

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

MARUZA MARIA MOREIRA GOMES

**ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE AÇÃO PARA MELHOR
ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO DOS PORTADORES DE
TRANSTORNOS MENTAIS DA ESF MARAMBAINHA – MG**

TEÓFILO OTONI – MG
2014

MARUZA MARIA MOREIRA GOMES

**ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE AÇÃO PARA MELHOR
ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO DOS PORTADORES DE
TRANSTORNOS MENTAIS DA ESF MARAMBAINHA – MG**

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

Orientadora: Professora Daniela Coelho Zazá

TEÓFILO OTONI – MG
2014

MARUZA MARIA MOREIRA GOMES

**ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE AÇÃO PARA MELHOR
ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO DOS PORTADORES DE
TRANSTORNOS MENTAIS DA ESF MARAMBAINHA – MG**

Banca Examinadora

Prof^a. Daniela Coelho Zazá (orientadora)

Prof. Alexandre de Araujo Pereira (examinador)

Aprovado em Belo Horizonte: __/__/____

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter oportunizado este momento em minha vida, a realização desse grande sonho, pela inspiração e a vontade de contribuir para uma sociedade mais igualitária.

Aos meus pais, familiares pelo apoio, carinho, compreensão e incentivo.

A todos os professores, com os quais tive o prazer de compartilhar experiências durante essa etapa, e que servirão para toda a vida, obrigada pelo incentivo e apoio.

A todos os colegas do curso que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desse trabalho.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação para melhorar as condições de atendimento e acompanhamento dos portadores de transtornos mentais na Estratégia Saúde da Família Marambainha. No diagnóstico situacional observou-se um elevado número de pessoas portadoras de tais transtornos. Baseando-se neste problema foram selecionados os seguintes nós críticos: abandono do tratamento e dependência a medicamentos; baixa inclusão social dos pacientes com transtornos mentais; falta de conhecimento dos familiares e; falta de preparo da equipe. Baseado nesses nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento: criação dos projetos “**tratamento adequado**” para aumentar a adesão ao tratamento e diminuir a dependência a medicamentos, “**inclusão**” para criar possibilidades de inclusão social dos pacientes com transtornos mentais, “**mais informação**” para aumentar o nível de informação dos familiares sobre os transtornos mentais e, “**processo de trabalho efetivo**” para capacitar a equipe sobre o cuidado prestado ao paciente com transtornos mentais.

Palavras chave: transtornos mentais, plano de ação, atenção primária.

ABSTRACT

This study aimed to develop an action plan to improve the conditions of attendance and monitoring of patients with mental disorders in the Marambainha Family Health Strategy. In the situation analysis were observed a large number of people suffering from such disorders. Based on this problem, the following critical nodes were selected: abandonment of treatment and drug dependence; low social inclusion of patients with mental disorders; lack of knowledge of family and; lack of preparation of team. Based on these critical nodes the following actions were proposed: creation of projects “**appropriate treatment**” to increase treatment adherence and reduce dependence on drugs, “**inclusion**” to create opportunities for social inclusion of patients with mental disorders, “**more Information**” to increase the level of information of family members about mental disorders and, “**effective work process**” to train the team about the care provided to patients with mental disorders.

Keywords: mental disorders, action plan, primary attention.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Priorização dos problemas identificados na área de abrangência da ESF Marambainha	17
Quadro 2	Descritores do problema selecionado	18
Quadro 3	Desenho das operações para os “nós críticos” relacionados a “falta de acompanhamento adequado aos pacientes com a saúde mental comprometida”	19
Quadro 4	Identificação dos recursos críticos	20
Quadro 5	Proposta de ação para motivação dos profissionais controladores ..	21
Quadro 6	Plano operativo.....	22
Quadro 7	Acompanhamento do plano de ação.....	23

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
2	JUSTIFICATIVA	09
3	OBJETIVO	10
3.1	Objetivo geral	10
3.2	Objetivos específicos	10
4	METODOLOGIA	11
5	REVISÃO DE LITERATURA	12
5.1	Atenção Básica e saúde mental	12
5.2	Ações de saúde mental na atenção básica	14
6	PLANO DE AÇÃO	17
6.1	Primeiro Passo – a definição do problema	17
6.2	Segundo Passo – a priorização dos problemas	17
6.3	Terceiro Passo – descrição do problema selecionado	18
6.4	Quarto passo – explicação do problema	18
6.5	Quinto passo – seleção de nós críticos	19
6.6	Sexto passo – desenho das operações	19
6.7	Sétimo passo – identificação dos recursos críticos	20
6.8	Oitavo passo – análise da viabilidade do plano	21
6.9	Nono passo – elaboração do plano operativo	21
6.10	Décimo passo – gestão do plano	22
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
	REFERÊNCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

O município de Carai, situado no nordeste do estado de Minas Gerais, está entre os 58 municípios do Vale do Jequitinhonha (região mais pobre do estado). Fica a uma distância de 536 km da capital Belo Horizonte, tem uma população de aproximadamente 22.353 habitantes e área territorial de 1.240.160 km². O município é composto por três distritos (Marambainha, Ponto do Marambaia e Maranhão) e dois povoados (Vila Nova e Ribeirão de Santana) e o índice de desenvolvimento humano (IDH) é de 0,636.

Sua economia vem da agricultura e da descoberta de lavras de pedras preciosas. Tem clima seco e tropical de altitude e é uma região altamente indicada para produção de frutas de clima temperado, como por exemplo, pêssigo, ameixa e uva de mesa.

No município existem 08 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Sou enfermeira e atuo na ESF Marambainha desde fevereiro de 2013. A ESF é composta por uma equipe de 06 agentes comunitários de saúde, 01 enfermeira, 02 técnicas de enfermagem e 01 médico. Como forma de melhorar minha atuação dentro da equipe ingressei no curso de especialização em Saúde da Família oferecido pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Durante o primeiro semestre do curso realizei um diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF com objetivo de identificar os principais problemas e buscar soluções para os mesmos. Após a realização do diagnóstico situacional foi possível identificar diferentes problemas, como por exemplo, o crescimento do número de hipertensos e diabéticos, de gestantes menores de 20 anos e que iniciaram o pré-natal depois do 1º trimestre, redução do exame citopatológico, alta quantidade de casos de esquistossomose e a falta de acompanhamento adequado aos pacientes com a saúde mental comprometida. Apesar de todos esses problemas serem importantes, a equipe selecionou como problema principal “a falta de acompanhamento adequado aos pacientes com a saúde mental comprometida”, pois existem campanhas no município com foco na saúde da mulher, da criança, do idoso, etc. Entretanto, nenhuma ação existe com foco na saúde mental. E por se tratar de zona rural, o tema é tratado muitas vezes com descaso e visto de forma preconceituosa pela população.

2 JUSTIFICATIVA

A falta de acompanhamento adequado aos pacientes com a saúde mental comprometida é um problema que deve ser levado em consideração pela equipe de saúde da família da ESF Marambainha. Temos o suporte do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), entretanto, o mesmo ainda está em processo de implantação. Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico (BRASIL, 2004).

Mesmo com o apoio do CAPS, acredito que a equipe não está preparada para atender os pacientes com transtornos mentais. Sendo assim, para alcançarmos melhorias no atendimento e acompanhamento aos pacientes com a saúde mental comprometida são necessárias mudanças no processo de trabalho da equipe, além de melhor preparo dos profissionais.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Elaborar um plano de ação para melhorar as condições de atendimento e acompanhamento dos portadores de transtornos mentais da ESF Marambainha.

3.2 Objetivos específicos

- Desenvolver, através do plano de ação, um atendimento humanizado aos pacientes com a saúde mental comprometida.
- Procurar inserir a saúde mental nos cronogramas do processo de trabalho da ESF Marambainha.

4 METODOLOGIA

Em um primeiro momento foi feito o diagnóstico situacional na área de abrangência da ESF Marambainha. Para isso, adotou-se o método de estimativa rápida (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Após realização do diagnóstico situacional selecionou-se como principal problema “a falta de acompanhamento adequado aos pacientes com a saúde mental comprometida”.

Baseando-se neste problema, realizou-se, em um segundo momento, uma revisão de literatura em bases de dados como Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO) através dos seguintes descritores: saúde mental, transtorno mental, atenção básica, estratégia saúde da família.

Em um terceiro momento foi sugerido um plano de ação para o enfrentamento da falta de acompanhamento adequado aos pacientes com a saúde mental comprometida da ESF Marambainha.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Atenção Básica e saúde mental

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é a porta de entrada do cidadão no Sistema Único de Saúde (SUS) e funciona como estratégia de reorganização da atenção básica no Brasil (NASCIMENTO; SANTOS; CARNUT, 2011; BRASIL, 2013). Seus princípios são: atuação no território através do diagnóstico situacional, enfrentamento dos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo; buscar a integração com instituições e organizações sociais e ser espaço de construção da cidadania (BRASIL, 2006).

Segundo Tanaka e Ribeiro (2009) apesar dos princípios enunciados acima apontarem para efetiva ampliação das ações para além do modelo biomédico, não há, nos textos oficiais do Ministério da Saúde formatadores da atenção básica, referência clara à incorporação de ações voltadas ao enfrentamento dos problemas de saúde mental.

Baroni e Fontana (2009) afirmam que a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica é consequência de sucessivas conquistas de dois importantes movimentos: reforma sanitária e reforma psiquiátrica brasileira. A reforma sanitária garantiu o direito à saúde e o acesso universal e integral aos serviços e ações do setor. Já a reforma psiquiátrica brasileira vem garantindo a reinserção social das pessoas em sofrimento psíquico que, desde muito tempo, foram excluídas da sociedade, do padrão de “normalidade” estabelecido.

A reforma psiquiátrica objetiva não só o fim dos manicômios, mas também a transformação da sociedade (YASUI, 2006). Souza e Rivera (2010) destacam que, tendo se originado no âmbito da reforma sanitária e se afirmado como um movimento de caráter democrático e social, a reforma psiquiátrica brasileira intenta buscar melhores condições de saúde e de vida para as pessoas que se encontram em sofrimento psíquico. Correia, Barros e Colvero (2011) afirmam que o princípio da reforma psiquiátrica é a desinstitucionalização e pressupõe a manutenção do doente mental em seu território, evitando a internação e, se esta for necessária, que seja de

curta duração e preferencialmente em emergência psiquiátrica. Desta forma, é possível preservar os vínculos com os familiares e redes sociais.

A reforma psiquiátrica não pode ser compreendida apenas como um questionamento de conceitos, fundamentos e de suas práticas moldadas em uma questionável racionalidade científica, mas sim como a construção de novos paradigmas (YASUI, 2006).

Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) surgem como uma resposta a esta mudança de paradigma. Eles oferecem serviços de atendimento comunitário de caráter aberto, multidisciplinar, acesso livre e atendimento diário aos indivíduos em sofrimento psíquico, a seus familiares e à comunidade (BACHETTI, 2013).

Pereira e Viana (2009) afirmam que a relação entre os profissionais de saúde mental e da atenção primária deve ser pautada pelo cuidado compartilhado junto ao portador de transtorno mental. Além disso, o plano terapêutico deve ser definido de acordo com o grau de complexidade do caso e não pela conduta burocratizada da referência e da contrarreferência.

Tanaka e Ribeiro (2009) acreditam que a atenção básica tem potencial para desenvolver dois principais tipos de ações de saúde mental. O primeiro consiste em detectar as queixas relativas ao sofrimento psíquico e prover uma escuta qualificada deste tipo de problemática; o segundo compreende as várias formas de lidar com os problemas detectados, oferecendo tratamento na própria atenção básica ou encaminhando os pacientes para serviços especializados. Entretanto, apesar de sua importância, a realização de práticas em saúde mental na atenção básica suscita muitas dúvidas, curiosidades e receios nos profissionais de Saúde (BRASIL, 2013).

Reinaldo (2008) diz que a ação conjunta entre a saúde mental e a atenção básica é uma realidade necessária diante do contingente de pessoas que sofrem com o transtorno comportamental e hoje são atendidas pelas equipes de saúde da família. Além disso, no enfrentamento desses desafios, algumas questões devem ser priorizadas, tais como qualificar o atendimento, por meio da capacitação, do suporte matricial e da incorporação dos casos de transtornos psíquicos graves à assistência no território.

Munari *et al.* (2008) expressam em meio a tantas diferenças de cenários onde se produzem as experiências de cuidado em saúde mental no contexto da atenção básica, a necessidade de investimento na capacitação dos profissionais que

atuam na ponta do sistema, bem como a identificação do sofrimento a que são expostos, por exemplo, os agentes comunitários de saúde, quando da tentativa de atendimento das necessidades de pessoas com transtornos mentais e seus familiares.

5.2 Ações de saúde mental na atenção básica

O Ministério da Saúde editou a Norma Operacional da Assistência à Saúde-01/2001, que, entre outros pontos, orienta a organização do Plano Diretor de Regionalização, determinando que o cidadão deva ter acesso, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados às responsabilidades mínimas, dentre as quais o tratamento dos transtornos comportamentais e psicossociais mais frequentes (BRASIL, 2001).

De acordo com Reinaldo (2008) os desafios estão presentes e não podem ser ignorados. O sofrimento mental está cada vez mais presente na sociedade e deve ser superado, quer seja avançando no conhecimento em relação às diretrizes da política de saúde mental ou aproximando-nos das contingências do processo de adoecimento e contribuindo para consolidar a saúde mental no âmbito da atenção básica.

As práticas em saúde mental na atenção básica podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de saúde. O que unifica o objetivo dos profissionais para o cuidado em saúde mental deve ser o entendimento do território e a relação de vínculo da equipe de saúde com os usuários (BRASIL, 2013).

De acordo com Chiaverini (2011) diferentes ações terapêuticas para queixas emocionais podem ser realizadas pelos profissionais da atenção básica, como por exemplo:

- Proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir;
- Exercer boa comunicação;
- Exercitar a habilidade da empatia;
- Lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer;
- Acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas;
- Oferecer suporte na medida certa, uma medida que não torne o usuário dependente e nem gere no profissional uma sobrecarga;

- Reconhecer os modelos de entendimento do usuário.

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças (BRASIL, 2013). Os principais dispositivos comunitários são: os grupos terapêuticos, os grupos operativos, a abordagem familiar, as redes de apoio social e/ou pessoal do indivíduo, os grupos de convivência, os grupos de artesanato, entre outros.

De acordo com Inpes (2007 citado por REINALDO, 2008) algumas características podem ser atribuídas à prática da saúde mental na atenção básica, como por exemplo: estar associada às demais ações da atenção básica; assegurar o bem estar da comunidade e do indivíduo; privilegiar as ações preventivas, individuais e coletivas; alocar os programas de saúde mental em diferentes serviços de atenção básica; realizar ações diretas e indiretas; utilizar novas estratégias de abordagem em saúde; ter governabilidade; agregar profissionais com diferentes formações, implicar a comunidade e, por fim, considerar as características da comunidade.

Abaixo estão apresentadas as ações que devem ser compartilhadas entre as equipes matriciais de saúde mental e da atenção básica (BRASIL, 2004):

- a) Desenvolver ações conjuntas, priorizando: casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, vítimas de violência doméstica intradomiciliar;
- b) Discutir casos identificados pelas equipes da atenção básica que necessitem de uma ampliação da clínica em relação às questões subjetivas;
- c) Criar estratégias comuns para abordagem de problemas vinculados a violência, abuso de álcool e outras drogas, estratégias de redução de danos, etc. nos grupos de risco e nas populações em geral;
- d) Evitar práticas que levem à psiquiatrização e medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;
- e) Fomentar ações que visem a difusão de uma cultura de assistência não manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação com a loucura;
- f) Desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas

comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial (conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de autoajuda, etc.);

- g) Priorizar abordagens coletivas e de grupos como estratégias para atenção em saúde mental, que podem ser desenvolvidas nas unidades de saúde, bem como na comunidade;
- h) Adotar a estratégia de redução de danos nos grupos de maior vulnerabilidade, no manejo das situações envolvendo consumo de álcool e outras drogas. Avaliar a possibilidade de integração dos agentes redutores de dano a essa equipe de apoio matricial;
- i) Trabalhar o vínculo com as famílias, tomando-a como parceira no tratamento e buscar constituir redes de apoio e integração.

Estudo realizado por Botti e Andrade (2008) com profissionais de saúde de uma unidade de saúde do município de Betim (MG) mostrou que as seguintes ações em saúde mental são realizadas na unidade: atendimento individual, recepção da saúde mental (trata-se do acolhimento coletivo no qual as pessoas relatam suas demandas em relação ao sofrimento mental), visita domiciliar (importante estratégia para manutenção do vínculo, acompanhamento e busca ativa dos casos de sofrimento mental), discussão de caso e oficinas de trabalhos manuais. Já o estudo desenvolvido por Silveira e Vieira (2009) com profissionais de saúde de uma unidade de saúde do município do Rio de Janeiro apontou que, nas ações de saúde mental ainda predomina o modelo biomédico de organização da atenção à saúde.

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Primeiro Passo – a definição do problema

Através da estimativa rápida foi possível identificar os principais problemas da área de abrangência da ESF Marambainha.

Os problemas identificados foram: o crescimento do número de hipertensos e diabéticos, de gestantes menores de 20 anos e que iniciaram o pré-natal depois do 1º trimestre, redução do exame citopatológico, alta quantidade de casos de esquistossomose e a falta de acompanhamento adequado aos pacientes com a saúde mental comprometida.

6.2 Segundo Passo – a priorização dos problemas

A ESF Marambainha enfrenta situações-problema diariamente. No segundo passo realizou-se a priorização dos problemas conforme quadro 1, pois dificilmente, todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo.

Quadro 1: Priorização dos problemas identificados na área de abrangência da ESF Marambainha.

Principais problemas	Importância	Urgência (0-10)	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Falta de acompanhamento adequado aos pacientes com a saúde mental comprometida	Alta	8	Parcial	1
Crescimento do número de hipertensos e diabéticos.	Alta	7	Parcial	2
Alta quantidade de casos de Esquistossomose.	Alta	6	Parcial	3
Crescimento do número de gestantes menores de 20 anos e que iniciaram o pré-natal depois do 1º trimestre.	Alta	5	Parcial	4
Redução do exame citopatológico	Alta	5	Parcial	5

Fonte: Autoria própria (2014)

6.3 Terceiro Passo – descrição do problema selecionado

Quando se trata de saúde mental nos deparamos com problemas como a intolerância e falta de orientação da família, o preconceito da sociedade, a falta de acompanhamento no tratamento, além da dificuldade de inclusão social e reabilitação.

Observa-se no município um aumento na demanda de pacientes em sofrimento mental, que por sua vez tem uma adesão considerável ao serviço de saúde, mas a manutenção e acompanhamento do mesmo ficam a desejar. O quadro 2 descreve a magnitude do problema.

Quadro 2: Descritores do problema selecionado.

Descritores	Valores	Fontes
Internações Psiquiátricas por ano	2	Registros da equipe
Tentativas de suicídio atendidas por ano	2	Registros da equipe
Número de pessoas acompanhadas em uso de benzodiazepínicos e antidepressivos por mês	180	Registros da Equipe
Número de acompanhamentos para os serviços de saúde mental por mês	15	Registros da equipe

6.4 Quarto passo – explicação do problema

Este é o momento de entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas possíveis causas. As possíveis causas para a falta de acompanhamento adequado aos pacientes com a saúde mental comprometida da ESF Marambainha podem ser:

- Fatores sociais: problemas familiares, principalmente conjugais, interferências de drogas lícitas e ilícitas, acidentes, morte de um ente querido, etc.
- A interrupção do tratamento, ou a falta nas consultas com psiquiatras.
- Falta de preparo da equipe: em função da grande demanda dentro da ESF a equipe não está preparada para atender com qualidade os pacientes com problemas mentais.
- Ambiente familiar: a falta de conhecimento dos familiares, a falta de apoio, a falta de paciência com a situação, torna o serviço conturbado, pois a família atribui toda a responsabilidade à ESF.

- Comunidade conservadora e que mantém um olhar preconceituoso às pessoas com problemas mentais, acabam rotulando e dificultando a reinserção social destas pessoas e reabilitação.

6.5 Quinto passo – seleção de nós críticos

Foram selecionados os seguintes “nós críticos” relacionados à “falta de acompanhamento adequado aos pacientes com a saúde mental comprometida”.

- Abandono do tratamento e dependência a medicamentos;
- Baixa inclusão social dos pacientes com transtornos mentais;
- Falta de conhecimento dos familiares;
- Falta de preparo da equipe.

6.6 Sexto passo – desenho das operações

O desenho das operações consiste em descrever as operações para enfrentar os “nós críticos”. No quadro 3 estão apresentadas as operações para os “nós críticos” selecionados.

Quadro 3: Desenho das operações para os “nós críticos” relacionados a “falta de acompanhamento adequado aos pacientes com a saúde mental comprometida”.

Nó Crítico	Operações	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos necessários
Abandono do tratamento e dependência a medicamentos	<p>“Tratamento adequado”</p> <p>Aumentar a adesão ao tratamento e diminuir a dependência a medicamentos</p>	Pacientes conscientes das melhorias provocadas pelas formas corretas de tratamento.	Disponibilizar um dia de atendimento médico mensal para acompanhamento e orientação do paciente. Participação de um familiar na consulta. Organizar visitas das ACS.	Organizacional: disponibilidade e empenho da equipe nos dias de consulta, visita e da presença da família.
Baixa inclusão social dos pacientes com transtornos mentais	<p>“Inclusão”</p> <p>Criar possibilidades de inclusão social dos pacientes com transtornos mentais</p>	Aumentar a inclusão social. Diminuição do preconceito.	Criação de grupos operativos para desenvolver trabalhos manuais (artesanato, pintura, etc.) e para a prática de atividade física (caminhada, etc.).	Político: conseguir que sejam votados e implantados no município projetos sociais de incentivo à cultura, ao esporte e ao lazer. Financeiros:

				recursos financeiros para montagem dos grupos operativos.
Falta de conhecimento dos familiares	“Mais informação” Aumentar o nível de informação dos familiares sobre os transtornos mentais	Conseguir maior apoio de familiares no tratamento dos pacientes com problemas mentais.	Entrega de cartilhas com orientações dentro da ESF e nas residências através da visita das ACS Disponibilizar um tempo para acolhimento destas famílias ou propiciar visitas.	Organizacional: mobilização das famílias para otimizar o tratamento. Financeiro: para aquisição de folhetos. Político: adesão dos profissionais.
Falta de preparo da equipe	“Processo de trabalho efetivo” Capacitar a equipe sobre o cuidado prestado ao paciente com transtornos mentais	Orientação, capacitação e treinamento da equipe para uma assistência de qualidade ao paciente com problema mental. Estreitamento de relacionamento com o CAPS.	Capacitação da equipe Discutir e implantar ações de monitoramento dos pacientes com problema mental. Instituição de matriciamento do CAPS, junto à equipe do PSF.	Político: adesão dos profissionais. Organizacional: reorganização de algumas tarefas desempenhadas na unidade. Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais e materiais para a capacitação.

Fonte: Autoria própria (2014)

6.7 Sétimo passo – identificação dos recursos críticos

No quadro 4 estão apresentados os recursos críticos para o problema da falta de acompanhamento adequado aos pacientes com a saúde mental comprometida. Esse passo é de extrema importância para garantir a viabilidade do plano de ação, pois esses recursos são indispensáveis para a execução do projeto.

Quadro 4: Identificação dos recursos críticos.

Operações	Recursos críticos
“Tratamento adequado”	Organizacional: disponibilidade e empenho da família.
“Inclusão”	Político: conseguir que sejam votados e implantados no município projetos sociais de incentivo à cultura, ao esporte e ao lazer. Financeiros: recursos financeiros para montagem dos grupos operativos.
“Mais informação”	Financeiro: para aquisição de folhetos.
“Processo de trabalho efetivo”	Organizacionais: reorganização de algumas tarefas desempenhadas na unidade. Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais e materiais para a capacitação.

Fonte: Autoria própria (2014)

6.8 Oitavo passo – análise da viabilidade do plano

Como a equipe da ESF Marambainha não é a controladora de todos os recursos necessários para a execução do projeto, foram identificados os profissionais controladores e seu provável posicionamento diante do projeto (quadro 5).

Quadro 5 - Proposta de ação para motivação dos profissionais controladores.

Operações	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Operações Estratégicas
		Quem Controla	Motivação	
“Tratamento adequado”	Organizacional: disponibilidade e empenho da família.	ACS	Favorável	Organizar visitas regulares das ACS
“Inclusão”	Político: conseguir que sejam votados e implantados no município projetos sociais de incentivo à cultura, ao esporte e ao lazer. Financeiros: recursos financeiros para montagem dos grupos operativos.	Prefeitura municipal	Indiferente	Apresentar projeto
		Secretaria de saúde	Favorável	Não é necessária
“Mais informação”	Financeiro: para aquisição de folhetos.	Secretaria de saúde	Favorável	Não é necessária
“Processo de trabalho efetivo”	Organizacionais: reorganização de algumas tarefas desempenhadas na unidade. Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais e materiais para a capacitação.	Equipe de saúde	Favorável	Não é necessária
		Secretaria de saúde	Favorável	Não é necessária

Fonte: Autoria própria (2014)

6.9 Nono passo – elaboração do plano operativo

No plano operativo devem-se definir os responsáveis pela coordenação dos projetos e estipular os prazos para execução das ações (quadro 6).

Quadro 6 - Plano operativo.

Operações	Resultados esperados	Produtos esperados	Responsável	Prazo
“Tratamento adequado” Aumentar a adesão ao tratamento e diminuir a dependência a medicamentos	Pacientes conscientes das melhorias provocadas pelas formas corretas de tratamento.	Disponibilizar um dia de atendimento médico mensal para acompanhamento e orientação do paciente. Participação de um familiar na consulta. Organizar visitas das ACS.	Enfermeiro, médico e ACS.	2 meses
“Inclusão” Criar possibilidades de inclusão social dos pacientes com transtornos mentais	Aumentar a inclusão social. Diminuição do preconceito.	Criação de grupos operativos para desenvolver trabalhos manuais (artesanato, pintura, etc.) e para a prática de atividade física (caminhada, etc.).	Enfermeira, ACS e Secretaria de Cultura e Esporte.	6 meses
“Mais informação” Aumentar o nível de informação dos familiares sobre os transtornos mentais	Conseguir maior apoio de familiares no tratamento dos pacientes com problemas mentais	Entrega de cartilhas com orientações dentro da ESF e nas residências através da visita das ACS Disponibilizar um tempo para acolhimento destas famílias ou propiciar visitas.	Enfermeiro e ACS.	6 meses
“Processo de trabalho efetivo” Capacitar a equipe sobre o cuidado prestado ao paciente com transtornos mentais	Orientação capacitação e treinamento da equipe para uma assistência de qualidade ao paciente com problema mental	Capacitação da equipe Discutir e implantar junto a equipe ações de monitoramento dos pacientes com problema mental	Enfermeira e coordenador da Atenção Básica.	2 meses

Fonte: Autoria própria (2014)

6.10 Décimo passo – gestão do plano

A gestão do plano possibilita o acompanhamento, discussão e reorientação das ações, caso seja necessário. O acompanhamento do desenvolvimento do plano de ação será realizado através de atividades semanais, mensais e semestrais. Semanalmente serão registrados os atendimentos médicos, as visitas das ACS e a participação dos pacientes nos grupos operativos.

Mensalmente a equipe se reunirá para discussão das ações e semestralmente o quadro 7 será preenchido.

Quadro 7 - Acompanhamento do plano de ação.

Operações	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
“Tratamento adequado” Aumentar a adesão ao tratamento e diminuir a dependência a medicamentos	Enfermeiro, médico e ACS.	2 meses			
“Inclusão” Criar possibilidades de inclusão social dos pacientes com transtornos mentais	Enfermeira, ACS e Secretária de Cultura e Esporte.	6 meses			
“Mais informação” Aumentar o nível de informação dos familiares sobre os transtornos mentais	Enfermeiro e ACS.	6 meses			
“Processo de trabalho efetivo” Capacitar a equipe sobre o cuidado prestado ao paciente com transtornos mentais	Enfermeira e coordenador da Atenção Básica.	2 meses			

Fonte: Autoria própria (2014)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da realização deste trabalho foi possível verificar que as raízes culturais da doença mental na área de abrangência da ESF Marambainha ainda estão norteadas por rejeição, discriminação, preconceito e isolamento social. Sendo assim, as ações em saúde mental dentro da ESF devem buscar a reinserção do paciente com transtorno mental na comunidade e ressaltar também a importância da parceria com a família. Além disso, torna-se importante valorizar o trabalho multiprofissional e interdisciplinar no atendimento a esses pacientes.

As ações são importantes não apenas no que se refere à terapêutica medicamentosa, mas também na habilidade de controle dos fatores que possam agravar a saúde do indivíduo.

O melhor atendimento aos portadores de transtornos mentais dentro da ESF Marambainha é um compromisso que temos com a comunidade, pois contribuirá para melhor qualidade de vida desses pacientes e bem-estar social.

Acredita-se que através deste plano de ação será possível melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários com transtornos mentais da ESF Marambainha, principalmente por possibilitar uma reorganização do processo de trabalho da equipe de saúde. Desta forma, os maiores beneficiados serão os usuários.

REFERÊNCIAS

BACHETTI, L.S. Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: Criação de uma Rede de Apoio Matricial. **UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde**. v.15, n.1, p.13-19, 2013.

BARONI, D.P.M.; FONTANA, L.M. Ações em saúde mental na atenção primária no município de Florianópolis, Santa Catarina. **Revista Mental**. v.VII, n.12, p.15-37, 2009.

BOTTI, N.C.L.; ANDRADE, W.V. A saúde mental na atenção básica - articulação entre os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica. **Cogitare Enfermagem**. v.13, n.3, p.387-394, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde-01/2001**. A NOAS e a atenção básica. Ano.II, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.

BRASIL, Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. **Série Pactos pela Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010, 114p.

CHIAVERINI, C.H. (Organizadora). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.

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

INPES, G. Psychiatrie et santé mentale: 2005-2008. Orientations au service: politique publique de psychiatrie et de santé mentale. Paris (FR); 2007. Apud: REINALDO, A.M.S. Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v.12, n.1, p.173-178, 2008.

MUNARI, D.B.; *et al.* Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.** v.10, n.3, p.784-795, 2008.

NASCIMENTO, A.P.S.; SANTOS, L.F.; CARNUT, L. Atenção primária à saúde via estratégia de saúde da família no Sistema Único de Saúde: introdução aos problemas inerentes à operacionalização de suas ações. **Journal of Management and Primary Health Care**. v.2, n.1, p.18-24, 2011.

PEREIRA, A.A.; VIANNA, P.C.M. **Saúde mental**. 2ª edição, Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009.

REINALDO, A.M.S. Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v.12, n.1, p.173-178, 2008.

SILVEIRA, D.P.; VIEIRA, A.L.S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.14, n.1, p.139-148, 2009.

SOUZA, A.C.; RIVERA, F.J.U. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva**. v.4, n.1, p.105-114, 2010.

TANAKA, O.Y.; RIBEIRO, E.L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.14, n.2, p.477-486, 2009.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira** [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2006. Disponível em http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fbvssp.iciet.fiocruz.br%2Flildbi%2Fdocsonline%2Fget.php%3Fid%3D639&ei=J5NyU878E47esATxk4CYCA&usq=AFQjCNF_hT9OkeOoWG_A73dsGgRwC0p720w Acesso em: 07 de maio 2014.