

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

OLIVIA MAGALHÃES CARNEIRO

PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL EM UMA UNIDADE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE FORTALEZA DE FORTALEZA

FORTALEZA

2018

OLIVIA MAGALHÃES CARNEIRO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL EM UMA UNIDADE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE FORTALEZA**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Prof^o Me Alfredo Augusto Vasconcelos da Silva

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C289p Carneiro, Olivia Magalhães.
PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA À
SAÚDE DE FORTALEZA / Olivia Magalhães Carneiro. – 2018.
29 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do
Ceará, Faculdade de Medicina, Especialização NUTEDS - Saúde da família,
Fortaleza, 2018.

Orientação: Prof. Me. Alfredo Augusto Vasconcelos da Silva.

1. Planejamento em saúde. 2. Saúde mental. 3. Projetos de intervenção em saúde. I. Título.
CDD 362.1

OLIVIA MAGALHÃES CARNEIRO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL EM UMA UNIDADE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE FORTALEZA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: 30 / 07 / 2108

BANCA EXAMINADORA

Prof^o Me Alfredo Augusto Vasconcelos da Silva

Prof^o Katharine Gurgel Dias Florencio

Prof^o Suliana Mesquita Paula

RESUMO

A inclusão das ações de saúde mental como prática das equipes de saúde da família reforça não apenas os princípios do SUS, mas contribui para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. É relevante, a manutenção da pessoa com transtorno mental no seu cotidiano, evitando ao máximo as internações; preservando os vínculos com familiares e rede social. O objetivo deste trabalho é propor um plano de intervenção para organizar a atenção psicossocial no contexto do programa de saúde mental. As transformações no modelo de atenção em saúde mental priorizam ações voltadas para inclusão social e autonomia dos pacientes. É certo que os profissionais de saúde ainda convivem com as dificuldades da superação do modelo biomédico e hospitalocêntrico. Portanto, ainda são necessárias mudanças na legislação e novas propostas de atenção à saúde mental. A importância de realizar um trabalho interdisciplinar para a qualificação do atendimento ao usuário em sofrimento psíquico e a necessidade do acompanhamento de casos leves pela própria equipe, juntamente com a ausência, até então na equipe de atendimento voltado para saúde mental deram embasamento para formular a pergunta em que estávamos precisando intervir, na tentativa de solucionar um dos maiores nó crítico da área do Couto Fernandes. O método utilizado foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES), através da definição dos principais problemas da comunidade relacionados à saúde mental; da priorização dos problemas, tendo sido analisado o universo dos pacientes da saúde mental da UAPS Oliveira Pombo de Fortaleza. Para o embasamento teórico foram consultadas as seguintes bases de dados: SCIELO, portal de periódicos da CAPES, sites do Ministério da Saúde. Ao fim do projeto, objetiva-se conhecer melhor as necessidades da população portadora de transtorno mentais, prestando-lhe uma assistência de melhor qualidade.

Palavras-chave: Planejamento em saúde. Saúde mental. Projetos de intervenção em saúde.

ABSTRACT

The inclusion of mental health actions as a practice of family health teams reinforces not only the SUS principles, but also contributes to the consolidation of the Brazilian Psychiatric Reform. It is relevant, the maintenance of the person with mental disorder in their daily life, avoiding to the maximum the hospitalizations; preserving the links with family and social network. The objective of this work is to propose an intervention plan to organize the psychosocial care in the context of the mental health program. The transformations in the mental health care model prioritize actions aimed at social inclusion and patient autonomy. It is true that health professionals still coexist with the difficulties of overcoming the biomedical and hospital-centered model. Therefore, changes in legislation and new proposals for mental health care are still necessary. The importance of performing an interdisciplinary work for the qualification of the patient's care in psychological distress and the need for the follow-up of light cases by the team itself, together with the absence, until then in the mental health care team, gave ground to ask the question in which we needed to intervene, in an attempt to solve one of the major critical node of the area of Couto Fernandes. The method used was Situational Strategic Planning (PES), by defining the main community problems related to mental health; of the prioritization of the problems, having analyzed the universe of patients of the mental health of the UAPS Oliveira Pombo of Fortaleza. For the theoretical background, the following databases were consulted: SCIELO, CAPES journal portal, sites of the Ministry of Health. At the end of the project, the objective was to better understand the needs of the population with mental disorders, of better quality .

Keywords ou Palavras clave: Health planning. Mental health. Health intervention projects.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	PROBLEMA.....	9
3	JUSTIFICATIVA.....	10
4	OBJETIVOS.....	11
4.1	OBJETIVO GERAL.....	11
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	11
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	12
6	METODOLOGIA.....	15
7	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	16
8	CRONOGRAMA.....	24
9	RECURSOS NECESSÁRIOS.....	26
10	CONCLUSÃO	27
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

Na atualidade, a Estratégia em Saúde da Família (ESF) e a atenção psicossocial, no cuidado à saúde mental, caminham integradas na promoção da saúde. Uma vez que há um direcionamento da atenção em saúde mental para o espaço do território para o indivíduo em sofrimento psíquico, o encontro dessas duas áreas pode facilitar o apoio na manutenção de seu cuidado em sua comunidade, por meio da utilização e conhecimentos de seus vínculos com as equipe de saúde, família, vizinhos, amigos entre outros recursos.

O fato de responsabilizar-se por um território, e ter uma equipe multidisciplinar facilita a criação de vínculo entre a comunidade e os profissionais; e tende a reduzir os encaminhamentos para outros serviços. Desta maneira consegue-se oferecer um cuidado integral e qualificado ao usuário e sua família.

Assim, pode-se identificar que a atenção em saúde mental junto à ESF é importante para a realização de um cuidado integral e para a proposta de reabilitação psicossocial. E, isso tem levado a questionar a relevância de uma intervenção efetiva no âmbito da saúde mental.

Como é sabido, a Unidade Básica de Saúde desempenha papel importante no diagnóstico precoce, no início rápido do tratamento com intervenções rápidas e efetivas na crise psiquiátricas, na manutenção do tratamento farmacológico e nos programas de reabilitação psicossocial para os quadros psicóticos crônicos estáveis.

Pautada nessa premissa, a ideia é que partindo do projeto de intervenção, possamos desenvolver algumas estratégias de apoio aos usuários portadores de doenças mentais. A estratégia mais recomendada é iniciar com cuidados de baixa intensidade, como grupos psico-educacionais e de apoio que explorem questões como autoestima ou resiliência; evoluindo para o uso de terapia medicamentosa com supervisão especializada e psicoterapia em grupo ou individual, caso necessário. Para isso será aplicado um questionário que servirá como guia para identificar a complexidade de cada paciente, visto que no plano intervencionista em questão, também pretende-se triar aqueles pacientes de médio e alto risco que irão necessitar de cuidado compartilhado com os pontos de atenção secundária, como os CAPS, embora, esse usuário continuará vinculado a UAPS de referência em seu território.

Por meio deste projeto, pretende-se contribuir para a melhoria das ações em saúde mental desenvolvida pela nossa equipe de ESF. Acredita-se também que essa intervenção possa subsidiar a inovação, a qualificação e o aperfeiçoamentos da atenção ao usuário em sofrimento psíquico.

2 PROBLEMA

A importância de realizar um trabalho interdisciplinar para a qualificação do atendimento ao usuário em sofrimento psíquico, por meio de consultas, discussão de casos em reunião de equipe, entre outros e a necessidade do acompanhamento de casos leves (depressão leve, problemas sociais e ansiedades) pela própria equipe, deram embasamento para formular a pergunta em que estávamos precisando intervir.

Ao assumir como médica da estratégia em saúde da família dessa equipe, não havia na agenda o programa em saúde mental, havendo uma necessidade de prestar um serviço de qualidade aos usuários portadores de doenças mentais, uma vez que o número de pacientes que me procuravam, ou para renovar receitas, anteriormente prescrita pelo psiquiatra, ou mesmo com queixas relacionadas à ansiedade, medo, depressão sem nenhum seguimento era bem significativo. Corroborou ainda para o aumento dessa demanda, o fato de no presente momento os CAPS estarem sofrendo com escassez de profissionais especializados, encaminhando a maioria dos seus pacientes para as unidades básicas de saúde.

Em tempo, a equipe 421 que cobre maior parte do bairro Couto Fernandes, é responsável por 616 famílias, desses temos 354 pacientes, cadastrados pelas agentes comunitárias de saúde (ACS), portadores de doenças mentais

Entende-se ainda que as ações em saúde mental realizadas no cotidiano dos serviços devem levar em consideração a saúde como um processo social, no qual a subjetividade do sujeito em sofrimento psíquico é determinante para o cuidado em saúde mental e, que decorre de aspectos físicos, sociais e econômicos, culturais, ambientais entre outros.

3 JUSTIFICATIVA

Há uma grande dificuldade no cuidado dos pacientes portadores de transtorno mental, e é comum um desarranjo familiar que reflete na ausência de um cuidador responsável pelo acompanhamento destes pacientes.

Durante o acompanhamento dos pacientes portadores de transtorno mental é comum história de tentativas de suicídio e a polifarmácia, associada à sedação e mau acompanhamento clínico e psiquiátrico. São frequentes a falta de medicação, o uso abusivo ou indevido dos medicamentos, principalmente os benzodiazepínicos.

Pela complexidade que envolve o manejo dos pacientes da saúde mental neste contexto político-social apresentado, pela necessidade de abordagem multiprofissional, E pela falta de um serviço de qualidade voltado para a população portadora de qualquer transtorno mental que reside no bairro do Couto Fernandes, este projeto surgiu com uma forma de apresentar uma proposta de intervenção no cuidado destes pacientes.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Organizar a atenção em saúde mental, facilitando o manejo clínico dos pacientes portadores de transtorno mental acompanhado na UAPS Oliveira Pombo, no município de Fortaleza – Ceará.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Mapear e cadastrar os usuários do território que tem transtorno mental, fazendo uso ou não de medicações de controle especial.

Elaborar, junto aos profissionais, uma proposta de organização da atenção psicossocial na UAPS para que juntos possamos desenvolver ações, palestras educativas para que as famílias e comunidade compreendam um pouco mais essas questões relacionada à saúde mental, para que haja um envolvimento de todos os relacionados no cuidado desses pacientes.

Organizar serviços abertos, como roda de terapia, com a participação ativa dos usuários do SUS, para facilitar o manejo dos pacientes com transtornos mentais.

Avaliar as modificações implantadas.

5 REVISÃO DE LITERATURA

O enfoque da loucura como doença é recente. Foi a partir do século XVIII que o homem começou a se perceber, a entender e vivenciar a condição humana. Mas a loucura sempre existiu, e tratá-la como ser "o diferente", aquele que não segue os padrões da sociedade, trouxe exclusão, reclusão e asilamento.

Estimativas internacionais e do Ministério da Saúde (MS) referem que 3% da população (5 milhões de pessoas) necessita de cuidados contínuos por transtornos mentais severos e persistentes; e mais 9% (totalizando 12% da população geral do país – 20 milhões de pessoas) precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves) (SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2007). Estas estimativas ressaltam a importância da saúde mental como uma questão de saúde pública de grande impacto no âmbito coletivo.

A Reforma Psiquiátrica, por sua vez, vem trazendo a proposta da desinstitucionalização, ou seja, Delgado (2001, p. 184-185) trata da temática da loucura como "progressiva devolução à comunidade" da responsabilidade em relação aos seus doentes e aos seus conflitos"; ou seja, para BIRMAN (1992, p 71 – 90) é “buscar outro lugar social para a loucura na nossa cultura”. Exige que, de fato, haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade. Contudo, a realidade de exclusão ainda existe, talvez de forma mais consciente. Portanto, é preciso aceitar as diferenças para que a comunidade possa conviver com elas e tenha como resultado a inclusão, aspirada pela Reforma Psiquiátrica (GONÇALVES et al., 2001).

Com a Reforma Psiquiátrica brasileira houve um fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos, com redução de mais da metade de leitos; bem como a implantação de uma rede substitutiva de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) (BRASIL, 2006).

Todo esse contexto, levou a inclusão das ações de saúde mental como prática das equipes de saúde da família reforça não apenas os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalidade, equidade e integralidade, mas contribui para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Neste âmbito, é relevante a manutenção do paciente com transtorno mental no seu território, no seu cotidiano, evitando ao máximo as internações; e mesmo quando necessárias, que sejam curtas e emergenciais, preservando os vínculos com familiares e rede social (CORREIA et al., 2011).

A busca de novos modelos de assistência à saúde decorre deste momento histórico-social, onde o modelo hospitalocêntrico não atende às mudanças do mundo moderno e às necessidades de saúde das pessoas. Em discussões ocorridas em Brasília, em 1993, cujo tema central era “Saúde da Família”, surgiu a proposta da criação do Programa de Saúde da Família (PSF), que possibilitaria a organização de atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados (BRASIL, 1997; ROSA et al., 2005).

Para o Ministério da Saúde, o ESF é uma estratégia que visa atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tem como objetivo reorganizar a prática assistencial, antes centrada no hospital, passando a ter o foco na família em seu ambiente físico e social. O ESF pode ser traduzido como um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições devida, ou seja, em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizado (BRASIL, 1997; ROSA et al., 2005).

Portanto, o Programa de Estratégia em Saúde da Família estruturado dentro de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) possibilita a qualificação da assistência à saúde mental, corrobora com a reforma psiquiátrica, com atividades e intervenções fora do ambiente hospitalar, refletindo na dinâmica das famílias que precisam aprender a lidar com a situação do transtorno mental. Surgem desafios a serem superados a partir do trabalho de uma equipe multiprofissional, que busca vínculo com o indivíduo e com a comunidade (MUNARI et al., 2008; BRASIL, 2013).

Contudo, embora ocorram mudanças no manejo dos pacientes portadores de transtornos mentais, esse processo ainda é lento, não há uma rede de serviços capaz de suprir toda a demanda, além de carência da constante reflexão das práticas destes e seus referenciais teóricos adotados, a fim de impedir a tendência de se institucionalizarem dentro de uma lógica manicomial (KANTORSKI, 2001). Outro entrave para que essas mudanças ocorram de forma efetiva é a resistência dos próprios profissionais da área da saúde em abordar esse tema, seja por falta de segurança em termos de conhecimento, visto que a maioria das formações acadêmicas são escassas em relação ao assunto, seja por questões muitas vezes pessoais de incompatibilidade com o assunto.

As transformações no modelo de atenção em saúde mental acabam por priorizar ações voltadas para inclusão social e autonomia das pessoas portadoras de transtornos mentais. É

certo que os profissionais de saúde convivem diariamente com as dificuldades da superação do modelo biomédico e hospitalocêntrico, e a aplicabilidade da medicina centrada na pessoa.

Também é conhecido que a variedade de ações programadas na UBSF direcionadas para a saúde mental é mais ampla quando há na unidade de saúde uma equipe que compreenda a importância da construção de vínculo com os pacientes, e da sua inclusão na comunidade. Portanto, ainda são necessárias mudanças na legislação e novas propostas de atenção à saúde mental (CORREI et al., 2011).

6 METODOLOGIA

O método utilizado foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES), através da definição dos principais problemas da comunidade relacionados à saúde mental; da priorização dos problemas; da seleção de nós críticos; do desenho das operações; e da elaboração do Plano de Intervenção. Trata-se de uma pesquisa – ação, aplicada e qualitativa, já que visa à apresentação de alternativas que ajudem a melhorar ou transformar uma situação problema, interferindo diretamente na situação que se deseja alterar.

Após a realização da lista de problemas em saúde mental e suas prioridades, foi questionado com a equipe de saúde e com a comunidade o principal problema nesse âmbito a ser enfrentado através da realização de um Projeto de Intervenção.

Portanto, foi analisado o universo dos pacientes da saúde mental da UAPS Oliveira Pombo de Fortaleza, pertencentes a equipe 421, por meio de busca ativa desses pacientes, reuniões em grupo e consulta médicas.

Para o embasamento teórico, foram consultadas as seguintes bases de dados: SCIELO, portal de periódicos da CAPES, sites do Ministério da Saúde, sendo critério de inclusão os periódicos dos últimos 20 anos e uma literatura de 1992, por se tratar de uma obra atemporal e necessária para o estudo; e os descritores utilizados foram: planejamento em saúde; saúde mental; projetos de intervenção em saúde.

7 ANÁLISE E DISCUSSÕES DOS RESULTADOS

Estimativa baseado nas informações selecionadas a partir da prática clínica vivenciada pela equipe da UAPS, bem como reuniões de grupo, observou-se que um dos problemas mais relevantes na comunidade do Couto Fernandes era a dificuldade em planejar estratégias de ação na saúde mental; Apesar da lista de problemas a serem enfrentados nesta comunidade, a priorização dos problemas foi possível através da observação das principais necessidades ressaltadas tanto por profissionais que trabalhavam há muitos anos na UAPS, quanto por pessoas da comunidade.

Assim, havia a concordância da grande dificuldade de manejo no cuidado dos pacientes portadores de transtorno mental. Dentre os motivos, pode-se destacar a falta de estrutura familiar que resulta na dificuldade de nomear um cuidador responsável pelo acompanhamento deste paciente. É difícil o acompanhamento destas famílias, e são comuns as tentativas de suicídio e a polifarmácia, associada à sedação e dificuldade no acompanhamento clínico e psiquiátrico, com envolvimento de uso de drogas, em vários casos. É comum acontecer atrasos nas injeções de Haldol, falta de medicação e uso inadequado dos medicamentos.

Com isso, o problema alvo selecionado foi a desorganização das ações relacionadas à saúde mental, em toda sua complexidade. É relevante e é possível capacitar profissionais para o enfrentamento do problema, com elaboração de estratégias por uma equipe multiprofissional.

Descrição do problema selecionado

“Cuidar, sim. Excluir não.” Este foi o tema do dia mundial da saúde em 2001, que demonstrou em poucas palavras que nada justifica a exclusão na comunidade dos pacientes portadores de transtornos mentais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) projeta o XVI relatório mundial da saúde em 2002, que traz como principal objetivo “nova concepção, nova esperança” na saúde mental; a demonstrar que a articulação entre a UBSF e a saúde mental torna-se cada vez mais necessária (BRASIL, 2002).

Considerando o vínculo com famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico. Estudos demonstram que 56% das equipes de saúde da família realizam atividades relacionadas ao manejo da saúde mental, o que demonstra

que a rotina de trabalho dos profissionais nestas unidades envolve o atendimento do paciente portador do transtorno mental, e sua inserção em outras atividades, como residências terapêuticas, centros de convivência e clubes de lazer (BRASIL, 2007).

Além disso, quando se trata de transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, a necessidade de atendimento regular atinge cerca de 6 a 8% da população, embora existam estimativas ainda mais elevadas (SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2007). Ainda é considerado vigente o sistema de assistência hospitalar, e quando o indivíduo aciona este tipo de atendimento, já existe um longo processo de adoecimento, com tempo médio na detecção destes problemas muito grande, o que relaciona a falta de acesso dos usuários a práticas preventivas, ou à ausência de efetividade das mesmas (SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2007).

Portanto, é necessário levar em consideração a dependência por substâncias psicoativas não apenas nos casos de transtornos mais graves, já que são incontáveis os atendimentos na atenção básica relacionados a abuso de álcool e drogas, queixas psicossomáticas, dependência de benzodiazepínicos e transtornos de ansiedade menos graves (SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2007).

Contudo, os profissionais da UBSF Oliveira Pombo enfrentam dificuldades no manejo dos pacientes portadores do transtorno mental por vários motivos, dentre eles os relacionados à organização do processo de trabalho da UBSF:

A quantificação do número de pacientes da saúde mental não foi possível, já que mesmo após inúmeras tentativas de fechamento dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), houve uma discrepância do número de atendimentos realizados com o que aparecia quantificado.

Houve também impossibilidade na classificação de risco das famílias, que apresentavam cadastro desatualizado, endereço incompleto ou errado.

Assim, a fim de resolver este impasse, foi organizada pela equipe uma lista dos pacientes em acompanhamento psicológico, que faziam uso de medicamentos psicotrópicos ou que faziam uso abusivo de álcool e outras drogas. Após este levantamento, foi encontrado um número de aproximadamente 150 pacientes da saúde mental. A partir desta lista seriam adicionados os pacientes que eram conhecidos nos atendimentos realizados pela médica e pela psicóloga, seja pelo uso de psicotrópicos, seja pelo próprio relato do paciente ou pedido de visita de um familiar.

Há, porém, uma grande parcela da população que faz uso destes medicamentos, mas com objetivos de indução do sono e redução da ansiedade. Estes pacientes não estão incluídos neste número, apesar de entender a importância do enfrentamento do uso abusivo de psicotrópicos, foram priorizados neste estudo a abordagem dos casos graves, que necessitam de acompanhamento mais intensivo e regular. Há ainda pacientes que acompanham em outros serviços, e muitos que nunca acompanharam, e que dificulta à equipe o conhecimento pleno deste problema.

Portanto, é inquestionável a relevância do problema a ser enfrentado, e a necessidade de planejamento de medidas não apenas paliativas, mas preventivas na área da saúde mental.

Explicação do problema

As dificuldades enfrentadas pela equipe na abordagem dos problemas relacionados à saúde mental acontecem porque a unidade de saúde não segue o modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas, com busca no estabelecimento de vínculos e acolhimento. É claro que não ter agentes comunitários suficientes, não ter o cadastramento da população adequado, associada a sobrecarga de serviços na comunidade acarreta alguns problemas que dificultam ações fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2007).

Ainda falta no processo de trabalho uma noção mais acertada do território, já que é comum a imigração de indivíduos do Nordeste, assim como sua emigração de retorno, os endereços estão em constante mudança, e o fluxo de pacientes é prejudicado.

A organização da atenção à saúde mental em rede acontece, mas ainda não é efetiva neste caso; assim como a reabilitação psicossocial e o atendimento multiprofissional.

Outro problema envolvido é a desinstitucionalização, já que as internações são frequentes, e o cuidado não tem sido efetivo na atenção básica, sem a construção de vínculos. Há dificuldades na promoção da cidadania dos usuários e na ampliação do conhecimento a respeito de seus direitos e deveres.

E, fundamentalmente, como principal causa dos problemas relacionados ao acompanhamento do paciente da saúde mental está à dificuldade de conscientização da autonomia possível de usuários e familiares, do compartilhamento de responsabilidades neste cuidado, bem como encontrar um cuidador que se interesse pela melhora do indivíduo a ser cuidado.

Seleção dos “nós críticos”

O problema eleito foi à dificuldade em planejar estratégias de ação na saúde mental e baixa resolutividade no acompanhamento destes pacientes.

Assim, foram identificadas, mediante discussão anterior, as seguintes causas, denominadas “nós críticos”, passíveis de abordagem dentro do espaço de governabilidade da unidade de saúde:

Pouca resolutividade nos CAPS no município de Fortaleza, devido, principalmente, à falta de médicos especialistas. Os pacientes portadores de transtornos mentais que necessitam de acompanhamento no CAPS reclamam com frequência do atendimento prestado, e relacionam à demanda excessiva quando comparado ao número de profissionais responsáveis pelas atividades oferecidas no serviço.

Falta de apoio das famílias em relação ao cuidado do paciente portador do transtorno mental, que muitas vezes fica isolado dos outros membros da família e da comunidade. A falta de responsabilidade de um cuidador em auxiliar na administração das medicações, com frequentes atrasos e irregularidades ou até mesmo a inexistência deste cuidador por abandono ou desistência dos familiares.

O preconceito que existe na inserção do sujeito portador do transtorno mental na comunidade ou até mesmo em empregos e a falta de atividades de lazer e entretenimento na comunidade, os pacientes ficam ociosos e encontram, assim, maiores dificuldades no tratamento e abandono dos vícios, por exemplo, ou na mudança dos pensamentos.

A falta de organização na unidade de saúde para abordagem do problema, por número reduzido de visitas, e por dificuldade de retorno no que fica combinado nas reuniões de equipe multiprofissional, neste caso principalmente entre médica, enfermeira e agentes comunitárias que compõem a equipe 4 da unidade.

Falta de assistente social para delimitar o cuidador nos casos, a partir de um trabalho com a família, e mesmo para listar os pacientes em uso de psicotrópicos, bem como as datas a realizar medicação, já que é comum o atraso, e difícil este manejo pelos demais profissionais por sobrecarga de atividades. Em longo prazo, pretende-se encontrar um cuidador dentro do ambiente familiar e capacitá-lo para realização de tais atividades, como administração correta das medicações, e acompanhamento nas consultas médicas.

A não realização de consultas médicas de acompanhamento clínico e psiquiátrico, e as frequentes faltas nas consultas agendadas a partir de busca ativa, e a dificuldade de marcação com profissional específico. As consultas psiquiátricas são esparsas e, em tempo, nossa unidade não conta com a atividade de matriciamento.

Desenho das operações

A tabela 1 mostra o desenho das operações a serem realizadas na abordagem dos nós críticos já descritos. Foram nomeadas as operações sugeridas, e descritos resultados esperados, produtos esperados, e recursos necessários para aplicação deste projeto de intervenção.

Tabela 1

Nó crítico	Operação / projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Pouca resolutividade no CAPS	CAPS Na UAPS	Adesão ao tratamento e acompanhamento dos pacientes que não conseguem acesso ao CAPS	Construção de vínculo com o paciente, discutir vantagens e desvantagens do acompanhamento no CAPS + mudança de referência para UAPS	Organizacional: realizar visitas domiciliares e organizar a agenda da equipe para disponibilizar mais vagas ao programa saúde mental Político: conversar sobre as possibilidades e a necessidade de retorno de acompanhamento dos pacientes para o CAPS
Falta de cuidador e de envolvimento familiar	MAIS FAMÍLIA	Administração correta das medicações + apoio familiar ao paciente.	Construção de vínculo com o paciente e sua família + capacitação dos familiares no cuidado, com apoio às suas necessidades como manejo correto da	Organizacional: Realizar grupos familiares para troca de experiências; realizar visitas domiciliares para adequar um cuidador e para acompanhamento do paciente.

			administração de medicamentos.	Cognitivo: discutir estratégias nas reuniões de como abordar estas famílias e envolvê-las no cuidado do paciente + promover discussões com temas pertinentes como a reforma psiquiátrica Financeiro: solicitar a contratação de uma assistente social.
Preconceito e dificuldade de conseguir emprego	MULTIPLICIDADE	Ocupação otimizada do tempo livre, com respeito às diferenças e às limitações. Conscientização da comunidade que ser diferente não é ruim, é ser simplesmente diferente, de tal maneira a somar com o outro as particularidades	Oficinas de capacitação profissional, através de artesanato, por exemplo + realização de eventos com a comunidade para oferecer estes produtos à venda + interação com a comunidade.	Organizacional: Realizar oficinas de capacitação profissional com estes pacientes + organizar eventos de venda de mercadorias confeccionadas pelos pacientes, envolvendo toda a comunidade. Cognitivo: Capacitar os pacientes a confeccionar e oferecer sua mercadoria. Político: mobilização social, articulação intersetorial. Financeiro: financiamento dos eventos.
Organização da unidade de saúde	É HOJE!	Maior número de visitas domiciliares + marcação dos retornos pela própria equipe para manutenção	Construção de vínculos com o paciente, realização de visitas domiciliares e realização do	Organizacional e Político: otimizar a disponibilidade do carro para realizar as visitas + recadastramento da população.

		do vínculo	combinado em reunião de equipe.	Cognitivo: capacitar os agentes comunitários ao trabalho + conhecimento dos princípios do SUS e da ESF. Financeiro: disponibilizar maior quantidade de recurso para que a presença do carro seja possível.
Falta de recursos humanos	MAIS APOIO	Contratação de assistente social ou capacitação de outros profissionais para realização das atividades necessárias.	Famílias capacitadas para realização do acompanhamento do seu familiar; construção de escalas da medicação – calendário.	Organizacional: realizar um projeto que mostre a necessidade de contratação de assistente social + capacitar outros profissionais se não der certo o plano primário. Cognitivo: capacitar os agentes comunitários no acompanhamento básico destes pacientes, em toda sua complexidade. Financeiro: recursos humanos.
Falta de regularidade nas consultas e de acompanhamento médico.	CONHECEMOS VOCÊ!	Tratamento realizado com sucesso + acompanhamento dos casos	Regularidade nas consultas e tratamento efetivo + qualidade de vida	Organizacional: Listar os pacientes e classificá-los conforme riscos. Deixar consultas previamente agendadas + acompanhamento dos casos. Vide *Indicadores Propostos abaixo. Realização de grupos que orientem sobre prevenção ao uso inadequado de

				benzodiazepínicos. Cognitivo: discutir em reuniões de equipe a importância destas ações que aproximam este paciente da unidade de saúde.
--	--	--	--	--

***Indicadores Propostos**

Listar os pacientes durante a consulta médica e psicológica, conforme os seguintes itens:

1- Atenção a pessoas com problema de uso prejudicial de álcool Percentual de pessoas acompanhadas pela rede básica com problemas de uso prejudicial de álcool, por faixa etária e sexo.

2- Atenção a pessoas com problema de uso prejudicial de outras drogas e drogas ilícitas Percentual de pessoas com problemas de uso prejudicial de outras drogas, acompanhadas na rede básica, por faixa etária e sexo.

3- Atenção a pessoas com transtorno mental grave (severo) e persistente. Número de pessoas identificadas com transtornos psiquiátricos graves (severos) por faixa etária e sexo.

4- Atenção a pessoas com transtornos mentais egressas de internação psiquiátrica. Percentual de pessoas com transtorno mental egressas de internação psiquiátrica acompanhadas pela rede básica, por faixa etária e sexo.

5. Atenção a usuários com transtornos convulsivos (epilepsia). Prevalência de transtorno convulsivos (epilepsia) por sexo e faixa etária.

6- Prevenção ao uso inadequado de benzodiazepínicos. Número de pessoas que utilizam benzodiazepínicos atendidas pela rede básica, por faixa etária e sexo

7. Prevenção e atenção dos casos de tentativas de suicídio Percentual de pessoas com tentativa de suicídio acompanhadas pela rede básica, por faixa etária e sexo

8 CRONOGRAMA

Para praticidade deste “Plano Operativo” foram alocados profissionais responsáveis por cada operação, e seus respectivos prazos, conforme a tabela 2 abaixo:

Tabela 2

Operação/ projeto	Responsável	Prazo
CAPS na UAPS	Equipe 4 de saúde	10 meses
MAIS FAMÍLIA	Grupos familiares e visitas domiciliares: enfermeira + técnica de enfermagem + médica + agentes de saúde	4 meses
MULTIPLICIDADE	Multiprofissional: articular com as associações a realização dos eventos Agentes comunitárias: divulgação dos eventos na comunidade Coordenação: Articular com a regional afim de conseguir apoio da prefeitura	6 meses
É HOJE!	Enfermeira e médica: organizar o fluxo de agendamento de consulta e das visitas domiciliares Coordenação: negociar com a regional maior disponibilidade do carro.	4 meses
MAIS APOIO	Coordenação: negociar contratações + contatos com a prefeitura	6 meses
CONHECEMOS VOCÊ	Médica: listar os pacientes e classificá-los conforme riscos. Deixar consultas previamente agendadas. Agentes comunitárias: acompanhamento dos casos	10 meses

9 RECURSOS NECESSÁRIOS

A identificação dos recursos críticos é fundamental na aplicabilidade deste projeto de intervenção. Estes recursos estão descritos na tabela 3 abaixo:

Tabela 4

Operação/ projeto	Recursos críticos
CAPS na UAPS	Equipe capacitada
MAIS FAMÍLIA	Cognitivo: discutir estratégias nas reuniões da equipe de como abordar estas famílias e envolvê-las no cuidado do paciente + promover discussões no auditório da unidade com a presença das famílias com temas pertinentes como a reforma psiquiátrica
MULTIPLICIDADE	Político: mobilização social, articulação intersetorial. Financeiro: financiamento dos eventos (carro, material necessário para confecção do artesanato, instrutores que ministrem oficinas de artesanato)
É HOJE!	Organizacional: otimizar a disponibilidade do carro para realização das visitas + recadastramento da população. Financeiro: financiamento da contratação, que está em andamento.
MAIS APOIO	Organizacional: projeto para a contratação de assistente social + capacitar outros profissionais no cuidado do paciente portador de doença mental.
CONHECEMOS VOCÊ	Organizacional: Listar os pacientes e classificá-los conforme riscos. Deixar consultas previamente agendadas + acompanhamento dos casos.

10 CONCLUSÃO

As transformações no modelo de atenção em saúde mental priorizam ações voltadas para inclusão social e autonomia dos pacientes da saúde mental. Contudo, uma breve análise da história da loucura mostra mudanças em paradigmas importantes para a consolidação da psiquiatria, e que o sofrimento psíquico não foi pensado de maneira uniforme nem no mesmo espaço temporal.

É certo que os profissionais de saúde ainda convivem com as dificuldades da superação do modelo biomédico e hospitalocêntrico, e a aplicabilidade da medicina centrada na pessoa.

Assim, embora ocorram mudanças no manejo dos pacientes portadores de transtornos mentais, esse processo ainda é lento, não há uma rede de serviços capaz de suprir toda a demanda. Portanto, ainda são necessárias mudanças na legislação e novas propostas de atenção à saúde mental.

Acredita-se que o desafio atual na saúde mental seja garantir não somente os direitos dos usuário da instituição, mas também ter um olhar voltado também para “fora” da instituição, ou seja, para aqueles que estão em seus lares, ou até mesmo vagando pelas ruas e não conseguem o direito de serem devidamente assistidos, devido a uma fragilidade do

sistema de saúde nesse campo, e as famílias que adoecem socialmente e psiquicamente junto com eles.

REFERÊNCIAS

BIRMAN, J.. A cidadania tresloucada - notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: (B. Bezerra & P. Amarante, orgs.), **Psiquiatria sem Hospício - contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**, Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992 .

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório mundial da saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. XVI Relatório Mundial da Saúde. Lisboa, p.1-206, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília, n. 01/03, p. 1-7, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica – Saúde Mental, Brasília, n. 34, p. 1-173, 2013.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. **NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.** 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, p. 1-110; 2010.

CORREIA, V.R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 45; n. 6; p. 1501-1506; 2011.

DELGADO, P.G.G. **Perspectivas da psiquiatria pós asilar no Brasil. Em: S.A Tundis e N.R. Costa (Orgs.). Cidadania e loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil.** 7ª ed. Petrópolis: Editora Vozes 2001.

FOUCAULT, M. **A História da Loucura.** São Paulo: Ed. Perspectiva, 2003.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 9; n. 2; p. 48-55; 2001.

KANTORSKI, L. P. A reforma psiquiátrica - um estudo parcial acerca da produção científica da temática. **Revista Eletrônica de Enfermagem (online)**, Goiânia, v.3; n.2; 2001. Disponível: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>.

MUNARI, D. B.; MELO, T. S.; PAGOTTO, V.; ROCHA, B. S.; SOARES, C. B.; MEDEIROS, M. Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem (online)**, v. 10; n. 3; p. 784-795, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a24.htm>

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 13; n.6; p.1027-1034, 2005.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13; n.4; p. 591-595; 2005.