

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LUZIA DE MENEZES MELGAÇO

**INSERÇÃO DAS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS
MENTAIS NA ATENÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

LAGOA SANTA – MINAS GERAIS
2013

LUZIA DE MENEZES MELGAÇO

**INSERÇÃO DAS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS
MENTAIS NA ATENÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Maria Dolores Soares
Madureira

LAGOA SANTA – MINAS GERAIS

2013

LUZIA DE MENEZES MELGAÇO

**INSERÇÃO DAS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS
MENTAIS NA ATENÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Maria Dolores Soares
Madureira

Banca Examinadora

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira - orientadora

Profa. Dra. Marília Rezende da Silveira

Aprovado em Belo Horizonte: ___/___/2013

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos que sempre me fizeram acreditar que a realização do meu sonho seria possível. Dedico aos meus pais razão do meu viver.

À Deus que é a força maior que me impulsiona para o sucesso.

As minhas queridas filhas, que sempre me apoiaram nas horas mais difíceis.

Aos meus adoráveis amigos.

Agradecimentos

Agradeço a Deus, minha mãe pela vida, minhas filhas pelo incentivo, confiança e amor. Agradeço a orientadora Professora: Maria Dolores Soares Madureira, pelo carinho, paciência e pela brilhante dedicação que foi primordial para mais esse passo em minha carreira.

Epígrafe

Visão Louca - Crônicas da Vida

Loucura é qualidade. Só os loucos possuem uma visão perfeita do mundo.

Eles enxergam o que os anormais seres humanos não conseguem vê.

Eles aplaudem o que para os estranhos não há graça.

Eles são loucos e os estranhos são apenas humanos.

Keidy Lee Jones

RESUMO

Ser portador de um transtorno mental ainda nos dias de hoje significa sofrer com a exclusão social. As alterações dos processos afetivos, cognitivos, do desenvolvimento intelectual e social causam danos ao paciente e seus familiares. O objetivo deste trabalho foi elaborar uma proposta de intervenção visando a inserção das pessoas portadoras de transtornos mentais na atenção da Equipe de Saúde da Família do Centro de Jardim Europa no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Utilizou-se uma pesquisa bibliográfica narrativa cujos resultados apontam que a pessoa com transtornos mentais ainda é excluída do seu convívio com a sociedade e sofre, juntamente com seus familiares, com esta exclusão social. Evidenciou-se a importância da inclusão destas pessoas na atenção das equipes de saúde da família. Posteriormente elaborou-se a proposta de intervenção. Acompanhar essas pessoas e auxiliar seus familiares é função relevante das equipes de saúde da família que bem planejadas são essenciais para reinseri-los na sociedade. Espera-se, portanto que a implantação deste plano de ação reforce a importância da incorporação de novas práticas em saúde mental valorizando a qualidade de saúde da comunidade, promovendo ações de inserção social.

Palavras chaves: Saúde mental. Saúde da família. Transtornos mentais.

ABSTRACT

Carry a mental disorder means these days still suffer from social exclusion. Changes of affective, cognitive processes, intellectual and social development cause harm to the patient and their families. The aim of this work was to elaborate a proposal for intervention aimed at the integration of people with mental disorders in attention of the family health Team of the Europe Garden Center in the city of Belo Horizonte, Minas Gerais. We used a literature search narrative whose results indicate that the person with mental disorders is still excluded from his conviviality with society and suffer along with their families, with this social exclusion. Highlighted the importance of the inclusion of these people in the attention of family health teams. Subsequently elaborated the proposal of intervention. Follow these people and assist their families is relevant function of family health teams that well-planned are essential to reinsert them into society. It is expected therefore that the implementation of this plan of action to strengthen the importance of the incorporation of new practices in mental health valuing the quality of community health, promoting social inclusion actions.

Key words: Mental health. Family health. Mental disorders.

LISTAS DE ABREVIATURAS

APS - Atenção Primária a Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CS – Centro de Saúde

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª revisão

ESF – Estratégia Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NASF – Núcleo de Apoio a Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVO.....	15
4 MÉTODOS	16
5 REVISÃO DE LITERATURA	18
5.1 Breve histórico sobre a Saúde Mental no Brasil.....	18
5.2 Perfil dos Portadores de Transtornos Mentais	12
5.3 Saúde Mental e Estratégia da Saúde da Família	22
6 PLANO DE AÇÃO.....	26
6.1 Caracterização da situação problema.....	26
6.2 Objetivos.....	26
6.3 Ações a serem desenvolvidas.....	26
6.4 Estratégias a serem utilizadas para as ações.....	27
6.5 Acompanhamento e avaliação.....	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

As ações de Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF) são cada vez mais freqüentes; muitas são as discussões no meio acadêmico e nos serviços de saúde com o objetivo de cada vez mais implementar ações que facilitem a prática de cuidado na Atenção Primária. Muitos autores demonstram características favoráveis à responsabilização das equipes básicas de saúde pelos cuidados em Saúde Mental. Muitas são as dificuldades encontradas neste processo, vários estudos demonstram algumas aproximações percebidas neste contexto.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 25% da população mundial desenvolve ao longo da vida pelo menos um tipo de desordem mental. Atualmente os transtornos mentais e comportamentais atingem mais 450 milhões de pessoas em todo o mundo e são responsáveis por sofrimento individual e exclusão social (OMS, 2001).

Há séculos a humanidade demonstra dificuldade em conviver com as diferenças e com tudo o que foge as regras do senso comum. Na psiquiatria o tratamento da loucura sempre foi baseado na intolerância frente aos comportamentos das pessoas com transtornos mentais, mantendo em cárcere os indivíduos que causavam danos ou atormentavam a sociedade (RODRIGUES, 2001).

Segundo a Secretaria de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006), a união da Saúde Mental com Saúde da Família é indispensável. As equipes da Estratégia Saúde da Família mantêm com os usuários uma relação de confiança. As equipes conversam com seus pacientes, os conhecem, tem contato direto ou indireto não só com seus sintomas e doenças, mas também com as mais diferentes áreas de suas vidas.

A ESF atua como parceira no que diz respeito à prevenção, promoção e intervenções básicas de saúde em diversas áreas, entre elas a saúde mental (SOUZA *et al.*, 2007).

A Estratégia Saúde da Família atua também no processo de mudanças da assistência em saúde mental, servindo como um elo de aproximação entre a equipe multidisciplinar, a família, o usuário e a comunidade. É um recurso muito importante por confrontar com os agravos relacionados ao sofrimento psíquico, que são cada vez mais frequentes, e ainda nos dias de hoje pouco tratados (PEREIRA *et al.*, 2007).

Saber ouvir as queixas do usuário e tentar entender suas necessidades traduz necessariamente um pedido de ajuda para um problema emocional; acompanhá-lo, procurando descobrir com ele as razões desse problema, as possíveis formas de enfrentá-las; evitar sempre que possível o recurso aos psicofármacos, e, quando necessário, usá-los de forma responsável e criteriosa (BRASIL, 2006).

Em 1990, com a criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil foi embasado como política oficial de governo, estimulado e conduzido pelo Ministério da Saúde, obtendo grande desenvolvimento. Na assistência hospitalar, criaram-se normas objetivas de qualificação dos serviços de internação psiquiátrica, e um dispositivo eficaz de fiscalização, ocasionando o fechamento de um grande número de leitos inadequados às exigências mínimas de qualidade e respeito aos direitos dos pacientes (BRASIL, 2007).

Atualmente trabalho como enfermeira da ESF na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Bairro Jardim Europa localizada Rua Edimburgo Nº140 na Regional Venda Nova no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais. A UBS conta com cinco Equipes de Saúde da Família que foram divididas por microáreas contando com mais de 20 mil usuários cadastrados em área de médio e elevado risco. Destes aproximadamente 200 são portadores de algum transtorno mental, e aproximadamente 60 necessitam de acompanhamento mensal demandando muito da unidade. O acolhimento dos usuários é dividido por equipe, cada equipe tem acolhimento 4 vezes por semana em horários pré-determinados. É no acolhimento que os usuários trazem suas demandas, como agendamento de consultas, solicitação de exames e encaminhamentos, troca de receitas. A unidade conta com o seguinte quadro de recursos humanos:

- 01 gerente;
- 05 médicos generalistas;
- 05 enfermeiros;
- 01 ginecologista;
- 01 pediatra;
- 03 dentistas;
- 01 psiquiatra (atualmente a unidade está sem psiquiatra)
- 01 psicóloga
- 01 assistente social;
- 13 auxiliares de enfermagem
- 22 Agentes Comunitários de Saúde (ACS)
- 03 estagiários – “Posso Ajudar”.
- 03 auxiliares administrativos;
- 02 auxiliares de limpeza;
- 02 porteiros.

A unidade somente renovava receitas dos pacientes da saúde mental. Assim, que iniciei na unidade, começamos a realizar o grupo de saúde mental juntamente com a Psicóloga e as ACS da minha equipe. A princípio reunimos com eles, realizamos algumas dinâmicas e sugerimos a idéia de construirmos uma horta. Batizamos o grupo "Plantando Saúde" e desde então, realizamos encontros quinzenais.

A adesão foi boa por parte dos pacientes que não necessitam de um familiar para locomover-se até a UBS. Aqueles que dependem de auxílio para a locomoção tiveram baixa adesão ao grupo, alguns foram em dois encontros e não voltaram mais.

2 JUSTIFICATIVA

O presente trabalho foi elaborado em virtude de ser a Atenção Primária a Saúde (APS) a principal porta de entrada do usuário portador de transtorno mental no Sistema Único de Saúde (SUS). Os transtornos mentais são considerados problemas de relevância pública com altos índices de incidência e prevalência no Brasil e no Mundo. A ESF tem um papel primordial na recuperação da saúde desses usuários.

Considerando que esses transtornos conseguem desestabilizar a família e a sociedade de um modo geral e que as pessoas com estes transtornos não são bem acompanhadas, a equipe da UBS após a vivência de várias situações com os pacientes da saúde mental que basicamente recebiam da UBS apenas as trocas das receitas, propomos a inserção mais ativa desses usuários na ESF através da implementação do grupo de saúde mental no Centro de Saúde Jardim Europa, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Acreditamos que esta é uma maneira de promover a saúde mental nessa UBS.

3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção visando a inserção das pessoas portadoras de transtornos mentais na atenção da equipe de saúde da família no Centro de Saúde Jardim Europa no Município de Belo Horizonte.

4 MÉTODOS

O presente estudo é uma revisão narrativa da literatura, visando o levantamento bibliográfico das publicações que envolviam o tema em estudo, porém de forma não sistemática. A revisão da literatura narrativa ou tradicional, segundo Cordeiro *et al.* (2007, p. 429), “apresenta uma temática mais aberta ... não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica”.

Foi utilizada como de fonte pesquisa a base de dados *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), buscando as palavras-chaves (descritores): “saúde mental”, “saúde da família”, “pacientes” e “transtornos mentais”.

Somente os artigos nacionais publicados na íntegra, no idioma Português e que contivessem alguma das palavras selecionadas foram considerados. Foram utilizados como critérios de exclusão: artigos em outros idiomas que não o Português; resumos de artigos; e artigos não disponíveis no Brasil.

Os artigos científicos foram identificados por meio das bases de dados, sendo que as referências citadas pelos autores desses artigos consideradas importantes também foram utilizadas.

Todos os artigos selecionados foram da Base de dados do Scielo, foram utilizados com um limite temporal entre 1994 e 2012. Foram encontrados 2106 artigos, com as palavras Saúde Mental no título. Em seguida, fez-se um refinamento utilizando as palavras saúde da família e paciente. Foram selecionados apenas os artigos que se enquadravam nos critérios de inclusão e que trouxessem uma abordagem relevante a construção desta revisão.

Após a leitura das publicações relacionadas a temática estudada, 24 artigos foram selecionados para a execução desse trabalho. Foram identificados os principais autores que melhor retratam a questão da Saúde Mental na atualidade.

Posteriormente à revisão de literatura, foi elaborado o plano de intervenção de inserção dos pacientes portadores de distúrbios mentais na equipe de saúde da família, problema identificado no diagnóstico situacional realizado e que necessita

ser solucionado, sendo que seu gerenciamento tem viabilidade. Para Campos, Faria e Santos (2010), um problema pode ser entendido com uma situação inaceitável e discrepante com o ideal desejado, porém com possibilidade de transformação para o almejado.

Para a elaboração do plano de ação, utilizou-se o Material do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família/UFMG.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Breve histórico sobre a Saúde Mental no Brasil

A história da loucura no Brasil ganha força com a chegada da Família Real em 1808, esse período constitui o marco inicial da aplicação de práticas interventivas voltadas aos desviantes. Surge então no Brasil a necessidade de reorganização da cidade. Para tal, começaram a recolher as pessoas que perambulavam pelas ruas: andarilhos, desempregados, mendigos, órfãos, marginais e loucos. A princípio, o destino desta população passa a ser a prisão, ruas ou celas especiais dos hospitais gerais da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro (COSTA, 1996; ALVES, 2005).

É inegável que o saber psiquiátrico construiu, assim como legitimou, boa parte das representações sociais acerca da loucura, com suas concepções ambíguas, mitos e fantasias, vinculados não apenas ao sofrimento, mas, sobretudo aos aspectos com valorização negativa nela implicados, tais como irresponsabilidade, periculosidade, invalidez, dentre outros (ALVES, 2005, p.37).

Entretanto, naquela época os problemas referentes à saúde mental não eram vistos sob o olhar médico, eram concebidos como modo de manifestação do ser humano. Um tema que passou desde o campo da Mitologia até o da Religião (ALVES, 2005). Dom Pedro II recebeu denúncias de maus tratos e ficou muito impressionado com os gritos dos loucos vindos dos porões da Santa Casa. Em 1841 ele assina o decreto de criação do primeiro hospício brasileiro que funcionou durante 40 anos e que levava seu nome. Uma década após a inauguração do hospício Dom Pedro II, outro hospital é inaugurado com 140 leitos, localizado na praia da Saudade ficando bem afastado da cidade, ocorre então a retirada dos pacientes da Santa Casa de Misericórdia, que se encontravam em condições desumanas. Surge então a primeira instituição psiquiátrica do Brasil (BRASIL, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), nesta instituição os pacientes contavam com disciplina, rigor moral, passeios supervisionados, eles eram separados por classes sociais. A instituição contava com um espaço amplo, os enfermos tinham diagnóstico e constante vigilância. Representa o nascimento da

psiquiatria no Brasil. Nuno de Andrade foi o primeiro a lutar pela desagregação da Santa Casa de Misericórdia e posteriormente a trabalhar no Hospício de Pedro II, permanece até a chegada de Teixeira Brandão, e após passa a dar aulas de psiquiatria na Faculdade de Medicina e a escrever artigos para o jornal.

Em 1883, Teixeira Brandão assume a administração do Hospício de Pedro II, após ser aprovado no primeiro concurso de psiquiatria no Brasil após sua posse, muda o nome do hospital para Hospício Nacional de Alienados. É criada nessa época a assistência médica aos alienados e Teixeira Brandão passa a atuar como diretor e administrador (BRASIL, 2009).

Em 1902 Teixeira Brandão torna-se deputado federal e elabora a primeira lei de assistência aos alienados. Devido à proibição de acúmulo de cargo, opta por deixar o hospital e passa a se dedicar à política, a dar aulas na faculdade e a escrever para um jornal (BRASIL, 2009).

O ano de 1904 é marcado pela inauguração da Escola Alfredo Pinto, que é a primeira escola do Brasil a formar Enfermeiros. Inicia nessa data a formação em Enfermagem no País. A saúde mental foi marcada por exclusão e maus tratos.

Durante varias décadas houve lutas contra o modo de cuidar dos portadores de transtorno mental, foram realizados vários congressos e reuniões a fim de abolir o manicômio e o tratamento desumano. Buscavam o nascimento de novos dispositivos de tratamento que diminuísse a exclusão social e que aproximasse doente e família (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010).

Na década de 1970, no contexto do combate ao Estado autoritário, emergem as críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e ao caráter privatista da política de saúde do governo central. Surgem denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços e, o que é mais importante para o posterior movimento da reforma psiquiátrica, as denúncias do abandono, da violência e dos maus-tratos a que eram submetidos os pacientes internados nos grandes hospícios do país. Não se criticavam os pressupostos do asilo e da psiquiatria, mas seus excessos ou desvios (BRASIL, 2009).

Em 1978 durante a ditadura militar, época em que somente a medicação era o modelo de intervenção aplicada nos pacientes com distúrbios mentais é criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Combinando reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário, o MTSM alcançou grande repercussão e, nos anos seguintes, liderou os acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter definitivamente antimanicomial (BORGES; BAPTISTA, 2008).

A década de 1980 marca a chegada dos protagonistas e do programado movimento sanitário à gestão efetiva dos serviços e das políticas públicas. Ocorreu por meio da vitória oposicionista nas eleições para Governador em 1982, em vários estados, da chamada co-gestão dos hospitais psiquiátricos do país. Alguns anos depois veio a eleição de Tancredo Neves e José Sarney para a presidência da República. Passando o movimento sanitário a se confundir com o próprio Estado (AMARANTE, 1995).

Dando seguimento à luta pela Racionalização, humanização e moralização do asilo, surge a proposta de criação de ambulatórios de psiquiatria como alternativa ao hospital de internação. No entanto, a reforma do asilo e a criação dos ambulatórios não surtiram impacto significativo sobre a qualidade do atendimento desses doentes (DELGADO, 1992).

Em 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Inicia a luta do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.

A reforma psiquiátrica consiste em um conjunto de conhecimentos e práticas que vem revolucionando a maneira de compreender e lidar com a loucura humana. Tem como objetivo modificar o sistema de tratamento clínico da doença mental, eliminando gradualmente a internação como forma de exclusão social. Em 1960 iniciou em vários países do mundo o debate sobre a necessidade de mudanças na assistência e a incorporação de propostas que foram desenvolvidas na Europa como a psiquiatria preventiva e comunitária e as comunidades terapêuticas, respectivamente, expandindo serviços intermediários e buscando a humanização dos hospitais (BORGES; BAPTISTA, 2008).

O grande objetivo da reforma psiquiátrica no Brasil é lidar com a saúde mental sem exclusão social. Nota-se que durante muito tempo a história da psiquiatria foi marcada pelo isolamento do enfermo sem um tratamento adequado. A partir desse momento, começa a se criar laços de mudanças dentro do tratamento mental, passando a dar valor ao humano, tratando com dignidade e sabedoria com o objetivo de melhorar suas condições e proporcionar uma vida familiar e social adequada (BRASIL, 2009).

O movimento da Reforma Psiquiátrica critica o modelo da assistência centrado no hospital psiquiátrico ocorrendo esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Após 12 anos no Congresso em 2001 a Lei Federal 10.216 é sancionada no país pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso (BRASIL, 2001).

A lei aprovada foi modificada em relação ao Projeto de Lei original, que traz modificações importantes e aperfeiçoamentos no texto normativo. A Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios (BRASIL, 2001).

Após a promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental no segundo semestre de 2001, a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade. O Ministério da Saúde, por determinação do Ministro da Saúde José Serra, destinou recursos financeiros específicos para a rede territorial com base na sustentação legal da lei 10.216 através da portaria 336, de fevereiro de 2002, que criou as diversas modalidades de CAPS, de acordo com o porte: CAPS-I, CAPS-II e CAPS-III, CAPS-AD - álcool e outras drogas e CAPS-i crianças e adolescentes, este último criado com amparo na lei e nas deliberações da III Conferência (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004).

Nesse contexto se insere a Estratégia de Saúde da Família que traz entre os seus inúmeros desafios a inclusão da atenção em saúde mental na comunidade. A

Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu em 1994 como iniciativa do Ministério da Saúde para a implementação da atenção primária em saúde e mudança do modelo assistencial vigente no país. Esta estratégia nacional escolhida para reorganizar a Atenção Básica, apontava caminhos a serem construídos para as desejáveis mudanças preconizadas pela Reforma Psiquiátrica pautada nos princípios da cidadania e da reabilitação psicossocial

5.2 Perfil dos pacientes portadores de transtornos mentais no Centro de Saúde Jardim Europa no município de Belo Horizonte, MG.

O Centro de Saúde Jardim Europa tem cadastrado em sua área de abrangência aproximadamente 20 mil usuários divididos em cinco equipes de Saúde da Família, distribuídos em áreas de médio e elevado risco social, 20% desses usuários são portadores de algum tipo de transtorno mental. Os principais transtornos mentais que acometem esses usuários segundo os dados da Secretária Municipal de Saúde (BELO HORIZONTE, 2005) são:

- Abuso de Drogas: (Dependência Química e Psicológica), Alcoolismo;
- Transtornos Alimentares, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa.
- Transtornos de Ansiedade: Síndrome do Pânico, Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC).
- Transtornos Delirantes: Esquizofrenia, Transtorno Esquizotípico
- Transtornos do Sono: Hipersonia, Insônia
- Transtornos dos Hábitos e dos Impulsos: Cleptomania.
- Transtornos Emocionais: Depressão, Distímia, Manias, Transtorno Bipolar, Transtorno Depressivo Recorrente.
- Transtornos Sexuais: Aversão Sexual, Compulsão Sexual, Transtorno da Maturação Sexual, Transtorno de Identidade Sexual na Infância.
- Transtornos Somatoformes: Hipocondria, Neurastenia, Transtorno de Somatização.

5.3 Saúde Mental e Estratégia da Saúde da Família

A ESF trabalha com a comunidade através de ações programáticas, cujo planejamento e direcionamento visam atuar o mais próximo possível da realidade de dos usuários de sua área de abrangência. Para atender essa população cada equipe conta com um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde – ACS, para uma população adstrita que varia de 3500 á 4500 usuários. Os ACS ligam a equipe e os serviços oferecidos à comunidade, desenhando aos poucos o diagnóstico situacional vivenciado pelas famílias que fazem parte da área de abrangência da equipe (BRASIL, 1997).

A função básica da ESF é cuidar de todos os usuários de sua área de abrangência, sabendo que 20% desses usuários são portadores de transtornos mentais, partindo desse contexto surgiu a necessidade entre os trabalhadores de inserir esses usuários na atenção básica, com o objetivo de aumentar o vínculo com os pacientes e família e garantir melhor adesão ao tratamento.

O Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 destaca esta necessidade:

O manejo e tratamento de transtornos mentais no contexto da atenção primária é um passo fundamental que possibilita ao maior número possível de pessoas ter acesso mais fácil e mais rápido aos serviços. É preciso reconhecer que muitos já estão buscando assistência nesse nível. Isso não só proporciona uma atenção melhor como também reduz o desperdício resultante de exames supérfluos e de tratamentos impróprios ou não específicos. Para que isso aconteça, porém, é preciso que o pessoal de saúde em geral receba treinamento nas aptidões essenciais da atenção em saúde mental (OMS, 2001, p.7).

Vale destacar que o trabalho com grupos na Estratégia de Saúde da Família pode ir além dos grupos de educação em saúde. O cuidado a pessoas com sofrimento emocional, incluindo aqueles que apresentam transtornos mentais comuns, também é ação dessas equipes. Essas pessoas geralmente procuram as unidades de saúde em “busca de apoio para superar seus sofrimentos e problemas” (BRASIL, 2011, p.58).

Em estudo realizado com familiares de pessoas com transtornos mentais em Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs) de Belo Horizonte, Barroso,

Bandeira e Nascimento (2007) observaram sobrecarga em diferentes dimensões da vida dos familiares, e apontam para a necessidade dos serviços de saúde considerarem este aspecto, incluindo em suas ações uma abordagem aos familiares no sentido de como lidar com a pessoa que apresenta comportamento caracterizado por agitação agressividade, transtornos do sono, entres outros.

Para Cardoso e Galera (2011, p.668) a necessidade de cuidado em saúde mental “não se restringe apenas a minimizar riscos de internação ou controlar sintomas”. Ele envolve aspectos pessoais, sociais, culturais e financeiros relacionados à convivência com a pessoa com transtornos mentais, além do acesso ao serviço de saúde. As autoras, portanto, consideram que o cuidado em saúde mental é “decorrente de uma intrínseca relação entre os serviços de saúde, seus profissionais, o paciente e sua família, considerando as particularidades de cada contexto cultural, social e econômico”.

Neste sentido, Bandeira e Barroso (2005) consideram necessário envolver os familiares no atendimento das pessoas que apresentam transtornos mentais, destacando a importância da orientação e do apoio necessários no cuidado que assumem no dia-a-dia.

Além disso, o cotidiano do processo de trabalho da equipe de saúde recebe uma grande demanda por parte dos usuários, muitas vezes de forma constante e exagerada por parte dos

[...] pacientes com sofrimento psíquico, seja dos usuários com transtorno mental grave ou dos dependentes de medicamentos (constante troca de receitas controladas) ou, ainda, daqueles usuários hipersolicitantes devido a transtornos mentais comuns ou queixas inespecíficas, que frequentemente demandam acolhimento e consulta não agendada (BRASIL, 2011, p.60).

Na atenção primária, os profissionais de saúde podem e devem exercer algum grau de cuidado na abordagem dos pacientes com sofrimento emocional e ou transtorno mental. Neste cuidado, podem estar envolvidos o acolhimento que “estabelece o vínculo e permite o cuidado”, a abordagem em grupo, a escuta que “permite o desabafo e cria espaços para a pessoa refletir sobre seu sofrimento e suas causas”, o tratamento farmacológico ou não farmacológico, atuando como terapeutas e

gestores da atenção, referenciando aos serviços de saúde mental quando necessário (BRASIL, 2011, p.63).

Os profissionais devem saber que desde a escuta do paciente, por meio de um acolhimento bem feito, até o plano de cuidado, eles são fonte de intervenção efetiva... Na atenção primária, a facilidade de acesso aos profissionais de saúde e o cuidado longitudinal no decorrer do tempo fazem desse nível de cuidado um ótimo local para estreitamento do vínculo com o paciente (BRASIL, 2011, p. 63).

O profissional da estratégia saúde da família, muitas vezes, vivencia dificuldades na abordagem das pessoas com sofrimento emocional e no manejo dos transtornos mentais. Isto o leva, juntamente com toda a equipe, a repensar a sua prática, criando suportes e alternativas de abordagem.

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Caracterização da situação problema

A situação problema identificada anteriormente apresenta como nós críticos a baixa adesão do usuário com transtornos mentais e de sua família às atividades da unidade básica de saúde, a baixa adesão ao tratamento proposto. Somando-se a estes, são considerados como nós críticos também a dificuldade de acessos aos medicamentos prescritos uma vez que a farmácia dos centros de saúde fica fechada nos dias de inventário e a pouca participação dos membros da equipe nas reuniões de matriciamento da Saúde Mental.

6.2 Objetivos

Este plano de ação tem como propósito a implementação do Grupo de Saúde Mental no Centro de Saúde Jardim Europa no Município de Belo Horizonte.

Seus objetivos são:

- Aumentar a adesão do usuário que apresenta transtornos mentais e de sua família na unidade básica de saúde, Equipe de Saúde da Família do Centro de Jardim Europa no Município de Belo Horizonte.
- Melhorar os níveis de adesão por parte dos usuários que apresentam transtornos mentais aos tratamentos propostos.
- Facilitar o acesso dos usuários aos medicamentos controlados prescritos durante todo o horário de funcionamento da unidade.
- Estimular a participação dos membros da equipe nas reuniões de matriciamento da Saúde Mental.

6.3 Ações a serem desenvolvidas

- Busca ativa e visita domiciliar de todos os usuários que apresentam transtornos mentais.
- Organização de grupos operativos com enfoque em saúde mental.
- Projeto da horta comunitária “Plantando Saúde”.
- Distribuição dos medicamentos controlados prescritos.
- Organização das agendas de profissionais, garantindo a participação de todos nas reuniões.

6.4 Estratégias a serem utilizadas para as ações

O plano de ação será executado por toda a equipe de saúde que discutirá a proposta e sua implantação, analisando as ações e resultados na perspectiva de mudar a situação problema. As ações propostas serão também agendadas pela equipe.

6.5 Acompanhamento e avaliação

O processo de acompanhamento e avaliação deverá ser pensado pela equipe levando-se em consideração parâmetros e indicadores de qualidade das ações a serem desenvolvidas, o alcance de seus objetivos, como acompanhar, monitorar e avaliar a sua implantação, definindo os instrumentos e mecanismos de monitoramento e avaliação de suas ações.

Ao se elaborar um plano de ação é fundamental que os sujeitos responsáveis por sua execução estejam atentos, acompanhando os resultados das ações implementadas, identificando as inadequações e buscando estratégias para superá-las (CAMPOS, FARIA e SANTOS 2010).

6 PLANO DE AÇÃO: INSERÇÃO DAS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS NA ATENÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Nó Crítico	Ações	Resultados esperados	Recursos necessários
Baixa adesão do usuário da saúde mental e de sua família na UBS	Realizar busca ativa e visita domiciliar de todos os portadores de transtornos mentais, convidá-los a vir na UBS.	Trabalhar com os usuários e família, criar vínculos, evitar que esses usuários fiquem descompensados.	Organizacional – organização das agendas das equipes para visita e busca ativa
Baixa adesão ao tratamento proposto	Organizar grupos operativos sobre saúde mental Inserir as pessoas portadoras de transtornos mentais na atenção da Equipe de Saúde da Família Implementar o projeto da horta comunitária “Plantando Saúde”	Conscientizar o usuário e família quanto à importância do tratamento.	Político - local para realizar grupos Organizacional – para organizar os grupos Cognitivo – informação sobre o tema e estratégias de comunicação.
Fechamento da farmácia dos centros de saúde nos dias de inventário e nos horários de recebimento de medicamento	Assegurar a distribuição dos medicamentos controlados durante todo o horário de funcionamento da unidade, inclusive no dia de inventário e recebimento de medicamentos.	Manter os doentes controlados, Evitar os surtos dos pacientes por falta de medicamento, garantindo a adesão ao tratamento.	Organizacional – capacitação da equipe Político – manutenção do quadro de RH completo.
Baixa participação dos membros da equipe nas reuniões de matriciamento da saúde Mental.	Organizar as agendas de todos os profissionais, garantindo a participação nas reuniões.	Discussão de todos os casos. Manter uniforme as informações sobre TB e as condutas a serem adotadas.	Organizacional – orientar e promover recursos para que a reunião ocorra. Político – promover espaço e materiais adequados.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção básica apresenta-se como uma porta principal de entrada dos portadores de transtornos mentais no SUS. Esses usuários são reconhecidos como parte de uma população excluída socialmente.

As práticas em saúde mental, no âmbito da atenção primária à saúde, são de suma importância para acolher, diagnosticar e tratar os portadores de transtornos mentais mantendo-os controlados através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Para assegurar a criação de laços com esses usuários faz-se necessária a criação de espaços terapêuticos para a execução de práticas voltadas à promoção da saúde mental e à prevenção da doença.

Nessa perspectiva, destaca-se a necessidade da ESF oferecer aos portadores de transtorno mental ações em saúde mental que trabalhem a autonomia e cidadania desses usuários e de suas famílias. Faz-se necessário que os profissionais de saúde, responsáveis pelo acompanhamento dos usuários da sua área de abrangência, promovam ações em saúde mental centradas nas reais necessidades do portador de transtorno mental, favorecendo o estabelecimento de condutas que atendam à população de forma efetiva. Esse modelo de atenção à saúde proporciona um melhor acompanhamento destes indivíduos e maior adesão ao tratamento proposto.

Espera-se, portanto que a implantação deste plano de ação reforce a importância da incorporação de novas práticas em saúde mental valorizando a qualidade de saúde da comunidade.

REFERÊNCIAS

ALVES, Carlos Frederico de Oliveira. **Entre o cuidar e o sofrer: o cuidado do cuidador via experiência de cuidadores/profissionais de saúde mental**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica de Pernambuco. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação, 2005. 257p.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

BANDEIRA, M.; BARROSO, S.M. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. **J Bras Psiquiatria**, v.54, n.1, p.34-46, 2005.

BARROSO, S.M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. **Rev. Psiq. Clín.**, v..34, n.6, p. 270-277, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n6/v34n6a03.pdf>

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Recomendações para a organização da atenção básica na rede municipal**. Belo Horizonte, 2005.

BORGES, C.F.; BAPTISTA, T.W.F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: A trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p.456, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200025.

BRASIL. **Lei 10.216 de 06 de Abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 09 Abril 2001. Seção 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm> Acesso em: 26 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília; 2007.

BRASIL. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em: 20 jun. 2013.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção em Saúde Mental**. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006. Disponível em:>

<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/linhasguia>. Acesso em Out. 2009

BRASIL. **Lei 10216 de Abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Memória da loucura: apostila de monitoria** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 84 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memoria_loucura_apostila_monitoria_2ed.pdf

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília- DF, 2004.

CARDOSO, Lucilene; GALERA, Sueli. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Rev. esc. enferm. USP**, v.45, n.3, São Paulo Jun 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a20.pdf>

CORDEIRO, A. M.; OLIVEIRA, G. M. O. RENTERIA, J. M.; GUIMARÃES, C. A. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 34, n. 6, p. 428-31, nov./dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v34n6/11.pdf>.

COSTA, J.F. **História da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora Documentário, 1976.

DELGADO, P.G.G., Reforma Psiquiátrica e Cidadania: o debate legislativo. **Saúde em Debate**. 35: 80-84, jul. 1992.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. Belo horizonte, 2006. 238p. Disponível em: http://www.fasa.edu.br/images/pdf/Linha_guia_saude_mental.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: OMS; 2001. Disponível em: http://www.nuteds.ufc.br/curso/cepisf/saud_ment/aula_01/material_complementar/relatorio-sobre-a-saude.pdf

PEREIRA, M.A.O; BARBIERI, L.; PAULA, V.P.; FRANCO, M.S.P. Saúde mental no Programa Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. **Rev Esc Enferm USP**, v.41, n.4, p.567-72, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/04.pdf>

PINHO, L.B.; HERNÁNDEZ, A.M.B.; KANTORSKI, L.P. Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a “parceria” da família: o discurso do distanciamento. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.32, p.103-113, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n32/09.pdf>

RODRIGUES, L.R. **Só quem sabe da doença dele é Deus**: o significado da doença mental no contexto cultural [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2001.

SOUZA, Ângela Maria Alves *et al.* Grupo terapêutico: sistematização da assistência de enfermagem em saúde mental. **Texto contexto - enferm.** [online], v.13, n.4, p. 625-632, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072004000400016&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072004000400016>.