

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

KARLA VIANA COSTA

SAÚDE MENTAL: UM DESAFIO PARA A SAÚDE PÚBLICA

LAGOA SANTA / MINAS GERAIS
2014

KARLA VIANA COSTA

SAÚDE MENTAL: UM DESAFIO PARA A SAÚDE PÚBLICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

LAGOA SANTA / MINAS GERAIS

2014

KARLA VIANA COSTA

SAÚDE MENTAL: UM DESAFIO PARA A SAÚDE PÚBLICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Bruno Leonardo De Castro Sena (UFMG)

Prof^a.

Aprovado em Belo Horizonte: ___ / ___ / ___

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me concedido a oportunidade de concretizar mais uma especialização.

Agradeço a toda minha família pelo apoio e pelo incentivo em toda minha caminhada.

Agradeço ao orientador Bruno Sena pela disponibilidade e por despertar a busca infundável pelo saber

Agradeço a todos os pacientes que durante todos esses anos passaram por minha vida e fizeram de mim uma pessoa melhor contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo abordar o cenário da saúde mental no Programa Saúde da Família (PSF) – Areias I – situado no bairro Areias no município de Ribeirão das Neves – MG e compor um plano de ação para que haja a consolidação da saúde mental no município e que ela seja exercida de forma efetiva. O enfoque deste presente estudo será na área da enfermagem em saúde mental como requisito parcial para a conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Tendo esta última como foco de atenção, pois será através das interações em seu seio que as mudanças ocorrerão e que o portador de transtorno mental encontrará o apoio para adesão ao tratamento e a conquista de sua dignidade. Uma vez que no modelo de atenção atual, a política assistencial vigente preconiza a diminuição da oferta de leitos hospitalares e a criação de serviços substitutivos de atenção à saúde mental, trazendo o portador de transtorno mental para dentro das dinâmicas familiares que antes eram excluídos. Foi elaborado um diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF – Areias I, de acordo com o módulo sobre Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Será proposto um plano de ação de acordo com o modelo do Planejamento Estratégico (PES) e para o embasamento científico foi realizada uma revisão literária com utilização dos seguintes descritores: “Estratégia de Saúde da Família”, “Saúde Mental”, em site de busca como o SciELO, Lilacs e Biblioteca Virtual da UFMG sobre o assunto; como critério de inclusão foram utilizados artigos publicados entre os anos de 1990 a 2014. De acordo com o presente estudo foi constatado a importância da Estratégia Saúde da Família na prevenção, promoção e recuperação da saúde dos portadores de transtornos mentais, pois através do vínculo que se adquire com a população adscrita torna-se possível a intervenção nos problemas dos mesmos.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Saúde Mental.

ABSTRACT

The aim of the present study is to address the scenario of mental health in the Programa Saúde Família (PSF) – Areias I – located in Areias district, in Ribeirão das Neves city, state of MG and compose an action plan for the consolidation of mental health in the city and that it is exercised in a way effectively. The focus of this study will be in the area of mental health nursing as a partial requirement for the completion of the Specialization Course in Primary Health Care of the Family. Taking the latter as a focus of attention, because it is through the interactions in her womb that changes will occur and that the bearer of mental disorder find support for adherence to treatment and the conquest of his dignity. Since in the model of current concerns, the policy current health care advocates the decline in the supply of hospital beds and the creation of Mental health services for mental health care, bringing the person suffering from a mental disorder within the family dynamics that were previously excluded. It was drawn up a situational diagnosis the coverage area of the PSF – Areias I, in accordance with the module on Planning and Evaluation of Health Care Programs of the Specialization Course in Primary Health Care of the Family. Will be proposed a plan of action in accordance with the model of Strategic Planning and for the scientific foundations was carried out a literature review using the following descriptors: “the Family Health Strategy”, “Mental Health”, in search site as the SciELO, Lilacs and Virtual Library of UFMG on the subject; as inclusion judgement were used articles published between the years of 1990 to 2014. In agreement with the present study confirmed the importance of the Family Health Strategy in prevention, health promotion and recovery of people with mental disorders, because through the bond acquires with the restricted population becomes possible intervention in the problems of same.

Keywords: family health strategy ; mental health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPSAD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSI - Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CEMO - Centro de Especialidades Médicas e Odontológicas

CECOS - Centros de Convivência

CERSAM - Centro de Referência Saúde Mental

CONASP - Conselho Nacional de Segurança Pública

ESF - Estratégia Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

OMS - Organização Mundial de Saúde

PES - Projeto de Estimativa Simplificada

PSF - Programa Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

TFD - Tratamento Fora de Domicílio

UFMG - Universidade Federal Minas Gerais

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
	1.1 Contexto geral.....	12
	1.2 Diagnóstico Situacional	14
2	JUSTIFICATIVA	18
3	OBJETIVOS.....	19
	3.1 Objetivo Geral.....	19
	3.2 Objetivos Específicos.....	19
4	METODOLOGIA	20
5	REVISÃO DE LITERATURA	22
	5.1 Saúde Mental	22
	5.2 A Reforma Psiquiátrica	22
	5.3 O Programa Saúde da Família.....	25
	5.4 A Saúde Mental e a Atenção Primária.....	26
6	PLANO DE AÇÃO	28
	6.1 Definição do Problema.....	28
	6.2 Como Controlar o Problema.....	28
	6.3 Problema Priorizado	29
	6.4 Explicação do Problema.....	30
	6.5 Planejamento das ações.....	31
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
	REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

Até bem pouco tempo, a assistência ao doente mental apresentava-se centrada nos hospitais psiquiátricos, locais de prática e saber médico, cujo modelo de atenção restringia-se à internação e medicalização dos sintomas demonstrados pelo doente mental, excluindo-o dos vínculos, das interações, de tudo o que se configura como elemento e produto de seu conhecimento. Hoje, no modelo de atenção atual, a política assistencial vigente preconiza a diminuição da oferta de leitos hospitalares e criação de serviços substitutivos de atenção à saúde mental, deslocando, assim, o seguimento e evolução dos tratamentos para o interstício das dinâmicas familiares mobilizadas pela inclusão dos portadores de transtorno mental. De concreto, sabemos que não há serviços na comunidade suficientes e disponíveis que consigam dar conta da demanda de portadores de transtorno mental e seus familiares com efetividade. Sabemos 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, 2004).

Assim, evidenciamos que o retorno do doente mental à família e à comunidade é polêmica e permeada por contradições; dentre estas, é oportuno reiterarmos a carência de serviços extra-hospitalares na comunidade, a descontinuidade dos programas de reinserção social do doente mental e a desconsideração dos desgastes que ficam sujeitos os familiares. São aspectos que vêm sendo levantados por autores em uma perspectiva crítica ao processo de desinstitucionalização no Brasil e em outros países do ocidente Bragança (2013) citado por Sadigursky (1998).

Lamentavelmente, na maior parte do mundo, longe está de ser atribuída à saúde mental e aos transtornos mentais a mesma importância dada à saúde física. Em vez disso, eles ficam em geral ignorados ou negligenciados. Devido em parte a isso, o mundo está padecendo de uma crescente carga de transtornos mentais e um crescente “desnível de tratamento”. Hoje, cerca de 450 milhões de pessoas sofrem transtornos mentais ou de comportamento, mas apenas uma pequena minoria delas recebe mesmo o tratamento mais básico. Nos países em desenvolvimento, é

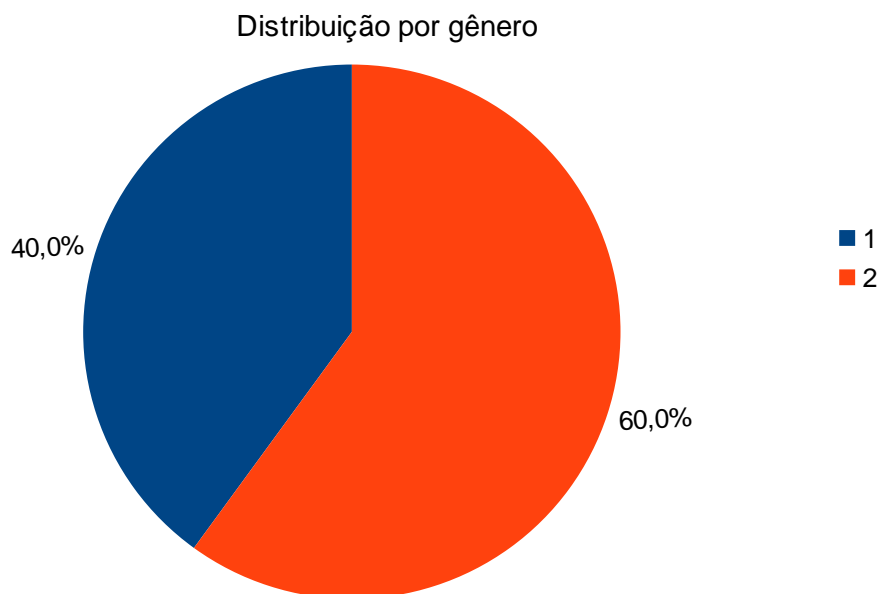
deixada à maioria das pessoas com transtornos mentais graves a tarefa de carregar como puderem o seu fardo particular de depressão, demência, esquizofrenia e dependência de substâncias. Em termos globais, muitos se transformam em vítimas por causa de sua doença e se convertem em alvos de estigma e discriminação.

Sabemos hoje que a maioria das doenças mentais e físicas é influenciada por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Sabemos que os transtornos mentais têm sua base no cérebro. Sabemos que eles afetam pessoas de todas as idades, em todos os países, e que causam sofrimento às famílias e comunidades, tanto como aos indivíduos. E sabemos que, na maioria dos casos, podem ser diagnosticados e tratados de uma forma efetiva em relação ao custo. Como resultado de nosso entendimento, os portadores de transtornos mentais e comportamentais têm hoje uma nova esperança de levar vidas plenas e produtivas nas respectivas comunidades (OMS, 2001).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil, pelo Ministério da Saúde em 1994. É conhecido hoje como “Estratégia de Saúde da Família”, por não se tratar mais apenas de um “programa”. A Estratégia de Saúde da Família visa a reversão do modelo assistencial vigente, onde predomina o atendimento emergencial ao doente, na maioria das vezes em grandes hospitais. A família passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que se vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. Este plano de ação tem como proposta discutir o problema da saúde mental no município de Ribeirão das Neves – MG, especificamente na Estratégia Saúde da Família Areias I, localizada no bairro Areias.

Ribeirão das Neves é uma cidade localizada na região metropolitana de Belo Horizonte – Grande BH – com uma população de 303.029 habitantes (IBGE, 2010), com uma extensão territorial de 154.180 km², o município vive basicamente do comércio e possui água tratada, energia elétrica, telefonia fixa e móvel, ruas asfaltadas, rede de esgoto, 53 equipes de ESF, duas UPAS, um hospital e serviços privados de saúde. Ainda conta com um Centro de Assistência Psicossocial (CAPS), Centro de Assistência Psicossocial Infantil (CAPSI), Centro de Assistência Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAD), e um Núcleo de Assistência Psicossocial (NAPS).

Densidade demográfica da amostra



Legenda: 1 – Homens 2 – Mulheres

Fonte: Secretaria Municipal de Ribeirão das Neves (2013).

O plano de ação será realizado na Estratégia de Saúde da Família Areias I, localizado no bairro Areias, região de Justinópolis, região III, em Ribeirão das Neves-MG. A equipe é formada por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, uma para procedimentos e a outra para sala de vacinas, seis agentes comunitários de saúde, um dentista, uma técnica em saúde bucal, uma auxiliar de saúde bucal e uma auxiliar de serviços gerais. A equipe atende uma população de 840 famílias totalizando 3.800 pessoas. Atendemos dois bairros, bairro Areias e bairro Santana I. Contamos também com uma psicóloga que realiza o matriciamento da saúde mental na Unidade que vai à Unidade a cada 15 dias para discutirmos os casos em grupo e dependendo do caso fazemos o atendimento compartilhado. No momento estamos sem referência de profissional psiquiatra que antes tínhamos.

De acordo com o diagnóstico situacional realizado em setembro de 2013, constatamos que o maior problema da equipe é o grande número de usuários que fazem uso de benzodiazepínicos e que dependem de acompanhamento psiquiátrico, além de não dispormos do profissional psiquiatra na rede para consultas eletivas. Apenas nos CAPS e NAPS do município.

Diante disso, a Atenção Básica tem um importante papel na assistência a certas demandas em saúde mental. O Ministério da Saúde avalia que cerca de 9% da população apresenta transtornos mentais leves e de 6 a 8% apresenta transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, pelos quais a atenção básica deve responsabilizar-se. Uma pesquisa do Ministério da Saúde mostra que 56% das equipes de Saúde da Família referem realizar “alguma ação de Saúde Mental”. Por sua proximidade com as famílias e com as comunidades, essas equipes se constituem em recurso estratégico para o enfrentamento de diversas formas de sofrimento psíquico (BRASIL, 2003).

1.1 Contexto Geral

Na década de 80, iniciou-se a discussão sobre a deshospitalização dos portadores de transtornos mentais, a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, a qual propôs modificar o sistema de tratamento clínico da doença mental, eliminando gradualmente a internação como forma de exclusão social. Este modelo seria substituído por uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial visando a integração da pessoa que sofre de transtornos mentais à comunidade. Como marco histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil, podemos citar as três Conferências de Saúde Mental, realizadas em 1987, 1992 e 2001. Na 1ª Conferência de Saúde Mental em 1987, visou-se a consolidar a Reforma Sanitária na Saúde Mental. Os anseios dos portadores de transtorno mental e seus familiares foram superficialmente contemplados (BRASIL, 1988). Na 2ª Conferência de Saúde Mental em 1992, valorizaram-se os familiares de doentes mentais onde se postulou isentar a família e o doente da responsabilidade de enfermidades e assegurar o atendimento integral a ambos na comunidade e na sociedade (BRASIL, 1994). Na 3ª Conferência de Saúde Mental em 2001, chamou-se a família para o centro da atenção e cuidado ao portador de transtorno mental, além da restrição às internações involuntárias, propondo a criação dos serviços alternativos de suporte às famílias nas crises (BRASIL, 2001).

A Reforma Psiquiátrica (RP) é um processo político e social complexo composto por diversos segmentos sociais. Também pode ser compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e

sociais. É no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da reforma psiquiátrica avança, porém marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

A atual Reforma da Assistência Psiquiátrica vem se contrapor ao modelo hegemônico de assistência centrado no hospital psiquiátrico e na exclusão social do doente rompendo paradigmas, criando novas formas de convivência com a loucura, buscando a transformação da realidade assistencial inserindo novos atores em sua história. Ela surge desestabilizando e criticando o modelo dominante da assistência na área de saúde mental. Contudo, apesar das várias inovações nos modos de tratar e cuidar do doente mental, o hospitalocêntrico de atendimento ainda é o modelo de assistência hegemônico existente no Brasil. Reorientar esse modelo de atenção para fora dos hospitais psiquiátricos, desconstruindo saberes, criando novas culturas para a convivência com o doente mental, devolvendo-lhe o direito à vida, a liberdade e à cidade, além de garantir assistência à saúde de qualidade torna-se um grande desafio (PEREIRA, 2013).

Para a Organização Mundial de Saúde (2001) a cada ano aumenta o número de pessoas que sofrem de transtornos mentais. Atualmente há cerca de quatrocentos milhões de indivíduos no mundo que sofrem com algum tipo de perturbação mental, neurológica ou psicológica além do sofrimento da doença, essas pessoas sofrem com a vergonha, o estigma e a exclusão social

E foi pensando nessa exclusão e no estigma que os pacientes portadores de transtornos mentais sofrem que foram ocorrendo o processo de desinstitucionalização desses pacientes, e como consequência a criação de serviços substitutivos, como por exemplo os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial).

Os CAPS assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAM (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade do CAPS, que tem a missão de dar atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais.

No Brasil, a orientação das políticas de atenção à saúde mental ao

redirecionar a assistência para os serviços extrahospitalares e territoriais, tem em vista que novas estratégias sejam consolidadas e antigos padrões assistenciais sejam superados. Portanto a interação entre os CAPS e as ESF amplia o potencial desses serviços como agenciadores de novos modelos de cuidado, que possam realmente dispensar a internação hospitalar (RODRIGUES *et al.*, 2009).

O Ministério da Saúde determinou que a porta de acesso aos usuários no serviço de saúde é a Atenção Básica, é através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que as pessoas que buscam atendimento para suas necessidades de saúde. Assim sendo, a assistência na atenção primária à saúde no âmbito da saúde mental, inclui não apenas a assistência aos indivíduos com transtornos mentais mas também o desenvolvimento de ações preventivas, que englobem o indivíduo e sua família (BRASIL, 1990).

1.2 Diagnóstico Situacional

Ribeirão das Neves é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, localizado na região metropolitana de Belo Horizonte.

Conta com uma população de 303.029 habitantes e uma extensão territorial de 154.180 km. Distância da capital mineira de 32 km, fazendo limite com os municípios de Belo Horizonte, Contagem, Pedro Leopoldo, Lagoa Santa, Vespasiano, Santa Luzia, Betim e Sete lagoas.

Ribeirão das Neves foi considerada um município dormitório, pois a maior parte de seus moradores trabalhavam na capital mineira, ou nos municípios vizinhos que também fazem parte da Região Metropolitana de Belo Horizonte.

O município possui atualmente algumas fábricas, que fortalecem o crescimento do município, e um comércio em crescimento, que ainda abriga uma parte pequena da população economicamente ativa. Atualmente, esse título de “cidade dormitório” já não pode ser usado, devido aos altos números da migração pendular obtidos pela cidade.

O município possui três macro-regionais: o distrito de Justinópolis, a regional Centro e a regional Veneza.

Ribeirão das Neves é também muito conhecida por abrigar diversas

cadeias do Estado de Minas Gerais. Em 1970 o IDH do município era de 0,408.

No que se diz respeito à saúde o município é dividido em cinco regiões sanitárias : I,II ,III IV e V. Região I é a que compreende as ESF que fazem parte da regional Centro, Região II compreende as ESF que fazem parte da Regional Veneza e as Regiões III , IV e V compreendem as ESF que fazem parte da região de Justinópolis.

O município possui um hospital – Hospital São Judas Tadeu, duas UPAS (Unidades de pronto Atendimento), quatro UBR (Unidade Básica de Referência), 53 equipes de ESF, um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), um CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantil), um CAPSAD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas), um NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), um Centro de Especialidades Médicas e Odontológicas (CEMO) onde há as especialidades de cardiologia, urologia, neurologia, ortopedia, e endocrinologia. As demais especialidades são agendadas em Belo Horizonte via TFD (Tratamento fora do domicílio) de acordo com a necessidade do paciente; o município possui duas clínicas de fisioterapia onde são referenciados os pacientes que necessitam da mesma. Além de contar com vários consultórios, laboratórios particulares e convênios. Não são todas as equipes de estratégia saúde da família que possuem consultório odontológico, devido a própria insuficiência da estrutura física, pois a maioria das equipes funcionam em casas alugadas.

O posto de Saúde foi inaugurado em 1980, nessa época seguia o modelo de saúde antigo, era um posto de saúde que atendia as especialidades clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetricia e cada dia da semana era uma especialidade sendo duas vezes na semana para clínica geral. Desde 2000, o município conta com a ESF. Hoje o local abriga a ESF Areias I, a sede é própria, está passando por reformas nas estruturas desde junho de 2013, tem uma boa estrutura. A equipe está completa e é composta por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS), um odontólogo, uma técnica em saúde bucal , uma auxiliar de consultório dentário e uma auxiliar de serviços gerais. Ainda realizamos o matriciamento em saúde mental , a cada 15 dias uma psicóloga vai à unidade para discutirmos os casos e realizarmos o atendimento compartilhado; antes contávamos também com a presença de um psiquiatra no matriciamento,

porém agora estamos sem referência de psiquiatria; temos também o matriciamento de uma fisioterapeuta que vai à unidade a cada 30 dias e realiza visitas domiciliares, grupos operativos. Os grupos operativos são realizados pela fisioterapeuta, médica e enfermeira. Sendo eles o grupo dos hipertensos e diabéticos, gestantes e de artesanato, com a frequência de realização uma vez ao mês.

Pichon-Rivière começou a trabalhar com grupos na medida em que observava a influência do grupo familiar em seus pacientes. Sua prática psiquiátrica esteve subsidiada principalmente pela psicanálise e pela psicologia social (...). A técnica do grupo operativo consiste em um trabalho com grupos, cujo objetivo é promover o processo de aprendizagem para os sujeitos envolvidos. Aprender em grupo significa uma leitura crítica da realidade, uma atitude investigadora, uma abertura para as dúvidas e para as novas inquietações. (BASTOS, A.B. Iziq, 2010)

A área coberta por essa equipe possui saneamento básico, luz e coleta de lixo. O índice de analfabetismo é relativamente alto, e o uso de álcool e outras drogas também. O bairro possui duas escolas estaduais, uma escola municipal, uma igreja católica e quatro igrejas evangélicas, uma farmácia e, uma padaria, uma verduraria e três pequenas mercearias, um açougue. Outro fator preocupante é que o bairro não possui nenhuma forma de lazer a não ser duas praças, mas que estão em estado de conservação precárias. É um bairro distante da região central do município e até para ir ao supermercado as pessoas necessitam de tomar ônibus. Na população da área de abrangência há predominância de idosos. A população é muito religiosa.

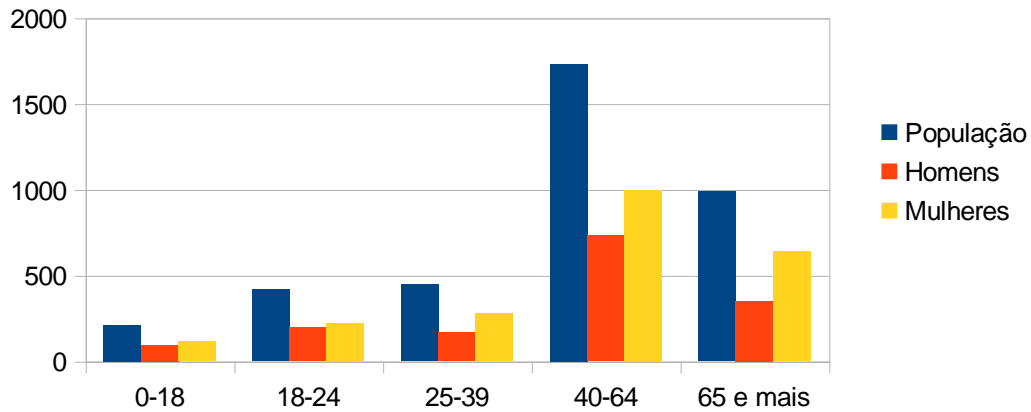
Durante a realização do diagnóstico situacional os principais problemas encontrados na área estudada foram risco aumentado para doenças cardiovasculares, problemas psiquiátricos, alcoolismo e uso de drogas ilícitas, falta de lazer nos

Foi realizado um estudo descritivo dos pacientes de saúde mental, na área de abrangência. Foram analisados registros internos da ESF, de 373 pacientes de saúde mental que são acompanhados pela equipe de saúde da referida unidade. É relevante citar que este estudo abrange somente os usuários do SUS da área estudada, sendo que a equipe de saúde da família não possui dados e controle dos pacientes que não utilizam o SUS e que

compreendem 9,8% desta população de 3.800 pessoas.

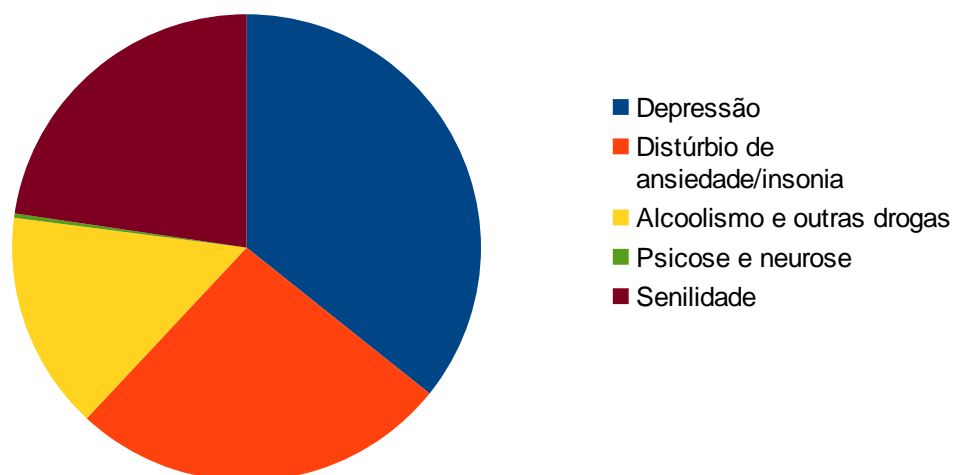
Os principais transtornos mentais identificados são depressão mental, distúrbio da ansiedade e/ou insônia, psicoses e neuroses, alcoolismo e outras drogas, senilidade.

Distribuição sexo/faixa etária



Fonte: Secretaria Municipal de Ribeirão das Neves (2013).

Principais transtornos mentais identificados na ESF Areias I



Fonte: Secretaria Municipal de Ribeirão das Neves (2013).

2 JUSTIFICATIVA

Tendo em vista o grande número de pacientes portadores de transtornos mentais e a crescente procura dos mesmos pela Unidade Básica de Saúde uma vez que a mesma é a porta de entrada do SUS é que surgiu a necessidade de realizar o presente estudo.

Há duas décadas, por meio do Programa Saúde da Família (PSF); o Brasil vem adotando o modelo de assistência domiciliar, considerado estratégia importante pra o cuidado em saúde uma vez que as pessoas passam a ser atendidas em suas singularidades, necessidades e não por demanda (LANCETTI, 2000).

O PSF vem se mostrando como instrumento do processo de transformação da assistência em saúde mental, uma vez que possibilita maior aproximação entre usuário, família e profissionais, toda comunidade enfim. Essa proximidade é um importante recurso principalmente no que se refere ao enfrentamento dos agravos vinculados ao sofrimento psíquico, que vêm se mostrando frequentes, e ainda pouco tratados (ANDRADE, 2006).

Entre tantas características do PSF, é marcante a possibilidade de se conhecer a estrutura ou sistema em que se organiza a vida de determinada comunidade; prestar uma assistência universalizada, com descentralização de decisões; e contar com bases territoriais definidas para a atuação, vendo a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde.

Em Ribeirão das Neves, especificamente na área de abrangência da ESF Areias I, há um grande número de usuários que fazem uso de benzodiazepínicos e que necessitam de acompanhamento psiquiátrico. Em grande parte são indivíduos que possuem depressão e também indivíduos que fazem uso de álcool e de outras drogas. E como no momento não dispomos de profissional psiquiatra para atendimento de todos os casos; dessa forma este estudo será de grande importância para a elaboração de um plano de ação que será realizado na ESF em que trabalho para a prevenção, promoção e recuperação da saúde desses indivíduos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Propor um plano de ação para melhorar e otimizar a assistência aos pacientes portadores de transtornos mentais.

3.2 Objetivos Específicos

- Diminuir o número de pacientes que fazem uso de benzodiazepínicos;
- Estimular o uso racional de medicamentos;
- Criar espaços de discussão na Unidade de Saúde para que os pacientes possam discutir e expor seus problemas através de grupos;
- Elaborar um plano de ação para resolução do problema em questão.

4 METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido na área de abrangência da ESF Areias I no município de Ribeirão das Neves – MG. A ESF atende a população de dois bairros, Areias I e Santana. O público-alvo participantes do estudo foram os pacientes de saúde mental cadastrados e acompanhados pela equipe.

O referido estudo foi realizado durante o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, no primeiro semestre de 2014. Foi realizado um diagnóstico situacional para identificar o número de pacientes com transtornos mentais, como objeto dessa pesquisa. As informações foram obtidas através dos sistemas de informação, os cadernos de registros da equipe e o auxílio dos ACS.

Com o diagnóstico situacional da área foi possível levantar o número total de pessoas atendidas pela equipe, as faixas etárias de acordo com o sexo, e as doenças prevalentes na população. Utilizou-se o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), que permite a detecção imediata de problemas e o planejamento de estratégias para suas resoluções. Os principais problemas encontrados na área estudada foram risco aumentado para doenças cardiovasculares, problemas psiquiátricos, alcoolismo e uso de drogas ilícitas, falta de lazer nos bairros, falta de saneamento básico em determinados locais, depósito de lixo em alguns lotes vagos.

Porém, para efeitos deste estudo, analisaremos a demanda da população com transtornos mentais, os quais foram priorizados para a realização de um plano de ação com o objetivo de melhorar o atendimento a esses usuários.

É relevante dizer em atendimento às questões éticas desta pesquisa, que em momento algum são citados nomes dos pacientes envolvidos, apenas quantitativos nos critérios analisados.

Para enfrentamento do problema, foi feito um plano de ação, seguindo o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES).

Para fundamentação teórica deste trabalho foram feitas buscas sobre o tema em sites como SciELO, Lilacs e Biblioteca Virtual do Nescan sobre saúde

mental, usando os descritores: “saúde mental em atenção básica”, “saúde mental”, “saúde mental na rede pública”, como critério de inclusão de artigos publicados entre 1990 a 2014.

O plano de ação abrangerá projetos para o enfrentamento o problema, como por exemplo, formação de oficina de artesanato, grupos de discussão com os próprios pacientes e seus familiares.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Saúde Mental

O transtorno psíquico sempre foi observado como desvio em relação a um padrão de comportamento pré-estabelecido, do que seja normalidade, tanto pela sociedade em geral, como pela ciência (REINALDO; ROCHA, 2002).

Foucault (2005) reconstitui a história da loucura na Europa, o nascimento da psiquiatria, com críticas contundentes aos dispositivos médico-psiquiátricos, às instituições asilares e as terapêuticas a eles relacionadas. Afirmava que a loucura representava um mal a ser expurgado do meio social e que foram as práticas e os saberes psiquiátricos que deram sustentação à institucionalização da loucura.

Ainda para Foucault, durante a Antiguidade e a Idade Média a loucura era revestida de um poder sobrenatural, chegando a ser entendida entre os antigos como uma forma de ligação entre os homens e os deuses, não podendo, portanto, ser capturada. O autor argumenta suas ideias declarando que antes de ser dominada por volta da metade do século XVII, a loucura aparece atrelada a todas as experiências da Renascença (FOUCAULT, 2005).

Ao final do século XVIII instala-se na sociedade ocidental uma forma universal e uniforme de abordagem dos transtornos mentais, sua internação em instituições psiquiátricas, os chamados manicômios (MINAS GERAIS, 2006).

Para Pereira e Vianna (2009, p. 20) “a criação do hospital psiquiátrico teve como funções essenciais o tratamento médico que reorganizava o louco como sujeito da razão o enquadrando em um padrão de conduta que era socialmente aceito”.

Nos hospitais psiquiátricos era realizado tratamento moral. O doente mental teria perdido a distinção entre o bem e o mal, para ser curado ele deveria re-aprendê-lo. Portanto, a cada vez que o doente mental cometesse um ato indevido devia ser advertido e punido, para vir a reconhecer seus erros, e conseqüentemente quando se arrependia deles e não os cometia mais, era

considerado curado (MINAS GERAIS, 2006).

A reclusão dos loucos nos manicômios possibilitou o nascimento da psiquiatria dando início a todo o trabalho de descrição e agrupamento dos diferentes tipos de sintomas e a denominação dos diversos tipos de transtornos psíquicos que fundamentam a psiquiatria moderna. No campo da terapêutica não houve qualquer progresso, os doentes mentais passaram a permanecer toda sua vida dentro dos hospitais psiquiátricos (MINAS GERAIS, 2006).

Nas primeiras décadas do século XX, os manicômios não apenas cresceram enormemente em número, como em seu caráter repressivo. O isolamento, abandono, os maus tratos e as péssimas condições de alimentação e de hospedagem agravaram-se progressivamente. Ao final da II Guerra Mundial, era dramática a situação dos hospitais psiquiátricos e dentro deste novo contexto surgem os primeiros movimentos de Reforma Psiquiátrica (MINAS GERAIS, 2006).

5.2 A Reforma Psiquiátrica

Desde o início dos anos 80, a política nacional para a área de saúde mental era um desdobramento da política de saúde mais geral, que havia estabelecido a Atenção Primária em Saúde como ponto de partida para a organização da assistência (BRAGA CAMPOS, 2000).

Seguindo esse princípio, a assistência psiquiátrica foi também inserida na estratégia de Atenção Primária através da implementação de equipes mínimas de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), cujo trabalho estaria voltado para prevenção e tratamento segundo seu nível de complexidade (SOMBINI, 2004).

Em 1982, o CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária) lança as diretrizes para a implantação da Atenção Primária em Saúde e postula a hierarquização dos serviços por níveis crescentes de complexidade tecnológica, numa composição em pirâmide, ou seja, para o nível primário a prevenção e os cuidados básicos em saúde, o que seria a porta de entrada ao sistema, para o nível terciário as ações mais complexas na rede hospitalar.

A partir dos princípios adotados na Constituição de 1988 para a organização do Sistema Único de Saúde, inicia-se a implementação de uma rede básica mais complexa que a proposta do CONASP, que deveria funcionar não só como a porta de entrada ao sistema, mas realizar a integralidade das ações, incorporando a prevenção, a promoção e a assistência (MERHY, 1997).

Segundo Sombini (2004) as equipes de saúde mental foram absorvidas nos serviços sem qualquer revisão de seu processo de formação ou de outras propostas de capacitação profissional. Foram se compondo com insuficiência de recursos humanos e pouca clareza do papel que deveriam exercer. Ainda mais, poderíamos afirmar que elas foram instaladas sem o acompanhamento de dispositivos institucionais que lhes permitissem refletir sobre as próprias resistências à tarefa primária (KAES, 1991; ONOCKO; CAMPOS, 2003).

Assim o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a implementação de equipamentos substitutivos passam a ser as principais estratégias políticas para a saúde mental nesse momento histórico, dada a necessidade e a grande dificuldade de desconstruir conceitos sobre a loucura e romper com as formas de tratamento já há muito tempo arraigadas no imaginário social – e também na lógica sanitária hegemônica (AMARANTE, 2001).

A aprovação de leis estaduais alinhadas com esses princípios ao longo da década de 1990 reflete o progresso desse processo político de mobilização social não só no campo da saúde como também no conjunto da sociedade. Normativas federais passam a estimular e regular a nascente rede de serviços de base territorial. Em 2001, após mais de dez anos de tramitação no Congresso Nacional, é sancionada a Lei n 10.216 que afirma os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Os princípios do movimento iniciado na década de 1980 tornam-se uma política de estado. Na década de 2000, com financiamento e regulação tripartite, amplia-se fortemente a rede de atenção psicossocial (RAPS), que passa a integrar, a partir do Decreto Presidencial n 7508/2011, o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde. Entre os equipamentos substitutivos ao modelo manicomial podemos citar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (CECOS), as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, entre outros. As Unidades

Básicas de Saúde cumprem também uma importante função na composição dessa rede comunitária de assistência em saúde mental (BRASIL, 2011).

5.3 O Programa Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) iniciou-se no Brasil em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994 foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família incorporando e ampliando a atuação dos agentes. Seu principal propósito foi o de reorganizar a prática da atenção à saúde e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família (FONTINELE, 2003).

Os valores que regem a assistência à saúde têm sido modificados e o SUS tem buscado alternativas para incrementar a qualidade desta assistência de acordo com as novas demandas. Com o objetivo de se alcançar a assistência integral à saúde da população, elaborou-se o Programa de Saúde da Família (PSF) que atualmente, tem sido denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que não possui caráter programático e, sim, características estratégicas de mudança do padrão de atenção à saúde da população. As práticas da ESF visam a ter como foco do trabalho a família, assim como possuir ações de caráter preventivo sobre a demanda. Dessa forma, constitui prática menos reducionista sobre a saúde, avançando para além da simples intervenção médica, que busca a integração com a comunidade, em atuação interdisciplinar dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006 *apud* BRASIL, 2003).

O Programa Saúde da Família (PSF) visa desenvolver a prevenção e promoção da saúde na comunidade, mediante ação assertiva com a população. Esse modelo de atuação prioriza a atenção primária à saúde, como alternativa àquela centrada exclusivamente na doença (BRASIL, 2006). 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 programa é desenvolvido por uma equipe básica

composta por um médico de família, um enfermeiro, um técnico em enfermagem, um odontólogo, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. A atuação das equipes do PSF ocorre nas Unidades Básicas de Saúde e nas residências da população atendida, configurando-se como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

Entre tantas características do PSF, é marcante a possibilidade de se conhecer a estrutura ou sistema em que se organiza a vida de determinada comunidade; prestar assistência universalizada com descentralização de decisões; e contar com bases territoriais definidas para a atuação, vendo a família em seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde (BRÊDA, 2005).

Uma das propostas desse programa é a de que os profissionais, por meio das trocas existentes em seus relacionamentos com as famílias e comunidade, busquem humanizar e adequar a assistência prestada em suas práticas diárias de saúde, objetivando a satisfação dos usuários e conscientizando-os de que saúde é um direito do cidadão e um alicerce de qualidade de vida (SOUZA, 2000).

Assim partindo do pressuposto de que os pacientes portadores de transtornos psiquiátricos necessitam de cuidados básicos de saúde e que o Sistema Único de Saúde preconiza a desinstitucionalização e a assistência humanizada, o Programa Saúde da Família torna-se, dessa forma, uma importante estratégia para a (re) inserção do doente mental na sociedade (ROSA, 2003).

5.4 **A Saúde Mental e a Atenção Primária**

Os CAPS – assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAM (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade do CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais graves e

persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004).

No Brasil, a orientação das políticas de atenção à saúde mental ao redirecionar a assistência para os serviços extra-hospitalares e territoriais, tem em vista que novas estratégias sejam consolidadas e antigos padrões assistenciais sejam superados. Portanto a interação entre os CAPS e as ESF amplia o potencial desses serviços como agenciadores de novos modelos de cuidado, que possam realmente dispensar a internação hospitalar (RODRIGUES *et al.*, 2009).

Portanto a finalidade do cuidado psicossocial é a reconstrução das pessoas como sujeitos sociais em suas múltiplas dimensões existenciais e não mais somente a remoção dos sintomas. A emancipação, a ampliação do poder de trocas sociais do portador de transtorno mental e o fortalecimento dos laços de sociabilidade na família são objetivos do cuidado psicossocial que se constrói cotidianamente. Nesse contexto evidencia-se a importância do PSF no cuidado ao portador de transtorno mental, pois ele pressupõe a integralidade nas práticas de cuidado valorizando a singularidade dos sujeitos (RIBEIRO; RIBEIRO; OLIVEIRA, 2008).

6 PLANO DE AÇÃO

A proposta de intervenção, ou plano de ação, constitui-se em um momento em que são feitas ações estratégicas para solucionar o problema levantado durante a busca de referenciais teóricos e dados acerca da situação em que se insere a pesquisa. Nesse sentido a proposta de intervenção, o plano de ação deverá estar fundamentado em seu diagnóstico situacional, sua justificativa, objetivos e as bases conceituais e operacionais (CÓRREA *et al.*, 2013, p. 93).

6.1 Definição do Problema

O problema foco deste plano de ação pode ser definido pelo grande número de usuários da ESF Areias I portadores de transtornos mentais. Os transtornos mentais ocupam o segundo lugar em número de atendimentos na ESF Areias I de acordo com o diagnóstico situacional realizado em 2013. O estudo demonstrou que 9,8% dos usuários cadastrados apresentam algum tipo de transtorno mental, sendo os principais: depressão ou estado depressivo, distúrbio da ansiedade e insônia, epilepsias, convulsões, dor crônica, cefaléias, dependência química. Esses transtornos mentais acontecem devido a desestrutura familiar, falta de lazer e perspectiva de crescimento, desemprego, alcoolismo e dependência química. Os dados obtidos em relação aos transtornos mentais mais prevalentes foram identificados através de registro em prontuário, registro dos agentes comunitários de saúde e registros contidos em cadernos da equipe.

6.4 Como Controlar o Problema

Para controlar o problema descrito – grande números de usuários portadores de transtorno mentais – será necessário investir na prevenção e na promoção da saúde desses usuários através de:

- Realização de grupos operativos nas escolas abordando sobre o tema antidrogas;

- Implantação do grupo de saúde mental na Unidade onde será realizadas encontros para discussão de assuntos como o uso racional de medicamentos, dependência química;
- Contratação de um psiquiatra;
- Estabelecer parcerias efetivas com as Comunidades Terapêuticas que fazem parte da área de abrangência;
- Criação de oficinas de artesanatos na Unidade;
- Criação de espaços de lazer na área de abrangência;
- Visitas domiciliares dos ACS, orientá-los que durante a visita domiciliar a esses pacientes, conversar com familiares e cuidadores sobre uso adequado da medicação de acordo com a prescrição médica, e se os mesmos estão fazendo uso regular das mesmas.

6.5 Problema Priorizado

Nenhum fenômeno, por menor que seja, tem sua origem definida por uma única matriz. Compreender o mundo atual nos direciona, com mais frequência, a percorrer caminhos diversos: o social, cultural, biológico, econômico e psíquico. Entretanto, ainda existe a tendência a buscarmos a causa biológica como o fator desencadeante da maioria das doenças em detrimento de outras causas de igual importância. Mas podemos afirmar que qualquer doença só pode ser entendida quando inserida na sociedade em que ocorre, considerando a classe social do indivíduo (PEREIRA, 2013).

Os estudos epidemiológicos em saúde mental propiciam compreender mais claramente a frequência com que esses transtornos ocorrem na população em geral, avaliar suas consequências diretas e indiretas, em nível individual, familiar e social, além de trazer à tona suas associações com variáveis sócio-demográficas a fim de orientar o reconhecimento de grupos de risco (GONÇALVES; KAPCZINSK, 2008 *apud* PEREIRA, 2013).

Foi identificado uma maior prevalência de distúrbio da ansiedade e depressão sendo a predominância em mulheres de numa faixa etária de 40 a 64 anos e em seu maior número casadas. Este resultado pode ser relacionado com algumas causas identificadas do problema como: falta de atividade e

perspectiva de vida da população feminina e desestrutura familiar.

Sendo a ESF uma unidade do SUS permeada por ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde e, além disso, que tem como foco dos acontecimentos a família, é de fundamental importância que as discussões sejam realizadas de forma a promover a prevenção e sistematizar todas as atividades propostas para efetivação do plano de ação.

6.6 Explicação do Problema

Na ESF Areias I em Ribeirão das Neves, existe um grande número de pacientes portadores de transtornos mentais de acordo com diagnóstico situacional realizado no ano de 2013 na área de abrangência da equipe.

O quantitativo de usuários portadores de transtornos mentais foi obtido por meio de sistemas de informação, de registros em cadernos da equipe e também com o auxílio dos ACS.

Diante do problema torna-se de fundamental importância o empenho e a articulação de toda a equipe para execução do plano de ação proposto para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes. Nesse sentido o PSF vem se mostrando como instrumento do processo de transformação da assistência em saúde mental, uma vez que possibilita maior aproximação entre o usuário, a família, os profissionais e toda a comunidade. Enfim essa proximidade é um importante recurso, principalmente no que se refere ao enfrentamento dos agravos vinculados ao sofrimento psíquico, que vêm se mostrando frequentes, e ainda pouco tratados (ANDRADE, 2006).

6.5 Planejamento das Ações

TABELA 1: Planejamento das ações de saúde mental na ESF Areias I Ribeirão das Neves

Nós Críticos	Ações	Resultados esperados	Recursos necessários
Diminuição do número de usuários de álcool e outras drogas	Diminuir em 40% o número de usuários de álcool e outras drogas. Apoiar os familiares dos	1- Grupos operativos em escolas abordando o tema antidrogas em parceria com polícia militar, igrejas, associação de bairro; 2-	Organizacional – organização dos grupos, reuniões com as parcerias.

	usuários de droga.	Implementação do grupo de saúde mental; 3- Participação da ESF nos projetos dos Conselhos antidrogas. 4- Criação de um espaço (centro) para recuperação de usuários de álcool e outras drogas em parceria com igrejas e alcoólicos anônimos (AA).	Cognitivos – informação sobre os temas e estratégias de divulgação/comunicação.
Melhora na estrutura e relacionamento entre as famílias	Diminuição do número de violências, tentativas de suicídios, maus tratos, prostituição. Trabalhos educativos. Construção de áreas de lazer no bairro e investimentos em cursos para comunidade.	Ampliar grupos operativos para todos os ciclos de vida; com equipe multidisciplinar Contratação de um psiquiatra para acompanhamento dos pacientes portadores de transtornos mentais	Cognitivos – elaboração do projeto. Políticos – decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiros – aumento da oferta de recursos humanos.
Falta de ocupação para população feminina	Criação de oficinas de artesanatos para população feminina de forma que tenham uma ocupação e também arrecadem recursos financeiros	Criação de cursos técnicos e cooperativas com oficina de artesanato, culinária e outras atividades para capacitar essa população. Criação de áreas de lazer	Cognitivos – elaboração do projeto. Políticos – decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço Financeiro- financiamento dos projetos.
Implantação da linha Guia da Saúde Mental através de protocolo	Atendimento de 80 por cento dos pacientes psiquiátricos com protocolo em 1 ano.	Implementar protocolo de saúde mental.	Cognitivos- elaboração de protocolos saúde mental . Político – articulação entre setores da saúde. Organizacional – adequação de fluxos: referência e contra referência.

Fonte: Autoria Própria (2014).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta deste plano de ação abordou a diminuição do número de pacientes portadores de transtornos mentais, por meio da prevenção e da promoção da saúde dos mesmos e também a melhoria da qualidade da assistência prestada e, conseqüentemente, a melhora da qualidade de vida desses pacientes.

Este trabalho apresentou o quadro de saúde mental da população cadastrada na ESF Areias I, no município de Ribeirão das Neves em Minas Gerais, tendo identificado que 9,8% da população possuem algum transtorno mental.

Todos os pacientes com transtornos mentais da referida comunidade são acompanhados pelo médico clínico da ESF, mesmo que outro médico especialista na área de psiquiatria tenha iniciado o tratamento com psicofármacos.

O grande número de pacientes portadores de transtornos mentais sobrecarrega a unidade e o setor de saúde mental não consegue atender toda a demanda do município.

Diante do exposto a população de pacientes portadores de transtornos mentais aumenta a cada dia tendo como foco causas de difíceis soluções como uso abusivo de álcool e outras drogas; desestrutura familiar. Devemos buscar parcerias e sensibilização dos agentes responsáveis: gestores, família, profissionais de saúde e os próprios doentes mentais.

Faz-se necessário a mudança de se fazer saúde mental e da forma de atuar tanto para os profissionais das equipes de saúde da família quanto para a equipe de saúde mental propiciando e aumentando a interação entre os dois setores e deste dois com a família e comunidade, pois é no seio familiar que acontecem as dinâmicas e os conflitos do cotidiano.

REFERÊNCIAS

1. AMARANTE, P. **A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil.** *Saúde em debate*, v.25, n:58: p. 26-34, 2001.
2. ANDRADE, L. *et al.* Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev psiquiatria clínica.* 2006.
3. BASTOS, A. B. **A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon;** Izique, 2010. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistasims/index.php/PINFOR/article/viewFile/2348/2334>, acessado em: 02-06-2014.
4. BRENDA, L. M. *et al.* Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. *Rev Lat. Am . Enferm.* 2005.
5. BRAGA, Campos. **O Modelo de Reforma psiquiátrica Brasileiro e as Modelagens de São Paulo, Campinas e Santos.** Campinas, 2000. (tese de doutorado – departamento de medicina preventiva e social/FCM/UNICAMP).
6. BRAGANÇA (2013). **Desinstitucionalização do doente mental**, disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8409/1/Tese%20Orlando%20Bragan%C3%A7a.pdf>, acessado em 22-05
7. BRASIL. Ministério da Saúde, 1988. **Relatório Final da Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. p.15.
8. BRASIL. **Lei nº8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências.** Diário oficial da União, Brasília: Poder Executivo 1990.
9. BRASIL. Ministério da Saúde, 1994. **Relatório Final da Segunda Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. p. 11-16.
10. BRASIL. Ministério da Saúde 2001. Secretaria de assistência à saúde, conselho nacional de saúde. **III conferência nacional de saúde mental: Caderno informativo – I ed. - conferencia nacional de saúde mental (3.:2001 Brasília).**
11. BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica: vínculo e o diálogo necessários.** Brasília: Ministério da Saúde; 2003
12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas de saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério de Saúde, 2004
13. CORRÊA, E. J. *et al.* **Iniciação à metodologia: Participação em eventos e elaboração de textos científicos.** Belo Horizonte, Nescon UFMG, 2013.

14. FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. **Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas**, SP: uma rede ou um emaranhado?, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a18v14n1.pdf> acessado em 17-05-2014.
15. FONTINELE, J. K. **Programa saúde da família: PSF comentado**. Goiânia (GO): AB – editoria; 2003.
16. KAES, R. **Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. A instituição e as instituições**. São Paulo: casa do psicólogo, 1991, p. 1-39.
17. LABATE, R. A contribuição de saúde mental para o desenvolvimento do PSF. **Rev Bras. Enferm.** 2003; 56.
18. LANCETTI, A. **Saúde mental nas entranhas da metrópole. Saúde loucura: saúde mental e saúde da família**. São Paulo: Hucitec 2000. p. 11-52.
19. MERHY, E. **A rede básica como uma construção de saúde pública e a construção de seus dilemas. Agir em saúde**. São Paulo: Hucitec. 1997. p.197-228
20. MINAS GERAIS. **Secretaria de estado da saúde. Atenção em saúde mental: saúde em casa**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.
21. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção em Saúde Mental: saúde em casa**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.
22. MORENO, A. A trajetória da família portador de sofrimento psíquico. **Rev. Escola de enfermagem da USP**. 37 nº2, São Paulo junho de 2003. p. 43-50.
23. ONOCKO, C. **A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas: saúde paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 122-149
24. PEREIRA, M. G. **Indicadores de saúde. Epidemiologia: teoria e prática**; 5ª ed. Rio de Janeiro: editoria Guanabara Koogan; 2002. p. 49-73.
25. PEREIRA, M. A. O. *et al.* **Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental**> <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/04.pdf> acessado em 15-05-2014.
26. PEREIRA, A.; VIANA, P. **Saúde Mental**. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/94> acessado em 19-05-2014.
27. RIBEIRO, C. *et al.* A Construção da Assistência da Saúde mental em Cuiabá – MT. **Revista Cogitare Enfermagem**, Mato Grosso do Sul, v.13, n.4, p.548-557, out/10. 2008. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/13115/0>.
28. SOUZA, H. M. **Entrevista com a diretora do departamento de atenção básica. SPS/MS**. **Rev. Bras. Enfermagem** 2000; 53 (1): 7-16.