comprometimento funcional resultante de disfunção biológica, social, psicológica, genética, física ou química. Pode ser classificado, ainda, como, alteração do modo de pensar ou do humor, associado a uma angústia expressiva, produzindo prejuízos no desempenho global da pessoa no âmbito pessoal, social, ocupacional e familiar.

#### CONTEXTO HISTÓRICO

No caminho do grande desenvolvimento científico do século XIX, a medicina se firmou como uma ciência. A psiquiatria veio a se firmar como ciência médica algumas décadas

mais tarde. A primeira referência às doenças mentais advém às mais antigas civilizações. Remontando á povos como: Egípcios, Mesopotâmicos, Gregos, Romanos e Hindus. Imperava a crença de que eram causadas por ações mágicas, sendo vistas como manifestações do descontentamento e castigo propiciado por deuses, em vistas de pecados cometidos ou possessão demoníaca. Eram tratados por meio de magia, invocação de poderes celestiais, exorcismo e até mesmo castigos físicos.

A partir de Hipócrates (460 – 380 a.C) os transtornos mentais passam a ser relacionados à estados patológicos e não mais à intervenções divinas. Portanto, com Hipócrates e o chamado, Corpus Hipocraticum, seus seguidores, os primeiros médicos passam a encarar cientificamente a doença mental, desafiando, já naquela época, as crenças mágicas e religiosas.

Porém no final da idade média até a idade moderna houve uma mudança radical nesses conceitos. Durante o período medieval, a igreja católica passa a exercer o domínio sobre as doenças. Prevalciam assim explicações místico-religiosas para a origem de transtornos mentais. A Inquisição da Igreja Católica Romana torturava e queimava doentes mentais em fogueiras sob a alegação de que necessitavam ser destruídos, pois estariam possessos por demônios (SHASIS, 2007).

Com o emergir do mercantilismo que traz como pressuposto uma visão lucrativa, em meados do século XVII passaram a ser criados hospitais para os excluídos socialmente e economicamente, grupo este composto por doentes mentais, criminosos, mendigos, inválidos, portadores de doenças venéreas e libertinos. Embora, nesta época, a medicina ainda não tivesse elementos para definir os transtornos mentais, as definições mitológicas são deixadas de lado para dar lugar às definições de âmbito médico (LOPES, 2017).

O primeiro grande passo para o progresso científico da Psiquiatria ocorreu apenas no século XVIII, com os estudos do médico francês Philippe Pinel, considerado o pai da Psiquiatria. Influenciado por ideais do iluminismo e da Revolução Francesa, que teve o merito de substituir os asilos por manicômios, estes somente destinados aos doentes mentais, propiciando-lhes uma liberdade de movimentos por si só terapêutica (FOUCAULT, 1978).

Pinel acreditava que a relação entre médico e paciente deveria ser exercida com o equilíbrio entre a firmeza e a gentileza, com ênfase para a reeducação do alienado, exclusão social e tratamento durante tempo integral em tais instituições.

Porém com o passar do tempo, no início do século XIX, houve uma leitura modificada do tratamento moral de Pinel. Aos poucos, o que era considerado como uma doença moral passou também a ter uma concepção orgânica, de acordo com o pensamento de vários discípulos de Pinel. As ideias corretivas para o comportamento dos hábitos dos doentes passaram a ser recursos de imposição da ordem e da disciplina institucional. Passam a ser utilizadas medidas físicas e higiênicas como duchas, banhos frios, chicotadas, máquinas giratórias e sangrias (LOPES, 2017).



Os hospitais psiquiátricos no Brasil surgiram no final do século XIX, baseados no modelo hospitalocêntrico das experiências européias, influenciados pela psiquiatria francesa e tratamento moral. A adoção de tal modelo, chamado manicomial baseou-se no alienismo, princípio que pregava a cura por meio da Razão e do não julgamento social, sendo assim o manicômio permitiria ao alienado exercer sua liberdade, sem ser excluído por não seguir uma normativa de pensamento imposta pela sociedade (LOPES, 2017).

Os hospitais eram administrados pelas Santas Casas de Misericórdias tendo como gestores a Igreja Católica, na época, detentora do poder. O Primeiro Hospício fundado foi Pedro II e foi inaugurado em 1852 no Rio de Janeiro. Tinha como objetivo implícito limpar a cidade de pessoas ociosas e denominadas improdutivas, fazendo imperativa a internação em manicômios para todos que fossem considerados loucos, despossuídos da razão ou delirantes.

Contudo, o modelo manicomial mostrou-se ineficiente, cronificante e desumano. A partir da segunda metade do século XX, impulsionada por Francisco Basaglia, psiquiatra italiano, inicia-se uma radical crítica e transformação dos saberes e práticas até então utilizados. Seus integrantes denunciavam que as internações prolongadas acabavam por gerar a cronificação das doenças mentais, segregação social e dificuldade de reintegração familiar e comunitária (BARROSO; SILVA, 2011).

Nesse sentido ganha força a luta antimanicomial, iniciada na Itália, mas com repercussão importante em território Brasileiro, impulsionado pela luta aos direitos civis, humanização nos atendimentos e resgate da cidadania.

É no contexto da abertura do regime militar que surgem as primeiras manifestações por um grupo chamado Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, principalmente através da constituição, em 1976. Tais trabalhadores passam a realizar denúncias e acusações ao governo militar, que incluíam práticas de tortura, fraudes e esquemas de corrupção. As reivindicações giravam em torno de aumento salarial, redução de número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque. Este movimento dá início a uma greve, com duração de oito meses no ano de 1978, que alcança importante repercussão na imprensa, assumindo assim papel relevante na história da Reforma Psiquiátrica Brasileira (BARROSO; SILVA, 2011) (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2017).

Nos anos seguintes somam-se à uma série de movimentos, conferências e comissões com a finalidade de reorganizar a atenção aos pacientes com transtornos mentais. No entanto, apenas em 1989 o movimento toma forma, com importantes acontecimentos como a intervenção e o fechamento da Clínica Anchieta em Santos / SP, por denúncia de maus tratos e a revisão proposta pelo Deputado Paulo Delgado, que propunha a extinção dos manicômios e oficialização da assistência psiquiátrica comunitária. Além disso, em 1990 é assinada a Declaração de Caracas que assegurava direitos humanos às pessoas com transtornos mentais, fomentando assim tais ideias e demarcando a tendência internacional

para a Reforma Psiquiátrica.

Os serviços substitutivos ao modelo manicomial foram implementados a partir de 1992, com a Portaria n° 224, de 29 de Janeiro do Ministério da Saúde que normatizou serviços como: o atendimento ambulatorial com serviços de saúde mental, Centros e Núcleos de atenção psicossocial (CAPS/NAPS), Hospital-Dia, Serviço de urgência psiquiátrica em hospital-geral, leito psiquiátrico em hospital-geral, além de definir padrões mínimos para o atendimento nos hospitais psiquiátricos (WAIDMAN, 2004). Promovendo a redução programada de leitos psiquiátricos de longa permanência e incentivando as internações psiquiátricas quando necessárias, em âmbito de hospitais gerais, substituindo-as por internações curtas.

Em 2000, criou-se outro importante serviço substitutivo, as residências terapêuticas, para abrigar pacientes psiquiátricos desospitalizados que, por algum motivo, não pudessem voltar para suas famílias e em 2001, foi aprovada a Lei Federal 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (OPAS, 2001).

Entretanto tais reformas não findaram a reforma psiquiátrica, que ainda segue em desenvolvimento. Pinto e Pinto (2010) destacam que, após a promulgação da Lei 10.216, outras oito leis estaduais e diversas portarias e programas foram criados para regulamentação do atendimento psiquiátrico comunitário. A reforma prossegue, de maneira lenta e gradual, em compasso com os desafios de um país em desenvolvimento. Em números, a quantidade de leitos psiquiátricos passou de 86 mil em 1991 para 35.426 em 2009 (SILVA; FERREIRA, 2010). Em 2010, vinte e três anos após a implantação do primeiro CAPS, o país registrou 1.541 CAPS espalhados pelo território nacional (BRASIL, 2017).

### **DADOS EPIDEMIOLÓGICOS**

Os transtornos mentais geram altos custos, tanto sociais, quanto econômicos, são universais, atingem pessoas de todas as idades e classes sociais, causam incapacitações graves e elevam a demanda nos serviços de saúde.

Segundo um estudo publicado em 2010, na Revista Brasileira de Psiquiatria, cujo enfoque foi realizar uma revisão sistemática da prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira entre 1997 á 2009 revelou que “o ônus dos transtornos mentais foi subestimado durante muito tempo já que a forma de avaliar seu impacto na saúde valorizava apenas os índices de mortalidade, e os mesmos assumem valores baixos de mortalidade, mas possuem, todavia, um grande peso de incapacidade, acarretando a redução da qualidade de vida dos indivíduos”.

Indo ao encontro a tal fato, no ano de 1996, pesquisadores da Universidade de Harvard e da Organização Mundial de Saúde, publicaram um estudo que reconheceu os transtornos mentais como um sério problema de Saúde pública. Foi evidenciado que dentre as 10 principais causas de incapacitação em todo o mundo, cinco delas estavam associadas á transtornos psiquiátricos, entre elas a depressão (13%), a ingestão de álcool (7,1%), os distúrbios afetivos bipolares (3,3%), a esquizofrenia (4%) e os distúrbios obsessivo-

compulsivos (2,8%) (LOPEZ; MURRAY, 1998).

Apesar de saber-se que os números são crescentes, correspondendo á carga de 12% das patologias mundiais e apesar de saber-se que a maioria dos transtornos é tratável clinicamente e passível de intervenções, um relatório divulgado pela Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde revelou que mais de 40% dos países ainda carecem de políticas em saúde mental e 30% não têm programas nessa esfera (OPAS, 2001).

O Brasil figura como o país com maior prevalência de transtornos mentais da América Latina, segundo uma pesquisa realizada pelo Consórcio Internacional de Epidemiologia Psiquiátrica, com índices elevados para os transtornos da ansiedade, transtornos do humor e os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (OPAS, 2001). Dados do Ministério da Saúde apontam que 3% da população geral brasileira sofrem com transtornos mentais graves e persistentes, 6% apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% necessitam de algum atendimento, seja ele contínuo ou eventual (MARI; JORGE; KOHN, 2007).



## 4 Metodologia

### PROJETO DE INTERVENÇÃO

Partindo-se do pressuposto que não existem projetos voltados aos pacientes portadores de transtornos mentais no ESF Santa Tereza e que a equipe é formada por 10 pessoas, sendo eles: 2 técnicas de enfermagem, 1 enfermeira, 2 médicos, 4 agentes de saúde e 1 psicóloga.

Considera-se como inicialização, a existência do PSF, de seu espaço físico, de sua equipe multidisciplinar, e de uma demanda de atenção neste cenário que seria voltada à população que sofre de problemas mentais e as suas famílias. Como ponto de partida, é necessário o apoio financeiro e a apresentação do projeto de intervenção a Secretaria de Saúde do Município, que ocorreria por meio de uma reunião com a equipe do ESF Santa Tereza e a equipe da Secretária Municipal de Saúde. Uma vez exposto o projeto de intervenção, é essencial expor uma planilha com os materiais necessários e com os devidos custos para financiamento do projeto.

A partir do momento em que o projeto for aceito por meio da Secretaria de Saúde do Município, é necessária a capacitação da equipe de Saúde da Família, através de palestras sobre cidadania e direitos humanos, princípios da reforma psiquiátrica Brasileira e do SUS e sintomas relacionados aos transtornos mentais, tais palestras seriam realizadas pela equipe de saúde, no espaço físico do ESF Santa Tereza.

Os assuntos seriam divididos entre cada profissional de saúde e cada um ficaria com o dever de estudar sobre determinado tema e repassar para a equipe. Tal capacitação poderia ser realizada através de uma troca de conhecimentos entre a equipe.

As agentes sociais ficariam com o tema relacionado a cidadania e direitos humanos, a enfermeira e as técnicas de enfermagem palestrariam sobre a reforma psiquiátrica Brasileira e os princípios do SUS e os médicos e a psicóloga ensinariam sobre os sintomas relacionados aos transtornos mentais, abordando inclusive a temática do sofrimento familiar envolvido em cada situação. Levando em consideração que o projeto de intervenção seria colocado em prática a partir de Abril de 2017, esta primeira etapa duraria 4 semanas, iniciadas a partir do dia 03/04/2017 e finalizadas por volta do dia 03/05/2017, contemplando cada um destes temas em um encontro semanal. Cada aula contaria com um material impresso por participante, o que geraria um custo de 20,00 ao longo das 4 semanas.

Uma vez capacitada e incorporada às problemáticas, a equipe torna-se mais apta a reconhecer, integrar e identificar situações de sofrimento psíquico.

Após a capacitação, as agentes comunitárias de saúde, realizariam o levantamento do número de pacientes com transtornos mentais já diagnosticados no bairro. O prazo para implementação seria de 2 meses e não haveriam custos pra tal ação, sendo os prazos conce-

bidos entre as datas 08/05/2017 até 08/07/2017. Fariam parte dos questionamentos: uso de medicações, abandono de tratamento, necessidade de internações e tempo de diagnóstico. Após a coleta de dados, as mesmas classificariam os pacientes conforme a gravidade, identificando aqueles que necessitam de consultas médicas e estimulando todos para a participação das atividades de grupo.

Após o estudo de campo e as palestras preparatórias para a equipe de saúde, a equipe estaria apta a montar oficinas de sensibilização que envolvessem debates e atividades de grupo, como caminhadas, ginástica, oficinas de leitura e terapias de grupo. Para manter a organização e um bom atendimento, o número de participantes das atividades deveriam ser limitados, contemplando no máximo 20 pacientes.

Levando em consideração que são 4 atividades escolhidas, na primeira semana do mês seriam realizadas ginástica aeróbica e funcional no Ginásio do Bairro. Na segunda semana do mês seriam promovidas caminhadas no espaço chamado Rota do Colesterol, local onde as pessoas realizam atividades físicas em Joaçaba.

Ambas atividades seriam guiadas por um fisioterapeuta ou professor de educação física e durariam cerca de 1 hora. O ESF Santa Tereza não conta com nenhum destes profissionais, sendo que isso ficaria a cargo da Secretaria de Saúde disponibilizar um destes, através de contratação ou empréstimo de serviço. O prazo para implementação seria de 6 meses, iniciados a partir do dia 12/07/2017 e esta etapa do projeto de intervenção demandaria mais recursos financeiros. Para a realização da ginástica seriam necessários colchonetes e pelo menos 2 kits funcionais de baixa intensidade, perfazendo um total de 700,00.

Durante a terceira semana do mês seriam efetuadas Oficinas de Leitura que ficariam a cargo das Agentes de Saúde, as mesmas teriam como função estimular a leitura, através de histórias contadas e debates envolvendo a temática. Para não demandar custos a mais, tais oficinas seriam organizadas na Biblioteca Pública Municipal, sendo necessário o transporte do ESF Santa Tereza até o devido local. Tendo em vista que seriam um número grande de pessoas a serem deslocadas, a Prefeitura do Município teria como tarefa ceder uma Van. Os custos girariam em torno de 20,00 mensais.

A quarta e última atividade é a terapia em grupo, a ser efetuada pela Psicóloga do ESF, em 1 encontro mensal no ginásio do Bairro, com duração de 2 horas. Esta atividade de suma importância, visaria auxiliar o doente através da escuta qualificada, fornecendo empatia e compreensão ao paciente e as famílias. Não haveria custos para a implementação dessa ação.

Além disso, a agenda passaria a ser programada pela equipe de enfermagem, voltada ao acolhimento dos pacientes e familiares. Com consultas específicas em saúde mental, reservando um período exclusivo para manejo e tratamento dos mesmos, tal ação poderia ser implementada prontamente após o levantamento dos dados, ou seja a partir do dia 12/07/2017, teria um prazo de ação de 4 semanas e seria revezado entre os 2 médicos do ESF. Além disso, os médicos disponibilizariam cada um, um atendimento domiciliar

semanal voltado ao paciente com transtornos mentais, marcado antecipadamente. O prazo para implementação seria de 2 meses.

Ficaria também a cargo dos médicos, manterem o atendimento habitual, com ajuste das medicações já utilizadas ou então reconhecer a necessidade de introduzir novas terapias medicamentosas, assim como seria seu papel: identificar os pacientes que necessitam de internação, os que estão em “surto”, os que são “potenciais suicidas” ou aqueles que necessitam acompanhamento psicológico e assim realizar os devidos encaminhamentos. A psicóloga permaneceria realizando a terapia individualizada conforme indicação médica e sua agenda. Tais atividades não demandariam recursos financeiros a mais e teriam como local de ação o espaço físico do ESF Santa Tereza.

O projeto de intervenção em sua totalidade teria um prazo de 9 meses para se concretizar, respeitando cada uma de suas etapas e contaria com um custo em torno de 740,00.





## 5 Resultados Esperados

Segundo dados do Ministério da Saúde, o índice de utilização dos serviços de saúde gira em torno de 13% e ainda é considerado baixo. Percebe-se que preconceitos ligados ao estigma, desconhecimento da doença e a falta de treinamento psiquiátrico das equipes contribuem para a baixa procura por atendimento (BRASIL, 2017). Baseado nisto, almeja-se mudar esta realidade na ESF Santa Tereza.

É uma tarefa árdua nos dias atuais, encabeçar, dar força e vida a um projeto de intervenção. Sabe-se que a inclusão das ações de saúde mental depende não só de formas de financiamento, como também da decisão política do gestor e da disponibilidade daqueles que compõe a equipe de Saúde.

Entende-se ainda que a melhor estratégia para alcançar o êxito está embargada no investimento e qualificação dos profissionais, recursos estes que demandam tempo e investimento.

Visando os princípios do SUS, a finalidade deste projeto é ofertar universalidade e integralidade aos pacientes que sofrem de transtorno mental no ESF Santa Tereza. Através de projetos simples, fáceis e viáveis, o intuito é aumentar o vínculo entre usuários e ESF.

Sendo assim, espera-se que através das propostas listadas neste projeto de intervenção, os pacientes tenham acesso a uma assistência integral, rumo á reabilitação psicossocial, controle da doença e a reconstrução de sua cidadania.

Por fim, e não menos importante, almeja-se diminuir o encaminhamento a serviços como o CAPS, consultórios psiquiátricos e diminuir o número de internações hospitalares.



## Referências

- APA, A. P. A. *DSM V: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: artmed, 2013. Citado na página 13.
- BARROSO, S. M.; SILVA, M. A. Reforma psiquiátrica brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. *Rev. SPAGESP*, p. 66–78, 2011. Citado na página 15.
- BRASIL, M. da S. *Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos*. Porto Alegre: Artmed, 2007. Citado na página 10.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Saúde Mental*. 2017. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental>>. Acesso em: 05 Fev. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 23.
- CBCD, C. C. da OMS para a Classificação de Doenças em P. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10*. 2016. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em: 12 Dez. 2016. Citado na página 10.
- CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. de A. Saúde mental na atenção básica:: prática da equipe de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*, v. 45, n. 6, p. 1501–1506, 2011. Citado na página 10.
- FOUCAULT, M. *A história da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978. Citado na página 14.
- GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. de. A reforma psiquiátrica no brasil:: contextualização e reflexos sobre o cuidadocom o donte mental na família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 9, n. 2, p. 48–55, 2001. Citado na página 9.
- LOPES, M. H. I. *Pesquisa em Hospitais Psiquiátricos*. 2017. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/psiqpes.htm>>. Acesso em: 05 Fev. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 15.
- LOPEZ, A. D.; MURRAY, C. C. The global burden of disease, 1990-2020. *Nat Med*, p. 1241–1243, 1998. Citado na página 16.
- LÜCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. *O movimento antimanicomial no Brasil*. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a16v12n2>>. Acesso em: 05 Fev. 2017. Citado na página 15.
- MARI, J.; JORGE, M.; KOHN, R. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In: MELLO, M.; MELLO, A.; KOHN, R. (Ed.). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 119–141. Citado na página 17.
- OPAS, O. P.-A. de S. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genève: OMS, 2001. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- PINTO, A. T. M.; PINTO, A. T. M. Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. *Psicologia em Estudo*, p. 27–34, 2010. Citado na página 16.

SHASIS, F. Resgatando a história da psiquiatria. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, p. 150–151, 2007. Citado na página 14.

SILVA, J. da; FERREIRA, E. C. A transição de modelos em saúde mental em números, a reforma psiquiátrica e as demandas de dispositivos substitutivos: um desafio para a enfermagem. *Revista Pesquisa: Cuidado Fundamental*, p. 449–451, 2010. Citado na página 16.

WAIDMAN, M. A. P. O cuidado às famílias de portadores de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. Florianópolis, n. 277, 2004. Curso de Enfermagem, UFSC. Citado na página 16.