

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

**SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE DE SARZEDO:  
UMA INSERÇÃO SOCIAL DOS PORTADORES DE TRANSTORNO  
MENTAL**

**Nerma Judite Ferreira**

**Pompéu/ MG**

**2013**

**Nerma Judite Ferreira**

**SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE DE SARZEDO:  
UMA INSERÇÃO SOCIAL DOS PORTADORES DE TRANSTORNO  
MENTAL**

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: Patrícia da C. Parreiras

**Pompéu /MG**

**2013**

**Nerma Judite Ferreira**

**SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE DE SARZEDO:  
UMA INSERÇÃO SOCIAL DOS PORTADORES DE TRANSTORNO  
MENTAL**

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: Patrícia da C. Parreiras

Banca Examinadora

Profª Patrícia da C. Parreira - Orientadora

Profª Eulita Maria Barcelos - Examinadora

Aprovada em Belo Horizonte: 03 /08 /2013

## ***DEDICATÓRIA***

À minha irmã, Dalva Ester, pela presença constante em minha vida, que tanto esforço faz para que alcance meus objetivos, pelo incentivo, pelo ombro amigo nos momentos de desalentos. Sou grata por você existir.

## **AGRADECIMENTOS**

- ✓ À Deus por estar sempre iluminando e abençoando minha vida. Sou grata a Este Pai bondoso e misericordioso que sempre cuida de seus filhos.
- ✓ À minha orientadora Prof<sup>a</sup> Patrícia C. Parreiras, pela compreensão e por estar presente nesta etapa de minha formação. Sou grata por possibilitar que este trabalho fosse executado.
- ✓ À Prof<sup>a</sup> Virgiane B. de Lima pela confiança e estímulo; de grande significado na concretização do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, o qual será de suma importância para o meu crescimento profissional.
- ✓ Aos meus familiares que sempre dão o suporte necessário para que cada dia eu torne uma pessoa melhor.
- ✓ Agradeço de forma especial ao Dr. Roberto E. Righi Jr., coordenador do SESAMES, cuja experiência no campo da saúde mental foi fundamental para o entendimento e compreensão da singularidade da abordagem ao portador do transtorno mental.
- ✓ Aos funcionários do SESAMES pela receptividade e simpatia em atender-me.
- ✓ A todos aqueles que, direta ou indiretamente, fizeram-se presentes nessa trajetória.

## RESUMO

A Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada do paciente no Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil, a Reforma Psiquiátrica culminou em uma maior interação entre a Atenção Primária à Saúde e a Saúde Mental, transformações das instituições, e transformações culturais de forma a romper paradigmas reconceituando a doença mental. O trabalho em tela realizado a partir de leituras exploratórias, analíticas e interpretativas sobre a reinserção dos portadores de transtornos mentais na comunidade, reflexão sobre a realidade da assistência à saúde mental, mediado pelo levantamento das informações já existentes no Serviço de Saúde Mental de Sarzedo, SESAMES, objetivou relatar o atendimento da rede de apoio secundária, SESAMES, e sua interlocução com a cidadania do portador de sofrimento mental mediada através das novas formas de abordagem a este usuário. A pesquisa resultou no achado de que o SESAMES acompanha constantemente 579 pacientes, realiza atividades e ações preconizadas pelas diretrizes e legislação pertinentes e ainda, é responsável por uma população que atualmente é de 27104 residentes. Todavia apesar das ações que estão sendo desenvolvidas verifica-se aumento significativo no número das internações nos anos de 2010 e 2011. Portanto apreende-se a importância de que novas formas de abordagem, dimensionamento dos aspectos relacionados ao tratamento e ao manejo clínico sejam efetivadas.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Oficinas Terapêuticas.

## ABSTRACT

The Primary Health Care is the gateway to the patient in the SUS (Unified Health System). Psychiatric Reform in Brazil resulted in greater interaction between Primary Health Care and Mental Health, transformations of the institutions and cultural in order to break paradigms, reconceptualizing the mental illness. The screen work performed from exploratory, analytical and interpretative reading about the reintegration of people with mental disorders in the community, reflection on the reality of mental health care, mediated survey of existing information on the Sarzedo Mental Health Services, SESAMES, aimed to report the attendance of secondary support network, SESAMES, and its dialogue with the citizenship of the bearer of mental distress mediated through new approaches to this user. The search resulted in the finding that, currently, the SESAMES constantly monitors 579 patients, conducts activities and actions recommended in accordance with the guidelines and legislation and also, is responsible for a population which is currently of the 27104 residents. However despite the actions that are being developed there was a significant increase in the number of hospitalizations in the years 2010 and 2011. So grasps the importance that new approaches, scaling aspects related to treatment and clinical management to be effective.

**Keywords:** Mental Health. Primary Health Care. Therapeutic Workshops.

## **LISTA DE SIGLAS**

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AIH – Autorização de Internamento Hospitalar

APS – Atenção Primária à Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA- Pronto Atendimento

PSF – Programa Saúde da Família

PTM – Portadores de Transtornos Mentais

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SESAMES – Serviço de Saúde Mental de Sarzedo

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

WHO – World Health Organization



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVO.....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 Geral.....</b>	<b>15</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>16</b>
<b>4 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
<b>4.1 A Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica no Brasil .....</b>	<b>17</b>
<b>4.2 Programa de Saúde da Família e Saúde Mental.....</b>	<b>20</b>
<b>4.2.1 Diagnóstico de Transtorno Mental na Atenção Básica .....</b>	<b>24</b>
<b>4.2.2 Ações de Saúde Mental em Sarzedo – MG.....</b>	<b>26</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>36</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No diagnóstico situacional realizado em dezembro de 2011, pela equipe do Programa Saúde da Família do município de Sarzedo- MG, no desenvolvimento de uma das atividades do módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde, disciplina obrigatória do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, os principais agravos identificados foram: hipertensão, diabetes e alcoolismo, nesta sequência, estas questões apesar de considerá-las importantes não despertou em mim o desejo de elaborar um estudo sobre elas. Consequente, o interesse a cerca da temática assistência à Saúde Mental foi suscitado pela disciplina Saúde Mental, em que foi observado incipiente conhecimento da área e uma deficiência quanto ao conhecimento da situação real da área de abrangência da equipe de Saúde da Família.

Uma curiosidade só pode nascer na experiência, e assim o objetivo é refletir, sobretudo, sobre nosso percurso profissional. Ao fazer um questionamento crítico, buscando compreender como o Programa Saúde da Família (PSF) tem delimitado o tratamento e aporte ao Paciente com Transtorno Mental (PTM), algumas indagações foram levantadas, como:

- ✓ Como têm sido disponibilizadas as ações em saúde para os portadores de sofrimento mental?
- ✓ Quais os resultados obtidos através das intervenções realizadas pelos serviços de saúde?
- ✓ Como, efetivamente, se descortina a rede de cuidado? Refletem no PSF?

Como pode ser visto muitas questões precisam ser investigadas para que seja compreendida a situação do acolhimento, tratamento e cuidado dos PTM. Soma-se ainda a dificuldade em lidar com as formas de apresentação do sofrimento mental, instabilidade dos vínculos sociais e das relações. Neste contexto, surge a vontade de buscar conhecimento sobre o tema Saúde Mental, em especial no contexto do Programa Saúde da Família (PSF).

Considerando que a Atenção Básica é a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS) então é o PSF que faz o primeiro contato com o

indivíduo. Sendo que neste primeiro momento é o enfermeiro que tem a oportunidade de acolher o paciente e pelo relato do mesmo, por meio da observação do comportamento apresentado e demandas trazidas delinear-se o plano terapêutico. Pode-se observar que muitos destes usuários apresentam sintomas relacionados com quadro de depressão, ansiedade, transtornos bipolares, entre outros. Daí insere-se a necessidade da busca de novos conhecimentos relacionados à saúde mental.

O Ministério da Saúde prevê que a atenção em saúde mental seja executada em redes, rompendo assim com os vieses das visões individualistas, além de permitirem o estabelecimento do respeito, vínculo entre profissionais e uma abordagem resolutiva (BRASIL, 2004 a). No município de Sarzedo, as ações de saúde mental acontecem nas Equipes nas equipes do PSF, no Serviço de Saúde Mental de Sarzedo e na Policlínica Oldack Rezende. Sendo que o primeiro atendimento em saúde mental acontece, na maioria das vezes, na atenção básica, porta de entrada no SUS. Há então, avaliação do quadro que direcionará a conduta. Os portadores de sofrimento mental leve são atendidos pela Equipe de Saúde da Família, os agravos graves são encaminhados ao Serviço de Saúde Mental de Sarzedo (SESAMES) ou à Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Portanto o elo entre os níveis secundário e terciário é o Programa Saúde da Família (PSF).

Em 2006, iniciou-se em Sarzedo a estruturação local do PSF, com implantação de 06 (seis) equipes para dar uma cobertura assistencial a 100% da população. Posteriormente foram implantadas mais duas equipes. As atuais 08 equipes são multiprofissionais, constituídas, cada uma delas, por 01(um) médico generalista, 01(um) enfermeiro, 02(dois) técnicos de enfermagem, 01(um) auxiliar administrativo, e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Tal composição vai ao encontro do que é sugerido pelo MS (Ministério da Saúde) (BRASIL, 2004 a). Contam também com o apoio das especialidades: pediatria e ginecologia. A equipe do PSF pode ser ampliada com a participação de um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (BRASIL, 2004 a).

As equipes do PSF, do Município de Sarzedo, atuam na promoção, prevenção e manutenção da saúde no que diz respeito às doenças e agravos mais frequentes e cobertura de uma população em torno de 27.104 habitantes. A atuação

das equipes do PSF ocorre nas unidades básicas de saúde e nas residências da população. Cabe ressaltar que, o trabalho em equipe destaca-se no conjunto de características do PSF como um dos pressupostos mais importantes para a reorganização do processo de trabalho, enquanto possibilidade de uma abordagem mais completa (MARQUES *et al.*, 2007).

A equipe Estratégia Saúde da Família na qual estou inserida, Equipe Laranja do Bairro Masterville, possui 1.932 pessoas cadastradas perfazendo um total de 530 famílias cadastradas e que estão sendo acompanhadas efetivamente (Ficha A, SSA2 de dezembro de 2011).

Cotidianamente, no PSF Masterville, são atendidos usuários que apresentam sintomatologia física, mas que ao serem acolhidos identifica-se uma complexidade de desordens psíquicas e emocionais (aproximadamente 20% tem um ou mais sintomas mentais), isto é, transtornos mentais e de comportamentos. Este não é um fato isolado e específico do PSF Masterville, pois segundo a OMS são recorrentes na APS (OMS, 2001).

Estimativas internacionais e do Ministério da Saúde quantifica que em torno de 3% da população (5 milhões de pessoas) necessita de cuidados contínuos (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) (BRASIL, 2009).

Pode-se dizer que qualquer ser humano (em torno de 10 % da população adulta) ao longo de sua vida, terá momentos de desequilíbrio mais ou menos profundos e dependendo da intensidade do seu sofrimento e de suas condições mentais básicas, poderá ser um transtorno mental mais ou menos grave, mais recuperável ou menos recuperável, mais passageiro ou mais permanente (OMS, 2001). Disso pode concluir que transtornos mentais são muito frequentes e, nenhum grupo social, racial, econômico ou de faixa etária é poupada. Apesar disto, transtornos mentais ou sintomas psicológicos são pouco identificados, “referidos ou tratados, e tendem a ser subestimados por profissionais de saúde, principalmente quando sintomas físicos estão presentes” (WHO, 1994 citado por BANDEIRAS; FREITAS e CARVALHO FILHO, 2007, p.42).

Contudo enfrenta-se no cotidiano do serviço da ESF do Bairro Masterville o despreparo da equipe em atender a este público em questão, conciliando com outras demandas. Porém não podemos perder de vista a necessidade constante de procurarmos dar resposta efetiva aos portadores do sofrimento psíquico, seja através da escuta qualificada em interface com aperfeiçoamento técnico. Não se pode esquecer, também, que a ocorrência de uma doença grave e de longa duração, como a doença mental, ativa uma série de respostas nas pessoas de seu grupo social, especialmente, entre aquelas do convívio familiar (COLVERO; COSTARDI e ROLIM, 2004).

A colocação que se depreende é de que frequentemente não é possível associar quadro orgânico às queixas trazidas pelos usuários, observa que se têm mais demandas de ordem psicossocial. Nessa compreensão, a ênfase na dimensão subjetiva dos usuários, a busca da integralidade em interface às ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado (DELFINI, et al., 2009)

Salles e Barros (2009) argumentam que o paciente deve ser considerado em seu contexto sociocultural e, que seja atendido de forma mais humana e participativa, abarcando os níveis de assistência primários, pela promoção a saúde mental, e secundário, evitando crises e internação, de maneira articulada com os serviços existentes.

O universo de investigação é complexo, porém têm-se várias contribuições interdisciplinares relevantes sobre a temática, o que nos permite aprofundar o conhecimento e *quicá* contribuir para a melhoria do serviço da Atenção Básica à Saúde.

O trabalho centra-se em conhecer a rede de apoio secundária de Sarzedo SESAMES, e sua interlocução com a cidadania do portador de sofrimento mental mediada através das novas formas de abordagem a este usuário. Além disto, descrever como tal serviço e as ações desenvolvidas pela rede de apoio secundária reflete no curso de vida do mesmo. Pode-se dizer que se encarregar pelo atendimento do doente mental na comunidade costuma depender da construção de novos recursos terapêuticos além de medicação e escuta, tais como: visitas domiciliares, reuniões com a família, agenciamento de escola, passeios, oficinas,

entre outros. Concomitante, pretende descrever as ações que o ESF pode realizar em relação ao PTM, seja na promoção à saúde, prevenção e tratamento.

Em suma o conhecimento da realidade da atenção à saúde mental ofertada à população de Sarzedo e suas necessidades pauta-se em integrar saberes, visto que, a fragmentação das competências profissionais impede a compreensão total dos problemas e limita o alcance dos projetos terapêuticos.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 Geral:**

- ✓ Relatar o atendimento da rede de apoio secundária de Sarzedo SESAMES, e sua interlocução com a cidadania do portador de sofrimento mental mediada pelas novas formas de abordagem a este usuário.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório descritivo. Neste sentido, foi realizada uma pesquisa bibliográfica para investigação do tema abordado. A busca bibliográfica foi realizada em estudos indexados nos bancos de dados eletrônicos: LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, SCIELO – Scientific Electronic Library Online, Web of Science. Foram também utilizados os arquivos completos e disponíveis na Biblioteca Virtual da NESCON/UFMG. Posteriormente foram definidos os descritores (palavras-chave) “saúde mental”, “saúde da família” e “oficinas terapêuticas”. Da busca total foram priorizados os textos publicados nos últimos dez anos (período: 2002 a 2012).

Após o levantamento das publicações foram selecionados artigos científicos publicados no idioma português e que atendiam o objetivo do trabalho. Foi realizada a leitura atenta e seletiva de todo material.

Além disto, optou-se pela realização de leituras exploratórias, analíticas e interpretativas sobre a reinserção dos portadores de transtornos mentais na comunidade e, pela reflexão sobre a realidade da assistência à saúde mental. Neste sentido foram utilizados os relatórios de gestão do Serviço de Saúde Mental de Sarzedo dos anos de 2006 a 2011. Alguns dos dados presentes nestes relatórios estão disponíveis no site DATASUS do Ministério da Saúde, via internet, utilizando como área de referência o município de Sarzedo.

Resumidamente intenta-se explorar para conhecer e ao fim refletir sobre a resposta assistencial que tem sido disponibilizada, trazendo, sempre que possível, as determinações sociais, políticas, culturais e econômicas. Assim, foi necessária uma aproximação mais concreta no serviço de saúde mental e interação com os agentes produtores de cuidados. Neste sentido, foram realizadas visitas ao SESAMES para conhecer melhor o mesmo.

O SESAMES foi escolhido por ser o serviço especializado de referência ao tratamento do portador de transtorno mental. Finalizando, apresentam-se discussão dos dados e considerações finais desenvolvidas a partir do conteúdo da análise.



## 4 REVISÃO DA LITERATURA

### 4.1 A Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica no Brasil

No Brasil, do século XVI ao início do século XIX, a loucura se fez presente no convívio social, sendo o seu portador apenas eventual e temporariamente encarcerado nas prisões públicas da época. “No entanto, a partir do início do século XIX, a loucura começou a ser reconhecida como desordem, perturbação da paz social e obstáculo ao crescimento econômico” (RESENDE, 1990 citado por VECHI, 2004.p.489).

No Brasil a reforma psiquiátrica tem como marco a Declaração de Caracas/1990, em que o governo brasileiro se comprometeu a reestruturar a rede de assistência ao portador de transtorno mental (MINAS GERAIS, 2006). Essa é resultado de um longo processo em que não somente os aspectos mais específicos da organização dos serviços de saúde mental são questionados, mas o sistema de saúde em sua totalidade. Portanto, a Reforma Sanitária busca essencialmente não somente transformações das instituições, mas também uma transformação cultural de forma a romper paradigmas (MARCON; ATAÍDE e OLIVEIRA, 2007).

Colvero e colaboradores (2004, p. 200) reconceitua a doença mental e diz que a mesma “deve ser compreendida como um fenômeno complexo e histórico, atravessado pelas dimensões psicossociais que determinam o processo saúde-doença mentais”.

Estudo realizado por Pereira; Machado e Nascimento, (2008) constataram que o imaginário construído a cerca da loucura está pautado em representações que reportam ao distanciamento, exclusão, periculosidade, intolerância. Conceitos estes que influenciam posturas e, à medida que as mudanças vão ocorrendo aflora dificuldades de convivência, enfrentamento de conflitos e busca de apoio. A exclusão nos chamados hospícios dava-se ou por motivos de eficácia do tratamento, ou porque suas causas estavam associadas às relações familiares, ou ainda, porque o doente mental representava perigo ao grupo social, daí a dificuldade de “controlá-lo” (COLVERO; COSTARDI e ROLIM, 2004).

Segundo Gonçalves (2009, p.105) o “preconceito com a loucura e da exclusão do portador de transtorno mental ainda permanece presente no meio social e nos profissionais de saúde”.

Entre os avanços na área de saúde mental em Minas Gerais destacam-se a aprovação das Leis estaduais nº 11.802, de 1995 e nº 12.684, de 1997, que preconizam a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, reintegração social do portador de sofrimento mental e ainda determina as ações e serviços de Saúde Mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Estas leis foram fortalecidas e referendadas pela Lei nacional nº 10.216, de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (MINAS GERAIS, 2006).

Consequente pode-se ressaltar que “as políticas de saúde são criadas para minorar as desigualdades sociais, econômicas e de acesso aos serviços que existem em nosso país” (PEREIRA, A. A, 2009, p. 22). Contudo essas não deixam de ser impregnadas de uma visão de mundo e, segundo Severo et al. (2007) é imperativo que lutemos para que adotem perspectivas mais amplas.

A reformulação terapêutica, diretriz do movimento da Reforma Psiquiátrica, tem como base os princípios do SUS e visa tornar possível o resgate da história dos portadores de transtorno mentais que viviam confinados no interior das instituições (AMARANTE, 2007; SOUZA, 2006). Tal reformulação baseia-se em elaborar modos mais humanizados e, desenvolvimento de estratégias que amplie fronteiras de cuidado. O desafio que se insere agora é cuidar sem segregar. Por isso a Política Nacional de Saúde Mental reforça a atenção de base territorial, o que pode ser observado pela diminuição de leitos psiquiátricos e no aumento do número de Centros de Atenção Psicossocial (MARCON; ATAÍDE e OLIVEIRA, 2007; SOUZA, 2006).

A ação em saúde voltada para o cuidado à saúde mental teve seus paradigmas mudados da institucionalização para o da desinstitucionalização MINAS GERAIS (2006). O paciente deixava sua comunidade para ser internado e tratado em grandes asilos. Já com a reforma psiquiátrica o movimento é o inverso, orientado pelo esforço da desinstitucionalização o doente mental deve deixar os hospitais e retornar à sua comunidade. Consequente é requerido implementação de uma rede

alternativa sólida e potencialização do papel dos familiares nos cuidados aos portadores de transtorno mentais, isto é, desinstitucionalizar e institucionalizar são processos simultâneos (BRASIL, 2002; OMS, 2001). O que permite dizer que no modelo de atenção atual é preconizado a diminuição da oferta de leitos hospitalares psiquiátricos e a criação de serviços substitutivos de atenção à saúde mental.

Nesse aspecto, em especial, tem-se a reformulação da relação terapêutica; necessidade de abordagem interdisciplinar devido ao fato de o transtorno mental possuir caráter inter e transdisciplinar (WIDMAN; ELSEN, 2005). Em tela busca-se reorientar o modelo predominante para viabilizar intervenções eficazes, que acontece através do PSF e tem como essência a integralidade do cuidado, ou seja, interfacetar problemas do corpo e da mente numa visão transdisciplinar. Necessidade, resultante da complexidade da demanda dos pacientes e seus familiares em diferentes etapas do curso da doença (OMS, 2001).

Apesar dos diversos avanços evidenciados, a partir da reforma psiquiátrica, tanto em nível local quanto nacional, ainda tem-se muitos desafios e impasses na gestão de uma rede de atenção em saúde mental para “o cuidar” em liberdade. Alguns desses pontos são: aumento considerável da demanda em saúde mental (especialmente os casos de usuários de álcool e outras drogas, bem como de atenção para crianças e adolescentes); fragilidades em termos de abrangência, acessibilidade, diversificação das ações, qualificação do cuidado e da formação profissional, bem como um imaginário social calcado no preconceito/rejeição em relação à loucura (ALVERGA e DIMENSTEIN 2006).

O desafio que se coloca então é cuidar das pessoas, acolher seus sofrimentos, encontrar maneiras de superar suas dificuldades, pois segundo Delfini *et al.* (2009) a observância do grupo familiar em detrimento à redução do sujeito à doença e o trabalho multidisciplinar é enriquecedor para a assistência e desmistificação de preconceitos.

De maneira geral, pode-se dizer que os serviços de saúde mental devem garantir a construção de projetos de inserção social, respeitando individualidades, rompendo com o ócio forçado quanto com o trabalho forçado que caracterizavam o hospital psiquiátrico (BRASIL, 2002; MINAS GERAIS, 2006). Ainda deve centrar-se nas necessidades dos usuários e no compromisso do município em promover ações

intersetoriais (DELFINI *et al.* 2009; PEREIRA e VIANNA, 2009). Além disso, deve a *priori* abrir perspectivas de reconstrução de novas possibilidades na vida do PTM e, pode ser mediada por meio de formas diferentes de conceituação de “oficinas terapêuticas” inscritas em projetos políticos-institucionais singulares. Sendo que “as coisas não vão bem, quando a maioria dos usuários é mantida por muito tempo dentro dos seus limites” (MINAS GERAIS, 2006 p. 64): O que é devido ao fato de que as oficinas não significam necessariamente ruptura da lógica manicomial, quando funcionam descontextualizadas de sentido.

Assim pressupõe-se que a prática da assistência ao portador de transtorno mental articule: reabilitação psicossocial, exacerbação da utilização de recursos da comunidade, apoio matricial, responsabilização, entre outros, isto é, subteme-se o triplê: território, sujeito e subjetividade (BRASIL, 2004; DELFINI *et al.* , 2009).

Finalmente, com a presença nos serviços de assistência à saúde mental de agentes implementadores dos cuidados, que conduzem suas ações terapêuticas com o firme propósito de abranger as necessidades dos portadores de transtornos mentais e, sabedores das suas limitações, é possível desenvolver um trabalho em equipe com mais autonomia, culminando com a exacerbação das possibilidades do exercício da cidadania (habilitação de forma recíproca indivíduo e meio), restabelecimento das funções orgânicas, sociais e ambientais.

## **4.2 Programa da Saúde da Família e Saúde mental**

A assistência à saúde mental tradicionalmente esteve pautada no saber médico, baseado no modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e na exclusão social do doente mental (DELFINI *et al.* (2009). Modelo este que foi intensamente criticado pelos movimentos políticos, Movimento Sanitário e, que resultaram na promulgação da Constituição Federal de 1988, quando foi aprovada a lei de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (SESMG, 2006). Consequente o SUS apresenta-se como resultado de uma conquista que para efetivar-se requer participação popular e decisões das esferas públicas (MIELKE, 2009).

De modo que posterior à criação do SUS, o conceito de saúde mental é ampliado e volta-se para o entendimento de que resulta de diversos fatores, isto é,

tem-se uma visão menos reducionista da mesma com conseqüente expansão das significações e das modalidades de tratamento.

Em vista a abrir espaços de inclusão aos indivíduos, reorientar o modelo assistencial valorizando potencialidades e favorecendo vínculos, foi implantado no Brasil a partir de 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF). No período de 1994 a 2005, o PSF foi implantado e disseminado por diversas regiões do país, chegando, em 2005, a uma cobertura que atendia 78,6 milhões de pessoas. O PSF tem suas ações voltadas para práticas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e, se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde e ainda, busca efetivar os direitos dos portadores de transtorno mentais, reintegração na vida familiar e comunitária, isto é, volta-se para novas formas de atenção e reconhece a comunidade como locus de intervenção (BRASIL, 2004 a; MARTINS; BRAGA e SOUZA, 2009; MIELKE, 2009; PEREIRA, A. A., 2009). Estas ações são facilitadas, pois, o PSF possui uma característica imprescindível para o atendimento às famílias: “ter o domicílio como espaço terapêutico e a assistência humanizada como instrumento facilitador para criação de vínculos e aproximação dos profissionais com o cotidiano das famílias” (SOUZA, A. 2007, p.394).

A ênfase no desenvolvimento de ações preventivas e promocionais à saúde mental na atenção básica, ou seja, de práticas pautadas no território e articuladas em uma rede ampliada de serviços, é norteada pela Política de Saúde Mental e ideário da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002; NUNES *et al* 2007). Esta articulação vai refletir no atendimento dos demais serviços substitutivos, que são identificados como insuficiente na assistência da demanda diversificada (MIELKE, 2009). Contudo ainda observa-se descompasso entre o que legislação e diretrizes propõem e a realidade concreta (NUNES *et al*. 2007).

A Organização Mundial da Saúde reconhece que ao abrir espaço para o tratamento e acompanhamento dos transtornos mentais na Atenção Primária à Saúde (APS) tem-se exacerbação da acessibilidade, melhoria da atenção e redução do desperdício devido aos tratamentos desnecessários. O que também significa dizer que ao focar os recursos disponíveis na comunidade, a saúde mental passa a ser incluída na agenda do público e não na do profissional (OMS, 2001). Ressalvam-se ainda as recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que

indicam a responsabilidade da APS por 80% das necessidades de saúde da população, incluindo atenção em saúde mental.

No Brasil são poucas as investigações sobre transtornos mentais de pacientes acompanhados e tratados no PSF. Conseqüentemente não é verificada a efetividade dos programas de prevenção e tratamento desenvolvidos na assistência à saúde mental, o que pode está corroborando com a inviabilidade na provisão de recursos (MARCON; ATAÍDE e OLIVEIRA. 2007; NUNES *et al.*, 2007; PEREIRA;VIANA.2009).

Por outro lado, para reorientar o modelo assistencial e consolidar os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica é imprescindível criar indicadores de avaliação das políticas e serviços de saúde mental através do mapeamento da rede assistencial e análise epidemiológica dos problemas de saúde mentais prevalentes (BRASIL, 2002).

Portando faz-se necessária a construção de um sistema de informação em Saúde Mental pela APS que se constitua uma ferramenta de gerenciamento no setor subsidiando a tomada de decisões (MARCON, S. R.; ATAÍDE I. F. C.; OLIVEIRA, A. G. B., 2007). Tal sistema está em construção e, ainda o trabalho com indicadores em saúde mental é incipiente segundo MINAS GERAIS (2006). Problema que também é confirmado pela Organização Mundial da Saúde em OMS (2001, p.121) em que “é escassa a informação disponível sobre a prevalência e a carga dos grandes transtornos mentais e comportamentais em todos os países, e especialmente nos em desenvolvimento”, como também são deficientes estudos longitudinais referentes à progressão dos transtornos mentais e seu relacionamento com os determinantes biopsicossociais.

Assim o aprofundamento do conhecimento técnico e científico na abordagem ao usuário é imprescindível e, parte do pressuposto que a equipe do PSF conhece a população adscrita, a inserção dos sujeitos na cultura e nas redes de relações sociais, enfim suas necessidades de saúde, ou seja, abordar saúde mental em seus múltiplos aspectos requer oferta de suporte para encarar adversidades e, primordialmente promover ações à saúde em conformidade com as percepções e potencialidades dos sujeitos para os quais a intervenção se direciona.

A Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais – MINAS GERAIS (2006) e a OMS (2001) reconhece a importância de as equipes do PSF adquirir noções básicas de saúde mental em um grau de menor complexidade. Porém cabe à equipe de saúde mental oferecer respaldo à equipe saúde da família. Apontamento esse citado por Pereira e Vianna (2009) que sugere o matriciamento realizado pela equipe de saúde mental como forma de superar as deficiências na formação profissional dos profissionais do nível primário de atenção. E ainda, a partir do matriciamento “constrói-se um saber novo e híbrido, composto de diversas visões e experiências” (Delfini *et al.* , 2009, p. 1489) .

O Ministério da Saúde em Brasil (2004, b) situa o matriciamento como uma forma de conferir suporte técnico em áreas específicas às equipes que desenvolvem ações de cuidados básicas à população. Tal necessidade é imperiosa em virtude de a qualidade e quantidade dos serviços especializados em saúde mental serem dependentes diretamente dos serviços da APS.

Todavia Martins; Braga e Souza (2009) em levantamento bibliográfico identificam o reconhecimento da equipe do PSF de que estão desprovidos de conhecimento técnico suficiente para manejo adequado da clínica em saúde mental, destaca ainda a sobrecarga de trabalho, falhas no sistema de referência e contra-referência e de políticas públicas em âmbito municipal com ênfase na saúde mental e inserção desta na APS.

A lógica da referência e contra-referência significa que coexistam espaços distintos de cuidados, ou seja, intenta-se qualificar o serviço sem, que necessariamente ocorra interlocução entre os mesmos. Ainda subentende que rede de cuidados está sendo insuficiente na oferta dos serviços Brasil (2004a). Consequentemente os resultados são: encaminhamentos para outros serviços e a imperiosa necessidade de que sejam colocadas em prática as políticas públicas de saúde, com competência técnica para superar o modelo excludente de intervenção junto ao portador de transtorno mental.

O que aqui pode ser colocado é que práticas realizadas na APS nem sempre vão ao encontro dos ideários da Reforma Psiquiátrica, gerando por vezes indagações quanto à real contribuição da mesma para com o rompimento e a estigmatização que perpassa o conceito da loucura, desvalorização dos problemas

históricos vividos pelos Portadores de Transtornos Mentais (NUNES *et al.*; 2007; SEVERO *et al.*,2007; WAIDMAN; ELSEN, 2005). De maneira geral, é importante encontrar espaço na APS, e outros lugares mais interessantes para atender esta clientela em específico e ainda, o despreparo e a justificativa da indisponibilidade de tempo não podem ser motivos de encaminhamento para a atenção secundária (PEREIRA, A. A., 2009).

O espaço na APS deve favorecer o atendimento domiciliar, propiciando uma assistência mais humanizada, o que possibilita a promoção da saúde e redução das internações, contrapondo-se aos trabalhos desenvolvidos em hospitais psiquiátricos e em outras instituições de saúde voltadas para atividades técnica.

Nessa compreensão, a busca da integralidade em interface às ações de saúde mental, visa conhecer os dispositivos utilizados na rede corroborando no dimensionamento entre os mesmos e a demanda de cuidados ao portador de sofrimento psíquico. Isto é devido ao fato de a prática do trabalho na comunidade realizada em equipe surge como potencializadora e como instrumento de informação, orientação e reflexão na medida em que pode ajudar na desconstrução de uma ideia estigmatizada acerca dos transtornos mentais (GONÇALVES, 2009).

#### **4.2.1 Diagnósticos de Transtorno Mental na Atenção Básica**

Os estudos epidemiológicos em contextos de atenção primária têm sido baseados na identificação de transtornos mentais pelo uso de instrumentos de triagem, no diagnóstico clínico por profissionais de atenção primária ou mediante entrevistas para diagnóstico psiquiátrico (OMS, 2001).

Um diagnóstico objetivo e correto é um requisito essencial para uma intervenção adequada, em nível individual, tanto para a epidemiologia e a monitorização rigorosas, em nível da comunidade, quanto para a escolha do tratamento adequado. Para tanto, “ nos últimos tempos, os avanços nos métodos de diagnóstico vieram facilitar consideravelmente a aplicação de princípios clínicos e de saúde pública no campo da saúde mental” (OMS, 2001, p.34) .



O tratamento dos portadores de sofrimento mental leve como depressão leve (complexidade e recursos para cuidados menores), sintomas como insônia, leve agitação e/ou ansiedade, irritação, nervosismo, dependência de benzodiazepínicos, etc. (inclusive nos casos de oligofrenia que apresentem alguns destes) são conduzidos pela ESF. Assim, o usuário é acolhido e acompanhado quanto à medicação e continuamente avaliado domiciliarmente pelo agente comunitário de saúde (ACS). Para estas, e outras possibilidades terapêuticas a ESF conta com o apoio matricial em saúde mental (psicólogo, psiquiatra e farmacêutico), ou seja, o profissional que fez o acolhimento pode a qualquer momento recorrer a um colega para discutir o caso: por exemplo, o enfermeiro pode discutir com o psiquiatra se há ou não necessidade de medicação; o generalista pode discutir com a psicóloga se há ou não indicação para o tratamento específico em Saúde Mental.

Ressalta-se ainda que ao identificar uma desordem psíquica no usuário na ESF, faz-se avaliação do quadro clínico para posterior orientação quando ao manejo clínico, ou seja, filtram-se as necessidades de saúde e se necessário estabelece um elo entre a atenção secundária e terciária. No entanto as Unidades Básicas de Saúdes (UBS) não devem ser usadas somente como ponte para internamentos ou elo com a atenção secundária, mas como espaço acolhedor, que pode se dedicar a compreender os PTMs e agir como um dos suportes para sua permanência na família e no convívio com seus vizinhos e amigos. Neste sentido, abre-se espaço para buscar o cuidado ao invés da cura. Quanto ao cuidado é pressuposto não ser operado exclusivamente pelo psiquiatra, mas por todos profissionais do campo da saúde mental, pelo meio social e pelo próprio paciente.

No contexto de atenção primária, os diagnósticos mais comuns são depressão, ansiedade e transtornos provenientes do uso de substâncias, que se manifestam isoladamente ou em conjunto com um ou mais transtornos orgânicos (OMS, 2001; MINAS GERAIS, 2006). Sendo que quadros de sofrimento mental grave por não encontrarem espaço na APS, são atendidos quando estão estabilizados e o fazem para renovar receita (MINAS GERAIS, 2006). Isto quer dizer que, encaminhamentos para a psicologia devem ser restritos aos casos mais graves, de difícil manejo da relação profissional de saúde, por exemplo, pacientes que apresentam atuação repetitiva de condutas de risco para si e terceiros.

Outras situações se referem a pacientes que burlam constantemente as ofertas de tratamento, ou que apresentem algum conflito de natureza subjetiva evidente e cujo conteúdo tenha que ser aprofundado por mais tempo e em maior profundidade, por exemplo, na situação de abuso sexual ou ideação persistente de autoextermínio. Assim, antes de encaminhar casos para atendimento psicológico é realizada uma análise crítica e objetiva de cada caso em particular.

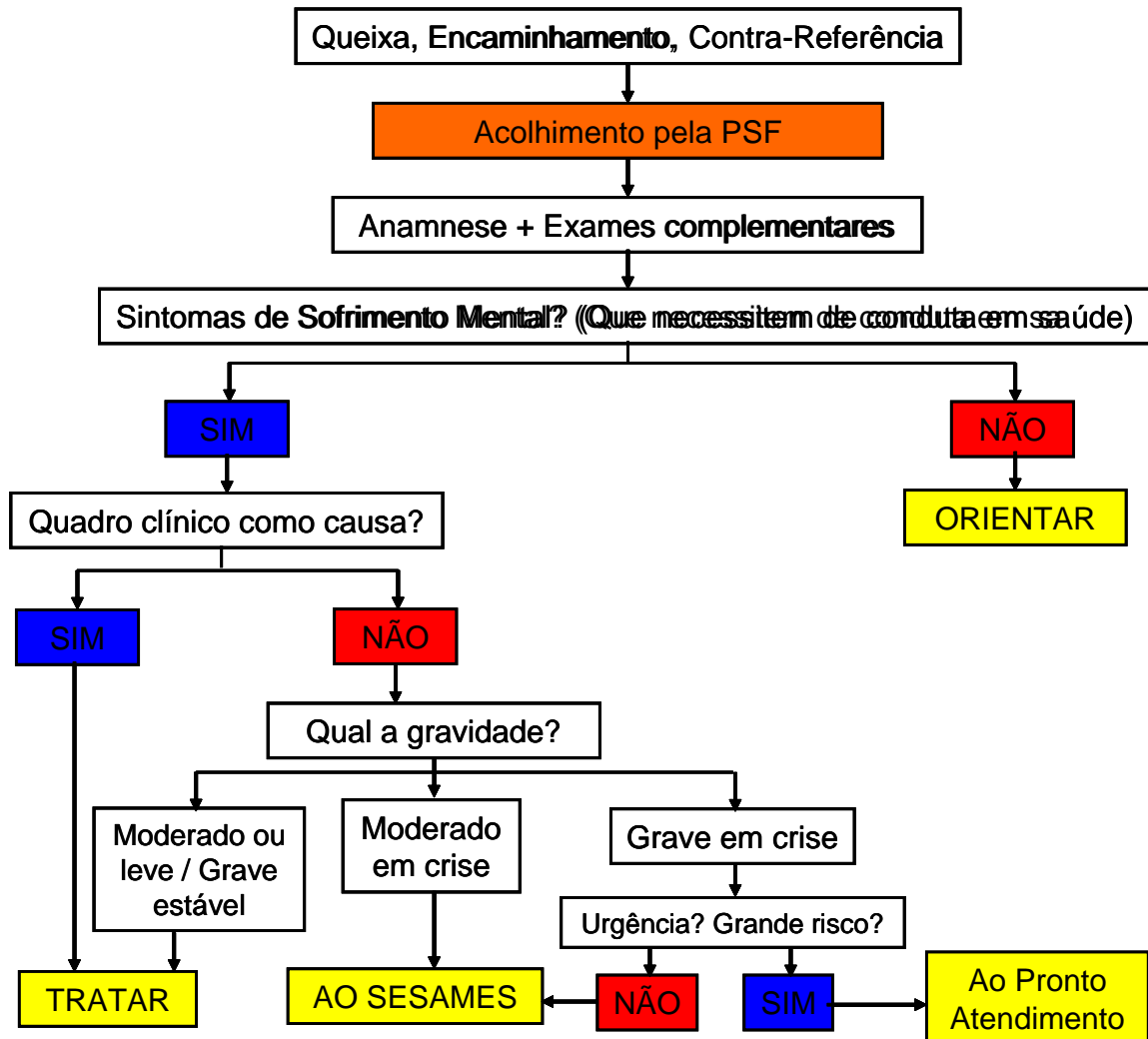
Nos casos em que são identificadas falhas na adesão ao tratamento, traduzidas por faltas nas consultas, ou mesmo não comparecimento mensal na UBS, há um empenho da equipe em resgatar as atividades programadas, através de visitas domiciliares com o objetivo de checar in loco o problema e realizar as orientações necessárias a fim de que o usuário retorne ao tratamento. Em geral estas visitas domiciliares e seus desdobramentos (encaminhamentos com responsabilização, atendimentos conjuntos e outras estratégias) também fazem parte do trabalho de apoio ao PTM e devem ser pensadas de acordo com cada situação e cada família.

#### **4.2.2 Ações de Saúde Mental em Sarzedo – MG**

Em Sarzedo, existem oito equipes multiprofissionais de Estratégias Saúde da Família. Estas equipes são responsáveis em dar cobertura e atuar na promoção, prevenção e manutenção da saúde dos 27.104 residentes do município, inclusive no que diz respeito à Saúde mental.

O primeiro atendimento ao usuário que primordialmente se dá na atenção básica é um momento importante, pois é quando o enfermeiro vai ter uma escuta cuidadosa e terapêutica das queixas dos usuários. Pode-se dizer que os transtornos mentais e comportamentais são identificados e diagnosticados com o uso de métodos psiquiátricos e complementados com a história clínica do paciente. Esses métodos incluem uma cuidadosa anamnese psiquiátrica com objetivos de avaliar as funções psíquicas do paciente, mas a consulta engloba os aspectos sociais, econômicos e familiares; e os testes e investigações especializadas que sejam necessários (OMS, 2001). A hipótese diagnóstica vai classificar a gravidade da

patologia como leve, moderado e grave. O diagnóstico não é definido com apenas uma entrevista, mas sim com sucessivas entrevistas. A primeira consulta vai direcionar os profissionais da equipe de saúde da família qual direcionamento dar a estes pacientes. Os pacientes que foram classificados de moderado a grave são encaminhados ao SESAMES ou à policlínica. Já aqueles portadores de sofrimento leves, são acompanhados no PSF. Como pode ser visto no diagrama a seguir.



Fonte: Diagrama elaborado a partir de informações presentes nos Relatórios de Gestão, SESAMES (2006 e 2007).

Neste sentido, pode-se dizer que é importante que os profissionais responsáveis pelo encaminhamento à rede de apoio secundária e terciária, conheçam as peculiaridades destas redes. Cabe ressaltar que o papel primordial da rede secundária é desenvolver trabalhos que visam a inserção dos pacientes na

sociedade, visto que os mesmos no momento do encaminhamento tem seu desempenho em todos os aspectos da condição humana prejudicados e, pacientes que obtiveram alta hospitalar enfrentam o desafio de viver na comunidade e dar seguimento ao tratamento (COLVERO; COSTARDI e ROLIM, 2004; SALLES; BARROS, 2009).

O Serviço de Saúde Mental de Sarzedo (SESAMES) tem procurado seguir o que é preconizado, segundo Brasil (2004 a): deve articular e regular a rede de serviços de saúde, trabalhar em parceria com a ESF favorecendo a troca de informações e a ampliação do compromisso dos profissionais com a produção de saúde, promovendo a intersectorialidade. Um parâmetro de avaliação da efetividade do serviço prestado, utilizado pelo SESAMES é o número de internações dos pacientes que são acompanhados pelo serviço em questão. Esse serviço de Saúde Mental de Sarzedo – SESAMES – foi criado em janeiro de 1999 e em 2001, foi inaugurada sua sede própria. Os objetivos do SESAMES são:

- ✓ Desenvolver o atendimento ambulatorial em psiquiatria e psicologia;
- ✓ Realizar atendimentos domiciliares pela psicologia;
- ✓ Realizar triagem e fornecer pareceres e laudos periciais;
- ✓ Fazer um trabalho matricial junto ao Programa de Saúde da Família-PSF;
- ✓ Realizar oficinas terapêuticas e eventos diversos com a finalidade de tratamento e reinserção social de maiores de 18 anos portadores de sofrimento mental residentes em Sarzedo.

Corroborando com a Política Nacional em Saúde Mental, o SESAMES tem como prioridade o atendimento de portadores de sofrimento mental, moderados ou graves não estáveis. Por outro lado, a ESF é um referencial para o atendimento dos casos leves, moderados e graves estáveis. Os médicos e enfermeiros do PSF discutem os casos e, por conseguinte fazem os encaminhamentos e estratégias de atendimento de portadores de sofrimento mental. Em contrapartida recebem do SESAMES as informações sobre todos os pacientes recebidos em triagem. Estas informações consistem em nomes, região de residência, profissional que o encaminhou, queixa principal, impressão diagnóstica e conduta.

O atendimento oferecido pelo SESAMES contemplam pacientes maiores de 18 anos de forma individual (psiquiatria e psicologia) e em grupo (nos moldes de oficinas terapêuticas), além de uma assistente social voluntária sob supervisão do coordenador do SESAMES.

Dentre as atividades desenvolvidas destacam-se as oficinas de fios, pintura, de expressão musical (coral), confecção de flores, argila, tecelagem, forró, de jornal com a confecção do informativo “Jornal O Grito” pelos usuários do serviço com o objetivo de promover a socialização grupal.

Cabe ressaltar que, os pacientes que apresentam difícil aderência ao tratamento, episódios de internação hospitalar ou, ainda, que resultados não são satisfatórios apesar do tratamento recebem uma visita do grupo de psicologia do SESAMES.

Além dos atendimentos domiciliares são desenvolvidas ações na comunidade como a facilitação de circulação de pacientes graves nos espaços públicos (visitas a parques ecológicos, sorveterias, praças) e oficinas terapêuticas. Isto quer dizer que, a manutenção das terapias em grupo utilizando-se estratégias de oficinas terapêuticas, prioriza portadores de sofrimento mental grave com restrições quanto ao convívio e à inserção social.

O SESAMES atingiu no ano de 2011 o total de 2.272 pacientes cadastrados no serviço, um aumento de 12,36% em relação a 2010. Quanto ao número de consulta, pode-se dizer que manteve uma média de 390 consulta mensais.

Atualmente, no SESAMES, existem 579 pacientes que permanecem sob acompanhamento constante. Como já dito anteriormente, as estratégias de otimização dos atendimentos dos pacientes consiste na realização de consultas ambulatoriais individuais, terapias de grupo, visitas domiciliares, discussões de casos em equipe matricial interdisciplinar, eventos culturais de reinserção social, entre outros.

É importante ressaltar que os estudos epidemiológicos, com critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde, estimam entre 2% a 3% o número de pacientes que necessitarão de tratamento especializado em saúde mental. Baseado nisto, pode-se dizer que a população de Sarzedo, que atualmente é de 27104 residentes, está dentro da margem de atendimento adequada.

O número de internação de pacientes com transtornos mentais diversos tem oscilado no período de 2006 a 2012, como demonstra a tabela 01. Para o período de 2012 a 2008 os dados foram obtidos pelo acesso virtual ao DATASUS (2012), enquanto que para os anos de 2006 e 2007 os dados correspondem aos apresentados nos relatórios de gestão de 2006 e 2007 do SESAMES.

**Tabela 01:** Número de internação de pacientes com transtornos mentais e valores gastos anuais nas referidas AIH's no período de 2006 à 2012.

<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012*</b>
16	15	10	11	20	28	07
10.025,99	6.828,56	3.008,92	21.384,03	26.561,54	29.110,22	15.386,60

Fonte: DATASUS (2012) e Relatório de gestão para dados 2006 e 2007.

\*Dados somente para o primeiro semestre de 2012.

Como pode ser visto na tabela acima (tabela 01), entre os anos de 2006 e 2007 embora o quantitativo físico, no tocante as internações hospitalares, não tenha sofrido alterações significativas (redução de apenas 1 internação), o mesmo não ocorreu com os valores gastos nas referidas AIH's , pois no ano de 2006 foram pagos R\$ 10.025,99 e no ano de 2007 R\$ 6.828,56 , o que pode indicar que os pacientes que foram internados em 2007 foram casos de menor gravidade.

Já em 2008, ocorreu uma redução maior no número de internações hospitalares e, por conseguinte, uma redução dos valores gastos nas referidas AIH's. Esta diminuição no número de internações pode ser resultado das ações realizadas pela equipe do SESAMES e maior interlocução com as equipes ESF, com posterior transposição das dificuldades de cada cenário de atuação. Assim entram em leque as terapias não tradicionais, que aumenta à medida que aumenta a criatividade da equipe e suas diversas áreas profissionais. Também pode ser atribuído á diminuição da reincidência de casos, devido a inserção social do paciente.

No ano de 2009 teve um aumento somente de 1 internação, quando comparada ao número de internação no ano de 2008. Neste ano teve um caso de internação de longa permanência. Excluindo-se as AIH's referentes ao caso de internação de longa permanência, verifica-se o crescimento de apenas 01 AIH no

número total de AIH's pagas (aumento correspondente à 10%) e um aumento de aproximadamente 130% no valor total, ficando este valor próximo ao que foi pago em 2007.

A internação de longa permanência numa clínica da região de Sarzedo trata-se de uma paciente portadora de CID F79 que permaneceu durante todo o ano de 2009, 2010 e 2011. De fato, esta paciente, não deveria estar vinculada com Sarzedo, visto que não possui familiares na região. O que se sabe, é que uma família residente no município se responsabilizou pela mesma por algum tempo após o falecimento da mãe. Esta internação de longa permanência é um dos fatores responsáveis pelo aumento dos valores gastos nas referidas AIH's no período de 2009 a 2011.

Nos anos de 2010 e 2011 houve um aumento significativo no número de internações que correspondem ao aumento de 82% e 154%, respectivamente, quando comparado ao ano de 2009. Um dos fatores que podem ter contribuído para este fato é o aumento no número de residente em Sarzedo. Entretanto, como por visto na tabela 02 (abaixo), o aumento na população para este mesmo período foi de 0,9% e 3,5%, para os anos de 2010 e 2011, respectivamente, quando comparada à população de 2009. Logo este aumento não pode ser atribuído ao aumento da população.

**Tabela 02:** Número da população residente no município de Sarzedo (DATASUS,2012)

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
23.241	24.139	24.828	25.579	25.814	26.470	27.104

Fonte: DATASUS (2012) e Relatório de gestão para dados 2006 e 2007.

Cabe ressaltar que, todos os pacientes, que residem no município de Sarzedo, e que internam (em sua maioria com diagnóstico de psicose) em hospitais e clínica em torno da região são contatados pelo SESAMES e após alta hospitalar continuam o tratamento em Sarzedo.

É importante ressaltar que o SESAMES dificilmente encaminha pacientes para internações e, quando o faz, monitora o procedimento para que seja de curta

duração. No entanto, enfrentamos o problema da auto-internação em hospitais psiquiátricos (os pacientes e seus familiares procuram os hospitais sem o conhecimento do SESAMES). Neste sentido, o SESAMES tem buscado sensibilizar os pacientes e seus familiares para que tal fato minimize.

Talvez as falhas da rede de suporte às famílias estejam sobrecarregando os mesmos, por isso recorrem a esses serviços. Conseqüentemente pode ser verificada a manutenção de um modelo biomédico, que encontra na medicalização e na hospitalização seus recursos terapêuticos. Por outro lado, pode estar ocorrendo uma precária potencialização da autonomia e deslumbre de melhoras por parte destes familiares. Neste sentido, é necessário trabalhar mais a questão de reabilitação, pois a mesma propõe auxiliar o usuário a ter condições para efetivar trocas afetivas positivas. A instituição familiar e a comunidade também aparecem como meios que são propícios para isso.

O apoio à família é de fundamental importância na inserção do paciente portador de transtorno mental, pois ela é parceira no tratamento. Se essa não tem apoio e um espaço para discutir suas dificuldades de lidar com o paciente com certeza não será um apoio na recuperação do mesmo. É uma falha no sistema de tratamento quando neste não está incluído o paciente e seus pares.

Na tentativa de produzir projetos de reinserção social dos sujeitos com transtornos mentais, o SESAMES tem procurado diversificar suas oficinas terapêuticas. Estas oficinas têm como objetivo primordial a apropriação pessoal possibilitando ao paciente, habitualmente rotulado como improdutivo, sua autovalorização e reconhecimento social. Dentre as atividades destacam-se:

- ✓ Atividades como jardinagem e culinária;
- ✓ Oficina terapêutica de coral;
- ✓ Oficina de jornalismo;
- ✓ Oficina de forró;
- ✓ Visitas com pacientes a diversos locais tais como: biblioteca, escolas, zoológico, faculdade, padaria, sorveteria e palácio das artes;
- ✓ Piquenique e festas comemorativas;
- ✓ Passeios;



- ✓ Sessão de cinema;
- ✓ Visitas domiciliares.

As atividades supracitadas têm como objetivos prioritários: expressão artística do paciente, divulgação da visão que o paciente possui da sociedade, proporcionar aos pacientes conhecimentos de sua cidade e municípios da região metropolitana de BH (Belo Horizonte) reintegração e inserção social, proporcionar discussão reflexiva sobre temas atuais entre os pacientes. Tais medidas possibilitam uma integração social e familiar das pacientes portadores de sofrimento mental. Neste processo de integração, a família exerce um papel de suporte muito importante, entretanto para muitos, são tantos os fracassos, recaídas, abandono de tratamento, que é comum encontrar familiares desmotivados, resistentes e temerosos frente a qualquer proposta de mudança, vinda dos trabalhadores e dos serviços de saúde mental. Neste sentido as famílias também necessitam de apoio, orientação e esclarecimentos sobre a doença e o comportamento do paciente para compreender melhor as reações do mesmo.

O grande desafio que Sarzedo possivelmente encarará para os próximos anos é a crescente demanda por tratamentos de pacientes dependentes de álcool e drogas (principalmente o crack e cocaína) que cresce vertiginosamente no município, seguindo tendência nacional.

O SESAMES tem tentado desenvolver estratégias de ampliação de atendimento com parcerias com os Centros de Referência em Assistência Social do município, uma vez que este tipo de paciente demanda um cuidado especial na avaliação, encaminhamento e tratamento. Por outro lado, o PSF trabalha promovendo a inclusão social e a ação intersetorial que culmina na inserção social destes pacientes.

De maneira geral, pode-se dizer que a Saúde Mental de Sarzedo tem se destacado pela superação das metas de atendimento à adultos com transtorno mental e pela qualidade dos serviços prestados a população, apesar dos escassos recursos materiais e humanos.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento da rede de assistência ao portador de transtorno mental do município de Sarzedo – MG com ênfase na avaliação das ações de saúde mental desenvolvidas, permitiu conhecer a realidade da atenção à saúde disponibilizada, como também a importância de que novas formas de abordagem, dimensionamento dos aspectos relacionados ao tratamento e ao manejo clínico sejam efetivadas.

As ações destinadas à inserção que estão sendo ofertadas pelo serviço de saúde mental, SESAMES, corroboram para que o mesmo seja categorizado como um serviço acolhedor e de referência importante para a população.

Quanto às dificuldades: alega-se, sobretudo, a questão do despreparo das equipes da ESF para considerar a dimensão subjetiva de todos os pacientes PTM e mais grave, tal problemática é proveniente da formação dos profissionais de Saúde. Buscando minimizar tal dificuldade a equipe de saúde mental tem que enfatizar a participação das equipes ESF no matriciamento.

É emergencial que se desenvolva uma política que vise o treinamento nas aptidões essenciais da atenção em saúde mental do pessoal de saúde em geral. Esse treinamento viabilizaria um melhor uso dos conhecimentos disponíveis para o maior número de pessoas e possibilitaria a imediata aplicação de intervenções. Sem dúvida que uma abordagem dessa natureza pode assumir um poder multiplicador, prevenindo também outros agravos à saúde e minimizando difíceis e graves consequências à saúde. Entretanto, a inserção das ações de saúde mental no PSF perpassa fundamentalmente a capacitação e apropriação de conceitos de clínica ampliada dos profissionais para a mudança do paradigma.

Todavia temos vários avanços que podem ser observados, tais com: os atendimentos individuais, a realização das oficinas, grupos e outras atividades com os usuários, assim como entraves (internações de longo prazo). Portanto, o posicionamento intersetorial voltado para a cidadania, o respeito à individualidade dos sujeitos e seus familiares e também concretização efetiva das leis é imperativo para a inserção dos PTM. Também se faz necessário legitimar a superação do modelo hospitalocêntrico, para outro em que a loucura nos conduza não só a um modelo de assistência inteiramente diverso, mas também à uma outra forma de

abordagem e de convívio da loucura no espaço social, evitando, muitas das vezes internação.

Ressalta-se que as ações desenvolvidas estão em conformidade com os princípios da reforma psiquiátrica, porém visualiza-se um longo caminho a ser percorrido em que, loucura, saúde mental, relação com o meio se associem e, ao fim os sujeitos produtores de cuidado e a rede social dos PTM se articulem propiciando inclusão e inserção social.

## REFERÊNCIAS

- ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização da loucura. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.20, p.299-316, jul/dez 2006.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e a Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2007. 120p.
- BANDEIRA, M.; FREITAS, L. C.; FILHO, J. G. T. C. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de saúde da Família. **J. Bras. Psiquiatr.**,v.56 n.1. Rio de Janeiro, 2007.p.41-47.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: Relatório Final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2002. 213p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. [online]. 2004a. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em 24 de agosto de 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. . Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. Portaria SNAS Nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 5ª ed. ampl. 2004b. 340p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental**. [online] 2009, Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24134](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134)>. Acesso em 20 julho de 2012.
- COLVERO, L. A.; COSTARDI, C. A.; ROLIM, M. A. Família e a Doença Mental: A Dificil Convivência com a Diferença. **Rev Esc Enferm USP**. 2004, V.38, n.2, pp. 197-205.
- DATASUS – Tecnologia de Informação a Serviço do SUS. Ministério da Saúde. [online]. Disponível em:< <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/grmg.def>>. Acesso em 09 de outubro de 2012.
- DELFINI, P. S. S.; *et al.* Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2009, 14(Supl. 1), pp. 1483-1492.
- GONÇALVES, R. M. D. A.. **Ações dos Enfermeiros em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde), Universidade Federal do Triângulo Mineiro. 2009.164 f.: il.
- MARCON, S. R.; ATAÍDE I. F. C.; OLIVEIRA, A. G. B. Saúde Mental e PSF: Construindo Estratégias de Atenção Psicossocial. **Revista Baiana de Enfermagem**. 2007, V. 21, n. 2/3, pp. 51-59.
- MARQUES, J. B.; *et al.* **Contribuições da Equipe Multiprofissional de Saúde no Programa Saúde da Família (PSF): Uma Atualização da Literatura**. Revista Baiana de Saúde Pública 2007, V. 31, n. 2, pp. 246-255.
- MARTINS, A. K. L.; BRAGA, V. A. B.; SOUZA, A. M. A. Práticas em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: Um Estudo Bibliográfico. **Rev. Rene. Fortaleza**. 2009, V. 10, n. 4, pp. 165-172.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental: Saúde em Casa**. Belo Horizonte. 2006. 238 p.

MIELKE, F. B. **Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da família: um estudo avaliativo**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2009. 140f.: il.

NUNES, M.; *et al.* 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**. 2007, V. 23, n. 10, pp. 2375-2384.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Sobre a Saúde do Mundo 2001: Saúde Mental: Nova concepção, Nova esperança**. Genebra: OPAS/OMS. 2001. 150p.

PEREIRA, M. A. O.; MACHADO, M. P.; NASCIMENTO, S. A. El B. G. Inserção da Saúde Mental no Programa Saúde da Família com Oficinas de Sensibilização: Relato de Experiência. **Cienc Cuid Saúde**. 2008, V. 7, n.1, p. 059-064.

PEREIRA, A. A.; VIANNA, P. C. M. **Saúde Mental**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed. 2009. 76 p.

PEREIRA, A. A. **Diretrizes para Saúde Mental em Atenção Básica**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed. 2009. 44p.

RELATÓRIO DE GESTÃO – 2006, Serviço de Saúde Mental de Sarzedo –SESAMES, Coordenação de Saúde Mental: Roberto E. Righi Jr., Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Sarzedo. 2006. 11p.

RELATÓRIO DE GESTÃO – 2007, Serviço de Saúde Mental de Sarzedo –SESAMES, Coordenação de Saúde Mental: Roberto E. Righi Jr., Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Sarzedo. 2007. 08p.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: Uma visão histórica. In S. A. Tundis & N. R. Costa (Orgs.), **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes 1987, pp. 15-73.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Vida Cotidiana após Adoecimento Mental: Um Desafio para Atenção em Saúde Mental. **Acta Paul Enferm**. 2009, V. 22, n. 1, pp. 11-16.

SEVERO, A. K. S.; *et al.* A Experiência de Familiares no Cuidado em Saúde Mental. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. 2007, V. 59, n. 2. Retirado do World Wide Web <http://www.psicologia.ufrj.br/abp/>. Acesso em 11 de outubro de 2012.

SOUZA, A. C. Ampliando o Campo da Atenção Psicossocial: A Articulação dos Centros de Atenção Psicossocial com a Saúde da Família. **Esc. Anna Nery R Enferm**. 2006, V. 10, n. 4, pp 703-710.

SOUZA, A. J.F, et al. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2007 jul -ago; 60(4): 391-5.

VECHI, L. G. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. **Estudos de Psicologia** 2004, 9(3), 489- 495.

WAIMAN, M. A. P.; ELSEIN, I. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. **Texto Contexto – Enferm**. [online]. 2005, V. 14, n.3, pp. 341-349. Acesso em 20 de agosto de 2012.