

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

LAÍS LEONOR DE REZENDE

**PLANO DE INTERVENÇÃO DO PORTADOR DE SOFRIMENTO  
MENTAL DO MUNICÍPIO DE DORES DO TURVO – MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE – MG  
2013

LAÍS LEONOR DE REZENDE

**PLANO DE INTERVENÇÃO DO PORTADOR DE SOFRIMENTO  
MENTAL DO MUNICÍPIO DE DORES DO TURVO – MINAS GERAIS**

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: Prof<sup>a</sup> Isabel Yovana Quispe Mendoza

CONSELHEIRO LAFAIETE - MG  
BELO HORIZONTE – MG  
2013

LAÍS LEONOR DE REZENDE

**PLANO DE INTERVENÇÃO DO PORTADOR DE SOFRIMENTO  
MENTAL DO MUNICÍPIO DE DORES DO TURVO – MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Prof<sup>a</sup>. Isabel Yovana Quispe Mendoza (orientadora)

Aprovado em Belo Horizonte: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

## RESUMO

O estudo buscou reorganizar o processo de trabalho do atendimento e acompanhamento dos portadores de sofrimento mental cadastrados no ESF 02 do município de Dores do Turvo-MG. Este trabalho possui como objetivo geral a elaboração de um projeto de intervenção para os usuários portadores de sofrimento mental com enfoque na implantação de um grupo de Saúde Mental e construção do plano de cuidado dos usuários. A abordagem mais adequada foi a realização do diagnóstico dos pacientes adscrita na ESF. Neste estudo pode-se identificar que o trabalho realizado pelo grupo de atenção à saúde mental fundamentado em um plano de cuidados deve ser utilizado uma ferramenta para o alcance do tratamento, dos portadores de sofrimento mental. Para isto, é, necessário estabelecer um vínculo entre usuários e equipe de Saúde da Família, pois é através do vínculo que se constrói a base para o resultado do tratamento terapêutico de qualidade.

Palavras chave: Plano de Intervenção. Sofrimento Mental. Grupo de Saúde Mental.

## **ABSTRACT**

The study sought to reorganize the work process of care and monitoring of mental patients registered at ESF 02 the municipality of Dim-MG Sorrows. This work has as main objective the development of an intervention project for patients users of mental distress focused on deployment of a group of Mental Health and construction of users care plan. The most appropriate approach was the diagnosis of patients enrolled in the FHS. In this study can identify the work done by the group to the attention of mental health based on a care plan should be used a tool to achieve the treatment of mental patients. For this, it is necessary to establish a link between users and the Family Health team, for it is through link that builds the basis for the outcome of therapeutic quality.

**Keywords:** Intervention Plan. Mental suffering. Group Health Mental.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Descrição da metodologia utilizada para realizar o plano de intervenção da ESF 02	13
Quadro 2	Descrição das fontes de recursos necessária para realizar o plano de intervenção da ESF 02	14

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	07
2	JUSTIFICATIVA.....	08
3	OBJETIVO.....	09
4	REVISÃO DE LITERATURA .....	09
5	MÉTODO .....	11
6	PLANO DE AÇÃO .....	12
6.1	RECURSOS NECESSÁRIOS .....	14
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	15
8	REFERÊNCIAS .....	16

## 1 INTRODUÇÃO

Devido à grande complexidade do Sistema Único de Saúde o mesmo não pode ser operado com improvisos, sendo necessário um planejamento das ações a serem desenvolvidas diariamente em todos os pontos da rede de atenção à Saúde de acordo com o seu nível de complexidade. A atenção primária à saúde é considerada a porta de entrada e coordenadora do cuidado continuado do usuário, a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Brasil em 1994, foi um marco na incorporação da atenção primária sendo este considerado a melhor estratégia de cuidados primários ao usuário.

O município de Dores do Turvo está situado no estado Minas Gerais com uma área de 231 km<sup>2</sup>, sua população estimada é de 4462 habitantes em 2010. Sua economia está baseada na agricultura e na pecuária leiteira, como divulgação desta economia, a cidade realiza um evento pecuário na última semana do mês de agosto. O município foi emancipado em 1954 e seu primeiro Prefeito foi Vicente Martins Moreira. Todos os anos celebra o jubileu de Nossa Senhora das Dores no período de 5 a 15 de setembro.

A saúde está sendo organizada em duas equipes de Saúde da Família – Zona Urbana e Zona Rural. O PSF da zona urbana iniciou-se em 25/07/1997, com unidade situada na área central, localizada em uma rua próxima perpendicular com a praça principal. Trata-se de uma construção antiga e ampla, abriga o laboratório de análises clínicas, sala de fisioterapia, consultórios médicos e de odontologia, salas administrativas e de marcação de consultas e cozinha. Por estar em reforma, as atividades estão sendo realizadas temporariamente no posto de pronto atendimento (PA) do município, cujas instalações são novas e situam-se ao lado da farmácia popular e da sala de reunião.

A organização real do PSF teve início este ano. O atendimento no município era centralizado em uma única unidade de saúde atendendo toda demanda, incluindo o PA. Desta maneira, o atendimento era baseado na demanda, ação reativa, modelo focado em doenças. Atualmente, estão sendo organizadas duas equipes de saúde que não estão mais vinculadas ao PA, ou seja, iniciou-se o processo de desvinculação da unidade ao PA.

A excessiva demanda espontânea e sem programação é um ponto crítico na unidade, gerando fila, insatisfação do usuário e do profissional uma vez que



compromete a continuidade da assistência aos pacientes, principalmente aos portadores de doenças crônicas. O tempo disponível para o atendimento, decorrente da grande demanda, é um fator que interfere na relação médico-paciente. A equipe de saúde da zona rural foi criada em 01/06/2011, abrangendo várias comunidades rurais atuando cada dia em uma localidade diferente, seja em pequenos postos de saúde, escolas ou através da visita domiciliar. Embora, a extensão territorial na zona rural, seja maior que a zona urbana, o número de cadastros na zona rural é menor, pois ainda está em processo de cadastramento. Segundo dados atuais, há 1566 pessoas cadastradas/470 famílias na zona rural e 2592 pessoas/1000 famílias na zona urbana. No decorrer dos 04 meses de trabalho como bolsista do PROVAB, na equipe rural no município de Dores do Turvo foi possível observar que os usuários portadores de sofrimento mental não possuem cadastro nem acompanhamento realizado pelas equipes de Saúde da família.

Também não há um profissional específico para organizar o fluxo do atendimento ao portador de sofrimento mental, sendo que estes pacientes são atendidos pelos médicos da Estratégia de Saúde da Família e também no pronto atendimento municipal, na demanda espontânea. Quando necessário, o acompanhamento com o psiquiatra, os mesmos são referenciados para o Consórcio Intermunicipal de Saúde sediado no município de Ubá, nos casos de surtos psiquiátricos estes são encaminhados para o CAPS ou hospital Santa Isabel ambos localizado no município de Ubá, conforme pactuação programada integrada. O município encontra-se totalmente desestruturado no que diz respeito à rede de saúde mental, não possuindo uma linha de cuidado, com profissional de referência para o acompanhamento do portador de sofrimento mental.

Em relação ao recurso financeiro destinado ao Fundo Municipal de Saúde, o município recebe basicamente os recursos federais e estaduais para financiamento das ações da Atenção Básica. O município aplicou em 2013, 26% dos recursos próprios nos serviços e ações de Saúde. A Secretaria Municipal de Saúde não possui nenhum recurso financeiro específico para a rede de saúde mental, quando há a necessidade de gastos com este serviço o próprio município financia de forma incipiente, devido à baixa disponibilidade de recurso no município.

## **2. JUSTIFICATIVA**

O serviço de saúde deve oferecer aos usuários atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação ajustadas às necessidades da população no contexto da Atenção Primária de Saúde.

A assistência destes pacientes, de preferência, deve ser realizada pelo mesmo profissional de forma a garantir a continuidade desta assistência. Por outra parte a referência e contra referência enfrentam questões burocráticas, gestão do município e principalmente questões políticas que dominam a região. Nem sempre há um acesso às informações dos atendimentos de usuários realizados em outros pontos de atenção e, portanto, há dificuldade de viabilizar a continuidade da assistência.

Levando em consideração que a atenção básica é a porta de entrada e coordenadora da rede de atenção saúde, é importante que a equipe de saúde da família tenha um cadastro atualizado dos usuários, assim como o plano de cuidado do mesmo contendo as devidas informações de referência da atenção secundária e terciária quando for o caso. Portanto faz-se necessário dar início ao processo de organização do atendimento e acompanhamento dos portadores de sofrimento mental do município de Dores do Turvo.

### **3. OBJETIVOS**

1. Realizar diagnóstico situacional dos portadores de transtornos mentais do município de Dores do Turvo;
2. Elaborar plano de cuidado dos usuários portadores de sofrimento mental, na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família 02 do município de Dores do Turvo.

### **4. REVISÃO DA LITERATURA**

A criação do Hospital Psiquiátrico Pedro II, no Brasil, foi o marco da institucionalização da assistência psiquiátrica, que pautou-se no tratamento do paciente portador de doença mental a base da exclusão.

Com o surgimento do movimento da Reforma Psiquiátrica, se almejava a mudança nos moldes da atenção e gestão da saúde, baseados no modelo do

atendimento integral, igualitário e de forma coletiva. Com a instituição da Constituição de 1988, e, posteriormente, o advento do SUS, com a Lei Orgânica 8.080, de 1990, surgem movimentos sociais que lutam pelos direitos dos pacientes que sofrem de doença mental.

Por outra parte os trabalhadores da área da saúde se uniram e começaram a apontar os graves problemas identificados na assistência prestada a estes pacientes e sugerindo a proposição de novos modelos assistências. Surge, então, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Aliados ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental que aliados ao movimento sanitário, às associações de familiares, sindicalistas e usuários.

Esta fusão de movimentos ganha repercussão em todo país, de aí para frente situações de internação dos pacientes portadores de doença mental em hospícios, asilos manicomiais assim como a exclusão do convívio social e familiar, passaram a ser fortemente questionada no país.

Nos anos 90, o movimento tornar um movimento social que pressionaria o governo a implementar diretrizes na políticas publicas no âmbito assistencial.

Furtado; Onocko (2005, p.110) relata que:

[...] Aqui, “política” é entendida como um conjunto de ações governamentais condicionadas e “enformadas” por certos objetivos, para a consecução de determinados fins. Podemos localizar aí importante questão a ser considerada: a transformação de novas iniciativas em saúde mental, da reforma psiquiátrica, numa política de governo ou “políticas de saúde mental”. Para considerarmos essa questão, devemos relembrar que o Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil surge no contexto das lutas pela redemocratização do país, a partir do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), no final dos anos 1970, que dará origem mais tarde ao Movimento da Luta Antimanicomial.

Coma essa luta social contra a exclusão do convívio social e familiar das pessoas com transtornos mentais é sancionada a lei 10.216/2001, que visa à mudança do atendimento público em Saúde Mental, garantindo o acesso da população aos serviços e o respeito a seus direitos e liberdade.

Com a sanção da lei houve uma mudança do modelo de tratamento, os hospitais psiquiátricos de grande porte foram tornando-se CAPS - Centros de Atenção Psicossocial -, Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais e Centros de Convivência. As internações, quando necessárias, são realizadas em

hospitais gerais ou nos CAPS/24 horas, dessa forma vão surgindo novas formas de lidar e conviver com a loucura.

Goulart (2006, p. 15) afirma que:

(...) No legislativo, o supracitado Projeto de Lei do Paulo Delgado - após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional foi finalmente aprovado em abril de 2001, convertendo-se na Lei Federal no. 10.216. Mesmo que bastante descaracterizado em suas proposições antimanicomiais através de inúmeras emendas, ele se converteu, em linhas gerais, em uma legislação que preconiza o atendimento territorial, estabelece parâmetros de qualidade para o atendimento terapêutico, prevê o desenvolvimento de projetos de reabilitação psicossocial e estabelece critérios para internação compulsória.

Após a aprovação da lei, surge o desafio de adequar as políticas de atenção à saúde mental, de criar políticas de reabilitação e de reintegração e de qualificar profissionais.

Contudo para que ocorra a adequação das políticas de atenção à saúde mental é necessário promover a inclusão deste paciente na comunidade. Mas para que este esteja apto a conviver na sociedade é imprescindível realizar a reabilitação. A reabilitação psicossocial segundo a Organização Mundial de Saúde é definida “como um processo e não uma técnica, que tem como objetivo oferecer aos indivíduos inadaptados em decorrência do transtorno mental, condições para exercer suas potencialidades e capacidades de forma independente na sociedade”. OMS (2001).

Entretanto, para a inclusão do portador de doença mental na sociedade é preciso realizar um trabalho com uma equipe multidisciplinar, garantindo desta forma uma avaliação integral e não somente a avaliação isolada do transtorno mental.

Como discorre Leão (2008, p.99):

(...) a finalidade das ações assistenciais interdisciplinares incide sobre a inclusão social das pessoas com transtornos mentais. Assim olhar direciona-se para outros aspectos da vida do indivíduo e suas necessidades biológica, social, econômica, não mais tendo a cura como meta das intervenções e sim o exercício da contratualidade, para além das limitações imposta pelo sofrimento psíquico.

Diante destes pressupostos faz-se necessário que a equipe de saúde da família esteja inserida e capacitada para assistir ao paciente com transtorno mental

junto a equipe multidisciplinar elaborar um plano de cuidado que atenda efetivamente a necessidade do paciente.

## 5. MÉTODO

Para tratar do objeto desse estudo, será solicitada à enfermeira responsável pela ESF 02 a FICHA A,

De acordo com o Ministério da Saúde (2000, p.11):

(...) A ficha A é preenchida nas primeiras visitas que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) faz às famílias de sua comunidade. Deve ser preenchida uma ficha por família. São recolhidas informações como - identificação da família, cadastro de todos os seus membros, situação de moradia e outras informações adicionais como doença ou condição referida- que permitem à equipe de saúde conhecer as condições de vida das pessoas da sua área de abrangência e melhor planejar suas intervenções. Todos os dados desta ficha devem ser atualizados sempre que houver alteração. O ACS deve estar atento para registrar, todo mês, a ocorrência de nascimentos, mortes e mudanças de atividade profissional (ocupação) dos membros da família e as condições de moradia e saneamento.

Posteriormente será realizada uma análise dos preenchimentos das fichas e realizará uma oficina com os agentes comunitários de saúde para sensibilização da importância do preenchimento correto e da atualização dos dados da ficha A. Após essa etapa acontecerá o cadastramento dos usuários portadores de sofrimento mental, o cadastro será realizado em uma data comemorativa denominada “dia da vida”, onde será agendado um dia para que todos os usuários cadastrados com portador de sofrimento mental passem por um atendimento multidisciplinar na sede da ESF 02, o dia da vida será a designação para o grupo de saúde mental da ESF 02.

Em seguida ao dia da vida será realizado uma busca ativa de todos os usuários que são cadastrados com sofrimento mental e que não compareceram no dia do atendimento. Após o encerramento do cadastro, a enfermeira da Equipe irá realizar um diagnóstico da população que é acometida por sofrimento mental, onde serão consideradas as seguintes variáveis: idade, sexo, grau de instrução, tipo de doenças com Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10) e doenças de base. Posterior a isso, se irá consolidar todos os dados e

remete-los para o setor de regulação municipal, para que este providencie o agendamento de consulta com o psiquiatra para todos os usuários cadastrados sem diagnóstico de acordo com o CID 10, ação que permite a contra referência e elaboração de um plano de cuidado na atenção primária á saúde. Dessa forma se garantirá os princípios de coordenação, integralidade e longitudinalidade do usuário.

Para atender ao proposto neste trabalho foi realizada uma revisão da literatura sobre temas relacionados à qualidade de vida e saúde dos pacientes portadores de doença mental.

Definiu-se pesquisar por artigos indexados nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Eletronic Library On-Line) e MEDLINE, através dos descritores: sofrimento mental, grupo de saúde mental e inclusão social. Com as informações levantadas através da revisão de literatura e os dados referentes ao principal problema detectado foi proposto a realização de um diagnóstico situacional dos portadores de transtornos mentais, a elaboração de um projeto de intervenção com enfoque na implantação de um grupo de Saúde Mental e um plano de intervenção do portador de sofrimento mental da Equipe de Saúde da Família 02 do município de Dores do Turvo.

## 6. PLANO DE AÇÃO

Construiu-se um Plano de Intervenção para a ESF 02 com foco no principal problema identificado pela equipe, considerando sua importância e a viabilidade de gerenciar essa intervenção.

Quadro 1 - Descrição da metodologia utilizada para realizar o plano de intervenção da ESF 02

ITEM	AÇÃO	PRAZO	RESPONSÁVEL
Ficha A	Solicitação das fichas A dos Agentes comunitários de saúde (ACS)	01 mês	ESF 02

Oficina	Oficinas com os ACS para sensibilização do preenchimento correto da ficha A.	01 mês	Enfermeira e Médica
Dia da Vida	Atendimento multidisciplinar para todos os pacientes cadastrados na ESF.	02 meses	Médica, enfermeira, Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), setor de compras.
Busca ativa	Busca ativa de todos os pacientes de sofrimento mental que faltaram no Dia da Vida	03 meses	Setor de transportes
Diagnostico situacional	Realização de diagnóstico da população com sofrimento mental.	01 mês	Coordenação do ESF
Consulta com médico psiquiatra	Marcação de consultas.	06 meses	Setor de regulação
Plano de cuidado	Elaboração de plano de cuidado	03 meses	Coordenação ESF, Nasf e ESF 02

Fonte: Autoria própria (2013).

## 6.1 Recursos Necessários

Quadro 2 - Descrição das fontes de recursos necessária para realizar o plano de intervenção da ESF 02

ITEM	NECESSIDADE	PRAZO	ITENS BÁSICOS	FONTE DE FINANCIAMENTO
Ficha A	Análise dos dados anotados na ficha A	01 mês	Recursos humanos	Municipal
Oficina	Local para realizar a oficina e material de	01 mês	Material de consumo, material permanente,	Municipal

	áudio e vídeo e escritório		recurso humano.	
Dia da Vida	Levantamento do número de participantes, lanche.	02 meses	Recursos humanos, material de consumo.	Municipal
Busca ativa	Carro e motorista	03 meses	Material permanente e recurso humano.	Municipal
Diagnostico situacional	Material de escritório	01 mês	Material de consumo	Municipal
Consulta com médico psiquiatra	Diagnóstico médico de todos os pacientes.	06 meses	Serviços de terceiros.	Municipal
Plano de cuidado	Local adequado para as oficinas e atendimento individual quando necessário.	03 meses	Material permanente, recurso humano.	Municipal

Fonte: Autoria própria (2013).

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, constata-se que, a importância de realizar o plano de intervenção do paciente com sofrimento mental, estabelecer um diagnóstico local dos pacientes e o diagnóstico da doença de acordo com Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10).

Portanto, infere-se que o plano de cuidados deve ser utilizado como uma ferramenta para melhorar a assistência ao grupo de pacientes com sofrimento mental. Pois devido à falta de consideração destes pacientes por parte dos profissionais de saúde, precisa-se trabalhar o aspecto psicológico dos pacientes e as respectivas famílias com a finalidade de adquirir confiança nos serviços de saúde. Para isso, é imprescindível criar um vínculo entre profissionais de saúde e pacientes portadores de sofrimento mental, porque o vínculo traz conhecimento de qualquer



transformação ocorrida e é através do vínculo que se constrói a base para o resultado do tratamento terapêutico de qualidade.

## REFERÊNCIAS

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 13 Março 2014.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Disponível em < [www.ibge.gov.br/home/](http://www.ibge.gov.br/home/)>. Acesso em: 30 Março 2014.

FURTADO, J; ONOCKO, R. A Transposição das Políticas de Saúde Mental no Brasil para Prática nos Novos Serviços. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdf>>. Acesso em: 01 Novembro 2013.

GOULART, MSB. A Construção da Mudança nas Instituições Sociais: A Reforma Psiquiátrica. Disponível em: [http://www.ufsj.edu.br/portal2repositorio/File/revistalapi/A\\_Construcao\\_da\\_Mudanca\\_nas\\_Instituicoes\\_Sociais...-MSB\\_Goulart.pdf](http://www.ufsj.edu.br/portal2repositorio/File/revistalapi/A_Construcao_da_Mudanca_nas_Instituicoes_Sociais...-MSB_Goulart.pdf)>. Acesso em: 29 Outubro 2013.

LEÃO, A. As Representações Sociais dos Profissionais de Saúde Mental Acerca do Modelo de Atenção e as Possibilidades de Inclusão Social. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n1/09.pdf>>. Acesso em: 15 Novembro 2013.

BRASIL. Lei 8080. Dispõe sobre as Condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá Outras Providências. Brasil, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 20 Novembro 2013.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil De 1988. Brasil, 1988

BRASIL. Lei 10.216. Dispõe Sobre a Proteção e os Direitos das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais e Redireciona o Modelo Assistencial em Saúde Mental. Brasil, 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: 15 Outubro 2013.

SIAB. Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manualsiab2000.pdf>>. Acesso em: 22 dezembro de 2013.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Organização Panamericana de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001.