

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

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE:**  
**PROPOSTA DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O**  
**MUNICÍPIO DE ESPINOSA – MG.**

Daiane Caires Martins De Souza

**BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS**

**2011**

Daiane Caires Martins De Souza

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: PROPOSTA  
DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O MUNICÍPIO DE  
ESPINOSA – MG.**

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 título de Especialista.

Orientadora: Professora Annette Souza Silva  
Martins da Costa

**BELO HORIZONTE /MINAS GERAIS**

**2011**

Daiane Caires Martins De Souza

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: PROPOSTA  
DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O MUNICÍPIO DE  
ESPINOSA – MG**

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 título de Especialista.

Orientadora: Professora Annette Souza Silva  
Martins da Costa

Banca Examinadora:

Prof. Annette Souza Silva Martins da Costa - Orientador

Prof. Marília Rezende da Silveira

Aprovado em Belo Horizonte: 04/02/2012

Dedico este trabalho aos meus pais que sempre de apoiaram nos meus estudos, ao meu esposo pela paciência e ao meu filho Pedro- tesouro lindo, presente de DEUS.

## **AGRADECIMENTOS**

DEUS, sou muito grata a ti pela saúde e por ter me dado força para realizar este curso e concluí-lo com êxito, apesar do desânimo que apresentei algumas vezes.

Quero agradecer aos colegas de curso, principalmente os que viajávamos juntos para o encontro presencial, pelos momentos de diversão e troca de experiências.

Ao coordenador e aos tutores assim como a minha orientadora Annette, o meu sincero agradecimento.

## RESUMO

A mudança do modelo assistencial no campo da saúde mental segundo as diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira está ancorada em uma legislação que concebe a atenção primária como um elo importante da rede para garantir um cuidado mais acolhedor, integral e humanizado. No entanto, verifica-se que o atendimento aos usuários portadores de sofrimento mental na atenção básica configura-se como um problema pela falta de habilidade/capacitação do profissional, a ausência de vínculo entre o usuário, familiares e a equipe do programa saúde da família, o não reconhecimento por parte da equipe, de que o usuário portador de sofrimento mental está sob sua responsabilidade. Diante desta situação, este trabalho teve como objetivo elaborar um plano de intervenção em saúde mental com ações e recomendações para os profissionais da Atenção Primária em Saúde no município de Espinosa – MG. Para sua realização foi feito um levantamento sobre o tema da saúde mental e a atenção primária em saúde nas bases de dados SCIELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A implementação da assistência humanizada de saúde mental na ESF do município de Espinosa e a aplicação do plano de intervenção proposto neste trabalho contempla tanto os aspectos técnicos como os relativos à promoção da saúde, assistência, reabilitação social, abordagem da família, cuidado psicossocial, quanto aqueles relativos à humanização das práticas para acompanhar as mudanças propostas pela reforma psiquiátrica brasileira. Essas ações servirão de roteiro para auxiliar os profissionais a planejar e implementar o processo de trabalho na atenção primária em saúde, no âmbito da saúde mental.

**Descritores:** saúde mental; atenção primária à saúde; planejamento em saúde.

## ABSTRACT

The health care change in the mental health field according to the guidelines of the Brazilian psychiatric reform is anchored in legislation that sees primary care as an important link in the network to ensure a more welcoming careful, comprehensive and humane. However, it appears that the service users mental patients in primary care appears as a problem by the lack of skills / professional training, the lack of link between the user, family and staff of Family Health Program, no recognition of the staff, that the user psychiatric patient is under their responsibility. In this situation, this study aimed to develop a contingency plan in mental health actions and recommendations for professionals in the Primary Health Care in the town of Espinosa - MG. For its realization was a survey on the topic of mental health and primary health care in the databases SCIELO, Virtual Health Library (VHL). The implementation of humanized care mental health in the municipality of ESF Espinosa and implementation of the intervention plan proposed in this paper covers both technical aspects as those related to health promotion, assistance, social rehabilitation, family approach, psychosocial care, and those related to the humanization of practices to follow the changes proposed by the Brazilian psychiatric reform. These actions will serve as a roadmap to help professionals plan and implement the process of working in primary health care within the mental health.

**Key words:** mental health, Family health program, health planning

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

APAE - Associação de Pais e Amigos Excepcionais

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CRAS- Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

ESF - Estratégia Saúde da Família

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informação sobre Atenção Básica

SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS - Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
2.1.Objetivo geral.....	13
2.2.Objetivos específicos.....	13
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>14</b>
<b>4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>15</b>
<b>5. O PLANO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>23</b>
5.1.Contextualização do município.....	23
5.2. Os atores em cena.....	24
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>30</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>32</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O processo de Reforma Psiquiátrica surge no contexto nacional a partir da década de 1980 como proposta à ruptura do modelo clínico-psiquiátrico centrado na referência hospitalar, em um processo de desconstrução e reconstrução da atenção a pessoa que sofre mentalmente. Assim, a atenção psicossocial nos remete a práticas de reinserção e permanência desse sujeito no convívio social, o que exige articulação da atenção primária com as novas propostas dos serviços substitutivos à hospitalização psiquiátrica (NEVES, 2010).

A Atenção Primária em saúde encontra-se no primeiro nível de assistência à saúde e tem como principal objetivo ser a porta de entrada do usuário para o serviço de saúde e prestar o cuidado através de práticas de promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação.

O Ministério da Saúde com o intuito de organizar o modelo de atenção primária criou em 1994 o Programa Saúde da Família cuja principal característica é a implantação de equipe multiprofissional nas unidades básicas de saúde formada minimamente por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde.

Seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): integralidade, equidade, acessibilidade, humanização, acolhimento, responsabilização, vínculo, intersetorialidade os profissionais de saúde que trabalham na atenção primária executam ações de saúde voltadas para o indivíduo ao longo do seu ciclo de vida: criança, adolescente, adulto, idosos além de ações específicas voltadas para saúde da mulher, saúde do hipertenso, diabético, portadores de tuberculose, hanseníase, HIV/Aids e saúde mental.

De todos os atendimentos prestados a grupos e situações de risco especiais referidos os profissionais de saúde da família têm dificuldades em prestar assistência aos portadores de sofrimento mental. Em minhas atividades como enfermeira, observo que há uma carência de ações voltadas para essas pessoas e seus familiares. Verifico também que a porta de entrada desse portador de sofrimento mental não é a atenção primária em saúde e sim a unidade hospitalar.

Um estudo realizado com enfermeiros da família no cuidado com pacientes em sofrimento psíquico apontou que as principais causas por não serem desenvolvidas ações direcionadas a este público foram faltas de respeito aos pacientes, preconceito dos profissionais, falta de parceria com a comunidade e a família, falta de capacitação de qualidade aos profissionais, abandono dos pacientes ao tratamento, falta de medicação, difícil acesso ao paciente internado e seu diagnóstico, dificuldade financeira e dificuldade de diálogo com o paciente (AMARANTE, 2011).

Essas causas não são diferentes das encontradas das equipes do programa saúde da família do município de Espinosa-MG, onde atuo como enfermeira, cujos portadores de sofrimento mental não passam por um atendimento integral e humanizado e, ainda, o princípio de responsabilização pelo cuidado desse grupo é incipiente, agravado muito mais pela inexistência do Centro de Assistência Psicossocial (CAPS).

Como coordenadora da atenção primária em saúde do referido município, pude observar que não há uma ação sistematizada para esse público e seus familiares, em muitos casos, a porta de entrada para a assistência em saúde para os portadores de sofrimento mental não é a unidade básica de saúde, mas sim o hospital municipal. Na concepção dos familiares é nesse nível de assistência que o problema será resolvido através do tratamento medicamentoso, por via intravenosa.

O estudo do módulo Saúde Mental do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família- Programa Ágora, me permitiu constatar a necessidade de melhorar a assistência prestada aos portadores de sofrimento mental na atenção primária em saúde do município. Muitas vezes eles são negligenciados pela equipe de saúde por conta do preconceito e pelo despreparo técnico dos profissionais, assim como não há uma rede de serviços consistente e integrada.

É fato que na Atenção Primária o desafio de atender de modo integral a saúde dos indivíduos é complexo por se tratar de pessoas com sofrimentos diversos e por necessitar de vários serviços que vão além do setor saúde.

Para minimizar e reverter esta situação, o presente trabalho propõe a construção de uma proposta de intervenção na tentativa de melhorar a assistência em saúde mental no âmbito da atenção primária em saúde.

## **2. OBJETIVOS**

### 2.1 Objetivo Geral:

Elaborar uma proposta de intervenção em saúde mental com ações e recomendações para os profissionais da Atenção Primária em Saúde no município de Espinosa – MG.

### 2.2. Objetivos Específicos:

- Organizar a assistência à saúde mental no âmbito da atenção primária em saúde levando em consideração os problemas psíquicos mais comuns e a rede social existente.

- Consolidar na atenção primária o princípio da responsabilização, humanização e acolhimento aos portadores de sofrimento mental.

### **3. METODOLOGIA**

Este Trabalho de Conclusão de Curso configura-se como um Plano de Intervenção que constitui uma modalidade de atuação que é parte do planejamento, uma vez identificados e priorizados os problemas de saúde de uma determinada população. Segundo Campos (2010), construção do plano de ação se dá por meio de atores diversos e deve-se considerar a viabilidade de execução. Foram considerados os seguintes aspectos para a elaboração do plano: quem são os atores, quais recursos cada um desses atores controla, qual a motivação de cada ator (CAMPOS, 2010).

Para tanto, foi realizado um levantamento sobre o tema da saúde mental e a atenção primária em saúde, cujas fontes foram bases de dados em que se buscaram as seguintes palavras-chave: saúde mental, atenção primaria. Os artigos foram catalogados no segundo semestre de 2011, foram analisados de acordo com o título e resumo e selecionados os de maior interesse para realização do trabalho. Foram também utilizados documentos oficiais para embasar teoricamente o plano de intervenção no âmbito da atenção primária em saúde do município de Espinosa – MG.

#### **4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70 movido por diversos atores ligados aos governos, conselhos de profissionais de saúde, movimentos sociais entre outras instituições. É um processo político e social complexo, compreendido como um conjunto de transformações de práticas, saberes, cuidados, valores culturais e sociais no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais ligados à assistência à saúde mental no Brasil (BRASIL, 2005).

Ao longo de muitos anos do movimento pela reforma psiquiátrica, somente em 2001 é que foi sancionada a Lei 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2004).

Este processo caracterizou-se por ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, para efetivar a construção da transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico para a construção de modelo baseado em redes de atendimentos e em um modelo de atenção comunitário.

O conceito de modelo de atenção à saúde organizada em de redes de ações e serviços públicos de saúde foi adotado pelos serviços de saúde mental no qual são constituídos por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental, Atenção Básica e Hospitais Gerais.

A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. Para a organização desta rede, a noção de território é especialmente orientadora. O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a idéia do território, como organizadora da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde criou em 1994 o Programa Saúde da Família que tem como princípio atuar em território delimitado buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, instituindo uma nova lógica do processo de trabalho em saúde em equipe, com uma postura pró-ativa frente aos problemas de saúde da população (BRASIL, 2007).

A realidade destas equipes de Atenção Básica vem demonstrando que, cotidianamente, elas se deparam com situações pertinentes ao campo da saúde mental.

Os transtornos mentais e comportamentais afetam mais de 25% da população em uma determinada fase da sua vida. São também universais, afetando indivíduos de todas as idades, mulheres e homens, ricos e pobres, gente de áreas urbanas e rurais. Os transtornos mentais e de comportamento estão presentes a qualquer momento em cerca de 10% da população adulta. Aproximadamente 20% de todos pacientes atendidos por profissionais de atenção primária de saúde têm um ou mais transtornos mentais e comportamentais. Os encargos que recaem sobre a família vão das dificuldades econômicas às reações emocionais às doenças, ao estresse em face de um comportamento perturbado, à alteração da rotina doméstica e à restrição das atividades sociais (OMS, 2001).

As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica pautados na: noção de território, organização da atenção à saúde mental em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade/interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários, construção da autonomia possível de usuários e familiares (BRASIL,2003).

Por esse motivo, o PSF se torna um elo importante na identificação e acompanhamento de alguns casos em que o sofrimento mental estiver presente. Contudo, nem sempre a atenção primária apresenta condições para dar conta dessa importante tarefa. Às vezes, a falta de recursos de pessoal e a falta de capacitação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes. Além disso, atender às pessoas com problemas de saúde mental é de fato uma tarefa muito complexa.

As necessidades de saúde mental já são visíveis para as equipes de saúde da família, mas ainda não se incorporam como objetos de suas práticas de saúde, a não ser em situações pontuais quando se observam ações relacionadas à medicação, como o fazer mais valorizado na restrita atenção à pessoa em sofrimento psíquico (LUCCHESI et al, 2009).

A saúde mental sempre foi concebida como especialidade, voltada para recursos terapêuticos historicamente dados no campo da institucionalização; a inclusão desse campo no PSF pode ser caracterizada como uma situação-complexa ou situação-problema a ser superada (NEVES, 2010).

Em estudo realizado por Jucá (2009), evidenciou-se a ausência de registro nos prontuários dos portadores de sofrimento mental além do medo agregado ao sentimento de impotência, por não saber lidar com os casos de sofrimento mais intenso, fazendo com que os portadores de transtorno mental recebam um tratamento diferenciado. A sensação de medo vivenciada por alguns profissionais remete a um modo de perceber que se associa a figura do “louco” à imagem de um sujeito “perigoso”.

Para BREDA (2005), o cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção primária tem se mantido na lógica da medicalização, hospitalização e fragmentação do sujeito, assim como, a valorização a assistência especializada, aspectos que reforçam dificuldades de se romper com a lógica do trabalho em saúde centrado no médico, na doença e na fragmentação do sujeito.

Em outra pesquisa foram apontadas muitas razões para a não-inclusão da saúde mental enquanto campo de atuação nas equipes estudadas, fato que se pode dividir em quatro grupos de causas atribuídas pelos entrevistados: (i) o desconhecimento acerca da Reforma Psiquiátrica e a falta de capacitação em saúde mental dos profissionais e técnicos do PSF; (ii) a não-identificação por parte da população de problemas em saúde mental como prioridades nas áreas estudadas; (iii) a falta de condições para o atendimento desses casos no PSF, o que inclui a inexistência de medicações psiquiátricas para fornecer aos pacientes; (iv) a inexistência de uma rede em saúde mental, inclusive a falta de entrosamento com serviços de saúde mental que funcionem como retaguarda e permitam a referência rápida em caso de necessidade, entre outras (NUNES et al, 2005).

Analisando o Sistema de Informação sobre Atenção Básica (SIAB) não há indicadores ou parâmetros para ações de saúde mental na atenção básica, o qual não dá visibilidade para os portadores de transtorno mental, interferindo drasticamente nas ações programáticas para atenção básica a esta população. (LUCCHESE et al, 2009).

De acordo com o SUS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por profissionais capazes de assistir aos problemas de saúde mais comuns, não se limitando à triagem e ao encaminhamento aos serviços especializados. O sofrimento psíquico faz parte do contexto de vida, assim, torna-se possível reafirmar que a Saúde da Família é capaz de acompanhar a saúde dessas pessoas atendendo aos diversificados aspectos que envolvem a vida (AMARANTE et al, 2011)

Para tal idéia funcionar, no entanto, é necessário que haja uma capacitação adequada dos profissionais, não apenas com relação ao conhecimento técnico específico de cada área, mas no tocante ao que parece fundamental: desenvolver habilidades para realizar parcerias e construir uma rede que surge como a base para uma mudança estrutural no cuidado com a saúde mental buscando a integralidade da assistência (JUCÁ et al, 2009).

Outro desafio é capacitar as equipes para pensar e agir em saúde mental sem recorrer às velhas estruturas, construindo, no dia-a-dia do trabalho, novos dispositivos que possam de fato ajudar as pessoas a cuidar da saúde e reorganizar suas vidas. Uma questão importante é ampliar a capacidade de escuta dos trabalhadores, possibilitando pensar juntos em intervenções que possam ajudar as famílias a superar suas dificuldades (SILVA et al, 2005).

As equipes saúde da família devem responsabilizar-se pela saúde mental de toda a área territorial de referência e isto pressupõe um papel ativo na sua promoção. No entanto, essa tarefa não pode ser restrita aos serviços de saúde mental. Estes, juntamente com os demais segmentos sociais que compõem a rede social, devem articular-se a fim de promover melhoria nas condições de saúde e de vida das pessoas (LUCCHESE et al, 2009).

O desenvolvimento de habilidades e competências dos profissionais de saúde da atenção primária é muito relevante principalmente para o enfermeiro que tem como atribuição, na ESF, planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar, priorizando a assistência integral e para os agentes comunitários de saúde, pois este é quem convive na comunidade e,

obrigatoriamente, se depara com pessoas com alterações de comportamento, como o sofrimento mental (AMARANTE, 2011).

A construção de um novo modelo que realmente contemple a assistência em saúde mental pautado nos princípios do acolhimento, humanização, integralidade na atenção primária em saúde solicita dos profissionais, ou da equipe de atendimento, disponibilidade para rever os próprios conceitos, envolvimento, compromisso e flexibilidade, pois os desafios advindos do enfrentamento da problemática ligada à experiência de aproximação com os transtornos mentais pedem, cotidianamente, uma reflexão direcionada a um movimento interno de desconstrução de princípios fortemente instituídos (PEREIRA et al, 2007).

No modelo de atenção atual, uma das estratégias do tratamento é a valorização da dinâmica familiar ainda que, muitas vezes o familiar apresenta-se aos serviços simplesmente como “informante” das alterações apresentadas pelo doente mental e deve, por conseguinte, obedecer passivamente as prescrições dadas pelo tratamento oferecido (BREDA et al, 2011).

Portanto, acolher suas demandas, considerando as vivências inerentes a esse convívio, promovendo o suporte possível para as solicitações manifestas pelo grupo familiar continuam a ser o maior projeto de superação.

Um estudo feito por COLVERO (2004) com familiares de portadores de transtorno mental concluiu que eles têm extrema dificuldade de lidar com alguns comportamentos, dentre eles, as alucinações, delírios, distúrbios do pensamento, comportamento de auto e hetero-agressividade. Relataram ainda sentir insegurança, são sujeitos ao isolamento social, possuem receios, dúvidas, enfim, não compreendiam plenamente a doença mental de seu parente.

Para o PSF, o núcleo básico de abordagem é a família e seu espaço social, e não mais o indivíduo, caracterizando o trabalho pela atuação em equipe. Nesta proposta, a família é escolhida em seu contexto sociocultural, como núcleo básico no atendimento à saúde para implementação de transformações significativas das práticas e saberes na área de saúde mental. Dessa forma, se o profissional investir nas potencialidades da família, ela poderá lidar com as limitações que a doença mental lhes impõe, valendo-se da rede social de apoio disponível na sua comunidade (MACHADO, MOCINHO, 2003).

As redes sociais são de extrema significância "tanto do ponto de vista da reconstrução de um cotidiano, muitas vezes perdido pelo sofrimento psíquico, como importante suporte no tratamento a partir dos diversos dispositivos de apoio e de solidariedade. Os suportes sociais recebidos e percebidos pelas pessoas são fundamentais para a manutenção da saúde mental, haja vista que uma rede social fortalecida ajuda o indivíduo a enfrentar situações estressantes (BRUSAMARELLO, 2011).

Por outro lado, o tratamento aos portadores de sofrimento psíquico requer um projeto individualizado, que não perca de vista a noção de conjunto, devendo demonstrar-se atento ao tempo de cada um, com perspectivas de possibilitar, ao longo do processo, o aumento de seu coeficiente de autonomia e de escolha.

Um dos meios mais adequados para a prática clínica com qualidade é o fortalecimento de vínculos entre pacientes, famílias e comunidade com a equipe e com alguns profissionais específicos que lhe sirvam de referência. Os agentes e os outros integrantes da equipe de saúde da família estabelecem vínculos com os usuários conhecem de modo progressivo a biografia de seus pacientes e solicitam apoio para suportar as relações com as pessoas que tradicionalmente são atendidas pela saúde mental (DELFINI et al, 2011).

Impõe-se também a implantação da equipe de apoio matricial que constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável, compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da atenção básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos (BRASIL,2003).

A co-responsabilização dos casos entre as equipes visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local, sem encaminhamentos.

As oficinas terapêuticas são uma boa alternativa no processo de reabilitação psicossocial, em geral, elas não devem ser entendidas como um procedimento, mas como uma prática de oportunidades, de novas formas de sociabilidade, de acesso e exercício de direitos: lugares de diálogo e de produção de valores que confrontem os pré-conceitos de incapacidade, de invalidação, de anulação da experiência da loucura, enfim, da construção da cidadania (MINAS GERAIS, 2006). Todavia, apesar da eficácia dessas oficinas os usuários e familiares apresentam resistência em aderir a essa modalidade de tratamento, pois muitos acreditam estar nos medicamentos a solução para o sofrimento mental.

As visitas domiciliares e seus desdobramentos (encaminhamentos com responsabilização, atendimentos conjuntos e outras estratégias) também fazem parte do trabalho territorial. Geralmente, são realizadas com a equipe de saúde mental, em situações de maior vulnerabilidade, de crise e riscos de internações psiquiátricas, conflitos familiares, sofrimento psíquico intenso e casos que não chegam aos serviços de saúde mental, como pessoas violentadas, ameaçadas e aprisionadas. Um dos objetivos das visitas domiciliares é o de fortalecer o vínculo da equipe de saúde da família com a sua comunidade, principalmente do agente comunitário, já que é esse profissional que mais tem contato e está implicado no cuidado cotidiano com as pessoas (DELFINI et al, 2011).

Considerando então que, segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde (2001), a saúde mental é tão importante como a saúde física para o bem-estar dos indivíduos, das sociedades. No contexto dos cuidados primários, torna-se fundamental possibilitar a acessibilidade aos serviços de saúde mental e à rede que compõe esses serviços. Nesse sentido, de acordo com o referido relatório é necessário também reconhecer a frequência dos transtornos mentais, a sua susceptibilidade ao tratamento, o processo de recuperação e o respeito pelos direitos humanos das pessoas que demandam cuidados em saúde mental.

Vale ressaltar ainda que, segundo Martins (2011) é grande a responsabilidade da equipe saúde da família e seu trabalho interdisciplinar para o tratamento efetivo do usuário, pois não basta somente o médico prescrever o medicamento; é necessário o constante acompanhamento, a presença da equipe no domicílio do usuário oferecendo apoio aos familiares e avaliando a resolutividade do tratamento. A relação profissional-cliente deve ser baseada no respeito

mútuo e na confiança assim como a equipe profissional deve ter consciência de qual tratamento é mais indicado em como reconhecer as limitações e realizar encaminhamentos para outros profissionais, sempre quando houver necessidade.

## **5. O PLANO DE INTERVENÇÃO**

### **5.1 Contextualização Do Município**

Fundamentado na revisão de literatura e diante da problemática referente à fragilidade da atenção primária do município de Espinosa em prestar assistência aos portadores de sofrimento mental grave, este estudo propõe a formulação de uma proposta de intervenção com a finalidade de contribuir para a organização da rede de atenção em saúde mental.

O município de Espinosa localiza-se no norte do estado de Minas Gerais, a 660Km da capital Belo Horizonte. Possui uma população de 31.113 habitantes de acordo com o IBGE (2010), sendo que 57,9 % estão na área urbana.

Possui uma rede de saúde pública composta de oito unidades básicas de saúde, onze equipes saúde da família cobrindo 100% da população, seis dessas equipes possuem equipe de saúde bucal; uma equipe de NASF (composto por psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, educador físico, assistente social, nutricionista), uma clínica de fisioterapia/fonoaudiologia, uma farmácia popular, um laboratório de análises clínicas, um hospital geral de pequeno porte.

Os atendimentos especializados atendidos no município são: cardiologia, ortopedia, cirurgia geral, pediatria, ginecologia e psiquiatria. As demais especialidades são referenciadas para o pólo microrregional em Janaúba ou macrorregional em Montes Claros.

No que tange à assistência à saúde mental, a rede municipal, embora fragilizada, é composta pela atenção primária em saúde, NASF, Associação de Pais e Amigos Excepcionais (APAE), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e pelo atendimento psiquiátrico a cada quinze dias.

Ainda não foi implantado o Centro de Assistência Psicossocial (CAPS) no município contribuindo para um grande vazio assistencial. Os usuários que necessitam desse serviço são encaminhados para o CAPS de referência em Janaúba a 120 Km de Espinosa porém, pela dificuldade de acesso, esse serviço é pouco utilizado.

Os atendimentos feitos pela equipe saúde da família são com maior frequência para os casos agudos (diarréia, vômitos, dores em geral, febres) e para as condições crônicas como hipertensão, diabetes, gravidez, tuberculose, hanseníase, HIV/Aids, saúde mental.

Foi solicitado pela gestão municipal de saúde às equipes saúde da família um levantamento do número de portadores de transtornos mentais graves com seu respectivo diagnóstico de cada área de abrangência. No entanto, constatou-se que nos prontuários das unidades básicas de saúde não existia essa informação ou não existia prontuário do usuário. Em alguns casos, o enfermeiro e o agente comunitário sabiam identificá-lo, porém não sabiam qual era o seu diagnóstico. Essa situação remete à constatação que há uma grande falha na assistência em saúde ao portador de sofrimento mental, pois a equipe saúde da família ainda tem dificuldades em responsabilizar-se pelos mesmos.

## 5.2. Os Atores Em Cena

AÇÃO	CONDUTAS	ATORES
Identificação /Busca do usuário portador de sofrimento mental.	Identificar na área de abrangência do PSF usuários que estão negligenciados por falta de uma abordagem mais aprofundada da equipe.	Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde
Acolhimento	Deve começar na recepção. Deve-se escutar a queixa do usuário/familiar, prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização. Realizar o atendimento na UBS ou propor encaminhamento adequado para outros serviços	Recepcionistas, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde
Atendimento/consulta de enfermagem e consulta médica	O atendimento deve <b>ser focado na pessoa como um todo</b> e não apenas na exploração das queixas físicas apresentada. Deve-se ficar atento as seguintes situações: <ul style="list-style-type: none"> <li>• demanda por atenção de forma inapropriada ou urgente;</li> <li>• aumento na frequência de consultas ou solicitação de exames sem necessidade aparente;</li> <li>• manifestações emocionais inesperadas ou desproporcionais durante as consultas;</li> <li>• relacionamentos interpessoais muito instáveis;</li> <li>• circunstâncias sociais geradoras de estresse ou perda importante (morte de ente querido, desemprego, violência, etc.).</li> </ul> <b>Expressar empatia é muito importante</b> - Implica certo grau de solidariedade	Médicos, enfermeiros,

	<p>emocional, tentando compreender os pensamentos e emoções, colocando-se no lugar do indivíduo.</p> <p>Conversas com acompanhantes devem ocorrer, de preferência, na presença do paciente.</p>	
Abordagem Psicoterápica	<p>Os procedimentos básicos do tratamento de apoio consistem em: Promover um relacionamento terapêutico de confiança, ouvir as preocupações dos pacientes; encorajar a expressão das emoções; identificar e estimular qualidades não desenvolvidas; dar informações e explicações úteis; avaliar a necessidade de introduzir uma medicação. As sessões de terapia de apoio geralmente são breves, duram aproximadamente 15 minutos e inicialmente são de frequência semanal. Com o passar do tempo, as sessões poderão ser espaçadas e uma proposta de alta do atendimento poderá ser combinada com o paciente, deixando retornos em aberto, quando necessário. O encaminhamento para serviços de saúde mental pode ser considerado caso não se observe melhora do paciente após as medidas de apoio terem sido instituídas na unidade básica de saúde</p>	<p>Medico, Enfermeiro, profissionais do Núcleo de apoio à saúde da família (NASF)</p>
Matriciamento na Atenção Primária em Saúde	<p>Organizar uma equipe de apoio matricial composta por um médico psiquiatra (ou generalista com capacitação em saúde mental), psicólogo, assistente social para ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, discussão de casos mais graves, construção de plano terapêutico em conjunto além de participar das iniciativas de capacitação dos profissionais da APS.</p>	<p>Medico psiquiatra ou com especialização em saúde mental, psicólogo, assistente social.</p>

Abordagem de suporte	O trabalho de secretariado consiste em um componente da equipe de saúde, de preferência o ACS, prestar suporte ao usuário e/ou familiares quanto a administração de medicamentos, comparecimento à consultas entre outras atividades	Agente Comunitário de saúde
Atenção à família	A equipe de saúde deve dar suporte à família realizando um acolhimento adequado, ouvindo suas queixas e dificuldades para cuidar do portador de sofrimento mental, considerando as vivências inerentes a esse convívio . A equipe deve considerar a família como uma parceira fundamental para o cuidado O elo família/profissional/ serviço de saúde deve estar bem fortalecido.	Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, profissionais do NASF
Visita Domiciliar	A visita domiciliar pelo ACS deve ser obrigatoriamente uma vez ao mês e, quando houver necessidade , pode ocorrer com mais frequência. Nela o ACS troca informações importantes com o usuário e seu familiar como: uso da medicação, aspectos do comportamento no domicílio, agendamento de consultas e exames, entre outras. O médico, enfermeiro e técnico de enfermagem devem realizar a visita sempre quando o usuário estiver impossibilitado de comparecer a unidade de saúde seja pelo agravamento de seu quadro, receio ou por resistência ao tratamento.	Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, profissionais do NASF
	Os profissionais da ESF devem articular-se com a rede social para desenvolver atividades terapêuticas de grupo para os portadores de saúde mental e seus	Médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde,

Oficinas, reuniões terapêuticas	familiares com o objetivo de fazer circular a palavra, troca de afetos, de experiência de vida, aquisição de habilidades. Nas oficinas prioriza-se as potencialidades e a reinserção social dos usuários. Inclusive, os profissionais devem inseri-los nos grupos de hipertensos, mulheres, diabéticos, adolescentes entre outros realizados na unidade básica de saúde.	profissionais do NASF, outros profissionais e voluntários do município.
Reinserção Social	A equipe da atenção primária deve superar os receios em cuidar do portador de sofrimento mental e praticar a política de humanização da assistência de forma a melhor inseri-lo no seu meio, dando-lhe a assistência devida, oportunizando mais espaços de socialização, de recuperação de suas potencialidades (muitas vezes desprezadas), reabrindo sua comunicação na família e no seu ambiente social, trazendo a ele possivelmente um sentido mais significativo de existência. Isto significa incluir a família no tratamento, dando-lhe suporte, além de ampliar a compreensão da dinâmica das suas relações, com vistas a nortear a atenção dispensada à este núcleo social.	Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, profissionais do NASF
Responsabilização compartilhada	Quando o usuário necessitar de internação a equipe da atenção primária sempre deve lembrar que este continua sendo de sua responsabilidade. Desse modo, deve-se procurar informações sobre o processo da internação e quais as recomendações que a equipe hospitalar fizeram para a alta assim como realizar visita domiciliar para estabelecer novos cuidados para com o usuário e seus familiares.	Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde.

Capacitação de profissionais	Para superar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais na assistência à saúde mental nas unidades básicas de saúde precisa-se desenvolver no profissional de saúde habilidades para saber/fazer: acolhimento, escutar as pessoas, incluí-las nas atividades coletivas; exercer a “expressão ‘responsabilizar-se’ pelas pessoas que estão sendo cuidadas” para estruturar vínculos afetivos e de compromisso no processo de ajuda à pessoa em sofrimento psíquico e família. Os gestores de municipais devem propor capacitações para desenvolvimento de competências e habilidades nos profissionais da rede de serviços municipais.	Gestor municipal e coordenadores locais

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Psiquiátrica é um marco importante que desencadeou mudanças na legislação e no modelo assistencial para os portadores de sofrimento mental. A configuração de uma nova rede de assistência e criação de novos serviços substitutivos objetiva garantir para esse grupo um atendimento humanizado e integralizado. Destacando-se aí, a as ações de saúde mental na atenção básica, ou seja, nas equipes de saúde da família que por sua característica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento.

Neste trabalho observou-se que a produção do cuidado em saúde mental na atenção primária em saúde é fundamentalmente importante devido à articulação entre esta e os demais recursos territoriais que potencializam o cuidado em direção à autonomia e ao resgate do lugar social do usuário - relações pessoais e familiares, sociais, econômicos, culturais e de lazer. Para melhor abordagem dos usuários portadores de transtornos mentais são necessários recursos como a comunicação terapêutica por meio de atendimentos individuais e em grupo, oficinas de sensibilização e a possibilidade do vínculo e parceria com os familiares.

No entanto, os estudos que fundamentam o presente trabalho apontam fatores que dificultam o trabalho da ESF em saúde mental, quais sejam: ausência de um processo de educação permanente em saúde mental para todos os profissionais, falta de vínculo entre os usuários e seus familiares com a equipe de saúde, a resistência dos profissionais em responsabilizar-se pelos problemas mentais dentro de seu território de atuação.

Percebe-se assim que é salutar para garantir a efetiva implementação da assistência humanizada de saúde mental na ESF do município de Espinosa a aplicação do plano de intervenção proposto neste trabalho contemplando tanto os aspectos técnicos como os relativos à promoção da saúde, assistência, reabilitação social, abordagem da família, cuidado psicossocial, quanto aqueles relativos à humanização das práticas para acompanhar as mudanças propostas pela reforma psiquiátrica brasileira.

Dessa forma, a superação dos desafios ainda existentes no Programa Saúde da Família requer a construção de novos caminhos bem como a perspectiva de novas práticas assistenciais.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, A. L. et al . As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. **Texto contexto – enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 1, mar. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072011000100010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100010&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 11 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas / departamento de atenção básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde Mental e Atenção Básica - o vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica**. Brasília, 2003. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>. Acesso em 20 de ago. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

BREDA, M. Z. et al . Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, June 2005 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000300021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 17 ago. 2011.

BRUSAMARELLO, T. et al . Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. **Texto contexto – enferm**, Florianópolis, v. 20, n.1,mar. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072011000100004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100004&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 18 ago. 2011.

CAMPOS, F.C.C., FARIA, H.P., SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

COLVERO, L.A.; IDE, C. A. C.; ROLIM, M. A.. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.38, n.2, jun. 2004.Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080)>. Acessos em 20 ago. 2011.

DELFINI, P. S. S. et al . Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000800021&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800021&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 19 ago. 2011.

JUCA, V. J.S; NUNES, M.O; BARRETO, S. G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, fev. 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100023&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100023&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 20 ago. 2011.

LUCCHESI, R. et al . Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, set. 2009.Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000900017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000900017&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 10 nov. 2011.

MACHADO, A. P. C; MOCINHO, R. R. Saúde Mental: Um desafio no Programa Saúde da Família. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre,v. 17,n. 2, jul./dez. 2003.Disponível em [http://www.esp.rs.gov.br/img2/v17n2\\_18saudental.pdf](http://www.esp.rs.gov.br/img2/v17n2_18saudental.pdf). Acesso em 17 ago.2011.

MARTINS, A. A. Abordagem **de saúde mental na atenção primária - revisão de literatura**. 2011. 31f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, 2011. Disponível em <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2802.pdf>. Acesso em 25 nov. 2011.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção em Saúde Mental: Linha Guia da Saúde Mental**. Belo Horizonte, 2006.

NEVES, H. G; LUCCHESI, R.; MUNARI, D. B. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. **Rev. bras. enferm**, Brasília, v. 63,n.4, ago.2010.Disponível em<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000400025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400025&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 17 nov. 2011.

NUNES, M.; JUCA, V. J; VALENTIM, C. P. B.. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, out. 2007. Disponível em<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007001000012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000012&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 19 ago. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. 1ª ed. Lisboa, 2002. Disponível em [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf). Acesso em 20 ago. 2011.

PEREIRA, M. A. O. et al . Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.41, n.4, dez.2007.Disponível em<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342007000400005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000400005&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 20 ago. 2011.

SILVA, A. T. M. et al . A saúde mental no PSF e o trabalho de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 4, ago. 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672005000400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000400006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 15 ago. 2011.