

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

CAROLINA VEIGA JÚLIO FERREIRA

**DOENTES MENTAIS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: POSSIBILIDADES E
DESAFIOS DE UM ATENDIMENTO INCLUSIVO**

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS
2016**

CAROLINA VEIGA JÚLIO FERREIRA

**DOENTES MENTAIS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: POSSIBILIDADES E
DESAFIOS DE UM ATENDIMENTO INCLUSIVO**

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

Orientadora: Profa. Dra. Nadja Cristiane Lappann Botti

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2016

CAROLINA VEIGA JÚLIO FERREIRA

**DOENTES MENTAIS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: POSSIBILIDADES E
DESAFIOS DE UM ATENDIMENTO INCLUSIVO**

Banca Examinadora

Profª Drª Nadja Cristiane Lappann Botti – Orientadora (UFSJ)

Profª Drª Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 08 de maio de 2016

Para meu pai, a quem devo mais do que a vida. Para minha mãe e meu irmão. Para Lucas, que deu uma nova vida a minha.

Especialmente para R.M. que me inspirou a pensar sobre os doentes mentais em suas potencialidades.

Pessoas que fazem a diferença na luta por uma sociedade inclusiva!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Só lhe resta fechar os olhos e aceitar. Mas dói, aceitar! Os olhos incham de lágrimas. No entanto, depois, por dentro delas, nasce um espaço maior que o céu, mais alto que as montanhas, um espaço que é sempre mais longe, mais fundo, mais imenso. Lá dentro dos olhos, que lugar é aquele?

Cecília Meireles

Assim como acontece nos movimentos de um tear em funcionamento, em que os fios se entrecruzam permitindo ao olho acompanhar o ir e vir do movimento de entrelaçamento de cores que formam desenhos que nos encantam, mas que às vezes precisam ser destecidos, este texto acadêmico foi sendo construído. Nesse ir e vir do cotidiano da área da Saúde, afirmo que sabia dos limites da minha atuação como médica recém-formada respondendo por uma Unidade Básica de Saúde com demandas que se sobrepunham e todas, de igual maneira, importantes para que se pudesse pensar na qualidade da saúde coletiva. Sabia também, desde o instante em que meus olhos incharam de lágrimas quando encontraram os de R., o que queria dizer para as pessoas que lessem este texto.

Os olhos saíram do lugar. O texto antes bem definido escapou por entre meus dedos, rompeu-se o percurso que vinha sendo tecido e, apesar da certeza do que reescrever depois daquela ruptura, a incerteza se poderia ou não era o que imperava e o tear ficou por meses emperrado. No momento em que ansiava por respostas se meu tema de estudos seria ou não aceito, uma pessoa em especial conduziu meu olhar para que me detivesse a observar algumas imagens com mais afinco. Posso dizer que me perguntei: “Lá dentro dos olhos, que lugar é aquele?” Lugar de aprender. Lugar de crescer. Lugar de viver. Através da segurança que adveio das palavras que minha Orientadora foi escrevendo em contraponto ao que trazia, consegui ver que era possível pensar na relação de causalidade daquele problema que, diante da imensidão de questões do cotidiano de uma Unidade Básica de Saúde, era sim igualmente importante.

Portanto, a minha Orientadora, Prof^a Dr^a Nadja Cristiane Lappann Botti, a quem ainda não tive o prazer de olhar nos olhos, mas cujo olhar pude sentir percorrendo o que ia em minha mente, o meu agradecimento especial por permitir que aquilo que vinha de dentro dos meus olhos pudesse ter lugar aqui. Agradeço-a, especialmente, pelo acolhimento à possibilidade de, apesar de toda a dificuldade que temos consciência de que existe, ver os olhos de R.M..

AGRADECIMENTOS

Desrespeitando os fracos, enganando os incautos, ofendendo a vida, explorando os outros, discriminando os índios, o negro, a mulher, não estarei ajudando meus filhos a serem sérios, justos e amorosos da vida e dos outros...

Paulo Freire

A colocação do educador pernambucano, que passou a maior parte dos seus 75 anos de vida lutando por uma sociedade mais justa e mais equalitária, me inspira na escrita destes outros agradecimentos.

Agradeço aos meus pais por terem me educado, desde menina, a pensar em como poderia ser uma pessoa melhor. Agradeço-os, especialmente, por terem me ensinado a respeitar o outro, a ser justa e humana. Lições que procuro trazer em minha mente e em meu coração cada vez que preciso atender a um paciente.

Meu irmão querido, como disse no agradecimento do meu convite de formatura “Meu irmão, alma minha!”, agradeço-o por seu apoio e por sua amizade. Você representa muito para mim!

Lucas, agradeço-o pelo companheirismo e pelo carinho com o qual sempre me escuta e acolhe meus sonhos. Agradeço-o, especialmente, pela vida que ora pulsa em mim.

Agradeço ao R.M. e a sua família por oportunizarem a realização deste estudo que, mesmo sendo um estudo de caso creio que poderá contribuir com reflexões importantes sobre como o Programa Saúde da Família poderá auxiliar as pessoas que vivem à margem da sociedade.

Agradeço aos colegas das duas Unidades Básica de Saúde em que atuei por terem me acolhido e compartilhado comigo seus saberes. Levo comigo o que aprendi com alguns de vocês.

À equipe da CAPS, representada pela figura dos profissionais que disponibilizaram informações importantes para o estabelecimento dos nós críticos, pelo apoio ao tema do estudo monográfico e pela disponibilidade em ajudar a pensar a problemática apresentada a partir de diferentes pontos de vista. Registro aqui que nossos diálogos foram fundamentais para o delineamento do estudo de caso. Muito obrigada!

Aos professores e tutores do Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família, do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, o meu agradecimento por terem

oportunizado momentos de reflexões que contribuíram e ainda poderão contribuir com minhas intervenções como profissional da Saúde.

Aos responsáveis pelo Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, o PROVAB, pela oportunidade de formação e de intervenção em uma comunidade.

Agradeço aos meus amigos e aos colegas de trabalho que aqui não citei, dados os limites deste texto, por me ajudarem no aprendizado da escuta, em que procuro, num exercício contínuo de autorreflexão, aceitar e respeitar a diferença.

É preciso saber reconhecer os acontecimentos da história, seus abalos, suas surpresas, as vacilantes vitórias, as derrotas mal digeridas, que dão conta dos atavismos e das hereditariedades; da mesma forma que é preciso diagnosticar as doenças do corpo, os estados de fraqueza e de energia, suas rachaduras e suas resistências para avaliar o que é um discurso filosófico. A história, com suas intensidades, seus desfalecimentos, seus furores secretos, suas grandes agitações febris como suas sínopes, é o próprio corpo do devir. É preciso ser metafísico para lhe procurar uma alma na ideologia longínqua da origem.

Michel Foucault

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Saúde da Família tem por objetivo discutir o papel do Programa Saúde da Família no processo de acolhimento do doente mental principalmente no que se refere às possibilidades e desafios vivenciados pelos profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde. A proposta é a de realizar diagnósticos e propor intervenções junto aos familiares e instituições de apoio para contribuir com a inclusão social. Sustento os argumentos em defesa do tema não só em aspectos do discurso médico que explicam o comportamento de indivíduos diagnosticados com retardo mental e autismo, como também no discurso filosófico que circula na sociedade e coloca muitas pessoas, como ocorre com o sujeito desta pesquisa monográfica, longe do convívio em sociedade. Nesse contexto, o estudo procura problematizar aspectos que possam contribuir com a melhoria das condições de vida de doentes mentais, entendendo os limites de atuação dos familiares e dos profissionais que agem diretamente com esses sujeitos. A abordagem metodológica histórico-cultural, que entende o sujeito a partir de suas potencialidades a despeito de quaisquer transtornos mentais, foi realizada com base no diagnóstico situacional elaborado a partir de observações, entrevistas semiestruturadas e conversas informais com familiares, possibilitando compreender como o sujeito desta pesquisa foi sendo diagnosticado e tratado ao longo dos anos. Pelas análises, constato que as estratégias de atendimento acabaram por isolar ainda mais o paciente da sociedade. Apresento reflexões em torno do argumento de que esse quadro foi resultado das escolhas possíveis àquele tempo, o que não impede que este estudo possa contribuir com outra forma de olhar não só para esse rapaz como para outros sujeitos, classificados como doentes mentais pelo discurso médico. Nesse contexto investigativo, vinculado a ações do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, foi elaborada a proposta de intervenção pautada em operações para nós críticos diante do problema “Paciente doente mental sem tratamento”. Os recursos críticos, que visam diagnosticar, monitorar, oferecer suporte em relação à infraestrutura física, em um movimento de avaliação e replanejamento de ações, caminham lado a lado com a proposta de recursos financeiro, humano e material. Com base no que foi delineado para a realização deste projeto de intervenção é possível afirmar que, em que pesem as diferentes frentes de atuação em torno da saúde mental, muito se tem a caminhar no sentido de estabelecer ações governamentais que acolham os doentes mentais nas Unidades Básicas de Saúde. Apesar de tal constatação, é possível ler nas entrelinhas possibilidades ainda iniciantes, mas que poderão a médio e longo prazos transformar os rumos da educação para a saúde, articulando a nível macro e micro ações de inclusão que se sustentam pela formação de profissionais da saúde.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Pessoas Mentalmente Doentes. Participação Social.

ABSTRACT

The present work, result of a specialization course completion on family health, aims to discuss the role of the Family Health Program in the mental patient care process especially as regards the possibilities and challenges experienced by professionals working in basic health units. The proposal is to carry out diagnoses and propose interventions with the family and support institutions to contribute to social inclusion. Keep the arguments theme of defense not only in medical discourse aspects that explain the behavior of individuals diagnosed with mental retardation and autism, as well as in philosophical discourse that circulates in society and puts many people, as with the subject of this monographic research, away from life in society. In this context, the study aims to discuss aspects that can contribute to improving the living conditions of the mentally ill, understanding the limits of performance of family members and professionals who act directly with those people. The historical-cultural methodological approach that considers the subject from its potential despite any mental disorders, was based on situational diagnosis made from observations, semi-structured interviews and informal conversations with the Family, understanding how the subject of this research was being diagnosed and treated over the years. For the analysis, we find that the service strategies eventually further isolate the patient from society. Present reflections around the argument that this situation was a result of the possible choices that time, the fact remains that this study may contribute to another way of looking not only for this young man as for other subjects, classified as mentally ill by the medical discourse. In this research context, linked to actions of the Professional Enhancement Program of Primary, was drafted the proposed intervention guided in critical nodes for operations on the problem "mentally ill patient without treatment." Critical resources, aimed at diagnosing, monitoring, support in terms of physical infrastructure, in a move evaluation and re-planning actions go hand in hand with the proposed financial resources, human and material. Based on what was designed to carry out this intervention project it is possible to say that in spite of the different fronts around mental health, much has to walk towards establishing government actions which accommodate the mentally ill in units' basic health. Despite this finding, it is possible to read between the lines of possibilities to beginners, but may in the medium and long term change the course of education for health, linking the macro and micro level to include actions that support the formation of health professionals.

Key-words: Family Health Strategy. Mentally Ill People. Social Participation.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVOS.....	16
3.1 Objetivo geral	16
3.2 Objetivos específicos	16
4 METODOLOGIA	17
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	21
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	27
6.1 Definição dos problemas	27
6.2 Priorização dos Problemas.....	27
6.3 Descrição do Problema Selecionado	30
6.4 Explicação do Problema	31
6.5 Seleção dos “Nós-Críticos”	34
6.6 Desenho das Operações	35
6.7 Identificação dos Recursos Críticos	40
6.8 Análise de Viabilidade do Plano.....	41
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERENCIAS.....	46

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é proposto no âmbito das ações do curso de Especialização *Estratégia em Saúde da Família*, sob a responsabilidade do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), do Programa Ágora, vinculado à Universidade Federal de Minas Gerais. Esse curso de Especialização coloca-se como uma ação de formação continuada de profissionais da saúde, como parte das ações de um programa do governo federal, intitulado Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). No referido programa de atenção à saúde a proposta é a de que profissionais da saúde atuem em Unidades Básicas de Saúde (UBS) com fins de estabelecer vínculos com a população de forma a viabilizar, juntamente com a equipe de saúde, a realização de ações de prevenção e controle de doenças, em especial, as que são consideradas como “de risco”, como a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus, por exemplo. Tanto a formação a nível teórico – curso de especialização -, como a experiência advinda do acompanhamento do cotidiano da UBS, representam ações integrantes do Programa Saúde da Família (PSF).

A partir desse contexto mais amplo, situo este TCC, que tem por objetivo trazer ao debate questões diretamente relacionadas a ações do PSF que tratam do processo de acolhimento do doente mental, abordando possibilidades e desafios de atuação da equipe da UBS em casos de doenças dessa natureza.

Os transtornos mentais são caracterizados por condições que provocam sofrimento; oriundas de comprometimentos do funcionamento mental, social e pessoal, normalmente levando a um prejuízo no desempenho das tarefas e papéis comuns.

Os transtornos mentais, em geral resultam de múltiplos fatores, como: alterações no funcionamento do cérebro; fatores genéticos; fatores da própria personalidade do indivíduo; condições de educação; ação de estressores; agressões de ordem física e psicológica; perdas, decepções, frustrações e sofrimentos físicos e psíquicos que perturbam o equilíbrio emocional. Há que se considerar que tanto as doenças mentais interferem no equilíbrio do organismo podendo gerar doenças de outra natureza como o contrário também precisa ser levado em conta.

O diagnóstico de doenças mentais envolve acompanhamento do histórico do paciente e associação de exames neurológicos e físicos, que podem ser associados a testes psicológicos que contribuem para aferir aspectos de delineamento de padrões de comportamento diante de um dado quadro de desenvolvimento dessas doenças.

Ao tomar-se como referência o fato de que as ações de grande parte das UBS geralmente se sustentam fundamentalmente nos pacientes alocados nos quadros de risco, é possível que o leitor deste TCC esteja se perguntando sobre os motivos pelos quais busco tratar aqui de um estudo de caso em torno de uma doença psiquiátrica.

Importante contextualizar que meu percurso inicial de pesquisa se sustentava em torno de uma investigação quantitativa e qualitativa sobre o comportamento dos pacientes da UBS que eram acompanhados por apresentarem quadro de risco por hipertensão arterial, podendo, dessa forma, contribuir para o refinamento das intervenções com pacientes hipertensos naquele local. Todavia, por questões de reorganização interna na Secretaria de Saúde do município de Santos Dumont, Minas Gerais, precisei passar a atuar em outra UBS. Com esse deslocamento, deparei-me com um espaço que estava começando o processo de organização dos dados de acompanhamento dos pacientes no computador. Enquanto aguardava a conclusão do lançamento dos dados para mapear os pacientes que responderiam ao questionário e outras ações futuras, durante uma das visitas domiciliares pude constatar a presença de um paciente doente mental sem acompanhamento psicológico e vivendo em condições sub-humanas.

Para discutir possibilidades e desafios do trabalho com o deficiente mental nas UBS tanto sob o ponto de vista daqueles que convivem com o rapaz quanto dos que o trataram em outros momentos, organizo este TCC em cinco eixos, conforme descrito no sumário.

Na justificativa discorro sobre a importância de que entre as ações da UBS encontrem-se aquelas destinadas ao atendimento de doentes mentais. Na sequência, delinheiro os objetivos tendo como elemento central a elaboração de um plano de intervenção que concorra para o atendimento a esses doentes. Para tanto, apresento objetivos específicos que vão desde estratégias de problematização do tema no interior da UBS, passando por uma reflexão sobre os papéis desempenhados pelos diferentes atores sociais que atuam na UBS, até a análise

dos dados obtidos na observação do doente mental no contexto em que vive. Como escolha metodológica descrevo o referencial histórico-cultural para pensar o doente mental nas suas potencialidades, entendendo que a observação participante e a entrevista semiestruturada, realizada com os profissionais da UBS e com os familiares, foram procedimentos metodológicos que colaboraram para a obtenção de informações que auxiliaram na elaboração do Plano de Intervenção. A revisão bibliográfica coloca-se neste TCC como elemento de fundamental importância para avaliar não só a estrutura organizacional do PSF, entendendo possibilidades e limites de atuação, como a importância de entender como o tema da saúde mental tem sido tratado nas esferas acadêmicas que problematizam as ações da UBS.

Todos esses elementos desenhados neste projeto concorrem para a elaboração do Plano de Intervenção que se sustenta pela identificação do problema e sua caracterização, bem como pelo estabelecimento de ações estratégicas no sentido de ampliar o papel da UBS no processo de inclusão de ações de saúde mental principalmente no tocante ao acolhimento do doente mental. A dimensão reflexiva e prática das ações constituem-se em elementos norteadores das escolhas interventivas diante do estudo de caso.

As conclusões a que o estudo teórico e as análises dos dados propõem continuarão abertos a novas discussões, considerando o percurso ainda iniciante de ações interventoras de acolhimento ao doente mental.

2 JUSTIFICATIVA

Com base nas colocações anteriores, apresento a questão de investigação que sustenta este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) que busca investigar como os profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro de Santo Antônio, localizado no município de Santos Dumont, lidam com pacientes que apresentam transtornos mentais.

Ressalta-se que ao tomar-se como referência o fato de que as ações de uma grande parte das UBS geralmente se sustentam fundamentalmente nos pacientes alocados nos quadros de risco, como apontado no item 6.2 deste projeto que versa sobre a priorização dos problemas, é possível justificar a relevância de um estudo de caso em torno de uma doença psiquiátrica.

O que aqui se coloca como fator a ser considerado é que, ao incluir entre as ações da UBS e, na mesma medida, do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) como um todo a inclusão de ações interventoras sistematizadas em torno da identificação de quadros de monitoramento da doença mental, a médio e longo prazos pode-se ter um impacto também na diminuição de doenças de risco. Acredito na ideia de que tanto o paciente com doença mental como os familiares, quando lhes são negadas informações sobre como lidar com a doença mental, acaba gerando sobrecarga e situações de estresse que podem desencadear doenças de outras naturezas, dentre elas as que compõem o quadro de risco a nível regional, quer seja: hipertensão e diabetes, por exemplo. Nesse caso, o que aqui defendo é a possibilidade de pensar na inclusão de ações sistematizadas ao atendimento dos doentes mentais como integralidade da atenção a saúde e ação de promoção de saúde.

Apresento a seguir os objetivos que concorrem para a elaboração do TCC, considerando a articulação entre aspectos gerais e específicos que envolvem o tratamento do tema em questão: a atuação de profissionais da Saúde no processo de acolhimento de pacientes doentes mentais nas UBS.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção visando o desenvolvimento de ações do Programa Saúde da Família (PSF) no processo de acolhimento do doente mental.

3.2 Objetivos específicos

- Discutir as possibilidades e desafios de atuação da equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) em casos de doenças mentais;
- Descrever estrutura política do PSF, contextualizando o papel das UBS no atendimento a problemas de diferentes naturezas;
- Elencar possibilidades de intervenção dos profissionais que atuam nas UBS no sentido de acolher pacientes com doenças mentais e respectivos familiares para contribuir com a inclusão social;
- Refletir sobre a doença mental com base no discurso médico e em ações inclusivas, problematizando em que medida um paciente com diagnóstico de retardo mental e autismo desafia especialistas em saúde a pensarem em formas de reinserção social;
- Realizar observação participante do contexto no qual o sujeito de pesquisa se insere, entrevistando familiares e profissionais que já atuaram no acolhimento do paciente em outros momentos;
- Analisar os dados coletados à luz de uma concepção que entende o sujeito com transtorno mental como um sujeito histórico e cultural para a elaboração do quadro dos nós-críticos e definição de estratégias de atuação descritas no Plano de Intervenção.

4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para desenvolver este trabalho foi realizada em três etapas. A primeira etapa foi realizada com base no diagnóstico situacional elaborado a partir de observações, entrevistas semiestruturadas, conversas informais com familiares e diálogo com autores visando o entendimento do doente mental na singularidade que o constitui possibilitando perceber/enxergar/entender o sujeito por trás da doença, permitindo, assim, a construção do texto. A segunda etapa refere-se a pesquisa bibliográfica em artigos científicos, livros e textos indexados sobre o tema. Para a consulta foram utilizados os seguintes descritores de assuntos: paciente, saúde mental, psiquiatria comunitária, assistência à saúde mental e atenção primária à saúde. A terceira etapa constitui a definição do Plano de Intervenção de acordo com a Metodologia do Planejamento Estratégico em Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A construção do caso pauta-se na possibilidade de pensar em uma pessoa com transtornos mentais a partir de suas potencialidades e não por aquilo que não é capaz de fazer. Para tanto, entende-se ser importante conhecer o sujeito no contexto em que vive, compreendendo as relações que lá se estabelecem. Nesse caso, foram realizadas observação participante e entrevistas semiestruturadas com familiares e profissionais que já estiveram de alguma forma envolvidos com o paciente em questão. Neste aspecto entender um paciente que foi diagnosticado como autista e com retardo mental coloca como escolha metodológica aspectos teóricos que possibilitem análises a partir do ponto de vista da cultura.

Vigotski (2009) apresenta um conjunto de reflexões sobre as condições e as possibilidades da criação humana que só se torna possível no âmbito das relações sociais. Imaginação, na qualidade de atividade humana afetada pela cultura, pela linguagem, vai sendo marcada pela forma racional de pensar, historicamente elaborada.

Esse autor enfoca a imaginação como uma formação especificamente humana, intrinsecamente relacionada à atividade criadora do homem, e evidencia o papel fundamental da interação social na apropriação e produção de novas formas de vida e atividade. Vigotski (2009) destaca a fundamental importância do outro na criação de condições e na abertura de novas formas de participação dos sujeitos na cultura, já que para ele, o desenvolvimento encontra-se relacionado à apropriação

da cultura. Essa apropriação implica uma participação ativa do sujeito na cultura, tornando próprios dele mesmo os modos sociais de perceber, sentir, falar, pensar e se relacionar com os outros pela experiência estética.

Desse modo o desenvolvimento cultural do sujeito apresenta-se, assim, em seu caráter dialético, ou seja, nesse sentido, o desenvolvimento do sujeito não é simplesmente um processo espontâneo, linear e natural: é um trabalho de construção do homem sobre o homem.

Defende-se que a particularidade da criação no âmbito individual implica em um modo de apropriação e participação dos sujeitos na cultura e na história, já que, de acordo com Vigotski (2009), chamamos atividade criadora aquela em que se cria algo novo, porém não se cria do nada, e sim com base no trabalho e nas ideias dos outros. Esse autor destaca que “o cérebro não é apenas o órgão que conserva e reproduz nossa experiência anterior, mas também o que combina e reelabora, de forma criadora, elementos da experiência anterior, erigindo novas situações e novo comportamento” (VIGOTSKI, 2009, p. 14). Todo o mundo da cultura é produto da imaginação e da criação humana que nela se baseia e essa criação é feita por todos os sujeitos, inclusive aqueles que, em comparação com outros, manifestam sintomas de doenças que muitas vezes o colocam à margem do convívio social. Nesse caso, esses sujeitos são, na mesma medida que qualquer outro, um produtor de cultura.

Para Geertz (1989), a cultura é uma teia de significados tecidos pelo homem. Neste sentido não se encontram significados prontos para serem consumidos: enquanto seres sociais, inseridos em contextos históricos específicos, as pessoas colocam-se como co-construtores dos significados dessa teia.

O que aqui se coloca é a discussão de que o sujeito produz sentido para suas experiências com outros sujeitos, com lugares sociais, com objetos geradores de memória, ou seja, com o outro no mundo. Conceber as interações com outros sujeitos como prática cultural é considerá-las como parte do processo de humanização dos sujeitos.

De acordo com Vigotski (2011), tudo o que é cultural é social. Todas as funções superiores formaram-se não na biologia nem na história da filogênese pura - esse mecanismo, que se encontra na base das funções psíquicas superiores, tem sua matriz no social. Ao entrar na cultura, o sujeito não apenas toma algo dela, adquire algo, incute em si algo de fora, mas também a própria cultura reelabora todo

o comportamento natural do sujeito e refaz de modo novo todo o curso do desenvolvimento.

Ao médico que lida com um doente mental cumpre sempre enfrentar um desafio, como uma subida onde antes se via um caminho plano. Nesse sentido, o sujeito com transtornos deve dar um salto onde até então parecia ser possível limitar-se a um passo. Esse ponto de vista produz verdadeira revolução nos princípios da interação do sujeito doente mental com e nos espaços sociais. Quando surge diante dos profissionais de uma UBS um sujeito com o agravante de uma doença na organização psicofisiológica, imediatamente, mesmo aos olhos de um observador leigo, a convergência dá lugar a uma profunda divergência, uma discrepância, uma disparidade entre as linhas natural e cultural do desenvolvimento desse sujeito. Como isso se revela no cotidiano das ações das Unidades Básicas de Saúde? Qual é a ação da equipe diante desse quadro?

Segundo Vigotski (2011), o olhar tradicional sobre sujeitos diferentes parte da ideia de que a doença mental significa menos, falha, deficiência, limita e estreita o desenvolvimento, o qual era caracterizado, antes de mais nada, pelo ângulo da perda dessa ou daquela função. Por outro lado, exatamente porque o transtorno mental produz obstáculos e dificuldades no desenvolvimento e rompe o equilíbrio normal, ele serve de estímulo ao desenvolvimento de caminhos alternativos de adaptação, indiretos, os quais substituem ou superpõem funções que buscam compensar a doença e conduzir todo o sistema de equilíbrio rompido a uma nova ordem.

O ponto de vista de pensar nas potencialidades do doente mental, implica considerar não apenas as características negativas do sujeito, não só suas faltas, mas também um retrato positivo de sua personalidade, o qual apresenta, antes de mais nada, um quadro dos complexos caminhos indiretos do desenvolvimento.

Para o sujeito intelectualmente atrasado, segundo Vigotsky (2011), deve ser criado, em relação ao desenvolvimento de suas funções superiores de atenção e pensamento, algo que lembre o sistema Braille para a criança cega ou a dactilologia para a muda, isto é, um sistema de caminhos indiretos de desenvolvimento cultural, quando os caminhos diretos estão impedidos devido ao transtorno mental.

É pela possibilidade de discutir o doente mental em suas potencialidades que trago ao debate tanto os dados da observação participante e das entrevistas, obtidos quando estive em situações de visita domiciliar, prática comumente às ações

da UBS, como também os que obtive quando procurei informações sobre o tema de estudo deste TCC em espaços acadêmicos. Informações apresentadas no item Revisão Bibliográfica, na sequência deste texto.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

As doenças mentais são caracterizadas por perturbações que acabam por afetar o funcionamento do comportamento emocional, intelectual e social dos indivíduos, provocando sofrimento. Essas doenças podem ser oriundas de comprometimentos de natureza psicológica, mental ou cognitiva, que impactam de forma significativa as interações do sujeito com o mundo (COBB; MITTLER, 2005).

No Brasil, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é uma rede de saúde mental integrada, articulada e efetiva que tem por objetivos ampliar o acesso, garantir a articulação e integração dos pontos das redes de saúde no território e qualificar o cuidado. A RAPS é formada pelos componentes: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

A Unidade Básica de Saúde (UBS), como ponto de atenção da RAPS tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado a usuários de drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (BRASIL, 2011). Ressalta-se que a Atenção Básica na RAPS deve operar de maneira articulada, a partir da noção de território, discussão dos casos, integração entre os profissionais intra e interserviços, supervisão clínico-institucional, tempo para os atendimentos e profissionais capacitados. Caso contrário, a ausência dessas condições é motivo de ruptura no acesso à saúde das pessoas que buscam ajuda, assim, não contribuindo para o processo da Reforma Psiquiátrica e contribuindo com a hospitalização psiquiátrica (PERES, LOPES, 2011). Neste sentido a qualificação dos profissionais e organização da equipe é necessária para criar e fortalecer o vínculo, em virtude de o usuário sentir-se acolhido, respeitado e com maior possibilidade de participar das ações na comunidade.

Sabe-se que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem o domicílio como espaço terapêutico e a assistência humanizada como instrumento facilitador para criação de vínculos e aproximação dos profissionais com o cotidiano das famílias. Dessa forma, a ESF tem potencial para o atendimento de pessoas com transtornos mentais em virtude de atuar na área de abrangência de suas famílias (ESTEVAM et al., 2011).

Em pesquisa ao portal da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES)¹, percebe-se que a temática da atuação do Programa Saúde da Família com doentes mentais ainda é pouco estudada, ou pelo menos, possui pouca divulgação no meio científico. Porém, as poucas produções acadêmicas que foram localizadas ajudam a traçar um interessante panorama acerca do trabalho que é realizado por profissionais da saúde em diversos lugares do Brasil.

Dentre os trabalhos analisados nota-se que todos giram em torno de um tema central: a possibilidade de atuação do Programa Saúde da Família enquanto promotor do bem-estar dos pacientes na esfera da saúde mental. Com a reforma psiquiátrica e a desinstitucionalização do doente mental, novas formas de atuação com essa população precisaram ser adotadas para garantir tratamentos eficazes aliados à reintegração social dos pacientes.

Correia (2011) analisa as necessidades da ESF para desenvolver as ações de saúde mental nas comunidades e identificar os métodos de atuação desenvolvidos pelas equipes de trabalho frente aos portadores de doenças mentais e seus familiares. Com as novas políticas de construção de cidadania e reabilitação psicossocial dos pacientes com transtornos mentais, a pesquisa buscou enfatizar o papel da Saúde da Família como importante ferramenta no processo saúde-doença no que diz respeito ao cuidado integral do ser humano visando a promoção, a prevenção, a proteção e a recuperação tanto das doenças físicas, sociais, quanto das doenças mentais. Através de entrevistas semiestruturadas realizadas com profissionais da Saúde da Família, o pesquisador concluiu que os profissionais mantêm a prática da psiquiatria tradicional centrada nas consultas, na medicação e nos exames, sendo esse o principal instrumento para a produção de saúde. Além disso, concluiu que as práticas destes profissionais estão baseadas no diagnóstico psiquiátrico, e que é incipiente o número de profissionais que se mobiliza a desenvolver ações voltadas ao acolhimento e a escuta destes pacientes, devido à falta de preparo específico daqueles profissionais.

Em consonância com o trabalho de Correia, a falta de conhecimento específico acerca do tratamento de pacientes com doenças mentais foi o tema do

¹ A CAPES é o órgão do Ministério da Educação responsável pelo reconhecimento e a avaliação de cursos de pós-graduação stricto-sensu (mestrado profissional, mestrado acadêmico e doutorado) em âmbito nacional.

A consulta às produções acadêmicas foi realizada pelo endereço <http://www.periodicos.capes.gov.br/>.

trabalho de Carvalho (2012). Com o objetivo de descrever as manifestações de agressividade que cercam a relação entre enfermeiros e pacientes mentais, a autora observou, em um hospital psiquiátrico, que a dinâmica desta relação se dá, por vezes, de forma inadequada. A pesquisa teve como foco duas categorias: o cuidado em enfermagem psiquiátrica e a agressão no ato de cuidar. A autora concluiu que os sujeitos envolvidos no processo viviam as agressões ora como agressores, ora como agredidos. Ao mesmo tempo em que pacientes psiquiátricos têm um padrão de comportamento agressivo em diferentes graus e por diferentes motivações, e por essas razões são propensos a agredir a si mesmos e aos outros, os profissionais da enfermagem também precisam utilizarem-se de violência para conseguir, muitas vezes, exercer o seu trabalho. Tanto os profissionais quanto os pacientes entrevistados na pesquisa afirmaram à pesquisadora que o trabalho da enfermagem deve transcender as técnicas e ganhar aspectos como o envolvimento emocional, o carinho e o respeito, e isso só acontecerá quando os profissionais forem instruídos para tanto durante sua formação.

Oliveira (2012) analisa o importante papel do agente comunitário de saúde no processo da saúde da família que abrange o doente mental. Assim como o trabalho anterior, a autora defende a ideia de que, a partir do momento em que a saúde mental deixa de ser um assunto restrito a hospitais psiquiátricos e passa para a esfera da ESF, vários atores devem atuar de forma conjunta para garantir que o melhor trabalho seja feito com os pacientes da saúde mental. E o agente de saúde é um destes profissionais, um dos primeiros que tem contato com os pacientes em geral. Através de entrevistas semiestruturadas com esses profissionais, concluiu que os agentes de saúde são despreparados para lidar com os doentes mentais devido ao grande estigma que cerca o processo de adoecimento e a evolução da doença mental. Afirma que a capacitação dos profissionais é imprescindível para que os mesmos possam contribuir de forma efetiva, tanto no trato com os pacientes com doenças mentais – auxiliando em seu processo de ressocialização -, quanto no funcionamento eficaz da rede que engloba os profissionais que trabalham na equipe de Saúde da Família.

Dialogando com o trabalho supracitado, o estudo de Gatti et al (2012) também trata do estudo da percepção dos agentes de saúde sobre os pacientes que apresentam transtornos mentais. Ao analisar profissionais da cidade de Itapeva, São Paulo, os autores concluíram que os agentes de saúde não têm preparo prévio para

lidar com doentes mentais, levando até seu atendimento uma visão estigmatizada sobre o paciente, sem conhecimento acerca da origem das doenças e de melhores formas de lidar com as mesmas.

Em uma perspectiva mais ampla, Azevedo (2012) analisa a busca pela qualidade de vida de pacientes que procuram atendimento na Unidade Básica de Saúde na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. Apesar de tratar também de doentes mentais, a autora traça panorama que engloba todos os pacientes considerados crônicos, aqueles com doenças cardiovasculares, respiratórias, endócrinas e osteomusculares. Utilizando-se de dois instrumentos elaborados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a autora percebeu que a percepção da qualidade de vida foi inferior em ambientes que possuíam pacientes com doenças mentais, na mesma medida que apareciam em ambientes que possuíam pacientes tabagistas, idosos e com doenças crônicas. Desta forma, destaca o quanto o quesito qualidade de vida tem uma importância fundamental e precisa ser colocado entre as políticas públicas para a saúde.

A preocupação sobre a importância dos programas de saúde pública e do estudo sobre doentes mentais se mostra presente há tempos na literatura específica. Barros e Randermark (2007) analisaram como as famílias vivenciavam o tratamento que era destinado aos pacientes com transtornos mentais em instituições psiquiátricas. Por meio de entrevistas semiestruturadas com os familiares destes pacientes, as autoras concluíram que a falta de uma ação pedagógica no tratamento da família fazia com que a mesma não reconhecesse a importância dos Centros de Atenção à Saúde e das UBS no tratamento de seu ente, ficando a cargo, apenas, da instituição psiquiátrica. A intenção das autoras foi desmitificar a ineficiência destas instituições e mostrá-las enquanto um caminho útil e importante no tratamento dos pacientes. Duarte et al (2007) destacam importantes trabalhos científicos acerca da relação entre o paciente com transtorno mental e sua família, além de mapear estudos científicos que destacam a importância de ações como a ESF. Destacam que o acompanhamento familiar é peça primordial para a boa condução do tratamento do paciente, garantindo resultados melhores aqueles que têm a família como aliada, e que contam com os programas de saúde pública ajudando a garantir apoio a estes familiares.

Entendendo a importância das políticas públicas para a saúde e de programas que aproximem o tratamento do paciente, Magalhães (2011) faz uma

análise sobre como a ESF está gradativamente transformando o modelo de assistência social, que tem a família como foco de atuação, ao propor o trabalho em equipe multidisciplinar e o estímulo à participação social. Os resultados obtidos em seu trabalho mostram a importância deste tipo de atuação para o bom desenvolvimento das estratégias propostas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), porém, mostram também que o caminho a ser percorrido até que o programa alcance a totalidade de suas possibilidades ainda é longo, e passa pela valorização dos profissionais, melhores condições de trabalho, reconhecimento, e na melhoria da articulação com outros programas que são propostos pelo governo.

Recentemente, estudo de Pontes e Tavares (2013) destacou a taxa de atendimentos a usuários com queixas de problemas envolvendo a saúde mental no Centro de Saúde da Família na cidade de Caucaia, Ceará. O resultado mostrou que, de todos os atendimentos pesquisados, 19,48% envolviam pacientes que possuíam transtornos mentais leves, graves, e sofrimentos psíquicos de diversas naturezas. Isso mostrou aos pesquisadores que a taxa de atendimentos na UBS envolvendo doentes mentais era significativa, tornando assim necessária a implementação de ações da saúde mental nas ESF, tendo entre os objetivos facilitar o acesso do paciente ao tratamento, garantindo assim o começo de um trabalho de ressocialização do mesmo.

Entre os dispositivos da política pública de saúde mental se reconhece o Apoio Matricial como prática em que profissionais especialistas oferecem suporte a equipes de Saúde da Família a fim de ampliar a resolubilidade e maior responsabilização no acompanhamento das pessoas transtornos mentais e famílias (MINOZZO; COSTA, 2013). Esse dispositivo permite realizar a construção conjunta sobre cada caso do território, monitorar, fazer classificação de risco e atendimentos compartilhados e construção de um Plano de Cuidado Compartilhado entre Atenção Primária e Equipe Especializada para a pessoa com transtorno mental (DRUMOND, 2009).

Nessa Revisão Bibliográfica busquei trazer, mesmo que brevemente, aspectos recortados da leitura divulgadas em pesquisas que corroboram com o que foi constatado na UBS em que atuo: a necessidade da formação continuada dos profissionais de saúde e da constituição de equipes multidisciplinares para melhor atendimento de demandas das comunidades, dentre elas a de atendimento a

pacientes doentes mentais. Esses dois pontos são parte das ações que subsidiam a Proposta de Intervenção apresentada na sequência deste TCC.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Definição dos problemas

Esta proposta de intervenção parte do pressuposto de encontrar formas de reinserção social do paciente R.M. ², diagnosticado com retardo mental e autismo agressivo, a partir da reintegração do tratamento medicamentoso e psicológico junto ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Na mesma medida, acompanhamento psicológico aos familiares e aumento da periodicidade das visitas domiciliares do Programa Saúde da Família.

6.2 Priorização dos Problemas

A Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro de Santo Antônio, na cidade mineira de Santos Dumont, apresenta um perfil que requer a atenção da equipe no sentido de colaborar com a melhoria da saúde da população. Ciente dessa responsabilidade, foi organizado, junto à equipe da UBS, como parte das tarefas da disciplina de *Saúde do Adulto*, um mapeamento dos pacientes vinculados a UBS com o objetivo de definir o perfil da comunidade e orientar ações futuras.

Para facilitar a compreensão do processo saúde-doença na comunidade do bairro de Santo Antônio coloca-se como necessário conhecer as características dessa população, tais como processos sociais e seus efeitos a fim de detectar os determinantes na saúde das pessoas. Com base na pesquisa feita com o público da UBS por meio de mapeamento de atendimentos, registro de atividades, atendimentos e notificações e da escuta em visitas às moradias localizadas na região, a equipe de saúde consegue definir as características da população sob sua responsabilidade.

Verificou-se após a pesquisa empreendida que a maioria da população é economicamente ativa e de baixa renda. Trabalham em atividades do setor terciário ou executam trabalho doméstico remunerado em casas de outras famílias. As moradias possuem saneamento básico, luz e telefone. As ruas do bairro não são

² A família assinou o Termo de Consentimento autorizando, inclusive, o tratamento do caso a partir do nome verdadeiro do paciente, todavia a opção para fins metodológicos deste projeto foi o de adotar as iniciais R.M.

asfaltadas, são de terra. Dentre os principais lazeres estão passeio nas praças, visita à casa de amigos, assistir TV, utilizar a internet e frequentar bares.

Em média, há um equilíbrio na quantidade de homens (48,6%) e mulheres (51,4%), sendo o grupo das mulheres aquele que mais procura a unidade de saúde. As doenças que mais acometem os adultos dessa população são: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus tipo II, doenças cardiovasculares, gripe, rinite e bronquite. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) as causas mais frequentes das mortes estão ligadas a doenças no aparelho circulatório, metabólicas, infecciosas e parasitárias e no aparelho respiratório (pneumonia – que acomete mais a população idosa da região) (IBGE, 2014).

A maior parte possui a idade entre 29 e 60 anos, ou seja, estão nos períodos de vida categorizados como adulto e meia-idade. De acordo com Silva (2004 apud PIANCANTESLLI; DI SPIRITO, 2013, p. 13), “a vida adulta compreende três períodos: adulto jovem, para a faixa etária entre 18 e 21 anos; adulto, para a faixa etária de 21 aos 45 anos; e meia-idade para as pessoas que possuem idades entre 45 e 60 anos”.

A respeito do estilo de vida dos adultos entre 29 e 60 anos verifica-se dados de suma importância para o estabelecimento de ações de prevenção na UBS. Pela pesquisa constata-se que número expressivo de pessoas: não tem uma alimentação saudável, pois em geral é rica em gordura, sódio e açúcar, com pouco consumo de frutas; não faz atividades físicas com frequência, possui stress relacionado ao emprego e costuma ingerir bebidas alcoólicas. Em síntese pode-se afirmar que o referido estilo de vida representa fatores de risco para Diabetes Mellitus tipo 2 e doenças cardiovasculares, dentre essa última a mais habitual é a Hipertensão Arterial Sistêmica.

A grande quantidade de poeira local, devido suas ruas serem de terra, pode ser a causa das doenças respiratórias na população adulta. O clima seco, devido à falta de chuvas também é um fator de agravo. A pneumonia também é frequente, porém entre os idosos.

Na área de abrangência da UBS a população tende a procurar atendimento médico quando há agravo dos sintomas, pois inicialmente realizam a automedicação. O único recurso existente nessa comunidade para receber as pessoas doentes é a UBS, no entanto há hospitais centrais para o atendimento das pessoas da cidade. Casos de maior complexidade são encaminhados para hospitais

numa cidade vizinha com maior infraestrutura na área de saúde ou para a Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra (ACISPES), localizada também nessa cidade próxima.

Nesse percurso de mapeamento do processo saúde-doença de adultos da comunidade assistida verifica-se a importância da criação de um programa de monitoramento para as seguintes doenças Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 2. A partir das reflexões proporcionadas pela pesquisa sobre a UBS do bairro de Santo Antônio conclui-se que a atenção integral à saúde de pacientes hipertensos e/ou diabéticos deve ocorrer pela integração dos membros da equipe de saúde.

Tão importante quanto a atuação dos médicos encontra-se também a dos agentes comunitários de saúde que estão atentos ao retorno dos pacientes e/ou no rastreamento e monitoramento de outros possíveis pacientes atentos aos relatos durante as visitas. Na mesma medida os enfermeiros e outros profissionais de saúde que poderiam compor a equipe de forma multidisciplinar, neste caso em especial os psicólogos e assistentes sociais que poderiam acompanhar mais de perto fatores de vulnerabilidade, isso sem contar que os nutricionistas seriam de grande importância para traçar metas alimentares, assim como profissionais de educação física e da fisioterapia, contribuindo, dessa forma, para pensar a integralidade do cuidado, acolhendo integralmente o paciente em suas necessidades para a prevenção e o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e da Diabetes Mellitus tipo 2.

Verifica-se ainda na área geográfica da UBS a necessidade de intervenções do Programa Saúde da Família em relação ao transtorno mental e a situação de isolamento social por trazer impactos qualitativos na vida desses pacientes e familiares. Neste sentido ressalta-se que os doentes mentais são sujeitos que muitas vezes vivem à margem da sociedade e que por isso não são percebidos por diferentes parcelas da sociedade.

Importante contextualizar, conforme já apontado na introdução deste projeto, que meu percurso inicial de pesquisa se sustentava em torno de uma investigação quantitativa e qualitativa sobre o comportamento dos pacientes da UBS que eram acompanhados por apresentarem quadro de risco por Hipertensão Arterial Sistêmica, podendo, dessa forma, contribuir para elaboração de intervenções com pacientes hipertensos naquele local. Todavia, por questões de reorganização interna na Secretaria de Saúde do município de Santos Dumont, Minas Gerais, precisei

passar a atuar em outra UBS. Com esse deslocamento, deparei-me com um espaço que estava começando o processo de organização dos dados de acompanhamento dos pacientes. Enquanto aguardava a conclusão do lançamento dos dados no computador para mapear os pacientes que responderiam ao questionário e outras ações futuras, durante uma das visitas domiciliares deparei-me com uma cena de um paciente com doença mental que me inquietou.

Pude constatar que entre as ações de mapeamento da UBS em que atuo ainda não há uma preocupação em sistematizar estratégias interventoras ao acolhimento de pacientes com doenças mentais. Observei que pacientes como o R.M. chegam à Unidade muito mais pelo convite de agentes de saúde ou quando apresentam um quadro de desenvolvimento de outras doenças. Não há informações sobre o número de pacientes da área de abrangência, sendo, portanto, importante realizar esse mapeamento o que, a nível deste projeto, coloca-se como uma estratégia a ser considerada no plano de intervenção.

No centro dessa discussão encontra-se o portador de transtorno mental, não na sua pluralidade, mas na singularidade que o constitui. O desafio aqui é o de perceber/enxergar/entender o sujeito para além da doença. O doente em questão vive recluso em sua própria residência, sendo privado de possibilidade de interações sociais.

6.3 Descrição do Problema Selecionado

Constatedei em visita domiciliar as condições em que o paciente R.M., de 24 anos, vivia. Ao realizar o protocolo de visita ao paciente portador de autismo constatedei que vive isolado em um cômodo da casa que tem uma janela com grades, uma cama e não há porta. No local que deveria estar a porta existem tábuas com frestas através das quais são passadas a medicação, a alimentação e são realizados processos de higienização do ambiente e do jovem com jatos de água.

Segundo relato da família, R.M. não tem contato com outras pessoas devido a momentos em que fica agressivo e que esse total isolamento implica, inclusive, na impossibilidade de levá-lo a consultas. Embora tenha solicitado auxílio para transporte não o conseguiu. O tratamento a R.M. restringe-se ao processo de renovação de receitas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município,

atualmente não tem acompanhamento com especialista – psiquiatra -, nem psicólogo e nenhuma outra assistência.

Na visita foi possível constatar que a família apresenta pouco conhecimento sobre como proceder com o rapaz e que a atitude de aprisionamento adotada teve por objetivo a proteção não só do paciente como dos familiares. Mobilizada no sentido de obter maiores informações sobre o caso junto aos órgãos responsáveis, acabei mapeando informações que me movem a estudar, em nível monográfico, o tema em questão: o acolhimento pelos médicos do Programa Saúde da Família a pacientes com transtornos mentais.

Com base nesse pano de fundo, a questão levantada, neste projeto, gira em torno de como esse sujeito insere-se no mundo se essas interações são negadas? Nesse sentido, em que medida o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) pode intervir junto à Secretaria de Saúde, particularmente a Rede de Atenção à Saúde do município de Santos Dumont de forma a mobilizar outras instituições de atendimento ao doente mental, com o objetivo de promover sua reinserção na sociedade? São essas as questões que embasam o problema que impulsiona esta investigação.

6.4 Explicação do Problema

O paciente R.M. possui o diagnóstico de retardo mental e autismo. O autismo, antes assim denominado pelo DSM IV, hoje é classificado como Transtorno do Espectro Autista (TEA) pela quinta Edição do Manual de Classificação de Transtornos mentais. O TEA inclui outros transtornos denominados pela edição anterior do DSM como autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015).

Esse é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por déficits qualitativos nas interações socioemocionais recíprocas (compartilhar sentimentos e expor emoções); na comunicação e interação social, para desenvolver, manter e entender relacionamentos, sendo estes dois primeiros prejuízos pervasivos e sustentados; além de apresentar um repertório de interesses, comportamentos ou

atividades restritos, estereotipados e repetitivos. Tais déficits qualitativos são aspectos do funcionamento do indivíduo em todas as situações, embora possam variar em sua gravidade (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015).

Os déficits na reciprocidade emocional estão evidentes desde a infância. As crianças podem apresentar prejuízos na capacidade de interagir ou expressar suas emoções, além de imitação restrita ou nenhuma imitação de comportamentos de outros. O uso da linguagem não possui a intenção de reciprocidade social, mas sim usada prioritariamente para solicitar algo. Nos adultos que não possuem atrasos de linguagem ou deficiência intelectual as dificuldades nesta área são prioritariamente para responder ou processar pistas sociais mais rebuscadas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015).

Os déficits na linguagem podem variar desde ausência de fala, atrasos na linguagem, ecolalia, compreensão restrita da fala, linguagem explicitamente literal, dificuldades linguísticas. Os indivíduos ainda podem ser acometidos por déficits não verbais da comunicação. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015).

Em relação aos déficits de comportamento de comunicação não verbal, as características principais são relativas a ausência ou uso reduzido de contato visual, gestos, expressões faciais ou corporais e entonação na fala, mesmo quando aprendem (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015).

“Déficits para desenvolver, manter e compreender as relações devem ser julgados em relação aos padrões relativos a idade, gênero e cultura” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015, p. 54). O interesse social pode estar diminuído ou não existir, podendo parecer agressivos quando fazem alguma abordagem, ou ser caracterizado por rejeição de outras pessoas. Essas características são mais evidentes na infância, pois jogos em que exijam imaginação e compartilhamento ainda não conseguem realizar, bem como insistem em cumprir regras fixas e rígidas nas brincadeiras, quando mais velhos. Isto porque ainda não conseguem, por serem pequenas, suprimir ou utilizar de compensações tal qual fazem alguns adultos com TEA. Existem sujeitos mais velhos com TEA que possuem dificuldades ou relutância em entender os comportamentos adequados para cada contexto ou os diversos usos da linguagem. Ao realizar atividades, a preferência é por realizá-las sozinhos ou por interagir com pessoas muito mais jovens ou mais velhas. Quando se interessam por fazer amizade, não entendem bem seu significado.

No que se refere aos comportamentos, atividades e/ou interesses restritos, estereotipados e repetitivos que compõem o transtorno, pode-se colocar que se manifestam diversificadamente considerando a idade e a capacidade, intervenções e apoios empreendidos. Esses comportamentos abrangem estereotípias motoras simples (como balançar as mãos, estalar os dedos), fala repetitiva (repetição de palavras escutadas, prosódia) e movimentação repetitiva de objetos (girar moedas, enfileirar objetos). Demonstrem interesses muito restritos e fixos, tendendo a anormalidade em termos de intensidade ou foco (por exemplo, apegar-se a uma panela). Esses interesses e rotinas geralmente estão ligados a uma hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais, exibidas através de respostas extremas a sons, cheiros, gostos, texturas, cores, objetos, que podem ser tanto de encantamento excessivo como de indiferença, podendo determinar o modo de apresentação do transtorno (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015).

Nesse sentido, pessoas com o transtorno podem apresentar resistência a mudanças ou padrões de comportamento verbal e/ou não verbal ritualizados, pois aderem exageradamente a rotinas e padrões limitados de comportamento. Diversos adultos com o transtorno sem deficiência intelectual ou linguística aprendem a extinguir esses comportamentos na presença de outras pessoas. Os interesses exacerbados que possuem podem vir a ser fonte de prazer e motivação, podendo facilitar a educação e empregabilidade na vida adulta (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015).

Quando as características de padrões repetitivos ou limitados de comportamentos e atividades se mostram presentes em crianças ou em algum momento da infância, ainda que não o tenham mais, já é possível realizar o diagnóstico de TEA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015).

Tais sintomas aparecem no período do desenvolvimento, mesmo que não manifesto todos e causam danos significativos na vida social, profissional ou em outras áreas significativas. Podem ainda apresentar comorbidade com deficiência intelectual, sendo este o caso de R.M.

6.5 Seleção dos “Nós-Críticos”

Tendo em vista a identificação do problema de acolhimento ao doente mental R.M., em relação às ações do CAPS no que se refere ao próprio paciente e aos seus familiares, apresento como nó-crítico a necessidade de estabelecer estratégia de intervenção que abarque o tratamento das consequências do isolamento do referido paciente.

Define-se como nó-crítico a caracterização do problema, quer seja a constatação da existência de um doente mental isolado do convívio social, com atitudes de autodestruição e de agressão aos familiares o que repercutiu na necessidade do uso de grades e de não contato físico com outros seres humanos para preservar a integridade física.

O que impulsiona o delineamento desse nó-crítico é a possibilidade de uma inversão na lógica da descrição posta. Refiro-me ao fato de que talvez o isolamento que remete a uma ideia de agressividade, pelo trancamento em grades em um espaço físico restrito não tenha complexificado ainda mais a necessidade de isolamento. Para pensar nisso remeto a ideia do efeito dominó: o que começa como um paliativo aparentemente fácil desencadeia outras reações, em resposta a princípios da física como por exemplo a cada ação tem-se uma reação que gera nova ação e conseqüentemente reações, no sentido plural do termo. Nesse caso, a escolha da ação ou de ações encadeadora(s) pode fazer diferença no caminho do encadeamento.

O isolamento de R.M., da forma como foi feito, a despeito de, conforme ter sido já discutido aqui, ter sido a “única” possibilidade da família lidar com o problema, revela-se como um processo de desumanização.

Nessa perspectiva, aponta-se como operação prioritária, conforme descrito no quadro 1 apresentado a seguir no item referente ao desenho das operações, o estreitamento das relações entre UBS e CAPS, entendendo-o como possibilidade de reintegração do tratamento do paciente com a veiculação de informações importantes para o processo de acolhimento por parte dos atores sociais da saúde.

Com vistas a promover o acolhimento social de R.M. para a promoção de um tratamento adequado no que se refere tanto às medicações necessários quanto ao acompanhamento psicológico ao paciente e seus familiares, faz-se necessário atuar

junto à família e aos órgãos públicos para o atendimento das demandas que implicam esse processo de inclusão.

Colocam-se como fundamentais a esse processo ações de natureza estrutural, cognitiva, financeira e política, detalhadas no quadro 1 relativo ao problema do “Paciente doente mental sem tratamento”.

6.6 Desenho das Operações

Sabendo que é essencial descrever as operações para o enfrentamento das causas, identificando os produtos e resultados para cada operação com seus respectivos recursos (econômicos, organizacionais e cognitivos) (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010) foi possível construir o desenho de operações para os “nós” críticos do problema ‘Paciente doente mental sem tratamento’ sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família.

Quadro 1 - Desenho de operações para os “nós críticos” relacionados ao problema ‘Paciente doente mental sem tratamento’ sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde do bairro de Santo Antônio, em Santos Dumont, Minas Gerais.

Nó-Crítico	Operação	Projeto	Resultados Esperados	Produtos	Recursos Necessários
Má adesão ao tratamento	Realizar contato com a equipe multiprofissional do CAPS	Readmissão do paciente R.M e reintegração do tratamento	Tratamento farmacológico e psicoterápico adequado ao paciente R.M.	Acolhimento social	<p>Estrutural: modificação do ambiente em que o paciente vive.</p> <p>Cognitivo: ações de orientação aos familiares sobre possibilidades de tratamento para reinserção social.</p> <p>Financeiro: investimento do poder público na reinserção do paciente ao convívio social.</p> <p>Político: integração de ações ao doente mental no Programa Saúde da Família, oportunizando a formação de uma equipe multidisciplinar com a integração de, entre outros profissionais, psicólogos.</p>
Nível de conhecimento	Realizar contato com a equipe	Assistência à família no	Tratamento adequado da	Ajudar a família no manejo com	Estrutural: ampliação da segurança da casa para aumentar as áreas de

do paciente e familiares sobre a doença	multiprofissional do CAPS	cuidado com o paciente R.M.	família ao paciente R.M.	o paciente a partir da vivência cotidiana	circulação. Cognitivo: orientação aos familiares sobre como realizar o tratamento ao paciente R.M. de forma a garantir a integridade física. Financeiro: auxílio da Secretaria de Saúde e da Secretaria Social para locomoção da família ao CAPS Político: ampliar as ações do Programa Saúde da Família para assistência a familiares de doentes mentais
Falta de integralidade de Atenção à Saúde	Acionar a UBS, o CAPS e a Secretaria Municipal de Saúde para mobilizar os atendimentos necessários	Atenção Integral à saúde abrangendo as diversas necessidades do paciente.	Tratamento multidisciplinar integrado voltado às necessidades do paciente: médico, psiquiátrico, neurológico, odontológico,	Garantia da integralidade em saúde	Estrutural: reorganização do trabalho da UBS e CAPS Cognitivo: orientação/formação aos profissionais da equipe médica/terapêutica Financeiro: investimento em profissionais da área médica/terapêutica, com contratação. Político: formação e integração de ações multidisciplinar para

			fonoaudiológico, social e medicamentoso, dentre outros.		atendimentos no âmbito do Programa Saúde da Família.
Falta de matriciamento	Definir agenda de reunião periódica entre os profissionais do CAPS e da UBS	Construção do cuidado compartilhado e da produção de conhecimento sobre o processo saúde e sofrimento mental do paciente.	Criação de uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica interinstitucional	Melhoria no tratamento do paciente	Estrutural: organização de encontros entre a equipe Cognitivo: formação continuada para os membros da equipe do CAPS e da UBS em conjunto. Trocas de saberes entre as áreas. Financeiro: Investimento em formação continuada e em encontros das equipes Político: promover integração entre as ações da UBS e do CAPS
Processo de trabalho da equipe de saúde	Realizar contato com a Secretaria Municipal de Saúde e responsáveis pela UBS e	Integração dos trabalhos realizados pela equipe multidisciplinar da UBS ou do CAPS cada um	Tratamento interdisciplinar entre a equipe multidisciplinar para integrar ações, visando a saúde integral	Garantia de atendimento que vise a integralidade e o bem-estar geral do paciente	Estrutural: organização do atendimento da equipe. Cognitivo: formação aos membros da equipe multidisciplinar e agentes de saúde para integrar ações. Financeiro: investimento na formação continuada dos profissionais da equipe.

	CAPS	em sua instância	do paciente	estreitamento do trabalho entre a equipe.	Político: fortalecimento interno das ações conjuntas dentro de cada uma das instituições.
Processo de adoecimento da família	Realizar contato com o profissional psicólogo do CAPS	Assistência psicológica à família	Tratamento psicológico para os familiares	Acolhimento da família.	Estrutural: reorganização familiar Cognitivo: orientação da família para reflexão sobre suas convicções e sentimentos Financeiro: investimento no transporte para atendimento da família Político: fortalecimento da instituição família na relação com o doente mental

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

6.7 Identificação dos Recursos Críticos

A figura abaixo apresenta os recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” relacionados ao problema ‘Paciente doente mental sem tratamento’ sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família (Quadro 2).

Quadro 2: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” relacionados ao problema ‘Paciente doente mental sem tratamento’ sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde do bairro de Santo Antônio, em Santos Dumont, Minas Gerais.

Operação / Projeto	Recursos Críticos
Avaliação Diagnóstica	Visita da Equipe Multidisciplinar (Médico da UBS, Psiquiatra, Assistente Social, Psicólogo) à família para diagnóstico da situação médico/familiar.
	Planejamento da necessidade de alteração da periodicidade das visitas domiciliares, tendo em vista o quadro atual do paciente com transtorno do neurodesenvolvimento.
	Organização de cronograma para atendimento do paciente no CAPS, UBS ou outro tipo de atendimento externo.
	Capacitação dos agentes de saúde e enfermeiros para atendimento e identificação de transtornos mentais.
	Levantamento pelos agentes de saúde de indivíduos com transtornos mentais na área de atuação da UBS.
Monitoramento	Viabilização dos atendimentos médico, social, psicológico, fonoaudiológico, odontológico e outros definidos, para o paciente e sua família.
	Participação da família em grupos terapêuticos em situações semelhantes atendidos pelo CAPS.
	Acompanhamento domiciliar do paciente e sua família.
	Atendimento do paciente no CAPS e na UBS.
	Monitoramento das ações para replanejamento.

	Reunião periódica da Equipe multidisciplinar da UBS e do CAPS para avaliação do processo (avanços e retrocessos) e trocas de saberes e informações.
Obra	Construção do banheiro no quarto do paciente para garantia da higiene do ambiente, evitando a manifestação de novas doenças.
	Adaptações nos espaços físicos da casa para garantir a segurança do paciente e da família na ampliação dos espaços de circulação.
Avaliação do Projeto	Reunir a equipe multidisciplinar para avaliar coletivamente a eficácia do projeto.
	Diagnosticar junto aos familiares os impactos das ações de intervenção na qualidade de vida de R.M. e da família
	Avaliar as ações de acompanhamento da saúde física e mental de R.M. após um período definido pela equipe multidisciplinar.
Definição de Novas Estratégias	Refletir coletivamente sobre os efeitos das ações elencadas neste projeto de intervenção que implicam em mudanças e/ou permanências de ações estratégicas com R.M.
	Após mapeamento de outros casos de doentes mentais, estender as ações de acolhimento definidas em função do caso de R.M.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

6.8 Análise de Viabilidade do Plano

A viabilidade de um plano se sustenta pelos atores diretamente relacionados a ele. Sabendo que o ator que está planejando o plano não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano, há a necessidade de identificar os autores; inclusive seu posicionamento, motivação favorável, indiferente ou contrária em relação ao problema; para assim, definir as estratégias para a viabilidade do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Ao partir desse pressuposto teórico entende-se ser importante viabilizar junto à Secretaria Municipal de Saúde, com o apoio de um profissional do Serviço Social, as condições para a proposição das ações intervencionistas, considerando a descrição do Quadro 3 que aponta os recursos necessários para a viabilização do projeto de intervenção.

Quadro 3: Recursos de diferentes naturezas necessários a aplicação do Projeto de Intervenção do caso “Paciente doente mental sem tratamento” sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde do bairro de Santo Antônio, em Santos Dumont, Minas Gerais.

Recursos	Operação / Projeto
Financeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Auxílio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) à família para compra de medicamentos não fornecidos pelo Sistema Único de Saúde; - Atuação da SMS para garantia de atendimento psiquiátrico, nutricional e odontológico; - Financiamento de cursos de capacitação para os agentes de saúde e enfermeiros da Unidade Básica de Saúde do município de Santos Dumont, com vistas a contribuir com a melhoria no atendimento e monitoramento de pacientes com transtornos mentais;
Humano	<ul style="list-style-type: none"> - Recurso da SMS para disponibilizar condições para deslocamento do paciente R.M. e para demais portadores de sofrimento mental com condições semelhantes para tratamento psiquiátrico, odontológico e quaisquer outros que se fizerem necessários, garantindo a presença de um motorista; - Consultas psiquiátricas; - Acompanhamento de psicólogo do CAPS ao paciente R.M. e familiares; - Acompanhamento de assistente social; - Consultas odontológicas; - Manutenção das visitas domiciliares dos agentes de saúde, acompanhado do médico do PROVAB;

Material	<ul style="list-style-type: none">- Construção de um banheiro no quarto em que o paciente vive em isolamento total do convívio social;- Medicamentos;- Materiais de consumo para assistência psicológica descritos pelo psicólogo e assistente social do CAPS;- Materiais para o tratamento odontológico;
-----------------	--

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É preciso saber reconhecer os acontecimentos da história, seus abalos, suas surpresas, as vacilantes vitórias, as derrotas mal digeridas, que dão conta dos atavismos e das hereditariedades; da mesma forma que é preciso diagnosticar as doenças do corpo, os estados de fraqueza e de energia, suas rachaduras e suas resistências para avaliar o que é um discurso filosófico. A história, com suas intensidades, seus desfalecimentos, seus furores secretos, suas grandes agitações febris como suas síncofes, é o próprio corpo do devir. É preciso ser metafísico para lhe procurar uma alma na ideologia longínqua da origem.

Michel Foucault

Retomo aqui a epígrafe escolhida para abrir este Trabalho de Conclusão de Curso para trazer ao diálogo, aqui nas considerações finais esse pensador francês que apresentou aspectos históricos e políticos do processo de compreensão de indivíduos considerados socialmente como “loucos”, o que muitas vezes justificou seu isolamento da sociedade (FOUCAULT, 1972). Trata-se de reflexões sobre possíveis intencionalidades desses isolamentos. Não é minha pretensão trazer para a conclusão deste TCC a introdução de uma nova obra, mas peço licença à Banca para quebrar o protocolo com o objetivo de provocar o leitor a pensar sob mais um ponto de vista: aquele que possibilita refletir sobre a necessidade de pensar nos ditos e não ditos da história para que se possa inscrever movimentos outros no tempo presente.

A proposta de intervenção em torno do processo de acolhimento do doente mental R.M., diagnosticado pela equipe do CAPS como paciente com retardo mental e autismo, esteve pautada em torno da possibilidade de atendimento ao quadro de isolamento em que vive o referido paciente.

O curso de Especialização do Programa Saúde da Família, parte das iniciativas governamentais do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, oportunizara, dentre outras ações, o desenvolvimento deste Projeto de Intervenção na área de atuação da Unidade Básica de Saúde (UBS). Tomo esse compromisso com a formação continuada como ponto de partida para o estudo do caso que dá origem às discussões em torno dos desafios do trabalho com o doente mental nas UBS.

Na justificativa, em que apresento o caso de R., ou na introdução, em que contextualizo a realidade da UBS do bairro de Santo Antônio, na cidade de Santos Dumont, Minas Gerais, é possível perceber quantas lacunas ainda existem em torno do tratamento de doentes mentais, principalmente se for considerada a gravidade do caso em questão. Refiro-me ao fato de o paciente ser trancado a grade na própria moradia, recebendo alimento por uma pequena passagem e sendo higienizado com uma mangueira. Na mesma medida, o quanto essas ações que por mais que possam parecer dramáticas aos olhos de qualquer um de nós é, por princípio humano, aquilo que a família e os profissionais envolvidos no caso, puderam fazer, entendendo tais ações como acolhimentos possíveis.

Ressalto que há muito além do que foi detalhado do caso, pautando as propostas ora apresentadas neste projeto na busca pelo entendimento de potencialidades do paciente R. Neste sentido, em virtude do monitoramento do projeto de intervenção há, ainda, dados coletados por ocasião das visitas domiciliares: imagens que dizem de pessoas, lugares, limites e possibilidades, que pretendo colocar, no futuro, em discussão com a comunidade acadêmica da área da saúde. Ainda, enfatizo que para além dos dados analisados e discutidos no texto do TCC, ainda há pontos elencados na proposta de intervenção que apontam desde o momento de produção deste projeto para questões a serem consideradas em ações futuras na UBS na qual me vinculo pelo referido curso de Especialização.

Os recursos críticos, que visam diagnosticar, monitorar, oferecer suporte em relação à infraestrutura física, em um movimento de avaliação e replanejamento de ações, caminham lado a lado com a proposta de recursos financeiro, humano e material. Com base no que foi delineado para a realização deste projeto de intervenção é possível afirmar que, em que pesem as diferentes frentes de atuação em torno da saúde mental, muito se tem a caminhar no sentido de estabelecer ações governamentais que acolham os doentes mentais nas Unidades Básicas de Saúde. Apesar de tal constatação, é possível ler nas entrelinhas possibilidades ainda iniciantes, mas que poderão a médio e longo prazos transformar os rumos da educação para a saúde, articulando a nível macro e micro ações de inclusão que se sustentam pela formação de profissionais da saúde.

REFERENCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM - V. 5. ed.** Porto Alegre: Artmed, 2015.

AZEVEDO, A. L. S. **Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde.** 2012. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde e Comportamento) - Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2012.

BARROS, S.; RANDERMARK, N. F. A experiência das famílias sobre o cuidado terapêutico de pessoas com transtorno mental nas instituições psiquiátricas. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.1, n.1, p. 11-18, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: **DOU**, 2011.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Elaboração do plano de ação. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, p. 118, 2010.

CARVALHO, L. R. **As manifestações de agressividade no processo de cuidar: implicações para a enfermagem.** 2012. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Atenção à Saúde) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba 2012.

COBB, H.V.; MITTLER, P. **Diferenças significativas entre deficiência e doença mental: uma tomada de decisão.** Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com deficiência: Lisboa, 2005.

CORREIA, V. R. **O profissional da estratégia saúde da família na promoção da saúde mental.** Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

DRUMOND, G. P. **Práticas em Psicologia e Políticas Públicas.** Centro de Referência Técnica em Políticas Públicas (CREPOP). Conselho Federal de Psicologia (CFP). Brasília, 2009.

DUARTE, M. L. C. *et al.* Diferentes abordagens à família em saúde mental presentes na produção científica da área. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.1, n.1, p. 66-72, 2007.

ESTEVAM, M. C. *et al.* Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre Atenção Básica. **Revista Escola Enfermagem USP**, v.45, n.3, p. 679-686, 2011.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Editora Perspectiva, 1972

GATTI, M. A. N. *et al.* O transtorno mental na percepção de agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 93, p. 225-233, 2012.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

IBGE. Cidades@. **Morbidades hospitalares**. DATASUS, 2014. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=316070&idtema=146&search=minas-gerais|santos-dumont|morbidades-hospitalares-2014>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

MAGALHÃES, P. L. **Programa Saúde da Família: uma estratégia em construção**. 2011. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Corinto, 2011.

MINOZZO, F.; COSTA, I.I. Apoio matricial em saúde mental: fortalecendo a saúde da família na clínica da crise. **Revista Latino-Americana Psicopatologia Fundamental**, v.16, n.3, p. 438-450, 2013.

OLIVEIRA, O. F. **A percepção de agentes comunitários de saúde na estratégia saúde da família sobre doença mental**. 2012. Dissertação (Mestrado Profissional em Odontologia) - Universidade do Sagrado Coração, Bauru, 2012.

PERES, G. M.; LOPES, M. P. Articulação entre o Centro de Atenção Psicossocial e a Atenção Básica no cuidado da pessoa com transtorno mental. **Saúde & Transformação Sociedade**, v.1, n.3, p.146-158, 2011.

PIANCANTESLLI, C. H.; DI SPIRITO, G. C. **Saúde do Adulto**. Plataforma Ágora. NESCON, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3999.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2015.

PONTES, R.J.S.; TAVARES, A.L.B. Estudo da demanda de saúde mental em Centro de Saúde da Família em Caucaia, Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, v. 8, n. 26, p. 35-42, 2013.

VIGOTSKI, L. S. **Imaginação e criação na infância: ensaio psicológico: livro para professores**. Apresentação e comentários Ana Luiz Smolka. Tradução Zoia Prestes. São Paulo: Ática, 2009.

_____. A defectologia e o estudo do desenvolvimento e da educação da criança anormal. Tradução de SALES, D. R.; OLIVEIRA, M. K.; MARQUES, P. N. **Revista Educação e Pesquisa**, v. 37, n.4, p. 861-870, 2011.