

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

**O PAPEL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA BEM VIVER NO
DESAFIO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

JAKELINE SANTOS ASSIS SALIM

ARAÇUAÍ/MINAS GERAIS 2011

JAKELINE SANTOS ASSIS SALIM

**O PAPEL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA BEM VIVER NO
DESAFIO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

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

Orientadora: Patrícia da Conceição Parreiras

ARAÇUAÍ/MINAS GERAIS 2011

JAKELINE SANTOS ASSIS SALIM

**O PAPEL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA BEM VIVER NO
DESAFIO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

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

Orientadora: Patrícia da Conceição Parreiras

Banca Examinadora

Maria das Dores Madureira

Patrícia da C. Parreiras (Orientadora)

Aprovada em Belo Horizonte _____/_____/_____

Agradeço a Deus que me guiou todos estes anos, ajudando-me a traçar meu caminho mesmo quando pensava em desistir. Foram muitas vezes em que fiquei frente a dificuldades que pareciam não ter fim, mais mesmo assim continuei a lutar.

Agradeço ao meu esposo que soube ter paciência com a minha ausência, mesmo sendo recém-casados soubemos dividir nossos momentos de trabalho e responsabilidades.

Resumo

O presente trabalho teve por objetivo descrever a história da Reforma Psiquiátrica no Brasil, levantando os desafios encontrados e analisar o trabalho e experiência da Estratégia Saúde da Família Bem Viver do município de Virgem da Lapa-MG. Trata-se de um relato de experiência fundamentado com revisão de literatura sobre o tema saúde mental. Foram pesquisados artigos na base de dados eletrônicos: LILACS e SCIELO, através das palavras chaves: Atenção Básica, Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica. Foram também utilizados como fontes de pesquisa o módulo I do Curso de Especialização em Atenção Básica - Processo de Trabalho em Saúde, os cadernos de Saúde Mental e Iniciação a Metodologia Científica. A partir da análise do trabalho realizado pela ESF Bem Viver, verificou-se que os desafios relatados pela Reforma Psiquiátrica se reafirmam-se no município, de forma que o processo de desospitalização ainda permanece em crescimento lento. Neste contexto a atenção primária ofertada na ESF tem um grande potencial estratégico em prestar assistência ao portador de sofrimento mental por estar trabalhando junto à comunidade em área delimitada. O NASF representa no município o apoio estratégico para trabalhar a auto - estima e inclusão social, com objetivo de juntamente com ESF dar maior resolubilidade aos casos existentes. As práticas de saúde mental foram avaliadas e identificou-se a necessidade de reorganização da assistência, com capacitação dos profissionais das equipes e criação de maior vínculo com CAPS; fica visível que a demanda de Saúde Mental nem sempre aparece com clareza havendo necessidade de uma avaliação aprofundada do indivíduo como um todo.

Palavras chave: Atenção primária, saúde mental, reforma psiquiátrica.

Abstract

The present work had for objective to describe the history of the Psychiatric Reformation in Brazil, being raised the joined challenges and to analyze the work and experience of the Strategy Health of the Family To live Well of the city of Virgin of the Limpet-MG. Mental health is about a story of experience based with literature revision on the subject. Articles in the electronic database had been searched: LILACS and SCIELO, through the words keys: Basic attention, Mental Health, the Psychiatric Reformation. Also Process of Work in Health, the notebooks of Mental Health had been used as research source module I of the Course of Specialization in Basic Attention - and Initiation the Scientific Methodology. From the analysis of the work carried through for the ESF To live Well, was verified that the challenges told for the Psychiatric Reformation if reaffirm in the city, of form that the deinstitutionalization process still remains in slow growth. In this context the offered primary attention in the ESF has a great strategically potential in giving assistance to the carrier of mental suffering for being working next to community in delimited area. The NASF represents in the city the strategically support to work the auto one - social inclusion esteem and, with objective of together with ESF giving to greater solvability to the existing cases. The practical ones of mental health had been evaluated and identified the necessity of reorganization of the assistance, with qualification of the professionals of the teams and creation of bigger bond with CAPS; it is visible that the demand of Mental Health nor always appears with clarity having necessity of a deepened evaluation of the individual as a whole.

Keyword : Primary attention, mental health, psychiatric reform.

Lista de Abreviaturas e Siglas

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

ESF - Estratégia de Saúde da Família

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial.

CEABSF - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PSF - Programa Saúde da Família

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

HIPERDIA- Hipertensos e Diabéticos

NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família

Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 Objetivo Geral	15
2.2 Objetivos Específicos.....	15
3 METODOLOGIA.....	16
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
4.1.Saúde Mental Histórico da Reforma Psiquiátrica e seus Desafios.....	17
4.2. Estratégia Saúde da Família e Saúde Mental.....	20
5 ANÁLISE DO ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL NA ESF BEM VIVER.....	27
6 PLANO DE AÇÃO.....	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	35

1. Introdução

A Reforma Psiquiátrica organizada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) desde a década de 70, luta pela desospitalização manicomial, com objetivo de criar alternativas para banir formas de violência, inserindo o portador de saúde mental na sociedade, aproximando-os do conforto de seus lares, transformando saberes e novas formas de assistência psiquiátrica, desconstruindo a mercantilização da loucura das mãos das redes privadas de assistência.(AMARANTE, 1996 *apud* PEREIRA; VIANNA,2009).

"A Reforma Psiquiátrica tem o propósito e o desafio de contrapor o modelo hegemônico de assistência centrado no hospital psiquiátrico, desfazendo paradigmas, criando novas formas de vivência com a loucura em busca da não exclusão do doente mental da sociedade, desestabilizando o modelo dominante de assistência na área da saúde mental" (PEREIRA; VIANNA,2009, p.23).

No Brasil, nas diversas regiões, é notável o desenvolvimento desigual das ações propostas pela Reforma Psiquiátrica, mas é evidente a diminuição da atenção em hospitais psiquiátricos, transferindo a assistência para as redes integradas de base comunitária com ofertas complexas de atenção médico-social, com objetivo de reabilitação psicossocial (DELGADO. et al., 2001 *apud* PEREIRA; VIANNA, 2009).

O trabalho da atenção primária a saúde com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem tendo um papel importante no que diz respeito às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, principalmente em municípios com menos de 20.000 mil habitantes, onde segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2005) não há necessidade de ter um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Este estudo sobre o papel da atenção primária com a Estratégia de Saúde da Família no desafio da Reforma Psiquiátrica objetiva analisar o trabalho realizado pela equipe de saúde da família de Virgem da Lapa – Minas Gerais - com a saúde mental e também enfatizar a importância do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF),

[...] direcionado a médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas que compõem equipes multiprofissional de Saúde da Família, como o propósito de possibilitar que o profissional atenda às necessidades próprias ou de seu

cenário de trabalho, sempre na perspectiva de sua atuação” (VIANNA et al., 2009 p. 25).

O CEABSF apresenta módulos que discutem a reorganização da atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família. Dentre os módulos a serem escolhidos pelos estudantes para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), atraíram-me os temas aos quais enfrentava dificuldades no meu trabalho. O primeiro tema escolhido foi Saúde da Criança e o segundo foi a Saúde Mental, justificado pelo fato de que no município de Virgem da Lapa - mantinha uma assistência ao doente mental centralizada e somente com suporte medicamentoso.

O município de Virgem da Lapa está situado a 716 km da capital de Minas Gerais, Belo Horizonte, cidade do Médio Jequitinhonha de Minas Gerais com aproximadamente 14.000 mil habitantes (IBGE, 2000). O crescimento populacional vem diminuindo ao longo dos anos devido a migração da população para o corte de cana e panha de café no interior de São Paulo, Minas Gerais e atualmente em Goiás. A população tem como principal fonte de renda a agricultura, apresentando também um alto índice de migração dos chefes de famílias e jovens para o trabalho de corte de cana e colheita de café no interior de São Paulo, Minas Gerais e em Goiás. Além desses trabalhos alguns moradores migram na alta temporada do verão para regiões litorâneas principalmente do estado de São Paulo em busca do trabalho ambulante e para o aumento da renda familiar.

Na área de saúde o município possui quatro equipes de saúde da família que atendem 100% (por cento) da população ofertando assistência primária. Os atendimentos de urgência e emergências são encaminhados para o Hospital Municipal local e este quando necessário referencia para os grandes centros; e as especialidades são referenciadas através de consórcios intermunicipais para outros municípios.

O Programa Saúde da Família Bem Viver, assim nominado pela população, inaugurada em Outubro de 2006, funciona dentro da Unidade Básica de Saúde Dr. Cyro Gomes, atendendo a uma população total de 3.332 habitantes compondo 1.124 famílias, 212 famílias na zona rural e na zona urbana com 922 famílias. Sua área de abrangência é subdividida em 10 microáreas, situadas próximo à rodovia MG- 356 que divide a cidade e também delimita a área de abrangência da ESF Bem Viver, ou seja, toda população que reside do lado da unidade de saúde é referenciada pela mesma. A

área de abrangência é subdividida em 10 microáreas, que cobrem os bairros: Turmalina, Alto São Vicente, Esmeralda, Paraíso, Centro, Ponte; e as Comunidades: Vai-vi, Almas, Jaqueira, Curral Novo, Capim Puba, Massacará, Onça de Cima, Meio e Baixo, Gravatá de Cima e Baixo, Chácara, São José, Coqueiro e Ouro fino. São ofertadas semanalmente, consultas médicas, puericultura, preventivo, pré-natal, exame papanicolau, vacinação, acompanhamento HIPERDIA, consultas psicológicas e atendimento odontológico. Exame eletrocardiograma, teleconsultorias e vídeoconferências on-line cedido pelo Núcleo de Telessaúde de Minas Gerais - Universidade Federal de Minas Gerais.

O PSF Bem Viver possui uma equipe multiprofissional composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 02 técnicos de enfermagem, 01 auxiliar de enfermagem, 10 agentes comunitários de saúde, 01 cirurgião dentista, 01 auxiliar de consultório dentário, 01 THD, 02 auxiliares de serviços gerais, 01 recepcionista, 01 auxiliar de farmácia. Contamos também com a equipe do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) que disponibiliza profissionais de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Educação Física. Estes realizam trabalhos individuais e coletivos com grupo de postura, caminhada com hipertensos e diabéticos e grupo melhor idade com idosos.

O Governo do Estado de Minas Gerais em parceria com a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG) implantou em 2009 o Plano Diretor da Atenção Primária a Saúde por meio de oficinas educativas. Estas oficinas propõem o planejamento local, através do próprio planejamento, organização, operacionalização e monitoramento de ações, para melhorar a qualidade e resolubilidade da assistência à saúde. Iniciamos os trabalhos do Plano Diretor com a realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da unidade de saúde na qual atuo - Estratégia de Saúde da Família Bem Viver, com objetivo de conhecer melhor nossa clientela e pontuar nossas prioridades. Estávamos iniciando uma forma estratégica de análise da nossa demanda, um jeito novo de se trabalhar talvez nunca pensado pela nossa equipe.

Iniciamos nossas atividades, mobilizamos toda a equipe e realizamos o diagnóstico situacional da unidade de saúde Bem Viver. Trabalhamos diversos aspectos, mais o foco estava no referencial das morbidades existentes. Trabalhamos

com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2009), onde constatamos os seguintes dados:

TABELA 1:

MORBIDADE REFERIDA SEGUNDO A MICROÁREA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PSF BEM VIVER, DO MUNICÍPIO DE VIRGEM DA LAPA, 2009.											
MODALIDADE	MICROÁREAS										TOTAL
	1	2	3	9	11	12	21	29	35	36	
Alcoolismo	7	3	0	5	3	0	12	0	7	3	40
Doença de Chagas	17	4	2	3	8	5	7	5	8	6	65
Deficiência	9	11	7	12	5	9	7	11	6	6	83
Diabetes	6	4	8	7	6	3	2	4	3	5	48
Epilepsia	7	1	1	3	0	3	4	3	1	2	25
Doença Mental	9	3	2	10	1	0	2	5	1	1	34
Hipertensão Arterial	68	62	50	57	32	51	55	52	48	49	524
Hanseníase	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2
Tuberculose	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1

Fonte: SIAB (2009)

Diante dos números apresentados priorizamos iniciar o trabalho de forma efetiva e urgente junto aos hipertensos, intensificando a nossa assistência e reformulando estratégias de trabalho. O trabalho voltado para os hipertensos apresentou bons resultados nos dando espaços novos para discutir outras prioridades levantadas e equiparar com o que presenciamos no nosso dia a dia. O quantitativo do número de alcoolismo nos preocupa por termos comunidades rurais que possuem alambiques e que se torna fonte de renda da maioria das famílias. O trabalho com a fabricação da cachaça exige do profissional a prova diária fazendo com que o consumo aumente a cada dia e vire rotina o consumo diário do álcool. Deparamos

muitas vezes com ações que não surtiram efeito, pois além de não conseguirmos encontrar os pacientes sem estar sobre o efeito do álcool, os mesmo não aceitam tratamento, e até mesmo alguns não se consideram alcoólatras. É uma clientela diferenciada onde enfrentamos dificuldades em acompanhar gestantes, consultas e vacinação das crianças estão sempre atrasadas e só procuram atendimento quando a situação da falta de saúde se agrava.

Os estudos do CEABSF colaboraram para que houvesse mudanças na sistematização da assistência, na busca e no olhar diferenciado para cada paciente que era atendido na unidade, fazendo assim, acrescentar a cada dia os números novos de casos de doente mental com diagnóstico. Em 2010, o SIAB já apresentava um número de 154 casos de portadores de sofrimento mental.

No contexto da inserção do doente mental na ESF do município, temos dificuldades no que diz respeito ao contato direto com o doente mental. Tivemos que inicialmente quebrar barreiras, enfrentar os anseios e até o medo da nossa equipe, isso porque a grande maioria dos profissionais não tinha experiência de trabalho com portador de sofrimento mental e mesmo assim não foi disponibilizado nenhum tipo de treinamento para planejamento do início das ações de assistência. Enfrentamos dificuldade em encontrar um profissional experiente e/ou especializado na área de saúde mental para trabalhar no município, tornando a estruturação da assistência aos doentes mentais prejudicada.

O PSF Bem Viver melhorou a forma de acompanhamento destes pacientes reforçando o monitoramento domiciliar das medicações junto aos ACS, mantivemos um maior controle das medicações injetáveis administradas mensalmente no domicílio quando necessário, incluindo uma agenda programada de visita domiciliar feita pelo médico e a enfermeira no intuito de acompanhar de perto os casos considerados mais complexos. Com o apoio recebido pela equipe multidisciplinar do NASF foi possível criar o grupo de portadores de saúde mental junto aos seus familiares com objetivo de trabalhar terapia em grupo com confecção de bordados e realização de pinturas, e também passamos a encaminhar os pacientes deste grupo que fosse hipertenso e/ou diabético para participar da caminhada realizada duas vezes na semana com acompanhamento de um profissional fisioterapeuta ou de um educador físico.

Nestas ações citadas no parágrafo acima enfrentamos muitas dificuldades com aqueles pacientes que não tem familiar ou responsável para colaborar com os cuidados mínimos necessários e no monitoramento do tratamento, além disso, temos dificuldade na adesão

daqueles pacientes etilistas que não se mantêm estáveis e a medicação além de ser sempre administrada com muita dificuldade não faz o efeito desejável.

A ESF Bem-Viver conta com CAPS II que é referência, com sede no município de Araçuaí que fica há uma distância de 34 km, atendendo oito municípios vizinhos e disponibilizando 10 consultas com médico psiquiatra ao mês para cada oito municípios. No nosso contexto a saúde mental tornou se um desafio: tínhamos poucas consultas para muitos casos novos e ainda tínhamos que manter os retornos dos casos já acompanhados. A falta de médico psiquiatra especialista na região tornou se um agravo, e o nosso trabalho estratégico passou a ter como foco o aumento da resolubilidade dos casos no município, sistematizando a assistência às famílias e trabalhando a receptividade da equipe multiprofissional no acolhimento de escuta dos pacientes que ainda não foram identificados e que podem estar mais próximos como aqueles que consideramos os poliqueixosos.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar a atenção à saúde mental realizada pela ESF Bem Viver na perspectiva da Reforma Psiquiátrica.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as dificuldades vivenciadas pela ESF Bem Viver em relação à atenção a saúde mental.
- Propor ações que potencializem o trabalho da ESF Bem Viver de acordo com as Políticas de Saúde Mental.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência do serviço, fundamentado com revisão de literatura sobre o tema – Saúde Mental. Foram pesquisados artigos nas seguintes bases de dados on line: Scielo (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde) e no portal Programa Ágora disponibilizado pelo CEABSF. Para encontrar os artigos foram utilizadas as palavras chave: reforma psiquiátrica, atenção básica, saúde mental, NASF. Os artigos foram escolhidos através de análise do conteúdo dos mesmos e a relação entre o tema escolhido.

Foram utilizados ainda como referência bibliográfica os Cadernos da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Processo de Trabalho em Saúde e o Caderno Saúde Mental proposto pelo CEABSF, bem como o portfólio construído ao longo do curso.

Os dados do município de Virgem da Lapa e mais especificamente da ESF Bem Viver foram coletados no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) do ano de 2009.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1. Saúde Mental - Histórico da Reforma Psiquiátrica e seus Desafios

A Reforma Psiquiátrica surgiu nos anos 70 tendo como sustentação a Reforma Sanitária, a qual lhe deu apoio político, época em que se lutava a favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta de serviços a todos, com a participação ativa dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

Ao final da década de 70, deu-se o início de ações organizadas pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) na luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. Este movimento passa a protagonizar e construir críticas ao modelo hospitalocêntrico e a saberes psiquiátricos (BRASIL, 2005). Tais mudanças foram inspiradas no movimento da Psiquiatria Democrática, criado na Itália a partir da década de 1970, liderada por Franco Basaglia, resultando na criação da Lei italiana nº 180/78. (KINOSHITA, 1987). A Reforma Psiquiátrica tem história própria com um contexto internacional de luta pelo fim da violência asilar. É um processo político e social contendo instituições que estão em diversos territórios. É compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, ganhando espaço cada vez mais no crescimento cotidiano na vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica tem como foco fundamental substituir o antigo modelo asilar (desinstitucionalização); mudar as concepções e práticas médicas do saber psiquiátrico; reduzir o número de leitos nos manicômios; eliminar as práticas de maus-tratos; transferindo responsabilidades dos cuidados com o portador de sofrimento mental para a comunidade e familiares (MONTEIRO, 2004).

O ano de 1987 foi marcado por vários acontecimentos em relação à Reforma Psiquiátrica no Brasil: primeiro aconteceu o II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, São Paulo) tendo como lema “Por uma sociedade sem manicômios”, logo depois aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro) e por fim o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de São Paulo (BRASIL, 2005).

Em 1989 o deputado Paulo Delgado (PT/MG) apresentou no Congresso Nacional o Projeto de Lei que objetivava a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Mas somente a partir do ano de

1992, os movimentos sociais, inspirados por esta lei, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.

Na década de 90 foi marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que contemplou o país com as primeiras normas federais, regulamentando a implantação para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos, tendo também a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir deste período, que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, começa a ter resultados dentro das diretrizes na construção da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005).

No ano de 2001 a política de saúde mental do governo federal junto às diretrizes da Reforma Psiquiátrica passa a ter um espaço mais sustentável. Isso porque neste ano, foi promulgada a Lei federal 10.216 no Brasil, que redirecionou a assistência em saúde mental privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária. Ao final deste ano acontece a III Conferência Nacional de Saúde Mental que consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, conferindo aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defendendo a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Também foram pactuados democraticamente os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil, com ativa participação dos usuários e seus familiares e movimentos sociais. (BRASIL, 2005).

Foram criadas pelo Ministério da Saúde formas específicas de financiamento para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico com o apoio da criação do Programa “De Volta para Casa” vinculada ao CAPS; criou se novos mecanismos para fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país, expansão da rede de atenção diária à saúde mental, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência a comunidade em saúde mental era inexistente (BRASIL, 2005).

O movimento da Reforma Psiquiátrica vem fazer cumprir transformações que ocorrem na assistência ao doente mental, contrapondo ao modelo hospitalocêntrico e exclusão social. Este movimento é definido por Amarante (1995), como “o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação de modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (AMARANTE, *apud* PEREIRA;VIANNA, 2009, p.24).

Segundo Desviat (1999, p. 150) a originalidade da reforma brasileira em relação às reformas que acontecem em outros países “está na forma de integrar no discurso civil, na consciência social a trama de atuações que um programa comunitário deve incluir e também na forma de inventar novas fórmulas de atendimento, com base na participação dos diversos agentes sociais” (DESVIAT, *apud* PEREIRA; VIANNA, 2009, p.25). Desta forma torna se um grande desafio buscar não somente a estruturação física ou de recursos humanos para transformação qualitativa da realidade assistencial, mais também novas formas de convivência com a loucura na sociedade, desconstrução de saberes e de paradigmas (PEREIRA; VIANNA, 2009).

Enfrentamos diariamente desafios que dificultam a desinstitucionalização do doente mental. Tais problemas foram bem apresentados e são considerados por Desviat (1999) problemas comuns em todo o mundo. Inicialmente pontua-se a insuficiência dos recursos econômicos para o desenvolvimento dos programas comunitários e para criação de serviços que tem a função de substituir cuidados aos pacientes que saem dos hospitais psiquiátricos. Tais serviços vêm sendo implantados em ritmo lento, pois não acompanham a alocação de equipamentos extra-hospitalares com o quantitativo dos leitos hospitalares em processo de desativação. Estes serviços são insuficientes principalmente em regiões mais pobres, marcando assim uma deficiência e inexistência de gestão unificada dos recursos públicos, devido a desigualdades sociais, econômicas, culturais e profissionais no nosso país. É relevante citar também a carência existente dos serviços sociais e os recursos alternativos, que centram suas ações nas necessidades mutáveis dos pacientes (PEREIRA; VIANNA, 2009).

Os programas de saúde mental comunitária não foram projetados para atender pacientes crônicos dos hospitais psiquiátricos, pois se acreditava que a cronicidade iria desaparecer junto com os muros do hospício e com o tratamento na comunidade. Da mesma forma a sociedade não demonstra estar preparada para receber pacientes desinstitucionalizados, demonstrando esforços voltados para modificação comportamental dos pacientes e muito pouco para a modificação de crenças e preconceito com o doente mental. (PEREIRA; VIANNA, 2009).

O número de funcionários na rede de atenção a saúde mental é insuficiente, isso porque o processo da Reforma Psiquiátrica vem exigindo cada vez mais da formação técnica dos trabalhadores, que por muitas vezes são desmotivados pela baixa remuneração ou formas precárias de trabalho (BRASIL, 2005). Os municípios do interior do País, distantes dos grandes pólos vivenciam a dificuldade de encontrar médico especializado em psiquiatria no

mercado, levando assim a um aumento da procura e conseqüentemente da oferta de salários exorbitantes. Desta forma aumenta a rotatividade destes profissionais impossibilitando sua permanência na assistência para poder também criar vínculo com pacientes e familiares.

As redes de apoio a saúde mental crescem de maneira desordenada em cada região. Estima-se que 3% da população em todo mundo necessita de cuidados contínuos em saúde mental (no Brasil cerca de cinco milhões de pessoas), em função de transtornos severos e persistentes. Segundo o Ministério da Saúde é um dos principais desafios, pois exige uma rede de assistência densa, diversificada e efetiva. Ainda soma-se a população que não sofre de transtornos severos, mas que precisa de cuidados em saúde mental, na forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação e outras formas de abordagem (BRASIL, 2005).

O modelo hospitalocêntrico (e também o dos ambulatórios de especialidades), por ser concentrador de recursos e de baixa cobertura, é incompatível com a garantia da acessibilidade. Transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas atingem a maioria a população acima de 12 anos. Seu consumo excessivo agrava a vulnerabilidade dos usuários, exigindo uma articulação entre as redes de cuidados que seja efetiva junto a outras políticas setoriais, como justiça, segurança pública, trabalho, educação, ação social para assegurar acesso a prevenção e tratamento (BRASIL, 2005).

Há a necessidade de se potencializar as redes de atenção básica ou atenção primária para o acompanhamento e controle das situações de saúde mental para facilitar a acessibilidade dos pacientes aos serviços complementares e de acompanhamentos que devem ser ofertados (BRASIL, 2005).

4.2. Estratégia Saúde da Família e Saúde Mental

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em março de 1994 como uma estratégia de mudança e organização do modelo assistencial da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) para melhoria das condições de vida da comunidade. A equipe tem estrutura multiprofissional e trabalha de forma interdisciplinar com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade que tem uma média entre 2.400 a 4.000 pessoas que residem no seu território de abrangência. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de

saúde, com jornada de trabalho de quarenta horas semanais. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em saúde bucal. (HAMANN; SOUZA, 2009).

Em 1998 quando os repasses federais para a atenção básica passaram a ser por habitantes, e não por número de procedimentos, a estratégia saúde da família passou a expandir vertiginosamente. Dez anos após, em 2008, o relatório Mundial de Saúde da Organização Mundial de Saúde citou o Brasil como um exemplo a ser seguido, com o grande diferencial, a institucionalização do programa da Estratégia Saúde da Família com uma definição clara do território e das pessoas sob responsabilidade da equipe referenciada. (BRASIL, 2005 *apud* SANTANA, 2010).

O acompanhamento das famílias feito pelas equipes de saúde da família coloca a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS.

“A estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. Sua velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos.” (SANTANA, 2010 p.18)

São objetivos do Programa Saúde da Família (PSF), reforçados pela Portaria nº 648, de 28 de março de 2006: (1) tornar possível o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; (2) tornar efetivo a integralidade em seus vários aspectos, seja nas ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; (3) desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; (4) valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; (5) realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e (6) estimular a participação popular e o controle social (HAMANN; SOUZA, 2009).

Segundo Teixeira 2009. com a reafirmação desses objetivos, “o PSF deixa de ser um programa centrado somente no médico e direcionado à clientela específica, focalizada em regiões pobres e passa a ser considerada uma estratégia de mudança do modelo de atenção básica para reorganização do processo de trabalho em saúde na atenção primária”, fazendo assim “garantir o princípio da universalidade que deve garantir a todos os cidadãos, independente de gênero, etnia, nível de renda, vinculação de trabalho ou nível de risco o direito a atenção básica a saúde” (TEIXEIRA, 2003 *apud* HAMANN; SOUZA, 2009).

A Saúde da Família como estratégia de reestruturação dos sistemas municipais de saúde vem buscando maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas das diversas equipes saúde da família. Em 2009 segundo dados do Ministério da Saúde são um total de 30.028 ESF implantadas em 5.251 municípios, chegando a uma cobertura populacional de 50,7% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 96,1 milhões de pessoas. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) chegam a um número de 234.767, presentes em 5.349 municípios com uma cobertura populacional de 60,9% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 115,4 milhões de pessoas (SANTANA, 2010)

Em seu diferencial a ESF trabalha com a adscrição da clientela mediante a definição territorial com mapeamento e a segmentação da população. Este limite pré determinado com o cadastramento das famílias e dados coletados permitem a análise da situação de saúde do território dando base para um planejamento de atividades que irão priorizar a resolubilidade dos problemas da realidade local (HAMANN, et al, 2009). A gestão do processo de trabalho da ESF faz com que se criem vínculos e que se mantenha continuidade dos cuidados, colocando assim os profissionais sempre em contato com questões relacionadas à Saúde Mental. (VECCHIA; MARTINS, 2009 *apud* LIMA, et al, 2011).

A ESF tem papel importante no apoio a estruturação da rede de cuidados em saúde mental, buscando vínculos e acolhimento no território de abrangência, passando assim a aumentar a capacidade resolutiva de problemas. A proximidade com as famílias e comunidades coloca as formas de trabalho como um recurso estratégico para enfrentar problemas de saúde pública, como agravos vinculados a saúde mental e a superação do modelo hospitalocêntrico, centrando assim o cuidado na família (LIMA, et al, 2011). As famílias são entendidas como fundamental no processo de cuidado, contribuindo para que o indivíduo mantenha contato com a sociedade permitindo-lhe alcançar equilíbrio de bem estar

em seus espaços e manter um convívio saudável junto a preparação para enfrentamento das diversas formas de discriminação existentes (MONTEIRO; MACÊDO, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a atenção primária tem a função de reestruturação da atenção psiquiátrica permitindo a promoção de modelos alternativos centrados nas comunidades e em suas redes sociais, conforme os direitos humanos. No entanto a implementação de ações de Saúde Mental na Saúde da Família ainda está em processo de consolidação uma vez que a ESF pode ser entendida como uma tecnologia de produção do cuidado de saúde mental, a ser explorada e mais bem desenhada como possibilidades de atenção comunitária (BRASIL, 2002 apud MONTEIRO; MACÊDO, 2004).

O Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, com a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, republicada em 04 de Março de 2008, com o objetivo de apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência e os propósitos das ações da Atenção Primária e sua resolutividade. O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das Equipes de SF no qual o NASF está cadastrado (RIBEIRO, 2010)

O NASF possui duas modalidades: o NASF 1 que deverá ser composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra) vinculado de 08 a 20 Equipes Saúde da Família e o NASF 2 que deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional), vinculado a no mínimo 03 Equipes Saúde da Família. Fica vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal. A definição dos profissionais que irão compor os núcleos é de responsabilidade dos gestores municipais, que irão levantar critérios de prioridade de acordo com as necessidades existentes nos locais.

A atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados - rede de atenção em saúde mental - que já inclui a rede de Atenção Básica/Saúde da Família, os Centros de Atenção Psicossocial- CAPS, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros. Os CAPS, dentro da Política de

Saúde Mental, são estratégicos para a organização dessa rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico, se responsabilizando junto a cada membro da equipe multiprofissional, pelo cuidado de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, (BRASIL, 2004). Os CAPSs são classificados como I, II, III e álcool e drogas (CAPS ad), nas atividades devem oferecer atendimento em grupo, individual, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento familiar e atividades na comunidade, mantendo assim suas características de inclusão e a participação do usuário, dando continuidade do processo de reabilitação psicossocial (MIELKE,2011).

Os Ambulatórios de Saúde Mental os ambulatórios de saúde mental prestam assistência sobretudo às pessoas com transtornos mentais menores, estes ambulatórios são referência para inúmeras consultas em psiquiatria e psicologia. Os ambulatórios são especialmente necessários em municípios maiores que possuem maior demanda de atenção aos transtornos em geral. Trabalhando junto a uma rede efetiva de Caps, os ambulatórios existentes certamente podem servir de suporte para o atendimento dos transtornos menos graves, buscando a articulação com as equipes da atenção básica em cada território (BRASIL, 2007).

“Porém, em municípios que ainda não possuem Caps e municípios menores, é necessário que os ambulatórios existentes se responsabilizem pelos transtornos mentais graves, articulando-se com a atenção básica para o acompanhamento dos transtornos menores. Para isso, é necessário que se aproximem cada vez mais da forma de atendimento realizada pelos Caps.”(BRASIL, 2007.p.269).

O NASF tem papel importante na integração a esta rede, organizando suas atividades a partir das demandas das ESF, contribuindo para garantir condições à reinserção social dos usuários e a uma melhor utilização das potencialidades dos recursos comunitários na busca de melhores práticas em saúde, de promoção da equidade, da integralidade e da construção da cidadania. O vínculo com a ESF não faz com que o NASF constitui-se uma porta de entrada do sistema para os usuários, mas o apoio às equipes de saúde da família e tendo como eixos a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela saúde da família.

O NASF está dividido em nove áreas estratégicas sendo elas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/ do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica.

Detalhamento das ações dos profissionais atuantes nos NASF (RIBEIRO, 2011):

- realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional;
- apoiar as ESF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, situações de violência intrafamiliar;
- discutir com as ESF os casos identificados que necessitam de ampliação da clínica em relação a questões subjetivas;
- criar, em conjunto com as ESF, estratégias para abordar problemas vinculados à violência e ao abuso de álcool, tabaco e outras drogas, visando à redução de danos e à melhoria da qualidade do cuidado dos grupos de maior vulnerabilidade;
- evitar práticas que levem aos procedimentos psiquiátricos e medicamentos à psiquiatrização e à medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;
- fomentar ações que visem à difusão de uma cultura de atenção não-manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação em relação à loucura;
- desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando constituir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial - conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de auto-ajuda etc;
- priorizar as abordagens coletivas, identificando os grupos estratégicos para que a atenção em saúde mental se desenvolva nas unidades de saúde e em outros espaços na comunidade;
- possibilitar a integração dos agentes redutores de danos aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família; e
- ampliar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração.

O Apoio Matricial constitui um arranjo organizacional que visa oferecer suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Na reforma psiquiátrica fala que este apoio para a atenção básica deve partir dos CAPS, pois estes são serviços que ocupam lugar central na proposta da reforma psiquiátrica, sendo seus dispositivos por excelência. São considerados ordenadores da rede de saúde mental, direcionando o fluxo e servindo de retaguarda para as residências terapêuticas, realizando trabalhos em conjunto com as equipes da atenção básica, que pela proximidade com as famílias e as comunidades, são essenciais para garantir o acesso e o

enfrentamento de agravos a diversas formas de sofrimento psíquico, bem como para a atenção básica (Dimenstein, *et al*, 2009).

5. ANÁLISE DO ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL NA ESF BEM VIVER

A Saúde Mental em Virgem da Lapa talvez não teria sido priorizada para este estudo se não tivesse passado pelo processo de descentralização. Inicialmente no município o acompanhamento aos pacientes com sofrimento mental era centralizado e a assistência era somente medicamentosa e de renovação de receitas em consultas referenciadas pelo CAPS de Araçuaí, município que está a 34 km de nossa cidade. O CAPS é uma unidade de atendimento em saúde mental que oferta aos usuários cuidados que visam a melhoria de bem estar e controle do estado psíquico, existem desde 2002 com função articuladora visando promover autonomia e inserção do usuário na sociedade. Trabalha com um programa de cuidados intensivos, elaborado por uma equipe multidisciplinar com intuito de substituir a forma de atendimento de hospitais psiquiátricos. (Portaria 336/GM, de 2004)

Após um incidente com o trabalhador técnico de referência de saúde mental de toda a cidade, ficamos sem este profissional por algum tempo, isso porque se torna cada vez mais difícil encontrar profissionais especializados que aceitem as condições de trabalho e a baixa remuneração ofertada (BRASIL, 2005). O gestor então decide por descentralizar as ações voltadas aos pacientes portadores de sofrimento mental passando a responsabilidade destas ações para as ESF, mantendo um responsável pela marcação de consultas no CAPS e monitoramento das ações de todo o município. A equipe passou a realizar as mesmas atividades já executadas tratando da administração dos medicamentos injetáveis de controle no domicílio, encaminhamentos para o CAPS e os retornos de pacientes que já estavam em tratamento, encontros mensais com o grupo fixo para trabalhar temas pertinentes a auto estima e inserção do pacientes na sociedade, ofertamos atendimentos médicos e odontológico com agenda programada para estes pacientes.

Os nossos planejamentos começaram a se desestruturar e ao mesmo tempo percebemos que este número de novos casos em saúde mental estava cada vez mais aumentando, passamos a trabalhar exaustivamente com urgências/emergências voltadas para os pacientes de saúde mental. AS ESF do município passou a queixar constantemente da dificuldade em trabalhar com saúde mental cobrando da gestão local um preparo a partir de capacitações para a equipe.

Os gestores passaram pela dificuldade em encontrar um profissional com perfil para trabalhar como referência de saúde mental no município, tal situação justificada pela exigência da Reforma psiquiátrica em cobrar formação técnica e em contrapartida profissionais desmotivados com a baixa remuneração (BRASIL, 2005). Tivemos muita recusa por parte de alguns profissionais da equipe, que se dizia estar com medo de ser agredido pelos pacientes em crise que apresentavam transtornos mais graves, demonstrando assim a necessidade de buscar novas formas de convivência da sociedade com a loucura e a desconstrução de saberes e paradigmas, criando vínculo, quebrando preconceito (PEREIRA; VIANNA, 2009).

Neste mesmo tempo onde iniciamos acompanhamento aos pacientes portadores de transtorno mental grave, foi implantado no município o NASF 2. O NASF em nosso município foi considerado também um apoio matricial junto à atenção básica com a ESF ajudando a fortalecer os avanços da reforma psiquiátrica (PEREIRA; VIANNA, 2009).

A equipe foi formada com um Fisioterapeuta, um Educador Físico, um Fonoaudiólogo, um Nutricionista, um Psicólogo. Embora não tivéssemos uma metodologia de trabalho tão precisa, iniciamos alguns trabalhos: a terapia em grupos para pacientes portadores de sofrimento mental e seus familiares; inclusão dos pacientes em atividade física semanalmente; realização de reuniões para apresentarmos para a comunidade as dificuldades enfrentadas por estes pacientes que sofreram a vida inteira preconceitos. Embora não tivéssemos feito um levantamento de dados inicialmente, mesmo sem planejamento, tivemos bons resultados e vimos também a nossa demanda aumentar. Entendemos que precisaríamos de um planejamento para inserção total destes pacientes em nosso cronograma de assistência, junto a um treinamento para nossa equipe de saúde, para podermos melhorar nosso atendimento para uma clientela ainda não assistida.

A oportunidade para a capacitação dos profissionais da ESF veio à partir do curso de especialização em Saúde da Família pela UFMG realizado pela autora, onde foi trabalhado conteúdo do caderno de saúde mental. A partir dos estudos foi realizado um levantamento dos casos existentes e identificado casos novos para serem encaminhados para primeira consulta no CAPS de referência, e para nossa surpresa verificamos que poderíamos trabalhar também com o alcoolismo, um problema muito visível e que não sabíamos como trabalhar. Realizamos um novo levantamento no ano de 2010 (SIAB) e foram identificados 159 casos de pacientes portador de sofrimento mental, incluindo casos comuns e maiores.

Com o novo levantamento de novos casos deparamos-nos com mais um desafio que é o número baixo de consultas ofertadas pelo CAPS de referência, necessitando um apoio maior e compromisso da equipe que é referência do município. São ofertadas ao mês 10 consultas para cada município atendido e ainda enfrentamos a falta deste profissional por algum tempo, sem contar na alta rotatividade de profissionais referenciados (BRASIL, 2005). Confirma-se assim a necessidade de estruturação do serviço no município com a criação de um apoio matricial composto por um médico especialista em psiquiatria e um técnico de nível superior na área, mas em contrapartida devido a insuficiência dos recursos econômicos para criação de serviços que tem a função de substituir cuidados aos pacientes portadores de sofrimento mental (DESVIAT, *apud* PEREIRA; VIANNA, 2009), principalmente em regiões mais pobres, marcada pela deficiência e inexistência de gestão unificada dos recursos públicos, devido a desigualdade social, econômica, cultural e profissional do Brasil (PEREIRA; VIANNA, 2009).

6. PLANO DE AÇÃO

Após análise da implantação dos cuidados aos pacientes de saúde mental na equipe de saúde Bem Viver, foram levantados desafios referentes à forma de trabalho ao atendimento destes pacientes e estruturação da equipe profissional.

“A organização e a gestão dos processos de trabalho em saúde, em especial do trabalho de uma equipe na atenção básica, constituem um dos eixos centrais de reordenação da atenção à saúde no SUS.”(FARIA, H.P. et al., 2008).

Pensando nisso foi formulado junto a ESF Bem Viver um Plano de Ação ou um conjunto de projetos, que objetiva melhorias para a assistência prestada, trabalhando não só a identificação de novos casos de pacientes portadores de sofrimento mental, mais também a realização de um trabalho voltado para socialização dos pacientes e reformulação de conceitos na comunidade.

Plano Operativo Saúde Mental

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Qualificação em saúde mental para os profissionais da ESF Bem Viver	Profissionais mais qualificados para prestarem atendimento de qualidade.	Equipe de referência do CAPS que atende nosso município.	Pesquisar instituições formadoras e cursos nesta área.	Coordenador do CAPS do município de Araçuaí. Coordenador da atenção básica do município de Virgem da Lapa.	Três meses para iniciar as atividades
Termos de compromisso com os serviços de referência.	Reafirmar parceria, apoio aos nossos serviços, conhecendo nossa realidade	Documento redigido e assinado pelas coordenações e gestores dos municípios.	Apresentar projeto de estruturação da rede.	Coordenador da atenção básica do município	Um mês para formular o documento e colher as assinaturas.

	de perto.				
Estruturar os serviços de apoio matricial a saúde mental como a criação de um Ambulatório de Saúde Mental.	Efetivar os cuidados prestados. Formação de uma equipe para ser apoio matricial as equipes da atenção primária (médico especialista em psiquiatria e um profissional técnico de nível superior especialista na área.	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço, contratação de profissionais especializados	Apresentar aos gestores projeto de estruturação da rede junto a criação do Ambulatório de Saúde Mental, para melhoria da oferta de consultas especializada s suficiente para suprir a necessidade da população.	Coordenação da atenção básica	Seis meses para apresentação do projeto e oito meses para aprovação e possível liberação de recurso.
Reorganizar o processo de trabalho.	Melhorar a efetividade dos cuidados prestados e o monitoramento dos atendimentos e medicações.	Formulários de controle de atendimento que garanta retorno dos pacientes as consultas em tempo hábil. Inserir os pacientes em outros grupos existentes na unidade	Elaboração do formulário. Inserção dos pacientes nos grupos	Equipe de saúde da família e coordenação da atenção básica	Apresentar nova estrutura em dois meses e início das novas atividades em três meses.

		(Hipertensão, Diabetes, etc.)			
Inclusão Social	Aumentar o contato dos pacientes com seus familiares e sociedade. Trabalhar a importância da família no acompanhamento do tratamento do paciente.	Oficinas com atividades interativas e aprendizado. Inserção dos pacientes nas caminhadas orientadas. Convite a participação da população nas mobilizações comemorativas da Reforma Psiquiátrica.	Planejamento e realização das oficinas	Equipe de saúde da família	

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer deste trabalho pode-se analisar o histórico da saúde mental junto a um levantamento da realidade da ESF Bem Viver. Através deste relato de experiência referenciado a outros estudos já realizados, conclui-se que a Reforma Psiquiátrica ainda está em processo de construção e fortalecimento e que os desafios por ela identificados são trabalhados e identificados na realidade vivenciada pela ESF Bem Viver do Município de Virgem da Lapa, no interior do estado de Minas Gerais.

Historicamente a Reforma Psiquiátrica é marcada por manifestos de luta contra os manicômios e de conquista pela diminuição do número de leitos para internações. Apesar das conquistas a assistência aos portadores de saúde mental ainda está insuficiente para atender as perspectivas da Reforma. Marcados pelo crescimento desordenado, os núcleos de apoio a saúde mental tem o objetivo de acompanhar pacientes que não são mais hospitalizados devolvendo a eles a identidade, e o direito a viver com dignidade.

A análise dos desafios da Reforma Psiquiátrica comprovou junto aos estudos realizados que municípios do interior e de regiões mais pobres passam por uma dificuldade maior junto ao apoio matricial e o baixo número de CAPS a que são referenciados. Foi possível confirmar também que os profissionais especialistas em saúde mental não permanecem por muito tempo em municípios do interior, causando uma rotatividade grande e impossibilitando a criação de vínculo com pacientes e seus familiares. Foi possível mostrar que os desafios são vivenciados de maneira igual no município de Virgem da Lapa, e que apesar das dificuldade conseguiram-se mudar formas de se realizar trabalhos e apresentar melhorias na nossa vivência. Os desafios foram lançados e nossa equipe abraçou de alguma forma entendendo que o trabalho era nosso.

Os estudos oferecidos aos profissionais da ESF pelo CEABSF mostraram novas formas de se trabalhar com objetivo de prestar uma assistência com qualidade e mais precisa. Estratégia de ausculta e sensibilização muda a estratégia de trabalho e aumenta significativamente o número de identificação de casos de saúde mental demonstrando que os números referentes aos casos de saúde mental registrados ao SIAB ainda não representam a realidade.

O trabalho realizado pela equipe multiprofissional somado às atividades do NASF mostrou que um trabalho em conjunto com grupos operativos em um contexto fora da unidade de saúde em meio a bate papo, criando vínculos e estratégias de formar um ambiente saudável de convivência entre equipe e paciente mostrando cada vez mais resultados positivos. Trabalho em grupo alcança objetivo de resgatar a auto estima, quebra de tabus seguido de abordagem de formas de criminalização e agressividade existentes.

O trabalho mostrou a necessidade de reformular estratégias de reorganizar a assistência bem como a construção de um plano de ação voltado para diminuir os desafios existentes. As dificuldades foram levantadas para que possa trabalhar com foco e com maior objetividade.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996 *apud* VIANNA, P.C.M *et al. Saúde Mental*. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, Coopmed, 2009.
- AMARANTE, P.(Org.). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995 *apud* VIANNA, P.C.M *et al. Saúde Mental*. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, Coopmed, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. 2005. *apud* SANTANA A.D.A. *Saúde Mental na Perspectiva da Estratégia Saúde da Família*, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 8 set. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF: MS, 2004. *apud* MIELKE, B.F. et al. Características do cuidado em Saúde Mental em um CAPS na Perspectiva dos Profissionais. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9 n. 2 p. 269, jul./out.2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 01 dez. 2011.
- DELEGADO, P.G.G. et al. O Ministério da Saúde e a saúde mental no Brasil. In: Cadernos de textos da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2001 *apud* VIANNA, P.C.M *et al. Saúde Mental*. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, Coopmed, 2009.
- Departamento de atenção básica e saúde da família. Ministério. Disponível em <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>> Acesso em: 13 set. 2011
- Departamento de atenção básica e saúde da família. Ministério. Disponível em <<http://dab.saude.gov.br/nasf.php>> Acesso em: 13 set. 2011
- DIMENSTEI, M. et al. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.18, n.1, p.63-74, 2009 Pesquisa financiada com recursos do CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.
- DESVIAT, M. A reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999 *apud* VIANNA, P.C.M *et al. Saúde Mental*. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, Coopmed, 2009.
- FARIA, H. P. *et.al. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Unidade didática I: Organização do processo de trabalho na atenção básica a saúde. Módulo I: Processo de trabalho em saúde*. Belo Horizonte, editora: UFGM, 2008.
- HAMANN, M.E.; SOUZA, F.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1):1325-1325, 2009.

KINOSHITA, RT. Uma experiência pioneira: a reforma psiquiátrica italiana. In: Marsiglia RG, Dallari D de A, Costa JF, Moura Neto FDM de, Kinoshita RT, Lancetti A. *Saúde mental e cidadania*. São Paulo: Edições Mandacaru; 1987. p.67-83.

LIMA, G.M. et al. *A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado* 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br>> Acesso em: 13 set. 2011.

MIELKE, B.F. et al. Características do cuidado em Saúde Mental em um CAPS na Perspectiva dos Profissionais. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9 n. 2 p. 265-276, jul./out.2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br>> Acesso em: 01 dez. 2011.

MONTEIRO, M.R.A.; MACÊDO, D.C.V. *Efermagem e a promoção da Saúde Mental na Família: Uma reflexão teórica*. 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br>> Acesso em: 31 ago. 2011.

RIBEIRO, N.E.E. et al. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. 2010 Disponível em:<<http://www.scielo.br>> Acesso em: 13 set. 2011.

SANTANA A.D.A. *Saúde Mental na Perspectiva da Estratégia Saúde da Família*, 2010.p.18. Disponível em:<<http://www.scielo.br>> Acesso em: 8 set. 2011.

TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em debate* 2003; 27(65):257-277 *apud* HAMANN, M.E.; SOUZA, F.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1):1325-1325, 2009.

VECCHIA, M.D. A saúde mental no Programa de Saúde da Família: estudo sobre práticas e significações de uma equipe. 2006. 106p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2006 *apud* LIMA, G.M. et al. *A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado* 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br>> Acesso em: 13 set. 2011.

VIANNA.M.C.P, PEREIRA. A.A. *Saúde Mental*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.