

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LORENA MARTINS DE BARROS E SILVA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL DA UBSF DE
TAPUIRAMA**

UBERABA - MINAS GERAIS

2014

LORENA MARTINS DE BARROS E SILVA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL DA UBSF DE
TAPUIRAMA**

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

Orientador: Prof. Tiago Humberto Rodrigues Rocha

UBERABA - MINAS GERAIS

2014

LORENA MARTINS DE BARROS E SILVA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL DA UBSF DE
TAPUIRAMA**

Banca Examinadora: Emiliane Silva Santiago.

Aprovado em Uberaba, em 11 de Fevereiro de 2014.

RESUMO

A inclusão das ações de saúde mental como prática das equipes de saúde da família reforça não apenas os princípios do SUS, mas contribui para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. É relevante, a manutenção do portador do transtorno mental no seu cotidiano, evitando ao máximo as internações; preservando os vínculos com familiares e rede social. O objetivo deste trabalho é propor um plano de intervenção para facilitar o manejo clínico dos pacientes da saúde mental. O método utilizado foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES). Foram consultadas as seguintes bases de dados: SCIELO, portal de periódicos do CAPES, sites do Ministério da Saúde e, do IBGE. As transformações no modelo de atenção em saúde mental priorizam ações voltadas para inclusão social e autonomia dos pacientes da saúde mental. É certo que os profissionais de saúde ainda convivem com as dificuldades da superação do modelo biomédico e hospitalocêntrico. Portanto, ainda são necessárias mudanças na legislação e novas propostas de atenção à saúde mental.

Descritores: Planejamento em saúde; saúde mental.

ABSTRACT

The inclusion of mental health activities as the practice of family health teams enhances not only the principles of SUS, but contributes to the consolidation of the Brazilian Psychiatric Reform. It is relevant, keeping the wearer mental disorder in their daily lives, so as to avoid hospitalizations; preserving family ties and social network. The objective of this work is to propose an action plan to facilitate the clinical management of mental health. The method used was the Situational Strategic Planning. SCIELO, journal portal of CAPES, Ministry of Health and the IBGE sites: the following databases were consulted. The changes in the mental health care model prioritize actions for social inclusion and autonomy of mental health patients. It is true that health professionals still live with the difficulties of overcoming the biomedical and hospital-centered model. Therefore, changes in legislation and new proposals for mental health care are still needed.

Descriptors: Health planning, mental health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1	19
Tabela 2	25
Tabela 3	30
Tabela 4	30
Tabela 5	32

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. JUSTIFICATIVA.....	12
3. OBJETIVOS.....	13
4. METODOLOGIA.....	14
5. RESULTADOS/ PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	15
6. CONCLUSÃO.....	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35

1. INTRODUÇÃO

A inclusão das ações de saúde mental como prática das equipes de saúde da família reforça não apenas os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) da universalidade, equidade e integralidade, mas contribui para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Neste âmbito, é relevante a manutenção do portador do transtorno mental no seu território, no seu cotidiano, evitando ao máximo as internações; e mesmo quando necessárias, que sejam curtas e emergenciais, preservando os vínculos com familiares e rede social (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

Estimativas internacionais e do Ministério da Saúde (MS) referem que 3% da população (5 milhões de pessoas) necessita de cuidados contínuos por transtornos mentais severos e persistentes; e mais 9% (totalizando 12% da população geral do país – 20 milhões de pessoas) precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves) (SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2007). Estas estimativas ressaltam a importância da saúde mental como uma questão de saúde pública de grande impacto no âmbito coletivo.

Contudo, o enfoque da loucura como doença é recente, e foi a partir do século XVIII que o homem começou a se perceber, a entender e vivenciar a condição humana. Mas a loucura sempre existiu, e tratá-la como ser "o diferente", aquele que não segue os padrões da sociedade, trouxe exclusão, reclusão e asilamento (GONÇALVES; SENA, 2001).

É neste contexto que a Reforma Psiquiátrica traz a proposta da desinstitucionalização, ou seja, trata da temática da loucura como "progressiva 'devolução à comunidade' da responsabilidade em relação aos seus doentes e aos seus conflitos"; ou seja, é buscar "outro lugar social para a loucura na nossa cultura". Exige que, de fato, haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade. Contudo, a realidade de exclusão ainda existe, talvez de forma mais consciente. Portanto, é preciso aceitar as diferenças para que a comunidade possa conviver com elas, e ter como resultado a inclusão, aspirada pela Reforma Psiquiátrica (GONÇALVES; SENA, 2001).

As transformações no modelo de atenção em saúde mental acabam por priorizar ações voltadas para inclusão social e autonomia das pessoas portadoras de transtornos mentais. É certo que os profissionais de saúde convivem diariamente com as dificuldades da superação do modelo biomédico e hospitalocêntrico, e a aplicabilidade da medicina centrada na pessoa. Também é conhecido que a variedade de ações programadas na UBSF direcionadas para a saúde mental é mais ampla quando há na unidade de saúde uma equipe que compreenda a

importância da construção de vínculo com os pacientes, e da sua inclusão na comunidade. Portanto, ainda são necessárias mudanças na legislação e novas propostas de atenção à saúde mental (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

1.1.A história da loucura

Uma breve análise da história da loucura mostra mudanças em paradigmas importantes para a consolidação da psiquiatria, e que o sofrimento psíquico não foi pensado de maneira uniforme nem no mesmo espaço temporal. Na Antiguidade e Idade Média os ditos “loucos” participavam de atividades na sociedade e das linguagens sociais. Porém, mesmo neste período, havia certo grau de reclusão, vinculado à religião e rituais, bem como ao castigo divino (BRASIL, 2006; SILVEIRA; BRAGA, 2005).

A partir da Revolução Industrial, no século XVIII, as cidades cresciam, e esta nova ordem social não oferecia oportunidade a todos. Neste novo cenário cresciam o número de indivíduos desocupados, mendigos, e os ditos como “loucos”. Surgia um problema social que foi resolvido na repressão, e estas pessoas eram internadas nos hospitais gerais, que não traziam uma proposta curativa, mas de punição de toda ociosidade (BRASIL, 2006).

No final do século XVIII, a partir do contexto de Revolução Francesa, a liberdade era lema dos cidadãos, a razão ocupa um lugar de destaque, já que o homem torna-se responsável pela busca da sua felicidade. A loucura passa a ser objeto do saber médico, caracterizada como doença mental e passível de cura. Assim, a reclusão só era justificável para os “loucos”, a fim de tratamento para sua doença. Surgiam os manicômios ou hospitais psiquiátricos, que passaram a ser a moradia dos portadores de transtornos mentais indefinidamente, o que afastava cada vez este indivíduo de suas relações exteriores. A reclusão possibilitou o aperfeiçoamento dos estudos dos sinais e sintomas e dos tipos de transtornos psíquicos, ampliando os conhecimentos para a prática da psiquiatria (BRASIL, 2006; SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Contudo, ao final da 2ª Guerra Mundial, os manicômios cresciam progressivamente, assim como os maus tratos, e surgiam novos doentes, jovens que apresentavam danos psíquicos desenvolvidos pelas experiências do período de guerra. Iniciaram, assim, os primeiros movimentos da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2006). Os altos índices de cronificação das doenças mentais e de incapacitação social redimensiona o campo assistencial da psiquiatria, o que configura muitas críticas ao modelo hospitalocêntrico de tratar os doentes, além de orientar proposições reformistas (KANTORSKI, 2001; BRASIL, 2013).

Algumas representações que legitimam este movimento e suas tentativas de mudanças foram na França, com a psicoterapia institucional, que buscava a reforma dos hospitais, a fim de transformá-los em ambientes realmente terapêuticos; na Inglaterra, a partir das comunidades terapêuticas, que incentivavam os internos a participarem ativamente da administração dos hospitais e a reflexão sobre a loucura como reação a desequilíbrios familiares e alienação social; bem como na França com a “territorialização da assistência”, através do surgimento de lares pós- cura; oficinas protegidas e clubes terapêuticos (BRASIL, 2006; KANTORSKI, 2001).

Baseado nos impasses que surgiam nas comunidades terapêuticas foi proposta a psiquiatria democrática, na Itália, nos anos 60, em que havia centros de saúde mental que funcionavam 24 horas por dia, com a proposta de investir em cultura, lazer e trabalho para seus usuários. É neste contexto que se torna expressiva a necessidade de extinguir o hospital psiquiátrico (BRASIL, 2006). Havia uma luta pela substituição progressiva dos hospitais por serviços comunitários que rompessem com o paradigma clínico, com a relação linear de causa-efeito na concepção e tratamento da loucura, bem como a associação da loucura com a periculosidade (KANTORSKI, 2001).

No Brasil, em 1987, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental trouxe como tema central de reivindicação a palavra de ordem “Por uma sociedade sem manicômios”, evidenciando a luta antimanicomial. Contudo o grande marco foi a Constituição de 1988, no contexto da Reforma Sanitária, que determina a saúde como direito e dever do Estado, assim como a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) com princípios como a descentralização, municipalização, participação popular, universalidade, equidade, integralidade e como consequência o vínculo e a territorialização (BRASIL, 2000; BRASIL, 2006).

A Reforma Psiquiátrica brasileira baseou-se na experiência italiana, e houve um fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos, com redução de mais da metade de leitos; bem como a implantação de uma rede substitutiva de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) (BRASIL, 2006).

A busca de novos modelos de assistência à saúde decorre deste momento histórico-social, onde o modelo hospitalocêntrico não atende às mudanças do mundo moderno e às necessidades de saúde das pessoas. Em discussões ocorridas em Brasília, em 1993, cujo tema central era “Saúde da Família”, surgiu à proposta da criação do Programa de Saúde da Família (PSF), que possibilitaria a organização de atividades em um território definido com o

propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados (BRASIL, 1997; ROSA; LABATE, 2005).

Para o Ministério da Saúde, o PSF é uma estratégia que visa atender indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tem como objetivo reorganizar a prática assistencial, antes centrada no hospital, passando a ter o foco na família em seu ambiente físico e social. O PSF pode ser traduzido como um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida, ou seja, em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados (BRASIL, 1997; ROSA; LABATE, 2005).

Portanto, o Programa de Saúde da Família estruturado dentro de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) possibilita a qualificação da assistência à saúde mental, corrobora com a reforma psiquiátrica, com atividades e intervenções fora do ambiente hospitalar, refletindo na dinâmica das famílias que precisam aprender a lidar com a situação da doença mental. Surgem desafios a serem superados a partir do trabalho de uma equipe multiprofissional, que busca vínculo com o indivíduo e com a comunidade (MUNARI; MELO; PAGOTTO; ROCHA; SOARES; MEDEIROS, 2008; BRASIL, 2013).

Contudo, embora ocorram mudanças no manejo dos pacientes portadores de transtornos mentais, esse processo ainda é lento, não há uma rede de serviços capaz de suprir toda a demanda, além de carência da constante reflexão das práticas destes e seus referenciais teóricos adotados, a fim de impedir a tendência de se institucionalizarem dentro de uma lógica manicomial (KANTORSKI, 2001).

2. JUSTIFICATIVA

Há uma grande dificuldade no cuidado dos pacientes portadores de transtorno mental, e é comum um desarranjo familiar que reflete na ausência de um cuidador responsável pelo acompanhamento destes pacientes.

Além disso, há uma redução no número de agentes comunitárias na UBSF de Tapuirama, o que desfavorece o acompanhamento destas famílias, bem como auxílio no uso adequado dos medicamentos prescritos.

Durante o acompanhamento dos pacientes portadores de transtorno mental é comum história de tentativas de suicídio e a polifarmácia, associada à sedação e mau acompanhamento clínico e psiquiátrico, com envolvimento, em muitos destes casos, de uso de drogas. São frequentes os atrasos nas injeções de Haldol, a falta de medicação, o uso abusivo ou indevido dos medicamentos.

Pela complexidade que envolve o manejo dos pacientes da saúde mental neste contexto político-social apresentado, pela necessidade de abordagem multiprofissional, este projeto apresenta uma proposta de intervenção no cuidado destes pacientes.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Propor um plano de intervenção para facilitar o manejo clínico dos pacientes portadores de transtorno mental.

3.2. Objetivos específicos

Manter o paciente da saúde mental no seu cotidiano, evitando ao máximo as internações.

Envolver os profissionais de saúde, a família e a comunidade no cuidado destes pacientes.

Organizar serviços abertos, com a participação ativa dos usuários do SUS, formando redes com outras políticas públicas – educação, moradia, trabalho, cultura.

4. METODOLOGIA

O método utilizado foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES), através da definição dos principais problemas da comunidade; da priorização dos problemas; da descrição do problema selecionado; da explicação do problema; da seleção de nós críticos; do desenho das operações; e da elaboração do Plano Operativo.

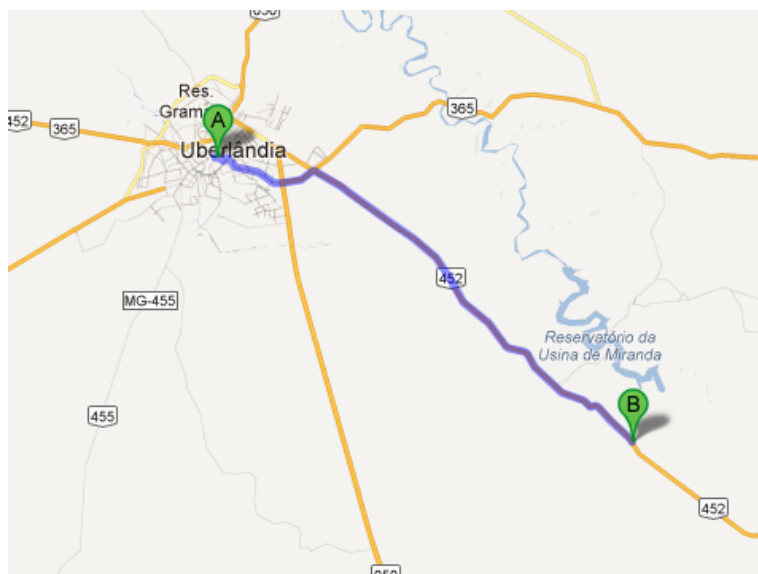
Após a realização da lista de problemas de saúde e suas prioridades, foi questionado com a equipe de saúde e com a comunidade o principal problema de saúde a ser enfrentado através da realização de um Projeto de Intervenção. O problema que foi ressaltado por praticamente todos os profissionais e moradores da comunidade foi o manejo dos pacientes da saúde mental. Portanto, será analisado o universo dos pacientes da saúde mental da UBSF Tapuira.

Foram consultadas as seguintes bases de dados: SCIELO, portal de periódicos da CAPES, sites do Ministério da Saúde, do IBGE; e os descritores utilizados foram: planejamento em saúde; saúde mental.

5. RESULTADOS/ PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

5.1. Análise Situacional em Saúde

Tapuیرama é um distrito da cidade de Uberlândia, está situada a aproximadamente 38 km desta cidade. A população total foi estimada em 4.373 habitantes em 2008, incluindo 1.089 habitantes da zona rural e 3.284 habitantes da zona urbana (IBGE, 2008).



FONTE: GOOGLE MAPS

Historicamente, o distrito de Tapuیرama começou a ser formado por volta de 1819, às margens do Ribeirão Rocinha, na propriedade de mesmo nome. Em 1933, os moradores do local levantaram um cruzeiro onde, no primeiro domingo de cada mês, era rezado um terço. Leilões e rifas ajudaram na arrecadação de fundos para a construção da capela de Nossa Senhora da Abadia, padroeira da Rocinha. Mais tarde, o terreno da capela foi doado à diocese de Uberlândia e recebeu a denominação de Patrimônio da Rocinha (MONTES; SOARES, 2006).

PRAÇA SAID JORGE



FONTE: MONTES;

SOARES, 2006.

As famílias que queriam residir próximas à capela começaram a construir as suas casas nas terras da sesmaria de Bento José Godoy, atual Fazenda Registro (MONTES; SOARES, 2006). A capela ainda é referência em Tapuirama e, é considerado um ponto estratégico de eventos comemorativos, inclusive a localização da UBSF é em frente à capela.

Pela lei nº 336, de 27 de dezembro de 1948 (IGA-SECT-MG), o município de Uberlândia passou a ter divisas territoriais que permanecem até hoje. Como os distritos de Tapuirama e Cruzeiro dos Peixotos foram criados em 1943, o município passou a ter divisas territoriais com Martinésia (noroeste de Uberlândia), Cruzeiro dos Peixotos (Norte-Noroeste de Uberlândia), Miraporanga (a sudoeste de Uberlândia) e Tapuirama (a sudeste de Uberlândia) (MONTES; SOARES, 2006).

O município tem sua base econômica voltada para mão de obra rural. Apesar da modernização agrícola do município, a população de Tapuirama cresceu no ano de 1980-1991 (1,1%) e de 1991-2000 (30,5%), porque as atividades na zona rural também foram ampliadas e os trabalhadores da zona rural geralmente moram em Tapuirama e se deslocam diariamente da cidade para o campo (MONTES; SOARES, 2006).

Pode-se ressaltar a chegada da empresa JPL – Jurandir Proença Lopes Resinas, em 1993, que explora resina nas proximidades do distrito, que traz trabalhadores da Bahia com frequência. Os trabalhadores se deslocam baseados em três frentes de trabalho: a Floresta do

Lobo, onde arrenda a Floresta de Pinus Plan, empresa de reflorestamento; a Satpel, que se localiza próximo ao município de Indianópolis, e a Fazenda de Marajoara, no município de Uberaba (MONTES; SOARES, 2006).

A importância de ressaltar a base econômica da região está relacionada à dificuldade de manutenção do cadastramento da população de Tapuira realizado pelas agentes comunitárias na UBSF. A população está em constante movimento de imigração e emigração, principalmente da região Nordeste e Norte, o que influencia na saúde da comunidade. Há um prejuízo no cadastramento da população de abrangência, assim como da territorialização realizada pela equipe da UBSF de Tapuira.

Apesar das dificuldades em organizar o processo de trabalho na unidade de saúde, este estudo traz definição dos principais problemas de saúde encontrados nesta comunidade, e esta breve introdução da história de Tapuira mostra o contexto em que estes problemas estão inseridos.

O planejamento em saúde de Tapuira foi realizado através da definição dos principais problemas da comunidade; da priorização dos problemas; da descrição do problema selecionado; da explicação do problema; da seleção de nós críticos; do desenho das operações; e da elaboração do Plano Operativo.

5.2.Planejamento Situacional em saúde

Definição dos problemas

Estimativa rápida

Baseado nas informações selecionadas a partir da prática clínica vivenciada pela equipe da UBSF, bem como reuniões de grupo e entrevistas com moradores de Tapuira, observou-se que os problemas relevantes em Tapuira, em ordem de prioridade, são:

- Dificuldade em planejar estratégias de ação na saúde mental;
- Manejo dos pacientes que apresentam *Diabetes Mellitus*(DM), principalmente tipo 2 (DM2) e suas complicações, associadas ou não à Hipertensão Arterial;

- Alta incidência de gravidez na adolescência, associado à dificuldade de realizar adequadamente o pré-natal;
- Alta incidência de anemia ferropriva nas crianças menores de 1 ano, que não faziam adequado acompanhamento na puericultura, sendo que uma minoria fazia uso de sulfato ferroso profilático após 6 meses de idade. Há também dificuldades na realização de uma puericultura efetiva, devido às faltas e atrasos nos retornos, que muitos pacientes justificam por falta de transporte, por exemplo, com necessidade constante de busca ativa das crianças.
- Dificuldade no planejamento das ações, por falta de agentes comunitários e falta de organização da equipe. Além disso, há um problema de estruturação física do atendimento médico, visto que a unidade de Pronto Atendimento mais próxima fica a 45 Km de Tapuirama, o que acaba por gerar uma sobrecarga de atendimentos na UBSF Tapuirama, dificultando a aplicação das atividades previstas pela Estratégia de Saúde da família.
- Dificuldade dos pacientes se colocarem como agentes de sua própria saúde, já que na maioria das vezes vinculam o cuidado com a frequência de consultas agendadas na UBSF, ou na própria figura do médico, e não na aplicação do que está sendo orientado pela equipe, de maneira a não dividir as responsabilidades do sucesso do tratamento. Falta de entendimento da importância do auto-cuidado na eficácia do tratamento.

Priorização dos problemas

Apesar da lista de problemas a serem enfrentados nesta comunidade, a priorização dos problemas foi possível através da observação das principais necessidades ressaltadas tanto por profissionais que trabalhavam há muitos anos na UBSF de Tapuirama, quanto por pessoas da comunidade.

Assim, havia a concordância da grande dificuldade de manejo no cuidado dos pacientes portadores de transtorno mental. Dentre os motivos, pode-se destacar a falta de estrutura familiar que resulta na dificuldade de nomear um cuidador responsável pelo acompanhamento deste paciente. Como havia redução no número de agentes comunitárias, por afastamento e um trágico óbito, restou na unidade apenas duas agentes comunitárias, em

uma área que necessitaria de cinco. É difícil o acompanhamento destas famílias, e são comuns as tentativas de suicídio e a polifarmácia, associada à sedação e dificuldade no acompanhamento clínico e psiquiátrico, com envolvimento de uso de drogas, em vários casos. É comum acontecer atrasos nas injeções de Haldol, falta de medicação e uso inadequado dos medicamentos.

Portanto, no planejamento situacional em saúde, foram determinados os principais problemas de saúde de Tapuیرama, e em seguida classificados conforme a importância dada pela comunidade e profissionais da saúde; a urgência em serem resolvidos e a capacidade de enfrentamento. Assim, a partir dos dados da tabela abaixo, pode-se selecionar o manejo dos pacientes portadores de transtorno mental como prioridade nesta comunidade (CAMPOS;FARIA;SANTOS, 2010).

Tabela 1

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Saúde Mental	Alta	9	Parcial	1
DM 2	Alta	8	Parcial	2
Gravidez na adolescência/ pré- natal	Alta	6	Parcial	3
Puericultura/ Anemia ferropriva	Alta	5	Parcial	3
Elaboração de estratégias/ organização do serviço	Alta	8	Parcial + grande dificuldade	3
Auto-cuidado	Alta	4	Parcial	4

Ainda que a elaboração de estratégias de ação na saúde mental seja mais complexa quando comparada ao manejo dos pacientes diabéticos, há viabilidade nas ações de prevenção e promoção da saúde mental.

É importante salientar que já são bem conhecidos os gastos exorbitantes de internações relacionadas ao não controle do DM2, já que estes pacientes podem apresentar problemas renais, vasculares, oftalmológicos, cardiovasculares, neurológicos, entre outros. Porém a comunidade atribuiu como principal problema a saúde mental.

Além disso, a alta incidência de gravidez na adolescência pode ser abordada em grupos e através de orientações a respeito do tema nas escolas; a anemia ferropriva nas crianças deve ser tratada e introduzido sulfato ferroso em cada oportunidade de consulta. O aprazamento na puericultura facilita a busca ativa das crianças, e tem sido realizado na unidade, mas ainda não está resolvido o problema da dificuldade do transporte dos pacientes da zona rural.

Em relação à sobrecarga de atendimentos na UBSF, a capacidade de enfrentamento deste problema é parcial, depende de ampliação da oferta de profissionais da área da saúde e orientação da população quanto à prevenção de doenças e agravos, que demanda esforços que não dependem apenas da equipe, mas de uma estruturação política e física de Tapuirama.

A falta de contratação dos agentes comunitários dificulta o planejamento de ações relacionadas à saúde na comunidade; e depende de articulações que envolvam políticas públicas. À distância em relação ao pronto atendimento associada a sobrecarga nos atendimentos de livre demanda demonstra a atual necessidade de ter uma unidade de pronto atendimento em Tapuirama, porém a capacidade de enfrentamento deste problema é baixa.

Portanto, o problema alvo selecionado foi a desorganização das ações relacionadas à saúde mental, em toda sua complexidade. É relevante e é possível capacitar profissionais para o enfrentamento do problema, com elaboração de estratégias por uma equipe multiprofissional.

Descrição do problema selecionado

“Cuidar, sim. Excluir não.” Este foi o tema do dia mundial da saúde em 2001, que demonstrou em poucas palavras que nada justifica a exclusão na comunidade dos pacientes portadores de transtornos mentais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) projeta o XVI relatório mundial da saúde em 2002, que traz como principal objetivo “nova concepção, nova esperança” na saúde mental; a demonstrar que a articulação entre a UBSF e a saúde mental torna-se cada vez mais necessária (BRASIL, 2002).

Considerando o vínculo com famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico. Estudos demonstram que 56% das equipes de saúde da família realizam atividades relacionadas ao manejo da saúde mental, o que demonstra que a rotina de trabalho dos profissionais nestas unidades envolve o atendimento do paciente portador do transtorno mental, e sua inserção em outras atividades, como residências terapêuticas, centros de convivência e clubes de lazer (BRASIL, 2007).

Estimativas internacionais e do Ministério da Saúde (MS) referem que 3% da população, cerca de 5 milhões de pessoas, necessita de cuidados contínuos, por transtornos mentais severos e persistentes; e mais 9% (totalizando 12% da população geral do país – 20 milhões de pessoas) precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves) (SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2007).

Além disso, quando se trata de transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, a necessidade de atendimento regular atinge cerca de 6 a 8% da população, embora existam estimativas ainda mais elevadas (SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2007).

Ainda é considerado vigente o sistema de assistência hospitalar, e quando o indivíduo aciona este tipo de atendimento, já existe um longo processo de adoecimento, com tempo médio na detecção destes problemas muito grande, o que relaciona a falta de acesso dos usuários a práticas preventivas, ou à ausência de efetividade das mesmas (SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2007).

Portanto, é necessário levar em consideração a dependência por substâncias psicoativas não apenas nos casos de transtornos mais graves, já que são incontáveis os atendimentos na atenção básica relacionados a abuso de álcool e drogas, queixas psicossomáticas, dependência de benzodiazepínicos e transtornos de ansiedade menos graves (SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2007).

Contudo, os profissionais da UBSF de Tapuirama enfrentam dificuldades no manejo dos pacientes portadores do transtorno mental por vários motivos, dentre eles os relacionados à organização do processo de trabalho da UBSF:

- Praticamente não há agentes comunitários em trabalho efetivo e o cadastramento da população da zona rural parou de ser realizado, por falta de ter quem o realize. Porém a população continua utilizando o serviço sem regularização desta situação.
- A quantificação do número de pacientes da saúde mental não foi possível, já que mesmo após inúmeras tentativas de fechamento dos dados do SIAB, houve uma

discrepância do número de atendimentos realizados com o que aparecia quantificado. Houve também impossibilidade na classificação de risco das famílias, que apresentavam cadastro desatualizado, endereço incompleto ou errado.

Assim, a fim de resolver este impasse, foi organizada pela equipe uma lista dos pacientes em acompanhamento psicológico, que faziam uso de medicamentos psicotrópicos ou que faziam uso abusivo de álcool e outras drogas. Após este levantamento, foi encontrado um número de aproximadamente 30 pacientes da saúde mental. A partir desta lista seriam adicionados os pacientes que eram conhecidos nos atendimentos realizados pela médica e pela psicóloga, seja pelo uso de psicotrópicos, seja pelo próprio relato do paciente ou pedido de visita de um familiar.

Há, porém, uma grande parcela da população que faz uso destes medicamentos, mas com objetivos de indução do sono e redução da ansiedade. Estes pacientes não estão incluídos neste número, apesar de entender a importância do enfrentamento do uso abusivo de psicotrópicos, foram priorizados neste estudo a abordagem dos casos graves, que necessitam de acompanhamento mais intensivo e regular. Há ainda pacientes que acompanham em outros serviços, em Uberlândia, e muitos que nunca acompanharam, e que dificulta à equipe o conhecimento pleno deste problema pela falta de agentes comunitários.

Além disso, foi discutida nas reuniões da equipe de psicologia a transferência paulatina dos cuidados integrais dos pacientes da saúde mental das unidades de referência em Uberlândia para a UBSF de Tapuirama. Porém em Tapuirama não há centros de convivência, clubes de lazer, nem mesmo programação de grupos comunitários. Os pacientes atualmente precisam se deslocar em torno de 45 Km para terem acesso a este tipo de atividade.

Portanto, é inquestionável a relevância do problema a ser enfrentado, e a necessidade de planejamento de medidas não apenas paliativas, mas preventivas na área da saúde mental.

Explicação do problema

As dificuldades enfrentadas pela equipe na abordagem dos problemas relacionados à saúde mental acontecem porque a unidade de saúde não segue o modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas, com busca no estabelecimento de vínculos e acolhimento. É claro que não ter agentes comunitários suficientes, não ter o cadastramento da população adequado, associada a sobrecarga de serviços na comunidade acarreta alguns problemas que dificultam ações fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2007).

Ainda falta no processo de trabalho uma noção mais acertada do território, já que é comum a imigração de indivíduos do Nordeste, assim como sua emigração de retorno, os endereços estão em constante mudança, e o fluxo de pacientes é prejudicado.

A organização da atenção à saúde mental em rede acontece, mas ainda não é efetiva neste caso; assim como a reabilitação psicossocial e o atendimento multiprofissional.

Outro problema envolvido é a desinstitucionalização, já que as internações são frequentes, e o cuidado não tem sido efetivo na atenção básica, sem a construção de vínculos. Há dificuldades na promoção da cidadania dos usuários e na ampliação do conhecimento a respeito de seus direitos e deveres.

E, fundamentalmente, como principal causa dos problemas relacionados ao acompanhamento do paciente da saúde mental está à dificuldade de conscientização da autonomia possível de usuários e familiares, do compartilhamento de responsabilidades neste cuidado, bem como encontrar um cuidador que se interesse pela melhora do indivíduo a ser cuidado.

Seleção dos “nós críticos”

O problema eleito foi à dificuldade em planejar estratégias de ação na saúde mental e baixa resolutividade no acompanhamento destes pacientes.

Assim, foram identificadas, mediante discussão anterior, as seguintes causas, denominadas “nós críticos”, passíveis de abordagem dentro do espaço de governabilidade da unidade de saúde:

- Pouca resolutividade nos CAPS em Uberlândia. Como foi determinado pelo Ministério da Saúde (MS) que não é necessário implantar CAPS em municípios com menos de 20 mil habitantes, Tapuiramatem a referência de cuidado o CAPS em Uberlândia(BRASIL, 2007). Os pacientes portadores de transtornos mentais que necessitam de acompanhamento no CAPS em Uberlândia reclamam com frequência do atendimento prestado, e relacionam à demanda excessiva quando comparado ao número de profissionais responsáveis pelas atividades oferecidas no serviço.
- A distância dificulta participação de atividades no centro de convivência e também do atendimento no CAPS, porque Uberlândia fica a 45 km de Tapuira.
- Falta de apoio das famílias em relação ao cuidado do paciente portador do transtorno mental, que muitas vezes fica isolado dos outros membros da família e da comunidade. A falta de responsabilidade de um cuidador em auxiliar na administração

das medicações, com frequentes atrasos e irregularidades ou até mesmo a inexistência deste cuidador por abandono ou desistência dos familiares.

- O preconceito que existe na inserção do sujeito portador do transtorno mental na comunidade ou até mesmo em empregos.
- A falta de organização na unidade de saúde para abordagem do problema, por falta de agentes comunitários, por redução do número de visitas, e por dificuldade de retorno no que fica combinado nas reuniões de equipe – multiprofissional, neste caso principalmente entre médica, enfermeira e psicóloga com as duas agentes comunitárias que ainda trabalham na unidade.
- Falta de assistente social para delimitar o cuidador nos casos, a partir de um trabalho com a família, e mesmo para listar os pacientes em uso de Haldol injetável, bem como as datas a realizar medicação, já que é comum o atraso das injeções, e difícil este manejo pelos demais profissionais por sobrecarga de atividades. Também seria possível avisar a data dos anticoncepcionais injetáveis, ou até mesmo confeccionar calendários com as datas referidas para os pacientes. Em longo prazo, pretende-se encontrar um cuidador dentro do ambiente familiar e capacitá-lo para realização de tais atividades, como administração correta das medicações, e acompanhamento nas consultas médicas.
- Falta de atividades de lazer e entretenimento na comunidade, os pacientes ficam ociosos e encontram, assim, maiores dificuldades no tratamento e abandono dos vícios, por exemplo, ou na mudança dos pensamentos.
- A não realização de consultas médicas de acompanhamento clínico e psiquiátrico, e as frequentes faltas nas consultas agendadas a partir de busca ativa, e a dificuldade de marcação com profissional específico. As consultas psiquiátricas são esparsas e a tutoria de psiquiatria mensal, com possibilidade de levar na consulta no máximo 3 pacientes por cada encontro.

Desenho das operações

A tabela 2 mostra o desenho das operações a serem realizadas na abordagem dos nós críticos já descritos. Foram nomeadas as operações sugeridas, e descritos resultados esperados, produtos esperados, e recursos necessários para aplicação deste projeto de intervenção.

Tabela 2

Nó crítico	Operação / projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Pouca resolutividade no CAPS	CAPS SIM	Adesão ao tratamento e acompanhamento realizado no CAPS.	Construção de vínculo com o paciente, discutir vantagens e desvantagens do acompanhamento no CAPS + mudança de referência para CAPS UFU	Organizacional: realizar visitas domiciliares e organizar transporte para os pacientes, ida e retorno, de tal maneira que não tenham oportunidades de mudança na rota. Político: conversar sobre as possibilidades e a necessidade de retorno de acompanhamento dos pacientes para o CAPS UFU
Dificuldade de acesso ao centro de convivência em Uberlândia	VIVA BEM	Qualidade de vida, melhora do humor e entretenimento.	Organização de Centro de Convivência em Tapuirama, para realização de oficinas, hortas comunitárias, artesanato, dança, etc.	Organizacional: Realizar um projeto social e procurar um local adequado. Cognitivo: informações sobre centros de convivência que deram certo, o que precisa para estruturar um ambiente como este. Político: mobilização social, articulação intersetorial e aprovação dos projetos. Financiamento: estrutural e humano.

<p>Falta de cuidador e de envolvimento familiar</p>	<p>+FAMÍLIA</p>	<p>Administração correta das medicações + apoio familiar ao paciente.</p>	<p>Construção de vínculo com o paciente e sua família + capacitação dos familiares no cuidado, com apoio às suas necessidades como transporte no dia da aplicação de medicamentos.</p>	<p>Organizacional: Realizar grupos familiares para troca de experiências; realizar visitas domiciliares para adequar um cuidador e para acompanhamento do paciente. Cognitivo: discutir estratégias nas reuniões de como abordar estas famílias e envolvê-las no cuidado do paciente + promover discussões com temas pertinentes como a reforma psiquiátrica Financeiro: solicitar a contratação de uma assistente social.</p>
---	-----------------	---	--	--

Preconceito e dificuldade de conseguir emprego	+ MULTIPLICIDADE DE	Ocupação otimizada do tempo livre, com respeito às diferenças e às limitações. Conscientização da comunidade que ser diferente não é ruim, é ser simplesmente diferente, de tal maneira a somar com o outro as particularidades.	Oficinas de capacitação profissional, através de artesanato, por ex. + realização de eventos com a comunidade para oferecer estes produtos à venda, arrecadando verba para melhorias no centro de convivência/ matéria-prima do artesanato + interação com a comunidade.	Organizacional: Realizar oficinas de capacitação profissional com estes pacientes + organizar eventos de venda de mercadorias confeccionadas pelos pacientes, envolvendo toda a comunidade + construção de cartilha de humanização dos problemas relacionados à saúde mental. Cognitivo: Capacitar os pacientes a confeccionar e oferecer sua mercadoria. Político: mobilização social, articulação intersetorial. Financeiro: financiamento dos eventos + construção da cartilha.
Organização da unidade de saúde	É HOJE!	Ter 5 agentes comunitárias, 1 para cada microárea + recadastramento da população.	Construção de vínculos com o paciente, realização de visitas domiciliares e realização do combinado em reunião de equipe.	Organizacional e Político: otimizar contratações, que na realidade estão em andamento + recadastramento da população. Cognitivo: capacitar os agentes comunitários ao trabalho + conhecimento dos princípios do SUS e da ESF. Financeiro: financiamento da contratação, que está em andamento.

Falta de recursos humanos	+ APOIO	Contratação de assistente social ou capacitação de outros profissionais para realização das atividades necessárias.	Famílias capacitadas para realização do acompanhamento do seu familiar; construção de escalas da medicação – calendário.	Organizacional: realizar um projeto que mostre a necessidade de contratação de assistente social + capacitar outros profissionais se não der certo o plano primário. Cognitivo: capacitar os agentes comunitários no acompanhamento básico destes pacientes, em toda sua complexidade. Financeiro: recursos humanos.
Falta de regularidade nas consultas e de acompanhamento médico.	CONHECEMOS VOCÊ	Tratamento realizado com sucesso + acompanhamento dos casos	Regularidade nas consultas e tratamento efetivo + qualidade de vida	Organizacional: Listar os pacientes e classificá-los conforme riscos. Deixar consultas previamente agendadas + acompanhamento dos casos. Vide *Indicadores Propostos abaixo. Realização de grupos que orientem sobre prevenção ao uso inadequado de benzodiazepínicos. Cognitivo: discutir em reuniões de equipe a importância destas ações que aproximam este paciente da unidade de saúde.

***Indicadores Propostos**

Listar os pacientes durante a consulta médica e psicológica, conforme os seguintes itens:

1- Atenção a pessoas com problema de uso prejudicial de álcool

Percentual de pessoas acompanhadas pela rede básica com problemas de uso prejudicial de álcool, por faixa etária e sexo.

2- Atenção a pessoas com problema de uso prejudicial de outras drogas e drogas ilícitas

Percentual de pessoas com problemas de uso prejudicial de outras drogas, acompanhadas na rede básica, por faixa etária e sexo.

3- Atenção a pessoas com transtorno mental grave (severo) e persistente

Número de pessoas identificadas com transtornos psiquiátricos graves (severos) por faixa etária e sexo.

4- Atenção a pessoas com transtornos mentais egressas de internação psiquiátrica.

Percentual de pessoas com transtorno mental egressas de internação psiquiátrica acompanhadas pela rede básica, por faixa etária e sexo.

5. Atenção a usuários com transtornos convulsivos (epilepsia).

Prevalência de transtorno convulsivos (epilepsia) por sexo e faixa etária.

6- Prevenção ao uso inadequado de benzodiazepínicos.

Número de pessoas que utilizam benzodiazepínicos atendidas pela rede básica, por faixa etária e sexo

7. Prevenção e atenção dos casos de tentativas de suicídio

Percentual de pessoas com tentativa de suicídio acompanhadas pela rede básica, por faixa etária e sexo.

Identificação dos recursos críticos

A identificação dos recursos críticos é fundamental na aplicabilidade deste projeto de intervenção. Estes recursos estão descritos na tabela 3 abaixo:

Tabela 3

Operação/ projeto	Recursos críticos
CAPS SIM	Organizacional: Transporte
VIVA BEM	Político: mobilização social, articulação intersetorial e aprovação dos projetos. Financeiro: financiamento do projeto, inclusive com recursos humanos.
+ FAMÍLIA	Cognitivo: discutir estratégias nas reuniões de como abordar estas famílias e envolvê-las no cuidado do paciente + promover discussões com temas pertinentes como a reforma psiquiátrica
+ MULTIPLICIDADE	Político: mobilização social, articulação intersetorial. Financeiro: financiamento dos eventos + construção da cartilha.
É HOJE!	Organizacional: otimizar contratações, que na realidade estão em andamento + recadastramento da população. Financeiro: financiamento da contratação, que está em andamento.
+ APOIO	Organizacional: projeto para a contratação de assistente social + capacitar outros profissionais no cuidado do paciente portador de doença mental.
CONHECEMOS VOCÊ	Organizacional: Listar os pacientes e classificá-los conforme riscos. Deixar consultas previamente agendadas + acompanhamento dos casos.

Análise de viabilidade do plano

Para que o plano de ação seja viável é necessário identificar os atores que controlam os recursos críticos listados na tabela 3, a fim de atingir os objetivos traçados. Estes dados estão descritos na tabela 4 abaixo:

Tabela 4

Operação/ projeto	Recursos críticos	Ator que controla os recursos	Motivação	Ação Estratégica
CAPS SIM	Organizacional: Transporte	Prefeitura	Favorável	Não é necessária

VIVA BEM	Político: mobilização social, articulação intersetorial e aprovação dos projetos. Financeiro: financiamento do projeto, inclusive com recursos humanos.	Associações da comunidade Prefeitura de Uberlândia + Vereador Vilmar Resende	Favorável Indiferente	Apresentar projeto Apoio das Associações
+ FAMÍLIA	Cognitivo: discutir estratégias nas reuniões de como abordar estas famílias e envolvê-las no cuidado do paciente + promover discussões com temas pertinentes como a reforma psiquiátrica	Profissionais da UBSF	Favorável	Não é necessária
+ MULTIPLICIDADE	Político: mobilização social, articulação intersetorial. Financeiro: financiamento dos eventos + construção da cartilha.	Associações da comunidade Prefeitura de Uberlândia + Vereador Vilmar Resende	Favorável Indiferente	Apresentar projeto Apoio das Associações
É HOJE!	Organizacional: otimizar contratações, que na realidade estão em andamento + recadastramento da população. Financeiro: financiamento da contratação, que está em andamento.	Prefeitura de Uberlândia	Favorável	Não é necessária

+ APOIO	Organizacional: realizar um projeto que mostre a necessidade de contratação de assistente social + capacitar outros profissionais se não der certo o plano primário.	Prefeitura de Uberlândia Profissionais da UBSF	Indiferente Favorável	Apresentar projeto
CONHECE MOS VOCÊ	Organizacional: Listar os pacientes e classificá-los conforme riscos. Deixar consultas previamente agendadas + acompanhamento dos casos.	Profissionais da UBSF	Favorável	Não é necessária

Elaboração do Plano Operativo

Para praticidade deste “Plano Operativo” foram alocados profissionais responsáveis por cada operação, e seus respectivos prazos, conforme a tabela 5 abaixo:

Tabela 5

Operação/ projeto	Responsável	Prazo
CAPS SIM	Psicóloga – diálogo com os pacientes + diálogo com CAPS UFU. Enfermeira: organização do transporte.	2 meses
VIVA BEM	Técnicas de enfermagem: Articular com as associações. Multiprofissional – discussão nas reuniões + agentes coordenadores: Articular com a prefeitura de Uberlândia (enfermeira + associações + secretária). Realização do projeto (psicóloga + médica).	5 meses 8 meses

+ FAMÍLIA	Agentes comunitários: visitas domiciliares Grupos familiares: psicóloga + enfermeira + médica.	4 meses
+ MULTIPLICIDADE	Técnicas de enfermagem: Articular com as associações a realização dos eventos. Agentes comunitárias: divulgação dos eventos, inclusive na rádio da cidade. Multiprofissional – discussão nas reuniões + agentes coordenadores: Articular com a prefeitura de Uberlândia (enfermeira + associações + secretária).	1 ano 1 ano e 6 meses
É HOJE!	Enfermeira e médica: otimizar contratações + contatos com a prefeitura.	3 meses
+ APOIO	Psicóloga: realização do projeto. Enfermeira: utilização do projeto na busca de recursos humanos.	5 meses 2 meses (após confecção do projeto)
CONHECEMOS VOCÊ	Médica: Listar os pacientes e classificá-los conforme riscos. Deixar consultas previamente agendadas. Agentes comunitárias: acompanhamento dos casos.	6 meses 1 mês após a listagem – para planejamento, iniciar as visitas direcionadas conforme risco

6. CONCLUSÃO

As transformações no modelo de atenção em saúde mental priorizam ações voltadas para inclusão social e autonomia dos pacientes da saúde mental. Contudo, uma breve análise da história da loucura mostra mudanças em paradigmas importantes para a consolidação da psiquiatria, e que o sofrimento psíquico não foi pensado de maneira uniforme nem no mesmo espaço temporal.

É certo que os profissionais de saúde ainda convivem com as dificuldades da superação do modelo biomédico e hospitalocêntrico, e a aplicabilidade da medicina centrada na pessoa.

Assim, embora ocorram mudanças no manejo dos pacientes portadores de transtornos mentais, esse processo ainda é lento, não há uma rede de serviços capaz de suprir toda a demanda. Portanto, ainda são necessárias mudanças na legislação e novas propostas de atenção à saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília (DF): MS; 1997.

BRASIL. Secretaria Executiva. SUS: Princípios e Conquistas. Brasília (DF): MS; p. 1-43; 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório mundial da saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. XVI Relatório Mundial da Saúde. Lisboa, p.1-206, 2002.

BRASIL. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Cadernos de Atenção em Saúde Mental, Belo Horizonte, p. 1-36, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília, n. 01/03, p. 1-7, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica – Saúde Mental, Brasília, n. 34, p. 1-173, 2013.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. **NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.** 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, p. 1-110; 2010.

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 Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 45; n. 6; p. 1501-1506; 2011.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 9; n. 2; p. 48-55; 2001.

IBGE. Acesso disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/index.php>>. Acesso em 28 de março de 2013.

KANTORSKI, L. P. A reforma psiquiátrica - um estudo parcial acerca da produção científica da temática. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (online), Goiânia, v.3; n.2; 2001. Disponível: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>.

MONTES, S. R.; SOARES, B. R. Entre o campo e a cidade: as territorialidades do distrito de Tapuirama (Uberlândia / MG) – 1975-2005. Dissertação (mestrado)-Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia, Programa de pós-graduação em Geografia, 2006. Acesso disponível em: <<http://repositorio.ufu.br/simple-search?query=tapuirama&submit=Ir>>. Acesso em 29 de março de 2013.

MUNARI, D. B.; MELO, T. S.; PAGOTTO, V.; ROCHA, B. S.; SOARES, C. B.; MEDEIROS, M. Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (online), v. 10; n. 3; p. 784-795, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a24.htm>

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 13; n.6; p.1027-1034, 2005.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13; n.4; p. 591-595; 2005.