

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

**SURTOS PSICÓTICOS NO COTIDIANO DO ATENDIMENTO DA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DE LUISBURGO, MG: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

THIARA GUIMARÃES HELENO DE OLIVEIRA PÔNCIO

**GOVERNADOR VALADARES
2013**

THIARA GUIMARÃES HELENO DE OLIVEIRA PÔNCIO

SURTOS PSICÓTICOS NO COTIDIANO DO ATENDIMENTO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE LUISBURGO, MG: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

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

Orientador: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez.

**GOVERNADOR VALADARES
2013**

THIARA GUIMARÃES HELENO DE OLIVEIRA PÔNCIO

**SURTOS PSICÓTICOS NO COTIDIANO DO ATENDIMENTO DA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DE LUISBURGO, MG: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

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

Orientador: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez.

Banca Examinadora:

Prof. Heriberto Fiuza Sanchez (orientador)

Profa. Thais Porlan de Oliveira (examinador)

**GOVERNADOR VALADARES
2013**

Dedico esse trabalho a todos os profissionais da Atenção Básica que buscam de maneira incessante a qualidade do cuidado prestado.

Agradeço a Deus, minha fortaleza, meu refúgio. A minha família sempre presente, me incentivando. Ao meu esposo, meu companheiro pelo total apoio a todos os projetos. Aos colegas de trabalho, que assim como eu, desejam a excelência.

Para ser grande, sê inteiro

*Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive*

Fernando Pessoa

RESUMO

Sabe-se que atualmente a Estratégia Saúde da Família está incorporada à cultura brasileira. A população abraçou e criou vínculos com os profissionais inseridos e com a estratégia propriamente dita. A Estratégia Saúde da Família está implantada em grandes e pequenos centros, na zona urbana e zona rural, em regiões pobres e ricas, enfim por todo o território brasileiro. O município de Luisburgo, MG conta somente com o serviço de Atenção Básica para atender sua população, assim com tantos outros municípios do país. O objetivo desta monografia é elaborar uma proposta de intervenção para atendimento de episódios de surtos psicóticos atendidos na Unidade Básica de Saúde de Luisburgo. Foi realizada uma revisão narrativa da literatura e para tal a Biblioteca Virtual em Saúde (<http://regional.bvsalud.org/php/i.php>) foi acessada, nas bases de dados SCIELO e LILACS. A Biblioteca Virtual do NESCON (<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/>) também foi consultada. Foram considerados somente artigos em português, compreendidos entre o período de 2000 a 2013. Conclui-se que a elaboração de planos de intervenção e, futuramente, de fluxogramas, é de suma importância para o melhor atendimento do paciente que apresenta surtos psicóticos não só dentro das Unidades Básicas de Saúde, mas para seu acompanhamento e redirecionamento pessoal e familiar.

Palavras-chave: estratégia saúde da família; transtorno mental; enfermeiro.

ABSTRACT

Nowadays the family health strategy is incorporated at Brazilian culture. The population held and raised with professionals inserted and with the strategy properly above. The family health strategy works in big and small centers, in rural and urban zone, in poor and rich regions in whole Brazilian territory. The municipality of Luisburgo, MG has only the primary health care service to attend its population, as well as many other municipalities of the country. The purpose of this study was to elaborate an intervention proposal for the treatment of psychotic outbreaks episodes attended in family health strategy of Luisburgo. It was performed a narrative review of literature and for this the virtual library in health (<http://www.bireme.br>) was accessed based on data SCIELO and LILACS. The virtual library of NESCON (<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>) was also consulted. Only articles in Portuguese were considered included between the periods from 2000 to 2013. It was concluded that the elaboration of an intervention plan is of highest importance to the better assistance of the patient that presents mental disorders not only in family health strategy but for its attendance and personal and familiar redirection.

Keywords: family health strategy, mental disorder, nursery.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Artigos selecionados para revisão de literatura e elaboração de proposta de intervenção para enfrentamento das urgências em saúde mental de Luisburgo, MG, 2013.	16
QUADRO 2: Principais problemas identificados e priorização de resolução, município de Luisburgo, 2013.	28
QUADRO 3: Relação de pacientes atendidos pelas Unidades de Saúde de Luisburgo.	28
QUADRO 4: Consumo de medicamentos psicotrópicos por trimestre	29
QUADRO 5: Desenho de operação para os nós críticos do problema alto Índice de transtornos mentais.	31
QUADRO 6: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema Alto índice de transtornos mentais	32
QUADRO 7: Recursos críticos, atores, motivações e ações estratégicas para o enfrentamento do problema “alto índice de transtornos mentais”, Luisburgo, 2013.	33
QUADRO 8: Plano Operativo voltado para o enfrentamento do problema “alto índice de transtornos mentais”, Luisburgo, 2013.	34
QUADRO 9: Proposta avaliativa para o projeto Oficina de Lazer, enfrentamento do problema “alto índice de transtornos mentais”, Luisburgo, 2013.	36
QUADRO 10: Proposta avaliativa para o projeto Partilhar é Viver, enfrentamento do problema “alto índice de transtornos mentais”, Luisburgo, 2013.	37
QUADRO 11: Proposta avaliativa para o projeto Informar para Conhecer, enfrentamento do problema “alto índice de transtornos mentais”, Luisburgo, 2013.	37
QUADRO 12: Proposta avaliativa para o projeto Protocolos Assistenciais, enfrentamento do problema “alto índice de transtornos mentais”, Luisburgo, 2013.	38

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial

DPP – Data provável do parto

ESF – Estratégia Saúde da Família

LILACS – Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências

NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

OMS – Organização Mundial da Saúde

PA – Pressão arterial

PSF – Programa Saúde da Família

SCIELO – *Scientific Eletronic Library On Line*

SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

TMC – Transtorno Mental Comum

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	14
2.1 Objetivo Geral.....	14
2.2 Objetivos Específicos.....	14
3 METODOLOGIA.....	15
4 RESULTADOS.....	16
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
5.1 Saúde Mental	19
5.2 Estratégia Saúde da Família.....	21
5.3 O enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na atenção ao Transtorno Mental.....	23
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	27
6.1 Descrição do problema selecionado.....	28
6.2 Explicação do problema.....	29
6.3 Seleção dos nós críticos.....	30
6.4 Desenho das operações.....	31
6.5 Identificação dos recursos críticos.....	32
6.6 Análise da viabilidade do plano.....	33
6.7 Elaboração do plano operativo.....	34
6.8 Gestão de Plano.....	36
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS.....	42

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Portaria Nº 2488 de 21 de Outubro 2011 a Atenção Básica caracteriza-se:

Por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (BRASIL 2011).

Ainda de acordo com a Portaria supracitada, a Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.

A principal política para o acesso aos serviços de saúde na Atenção Básica é a Estratégia Saúde da Família (ESF), que se orienta pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL 2011).

Sabe-se que atualmente a Estratégia Saúde da Família está incorporada à cultura brasileira, a população abraçou e criou vínculos com os profissionais inseridos e com a estratégia propriamente dita. A ESF está implantada em grandes e pequenos centros, na zona urbana e zona rural, em regiões pobres e ricas, enfim por todo o território brasileiro. Diante desse quadro podemos inferir que a estratégia está presente em lugares carentes, sem acesso ao saneamento básico, coleta de lixo, ou seja, sem a mínima infra-estrutura necessária para a qualidade de vida dos usuários, além da qualidade esperada para a implementação do serviço.

Como a maioria dos pequenos municípios conta somente com a Atenção Básica como serviço de saúde existente, a população o procura com queixas diversas, para consultas eletivas, acompanhamento de doenças crônicas, prevenção, ações de

promoção à saúde e recuperação, além da procura diante de quadros de urgência/emergência.

Entende-se por atendimento de emergência o cuidado oferecido aos pacientes com necessidade urgentes e críticas, onde há risco de vida, portanto deve ser prestado sem demora. Já o atendimento de urgência aborda o cuidado de doença ou lesão que não comporta risco de vida imediato, contudo devem ser assistidos dentro de uma hora (BRUNNER e SUDDARTH, 2006). Esse trabalho de conclusão de curso é voltado para as situações de urgência.

Como porta de entrada preferencial para os serviços de saúde, a ESF deve estar preparada para prestar cuidados de maneira holística e longitudinal, não excluindo, portanto, os cuidados em situações de urgência. Para tal, é necessário o aperfeiçoamento e incorporação dessa discussão no âmbito da saúde da família.

Diante do exposto podemos identificar um grave problema: os profissionais estão preparados para prestar um cuidado voltado à prevenção, promoção e recuperação da saúde. Situações de urgência não fazem parte do planejamento e rotina da equipe. Portanto, diante de uma situação grave, muitas vezes o profissional mostra-se despreparado para prestar o socorro efetivo.

Tornam-se relevantes, conseqüentemente, trabalhos que visem direcionar as ações de saúde e capacitar profissionais que atuam na Atenção Básica.

No município em que atuo o cenário não foge da realidade descrita anteriormente e, assim como outros municípios de pequeno porte, Luisburgo conta somente com o serviço de Atenção Básica para atender sua população. Segundo dados do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) 2011, o município possui 6.263 habitantes, e o serviço de urgência mais próximo fica a 26 km. Portanto casos de urgência têm seu primeiro atendimento na ESF.

Diante de casos de urgência a população busca atendimento na ESF e a equipe muitas vezes apresenta-se insegura para prestar os devidos cuidados com qualidade e em tempo hábil, pois essa situação não faz parte da rotina da unidade, contudo faz parte de sua realidade, mesmo que esporadicamente.

Todo atendimento em saúde deve ser prestado com qualidade e respeito, portanto a equipe deve incorporar às suas ações instrumentos para garantir que o usuário seja atendido com dignidade e eficiência.

Defendo e acredito que fluxogramas de atendimento poderiam otimizar e melhorar os atendimentos de urgência na Atenção Básica: quadros de acidentes automobilísticos; queimaduras, acidentes de trabalho com cortes provocados por facas, motosserras, entre outros; gestantes em data provável do parto (DPP); dor precordial; infarto; elevação de pressão arterial (PA); hipo e hiperglicemia; convulsões, surtos psicóticos; febre em crianças; dor abdominal intensa; dispnéia intensa; grandes hemorragias; acidentes com animais peçonhentos; intoxicações, teriam seus cuidados e direcionados, e sem dúvida o prognóstico desses pacientes seria melhor.

Para esse trabalho será apresentada uma proposta de intervenção que, espero, poderá subsidiar, no futuro, a elaboração de um fluxograma para o atendimento de pacientes em surto psicótico, um caso de urgência em saúde. Atualmente o município possui um grande número de pacientes com transtornos mentais, segundo dados da unidade de saúde. O ambulatório de psiquiatria atende atualmente 294 pacientes, sendo que 85 estão em psicoterapia e 48 são atendidos no Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) de Manhuaçu-MG.

Diante do exposto torna-se imperativo a construção de um instrumento para atender quadros de surtos, o que é relativamente freqüente em nosso cotidiano. Após a realização desse trabalho, o modelo apresentado poderá subsidiar a construção de outros fluxogramas para atendimento das emergências citadas anteriormente.

Pretende-se apresentar esse trabalho ao Conselho Municipal de Saúde, para que o mesmo entenda a gravidade da situação e solicite junto a Secretaria de Saúde melhorias pertinentes ao cuidado prestado.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Elaborar uma proposta de intervenção para atendimento de episódios de surtos psicóticos atendidos na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Luisburgo, MG.

2.2 Objetivos Específicos

- Realizar revisão bibliográfica sobre o tema;
- Prestar cuidados de qualidade aos pacientes que procuram a UBS em situações de urgência em surtos psicóticos.

3 METODOLOGIA

O presente estudo configura-se por ser uma revisão bibliográfica narrativa. A revisão narrativa é considerada apropriada para descrever e discutir o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual (BERNARDO *et al*, 2004).

Para a realização da revisão bibliográfica a Biblioteca Virtual em Saúde (<http://regional.bvsalud.org/php/i.php>) foi acessada, nas bases de dados SCIELO e LILACS. A Biblioteca Virtual do NESCON (<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/>) também foi consultada. Foram considerados somente artigos em português, compreendidos entre o período de 2000 a 2013.

Para a pesquisa nas bases de dados foram utilizados os seguintes descritores: “fluxogramas de atendimento”; “surtos psicóticos”; “atendimento em saúde mental”; “urgência em saúde da família”, “saúde mental e psf”

A pesquisa também se estendeu na busca em livros relacionados ao tema, tendo sido usadas as referências abaixo:

1- SMELTZER, Suzanne ; BARE, Brenda . Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. GUANABARA KOOGAN. Vol 1. 10ª Ed. Rio de Janeiro. 2006. 679 p.

2- OHARA, Elisabete Calabuig Chapina; SAITO, Raquel Xavier de Sousa. Saúde da Família – Considerações Teóricas e Aplicabilidade. MARTINARI. 1º Ed. São Paulo 2008. 423p.

3- SAITO, Raquel Xavier de Sousa. Integralidade da Atenção – Organização do trabalho no Programa Saúde da Família na Perspectiva sujeito-sujeito. MARTINARI. São Paulo. 2008.158p.

4 RESULTADOS

Com o objetivo de facilitar a visualização dos trabalhos selecionados para análise e revisão de literatura foi elaborado um quadro, que expõe o título dos trabalhos, os autores e os periódicos.

QUADRO 1: Artigos selecionados para revisão de literatura e elaboração de proposta de intervenção para enfrentamento das urgências em saúde mental de Luisburgo, MG, 2013.

TÍTULO	AUTORES	PERIÓDICO
As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em Saúde Mental no programa saúde da família	Aline Lage Amarante Alessandra dos Santos Lepre João Leonardo Dias Gomes Audrey Vidal Pereira Virgínia Faria Damásio Dutra	Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.1, p.211-222, 2013
A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos junto às equipes de saúde da família	Alice G. Bottaro de Oliveira Inês de Fátima Cunha Ataíde Maria da Anunciação Silva	Texto Contexto Enfermagem 2004 Out-Dez; 13(4):618-24.
Enfermagem e a promoção da saúde mental na família: uma reflexão teórica	Virgílio César Dourado de Macêdo Ana Ruth Macêdo Monteiro	Texto & Contexto de Enfermagem; 13 (4):585-592, out. – dez.2004
Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira	Luiz Gustavo Silva Souza Maria Cristina Smith Menandro Leandra Lúcia Moraes Couto Polyana Barbosa Schimith Rebeca Panceri de Lima	Saúde Soc. São Paulo, v.21, n.4, p.1022-1034, 2012
Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família.	Danilo Camuri Magda Dimenstein	Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.4, p.803-813, 2010

Saúde mental na Atenção Básica: prática da equipe de saúde da família.	Valmir Rycheta Correia Sônia Barros Luciana de Almeida Colvero	Revista da Escola de Enfermagem da USP vol.45 no.6 São Paulo Dec. 2011
Avaliação em saúde mental: o processo de acolhimento	Adriano Kasiorowski de Araujo.	São Paulo; s.n; 2012. 138 p.
Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica	Waidman, Maria Angélica Pagliarini; Marcon, Sonia Silva; Pandini, Andressa; Bessa, Jacqueline Botura; Paiano, Marcelle.	Acta Paulista de Enfermagem; 25(3):346-351, 2012.
Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família	Moreira, Juliana Kelly Pinto; Bandeira, Marina; Cardoso, Clareci Silva; Scalon, João Domingos.	J. brasileiro de Psiquiatria; 60(3):221-226, 2011. ilus, tab.
Saúde Mental no contexto da Atenção Básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família	Munari, Denize Bouttelet; Melo, Terezinha Silvério de; Pagotto, Valéria; Rocha, Bárbara Souza; Soares, Carlene Borges; Medeiros, Marcelo.	Revista Eletrônica de Enfermagem; 10(3), set. 2008.
Ações voltadas para saúde mental na estratégia de saúde da família: intenções de equipes e expectativas de usuários e familiares	Camatta, Marcio Wagner	Porto Alegre; s.n; 2010. [207] p. tab, ilus
Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família	Camuri, Danilo; Dimenstein, Magda	Saúde Soc;19(4):803-813, out.-dez. 2010
Saúde mental na Atenção Básica: reflexões sobre a articulação de Centro de Atenção Psicossocial com o Programa de Saúde da Família	Silva, Maria Aparecida; Vieira, Marcos Antonio Moura	REME Revista Mineira de Enfermagem; 12(2):263-269, abr.-jun. 2008.
Transtorno Mental no Paradigma da Desinstitucionalização.	Waidman, Maria Angélica Pagliarini; Elsen, Ingrid.	Texto vontexto Enfermagem. 2005 Jul-Set; 14(3):341-9.
A sobrecarga da família que convive com a	Borba, Letícia de Oliveira, Schwartz, Eda	Acta Paul Enfermagem 2008;21(4):588-94.

realidade do transtorno mental.	Schwartz, Kantorski, Luciane Prado.	
Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária	Lucchese, Roselma; Oliveira, Alice Guimarães Bottaro de; Conciani, Marta Ester; Marcon, Samira Reschetti	Cad. Saúde Pública [online]. 2009, vol.25, n.9, pp. 2033-2042

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Saúde Mental

Os quadros de transtorno mental vêm aumentando gradualmente, em forte relação com o modo de ser capitalista. As correrias do dia a dia, o distanciamento familiar, as inversões de valores entre outros são fatores pré-determinantes de quadros de Transtorno Mental Comum (TMC) (CORREIA, BARROS e COLVERO, 2011). Neste caso estão englobados os quadros que envolvem sintomas não psicóticos como: insônia, fadiga, sintomas depressivos, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Estudos internacionais têm demonstrado a correlação entre o baixo nível socioeconômico e a baixa escolaridade a prevalência destes quadros clínicos. Estudos sobre este assunto estão sendo realizados em vários estados brasileiros e os resultados demonstram que a prevalência de TMC variou de 17% a 35%, o que confirma os resultados verificados nos estudos internacionais, sendo que o sexo feminino apresenta maior suscetibilidade a patologia (WAIDMAN, 2012).

O número de pessoas que sofre algum tipo de transtorno mental está aumentando. Pesquisas apontam que *“cerca de quatrocentos milhões de indivíduos sofrem perturbações mentais e/ou neurológicas ou problemas psicológicos”*, sendo que uma das maiores dificuldades enfrentadas por esses pacientes é o estigma, a vergonha e a exclusão (WAIDMAN, 2012).

A atenção voltada ao cuidado na saúde mental evolui ao longo dos anos. A visão de que pacientes com transtornos mentais deveriam ser isolados da sociedade está se desfragmentando, dando lugar a uma visão mais ampla do assunto com um foco assistencial. Neste novo conceito a saúde mental passa a ser vista como um dever social e não apenas da família, voltada para tratamento/internação (MACÊDO e MONTEIRO, 2004).

As mudanças ocorridas ao longo de décadas está diretamente ligada à Reforma Psiquiátrica. Neste novo paradigma o paciente deixa de ser visto isoladamente, mas passa a ser visto como um todo. A Reforma Psiquiátrica teve início na década de setenta e vem buscando eliminar o caráter de pré-conceito ao termo loucura da sociedade. *“A Reforma Psiquiátrica compreende um conjunto de transformações permanentes que ocorrem nos campos teóricos, assistenciais, jurídicos e socioculturais”* (MARANTE,

2011). Sua principal pauta foi a retirada do paciente com transtorno mental dos manicômios e sua inclusão na sociedade com um cidadão participativo e atuante, livre de preconceitos. Este processo de inclusão foi marcado por conflitos e rejeições que se estendem ainda hoje, mas o quadro da saúde mental está em processo de desenvolvimento (MARANTE, 2011).

Uma grande mobilização está ocorrendo desde 1980 e a partir da promulgação da Lei nº 10.216/01 que “*dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*”, estas ações se intensificaram e o objetivo de reduzir o número de pacientes internados e do tempo de internação, além de propor a participação das famílias e da comunidade na assistência em saúde mental também se intensificou (WAIDMAN, 2012).

Hoje o SUS busca a atenção aos pacientes com transtornos mentais psicóticos ou não e vem aprimorando seus projetos e planos nesta luta, como implantação de equipes multidisciplinares, como descrito:

De acordo com o Sistema único de Saúde (SUS), a ESF é composta por profissionais capazes de assistir aos problemas de saúde mais comuns, não se limitando à triagem e ao encaminhamento aos serviços especializados. O sofrimento psíquico faz parte do contexto de vida, assim, torna-se possível reafirmar que a Saúde da Família é capaz de acompanhar a saúde dessas pessoas atendendo aos diversificados aspectos que envolvem a vida (MARANTE, 2011).

Entende-se hoje como transtorno psíquico um grupo de sinais e sintomas no qual se enquadram mal-estares e dificuldades de convivência, isolamento, contradições de personalidade, dificuldades de operar planos e definir questões básicas do dia a dia, ou mesmo a sensação de impotência e de vazio (CAMURI e DIMESNTEIN, 2010). A Organização Mundial da Saúde (OMS) objetiva inserir este tema em suas pautas. Entre suas recomendações está o papel da Atenção Primária a Saúde (APS) para a promoção de saúde mental. Nesta lógica entram, em ação as ações das equipes de saúde da família com a difícil, porém importante, missão de elaborar estratégias para a identificação e o acompanhamento dos indivíduos portadores de transtornos e de seus familiares (MARANTE, 2011).

Segundo a Declaração de Caracas a “*atenção em saúde mental deve ocorrer na comunidade onde se vive de forma: descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva*” (MARANTE, 2011). A reforma psiquiátrica em si não está limitada apenas na extinção dos asilos e manicômios, mas sim na mudança de comportamento frente aos

indivíduos com transtorno mental. Esta é uma luta árdua e radical, onde é necessário estar próximo à população, promovendo vínculos duradouros, considerando a família como unidade de cuidado, conhecendo o território e inventando formas de intervir nele. E assim se confirma a relação da ESF neste processo na função de articular e promover saúde (SOUZA, 2012).

Um dos projetos em saúde que tem promovido grandes avanços no campo psicossocial é o CAPS. Este é um serviço estratégico que busca promover a desospitalização e o acompanhamento farmacoterapêutico, porém este sozinho não é suficiente para atender a grande demanda dos municípios (CORREIA, BARROS e COLVERO, 2011).

5.2 Estratégia Saúde da Família

Grandes mudanças vêm ocorrendo na saúde no País e a inclusão de programas no âmbito do SUS são exemplos de mudanças positivas que este vem sofrendo. As reformas em sua estruturação, com ênfase na APS, leva à defesa do controle social, da universalidade e da integralidade (SOUZA, 2012).

A Saúde da Família incorpora as diretrizes nacionais de saúde, sendo nomeada como uma estratégia para organização de todo o sistema de APS. A APS é a base para o atendimento do SUS. Todas as suas ações são pautadas no indivíduo como um todo. Esta iniciativa permite ao SUS uma maior integralidade com a sociedade e diretamente com o paciente. A APS pode ser descrita como uma porta de entrada do SUS levando este sistema ao cidadão (WAIDMAN, 2012).

Visando o melhor acolhimento do paciente e acompanhamento deste em todas as esferas da saúde, o SUS efetivou suas ações através da criação do Programa Saúde da Família (PSF). Esta visão levou o SUS a um novo patamar onde o paciente passa a não ser visto mais individualmente, mas como um conjunto representado por seus familiares, a sociedade e o meio cultural em que vive (MOREIRA, 2011). A população brasileira passou a ter acesso aos cuidados primários e à melhoria de sua qualidade de vida. Esta nova visão do paciente proporcionou a criação de novas medidas sócio-educativas voltadas não apenas ao tratamento do doente, mas na promoção e recuperação da saúde (LUCCHESI, 2009).

A saúde no Brasil passa então a ser vista de forma descentralizada, onde se ressalta o valor municipal e suas ações. A municipalização da saúde levou ao fortalecimento dos sistemas locais de saúde (MOREIRA, 2011). Desta forma nasce em 1994 o PSF. Mas este ainda é um programa a ser adaptado as inúmeras realidades deste país continental, assim o programa veio passando por várias reformas de forma atender da melhor forma possível a população. Desde 2000 o nome PSF foi substituído por ESF, evidenciando o caráter estratégico de suas ações. Nesta nova concepção os profissionais da saúde buscam novas estratégias e métodos de acompanhamento ao paciente e de proporcionar os devidos cuidados primários. Através deste novo conceito de atendimento o SUS passa de um estágio de cuidado clínico ao paciente para seu real papel de promotor da saúde em todos os aspectos sócio-culturais, levando à construção da saúde (CAMURI e DIMESNTEIN, 2010).

A ESF pode ser entendida hoje como um sistema operacional do SUS, como um modelo assistencial que busca a saúde coletiva. Seguindo assim configura-se, o modelo proposto pela Constituição de 1988 sobre a efetivação, das práticas assistenciais levando a garantir os princípios da universalidade, equidade e integralidade (OLIVEIRA, 2004). Afirma-se ainda que:

A implementação prática dos preceitos legais do SUS teve início no decênio 1990, após a criação das Leis Nº 8080 e Nº 8142, e da expedição das diferentes portarias e normas operacionais que são emitidas pelo Ministério da Saúde. Além do arcabouço legal, a operacionalização de um modelo assistencial em conformidade com os princípios do SUS, demanda mudanças de atitude nas instituições envolvidas na formação profissional, no gerenciamento e na oferta de serviços de saúde (OLIVEIRA, 2004).

A ESF poderá efetivar suas ações a partir do momento que firmar suas estratégias em ações práticas como planejamento estratégico orientado para problemas, visão epidemiológica para solucionar questões do município, participação popular levando a orientação das tomadas de decisão, ação e avaliação (OLIVEIRA, 2004).

De acordo com o Ministério da saúde a ESF é sua *“principal tática para reorganização do acesso da população aos serviços de saúde básicos.”* Esta nova forma de se entender a saúde permitiu a desmistificação da ação médica focada em produtividade, ação verticalizada e tratamento farmacoterapêutico (MUNARI, 2008).

Nesta nova fase do SUS as ações em saúde ganharam maior ênfase tirando o foco do atendimento médico-ambulatorial e ampliando as linhas de ação para além do

ambiente fechado. Nesta nova visão o foco passa a ser tanto o paciente como também seus familiares e amigos. Uma visão mais abrangente e humana da realidade é instalada (LUCCHESI, 2009).

A resolutividade do problema ainda a principal meta a ser alcançada, porém este é mais abrangente e leva vários fatores determinantes como a equipe de trabalho, que passa a ser uma equipe multidisciplinar onde atuam médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários (ACS) e hoje já foram incorporadas às equipes de saúde da família os odontólogos e farmacêuticos (CAMURI e DIMESNTEIN, 2010).

5.3 O enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na atenção ao Transtorno Mental

O enfermeiro como agente promotor da saúde assume papel indispensável nas ações da ESF. Este possui ação direta no desenvolvimento, no aperfeiçoamento e o reconhecimento das ações ligadas ao paciente e seus familiares. Este novo conceito de saúde em que se objetiva o reconhecimento da participação familiar como cooperadores na promoção e educação em saúde, na prevenção e recuperação, se tornou parte fundamental do enfermeiro. Torna-se necessário que este entenda a importância de se analisar e compreender as alterações presentes na dinâmica familiar, na saúde e na doença (MACÊDO e MONTEIRO, 2004).

A visão da enfermagem atual é buscar estratégias que apoiem continuamente a família como um todo, fazendo o redirecionamento e a inserção dos grupos familiares à comunidade. Busca assim a melhor forma de abordagem, inserindo as estratégias em equipe, como por exemplo, as terapias em grupos, as visitas domiciliares e o simples ouvir aos pacientes (CORREIA, BARROS e COLVERO, 2011).

O principal objetivo da ESF é a maior aproximação entre usuário e profissionais, a ampliação de um relacionamento sólido e de confiança entre família/paciente e profissional. Mas quando se refere a familiares e pacientes com transtornos mentais a realidade é mais dura. Na prática são poucas as ações voltadas para o tratamento e os cuidados com estes pacientes bem como com o sofrimento psíquico (MOREIRA, 2011).

Um dos pontos relevantes na formação do enfermeiro está na sua sensibilidade pessoal, sua capacidade de se identificar e se aproximar do paciente. Esta característica permite perceber melhor o indivíduo na sua integralidade, o que favorece uma atuação

diferenciada no âmbito da saúde do paciente com transtorno mental, mesmo quando esta formação não é específica nesta área. Assim o enfermeiro em situações de contato com estes pacientes pode expor seus conhecimentos, tanto teóricos como intuitivos em seu acompanhamento. Assim destaca-se a relevância das ações de enfermagem no âmbito do SUS, principalmente dentro das ESF no cuidado do paciente com transtorno mental (WAIDMAN e ELSESEN, 2005).

A partir do movimento da Reforma Psiquiátrica o indivíduo com transtorno mental passou a ser incorporando na comunidade. Essa ação de desinstitucionalização que se originou em 1980 no país possibilitou a inserção e a melhor aceitação destes cidadãos na sociedade. Desta forma a ESF passa a interagir de perto com estes pacientes e seus familiares, proporcionando até mesmo mudanças de conceitos e a relação da sociedade com essas pessoas (CORREIA, BARROS e COLVERO, 2011). Pode-se afirmar também que:

De acordo com o Ministério da Saúde, em 2010, o acesso à atenção em saúde mental aumentou, chegando a 63% de cobertura, com forte participação da Atenção Básica e de ações intersetoriais como inclusão social pelo trabalho, assistência social e promoção de direitos. Cerca de 16.000 leitos com baixa qualidade assistencial foram fechados de forma pactuada e programada. Os hospitais psiquiátricos ficaram menores, e 44% dos leitos de psiquiatria estão situados em hospitais de pequeno porte. Pessoas com longo histórico de internação foram desinstitucionalizadas. Desde 2006, os gastos federais com ações extra-hospitalares nessa área aumentaram em relação aos gastos hospitalares. No ano de 2009, por exemplo, 67,7% dos recursos federais para a saúde mental foram gastos com ações comunitárias. Isto a nosso ver cria novas perspectivas para o trabalho do enfermeiro no campo da saúde mental, caracterizado pela transição de uma prática eminentemente hospitalar para tratamento dos "doentes mentais" para outra que incorpora novos princípios e conhecimentos, pautada na interdisciplinariedade e no reconhecimento do outro como ser humano, inserido em um contexto familiar e comunitário (WAIDMAN, 2012).

Observa-se, de acordo com exposto acima, que o governo vêm investido nesta área. A visão do acompanhamento social e da inclusão deste paciente tem ganhado destaque, mudando a perspectiva da saúde mental no Brasil (MUNARI, 2008).

O acompanhamento do paciente com transtorno mental bem como o de sua família é importante, mas a realidade é bem diferente. Muitos desafios vêm sendo enfrentados pelas equipes de enfermagem (CAMURI e DIMESNTEIN, 2010). O enfermeiro como promotor da saúde visa o melhor atendimento e a estabilidade deste paciente, porém a dificuldade de acesso da família, a aceitação do tratamento, as

recorrentes mudanças no próprio local de trabalho, a difícil estruturação das equipes da ESF dificultam este tratamento. Frequentemente o enfermeiro é o coordenador da ESF e esse é apenas um dos desafios que têm enfrentado. Mesmo com todas as dificuldades e barreiras impostas tanto por pacientes e familiares, a própria equipe ou mesmo o gestor, o fato é que o enfermeiro exerce um papel importante na assistência à pessoas com transtorno mental, dentre eles na sensibilização da população sobre a importância de sua inserção na comunidade (MOREIRA, 2011).

Para que os cuidados com os pacientes com transtorno mental sejam eficazes é necessário derrubar a barreira que ainda é imposta pela sociedade. Para tal, as ações em saúde devem ser voltadas para a conscientização e o cuidado do paciente, na qual os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, aprendam a lidar com as formas diferentes de sofrimento psíquico, ou com sofrimentos de qualquer natureza. É necessário que o sistema de saúde enxergue o paciente e seus familiares sem preconceitos, considerando simplesmente suas condições de cidadão. É preciso mudar a concepção de cura e adotar a concepção de cuidado, que deve ser fundamentada na humanização e na subjetividade dos seres levando em consideração suas características particulares, físicas e emocionais como é proposto na Reforma Psiquiátrica (CORREIA, BARROS e COLVERO, 2011).

Cuidar de um paciente com transtorno mental está além de identificá-lo e diagnosticá-lo. A avaliação clínica é primordial, mas o contato com este paciente e a interação com a família são os principais elementos para transformar o modo de viver e sentir o sofrimento do portador de transtorno mental e sua família no seu cotidiano. Mas isto requer tempo, disposição e paciência com as tentativas frustradas. Cuidar de um paciente com transtorno mental ou em crise psicótica requer comprometimento e atenção aos mínimos detalhes que são relevantes ao acompanhamento (WAIDMAN e ELSEN, 2005).

A ética profissional é fundamental para o bom relacionamento entre enfermeiro, família e paciente. O pré-conceito deve ser uma palavra extinta do dicionário de enfermagem e substituída por responsabilidade profissional. Enxergar uma pessoa, estranha e diferente em diversos aspectos do seu e se identificar com ela, demonstrar interesse em sua lógica, acompanhar uma família desestruturada e cuidar desta em diferentes aspectos que ultrapassam a saúde física, requer comprometimento e sensibilidade social (BORBA, SCHWARTZ e KANTORSKI, 2008).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

A maior parte dos pequenos municípios conta somente com a Atenção Básica como serviço de saúde existente. A população a procura com queixas diversas, como para consultas eletivas, acompanhamento de doenças crônicas, prevenção, ações de promoção à saúde e recuperação, além da procura diante de quadros de urgência/emergência.

No município avaliado o cenário não foge da realidade descrita anteriormente e, assim como outros municípios de pequeno porte, Luisburgo conta somente com o serviço de Atenção Básica para atender sua população. Segundo dados do SIAB 2011, o município possui 6.263 habitantes e o serviço de urgência mais próximo fica a 26 km. Portanto casos de urgência têm seu primeiro atendimento na ESF. Diante de casos de urgência a população busca atendimento na ESF e a equipe muitas vezes apresenta-se insegura para prestar os devidos cuidados com qualidade e em tempo hábil, pois essa situação não faz parte da rotina da unidade, contudo faz parte de sua realidade, mesmo que esporadicamente.

Com a realização do Diagnóstico Situacional do Município de Luisburgo, foi possível identificar vários problemas, alguns levantados por observação, outros através dos dados encontrados nos Sistemas de Informações e ainda outros levantados pela população. Dentre os problemas identificados alguns tiveram maior relevância para a população, são eles:

- ✓ Alto índice de transtornos mentais;
- ✓ Uso abusivo de Agrotóxicos;
- ✓ Gravidez na adolescência;
- ✓ Desemprego;
- ✓ Maior parte da população não tem acesso à água tratada;
- ✓ Falta de estrutura familiar na maior parte da população.

Através da discussão com informantes chaves, usuários e funcionários da Secretaria Municipal de Saúde, o problema de maior destaque foi: Alto índice de transtornos mentais e a partir deste problema será construído esse Plano de Ação.

6.1 Descrição do problema selecionado

Não existem dados nos Sistemas de Informações conclusivos. A relevância deste problema é identificada no cotidiano das atividades e a partir da observação ativa.

Para identificar o problema de maior impacto na comunidade, foram realizadas entrevistas com usuários de diferentes micro-áreas. O resultado está descrito no quadro 2:

QUADRO 2: Principais problemas identificados e priorização de resolução, município de Luisburgo, 2013.

Principais Problemas	Importância	Urgência*	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alto índice de transtornos mentais;	Alta	08	Parcial	1
Uso abusivo de Agrotóxicos;	Alta	07	Parcial	2
Gravidez na adolescência;	Alta	07	Parcial	2
Desemprego;	Alta	06	Fora	2
Falta de acesso à água tratada;	Alta	05	Fora	3
Falta de estrutura familiar.	Alta	05	Parcial	3

- Escala de 0 a 10.

O quadro 3 traz a Relação de pacientes atendidos pelas unidades de saúde de Luisburgo.

QUADRO 3: Número de pacientes atendidos, segundo o serviço oferecido pela saúde mental, Luisburgo, 2013.

Nº de pacientes	Serviço Oferecido
294 pacientes	Ambulatório de Psiquiatria
85 pacientes	Psicoterapia
48 pacientes	CAPS

Vale ressaltar que existe uma lista de espera de cerca de 50 pacientes para início de tratamento no Ambulatório de Psiquiatria.

Outro dado relevante é o consumo de medicamentos para tratamento de transtornos mentais, como mostrado no quadro 3:

QUADRO 4: Consumo estimado de Medicamentos Psicotrópicos por trimestre, Luisburgo, 2013.

MEDICAMENTO	CONSUMO ESTIMADO
Amitriptilina 25 mg	15.000 comprimidos
Clonazepan 2 mg	15.000 comprimidos
Fluoxetina 20 mg	15.000 comprimidos
Nortriptilina 10 mg	12.000 comprimidos
Diazepan 10mg	15.000 comprimidos
Imipramina 20 mg	15.000 comprimidos
Ácido Valpróico 250 mg	5.000 comprimidos
Ácido Valpróico 500mg	3.500 comprimidos
Carbamazepina 200mg	2.500 comprimidos
Carbamazepina 400mg	2.500 comprimidos
Clomipramina 25 mg	3.000 comprimidos
Clorpromazina 100mg	3.000 comprimidos
Clorpromazina 25 mg	3.000 comprimidos
Fenitoína 100 mg	2.000 comprimidos
Fenobarbital	2.000 comprimidos
Haldol 01 mg	3.000 comprimidos
Haldol 05 mg	2.500 comprimidos
Prometazina 25 mg	3.000 comprimidos

Os pacientes acompanhados recebem visitas domiciliares periódicas ou sempre que necessário. No último ano somente 04 internações foram realizadas, pois o trabalho do ambulatório visa à diminuição de internações e estabilização dos pacientes. A maioria dos pacientes atendidos, cerca de 80%, apresentam diagnóstico relacionado a algum distúrbio de ansiedade ou depressão, os outros 20% são pacientes com algum tipo de psicose.

6.2 Explicação do problema

Luisburgo é um município pequeno, com população de 6.275 habitantes, segundo dados do SIAB no ano de 2011. Não há oportunidades de emprego e a única atividade lucrativa é a colheita do café, que é realizada entre os meses de abril e setembro. A população, em sua maioria, é rural e extremamente carente, sem informações, sem conhecimentos de seus direitos.

Desde muito cedo crianças já são criadas com responsabilidades nas lavouras e muitas param de freqüentar a escola para trabalhar, não há tempo para brincar. Esta cultura prevalece também na juventude, ou seja, não há tempo para o desenvolvimento da criança e do adolescente. As meninas casam-se a partir dos 16 anos e já adquirem responsabilidades de adultos. É possível que esses fatos, aliados a falta de lazer, cultura e emprego, vão na vida adulta se manifestar na forma de ansiedade e/ou depressão.

Outro ponto a ser observado é a genética. Por se tratar de um município pequeno há casamentos entre famílias muito próximas, o que pode caracterizar a permanência dos transtornos nas diferentes gerações. Ainda não há um estudo científico para comprovar esses pontos; contudo, é fato que a população vem adoecendo de maneira crescente, o que nos preocupa e vem ganhando espaço nas discussões dos funcionários da Secretaria de Saúde.

6.3 Seleção dos nós críticos

O ponto chave para se resolver qualquer situação é a determinação das causas do problema. Para essa identificação é necessário avaliar-se os pontos mais importantes que podem ter originado o problema, o que torna mais clara a visão de onde se deve intervir a fim de se modificar este quadro. Para a seleção dos nós críticos, analisaram-se as principais causas do problema selecionado, de acordo com sua relevância e governabilidade.

São considerados nós críticos para o problema “alto índice de transtornos mentais”:

- ✓ Hábitos e estilo de vida;
- ✓ Falta de informação, conhecimento;
- ✓ Pressão social (desemprego, falta de lazer);
- ✓ Processo de trabalho da equipe de saúde.

6.4 Desenho das operações

Avaliar e selecionar os nós críticos não é o suficiente: é preciso traçar metas e estratégias para o enfrentamento desses, a fim de se buscar possíveis soluções do problema. Para tal deve-se elaborar um plano de ação voltado a cada um deles. Através

do plano de ação são desenvolvidas ações para cada nó crítico visando resultados pré determinados que auxiliem o monitoramento, além de serem calculados os recursos necessários para a realização de cada operação. O quadro 5 traz o desenho de operações para os “nós” críticos do problema “alto índice de transtornos mentais”.

QUADRO 5: Desenho das operações para os nós críticos do problema “alto índice de transtornos mentais”, Luisburgo, 2013.

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilo de vida e Pressão Social.	Oficina de Lazer Ocupar tempo ocioso dos pacientes atendidos no Ambulatório, com atividades de artesanato, música, etc.	Diminuir a taxa de usuários com uso de medicações para tratar ansiedade/depressão. Ensinar uma atividade que pode melhorar a renda do usuário.	Oficina de artesanato, com pinturas, bordados, trabalhos em MDF. Momento de lazer e cultura, leitura de livros, poemas, história local	Organizacional= Para organização e replicação das oficinas. Cognitivo= Estratégias para lidar com ansiedade e depressão. Uma nova fonte de renda. Político=Estabelecer parceria com CRAS, escolas e igrejas. Financeiro= Para requisição de materiais para oficinas de artesanato.
Hábitos e estilo de vida	Partilhar é viver Grupo de psicoterapia de pacientes atendidos no ambulatório de Psiquiatria	Levar o usuário a conhecer melhor a si e à comunidade em que vive.	Reunião de pessoas; Troca de experiências; Ampliação das possibilidades de resolução de problemas vividos. Discussão e reflexão de temas pertinentes.	Organizacional= Pessoa responsável pelas reuniões e temas discutidos. Cognitivo=Informações sobre o grupo, divulgação a respeito das reuniões. Político=Mobilização dos ACS e comunidade. Financeiro=Recursos para

				lanches e material didático.
Falta de informação, conhecimento	Informar para conhecer Conscientizar a comunidade acerca de seus direitos e deveres. Informar a população sobre os sinais e sintomas dos transtornos mentais	População consciente acerca dos sinais, sintomas, tratamento de transtornos mentais.	Avaliação do nível de informação da população a respeito dos transtornos mentais. Capacitação de ACS.	Cognitivo=Conhecimento do tema. Organizacional=Organização da agenda e reuniões. Político=Parceria com CRAS e Secretaria de Educação. Financeiro=Recurso para reuniões e material didático.
Processo de trabalho da equipe de saúde	Construção de protocolos assistenciais médicos e de enfermagem para o acompanhamento do paciente com transtorno mental.	Dar atenção holística a 100% dos pacientes acompanhados.	Capacitação de todos os profissionais que compõem a equipe (ACS, médico, enfermeira, técnico de enfermagem, dentista e outros) Gestão eficiente e eficaz	Cognitivo=Elaboração do protocolo. Político=Articulação entre os setores da Secretaria Municipal de Saúde. Financeiro=Recurso para implantação do protocolo.

6.5 Identificação dos recursos críticos

Esta etapa é importante para se verificar pontos estratégicos do plano. Nela são abordados os pontos mais importantes e influenciáveis de cada ação. O Quadro 6 retrata os recursos críticos para o desenvolvimento das ações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema “alto índice de transtornos mentais”.

QUADRO 6: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema “alto índice de transtornos mentais”, Luisburgo, 2013.

Operação/Projeto	Recursos Críticos
Oficina de Lazer	Financeiro= Recursos de aquisição dos materiais para trabalhos de artesanato. Cognitivo= Adesão da população, aprendizado e interesse.
Partilhar é viver	Financeiro= Recursos para realização das reuniões. Cognitivo= Adesão da comunidade. Político= Articulação intersetorial, adesão dos profissionais envolvidos.
Informar para conhecer	Político= Apoio de outros setores, adesão da comunidade. Financeiro= Recursos para manutenção do grupo.
Protocolos Assistenciais	Político= Adesão da equipe, percepção da importância em construir protocolos assistenciais.

6.6 Análise da viabilidade do plano

Para a execução de qualquer plano é necessário que se faça também um estudo da viabilidade de implantação deste. Este estudo de viabilidade se dá através da análise dos recursos críticos, bem como da identificação dos atores que irão controlar esses recursos e sua motivação para tal, além da operacionalização para motivar os atores que estão indiferentes às ações. O quadro 7 traz as Propostas de ações para a motivação de atores.

QUADRO 7: Recursos críticos, atores, motivações e ações estratégicas para o enfrentamento do problema “alto índice de transtornos mentais”, Luisburgo, 2013.

Operações/ Projetos	Recursos Críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Oficina de Lazer	Financeiro=Recursos da aquisição dos materiais para trabalhos de artesanato. Cognitivo=Adesão da população, aprendizado e	Administração Municipal. População	Favorável Indiferente	Não é necessária Trabalhar com ações que estimulem

	interesse.			a população a aderir aos projetos
Partilhar é viver	Financeiro=Recursos para realização das reuniões. Cognitivo=Adesão da comunidade. Político=Articulação intersetorial, adesão dos profissionais envolvidos.	Administração Municipal. População	Favorável Favorável	Não é necessária
Informar para conhecer	Político=Apoio de outros setores, adesão da comunidade. Financeiro=Recursos para manutenção do grupo.	Administração Municipal	Favorável	Não é necessária
Protocolos Assistenciais	Político=Adesão da equipe, percepção da importância em construir protocolos assistenciais.	Administração Municipal Secretaria Municipal de Saúde	Favorável Indiferente	Não é necessária. Reunir com profissionais ressaltando a importância do projeto.

6.7 Elaboração do plano operativo

É de suma importância a elaboração do plano operativo. Este tem a função de designar os responsáveis pelas operações traçadas para o enfrentamento dos nós críticos do problema, além de estabelecer os prazos para a execução das ações. O responsável geral pela operação tem a função de garantir que as ações sejam executadas com êxito seguindo o cronograma determinado e prestando contas sobre o andamento das operações. O quadro a seguir representa a elaboração do plano operativo:

QUADRO 8: Plano Operativo voltado para o enfrentamento do problema “alto índice de transtornos mentais”, Luisburgo, 2013.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Respon-sáveis	Prazo
Oficina de Lazer Ocupar tempo ocioso dos pacientes atendidos no ambulatório, com atividades de artesanato, música, etc.	Diminuir a taxa de usuários com uso de medicações para tratar ansiedade/depressão. Ensinar uma atividade que pode melhorar a renda do usuário.	Oficina de artesanato, com pinturas, bordados, trabalhos em MDF. Momento de lazer e cultura, leitura de livros, poemas, história local	Não é necessária Trabalhar com ações que estimulem a população a aderir aos projetos	Thiara e Luana	Apresentar projeto em 1 mês Aquisição dos materiais em 2 meses Dois meses para início das atividades
Partilhar é viver Grupo de psicoterapia de pacientes atendidos no ambulatório de Psiquiatria	Levar o usuário a conhecer melhor a si e à comunidade em que vive.	Reunião de pessoas; Troca de experiências; Ampliação das possibilidades de resolução de problemas vividos. Discussão e reflexão de temas pertinentes.	Não é necessária	Aline e Denise	Dois meses para início das atividades
Informar para conhecer Conscientizar a comunidade a cerca de seus direitos e deveres. Informar a população sobre os sinais e sintomas dos transtornos mentais	População consciente a cerca dos sinais, sintomas, tratamento de transtornos mentais.	Avaliação do nível de informação da população a respeito dos transtornos mentais. Capacitação de ACS.	Não é necessária		Dois meses para início das atividades
Construção	Dar atenção	Capacitação	Não é		Reunião com

de protocolos assistenciais médicos e de enfermagem para o acompanhamento do paciente com transtorno mental.	holística a 100% dos pacientes acompanhados.	de todos os profissionais que compõem a equipe (ACS, médico, enfermeira, técnico de enfermagem, dentista e outros) Gestão eficiente e eficaz	necessária. Reunir com profissionais ressaltando a importância do projeto.		profissionais em um mês. Cinco meses para construção do protocolo.
--	--	---	---	--	---

6.8 Gestão de Plano

Para avaliação dos planos a equipe estruturadora se reunirá mensalmente. Aqueles prazos que não foram cumpridos serão analisados, além da análise da implantação dos projetos. A Gestão de Planos garante o sucesso de uma operação e a possibilidade de sua implantação estando diretamente ligada com a forma que será realizada a sua gestão. Avaliações periódicas devem ser feitas, com participação de todos os envolvidos: usuários, profissionais e gestores. Os resultados obtidos devem ser objeto de discussão, objetivando-se o aperfeiçoamento do sistema.

Avaliar é imprescindível para o sucesso do plano. Segue o quadro 09, 10, 11 e 12 com projetos e modelo para avaliação para cada um dos problemas definidos.

QUADRO 9: Proposta avaliativa para o projeto Oficina de Lazer, enfrentamento do problema “alto índice de transtornos mentais”, Luisburgo, 2013.

Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Oficina de artesanato, com pinturas, bordados, trabalhos em MDF.	Thiara – Enfermeira e Luana - Psicóloga	Três meses	Em planejamento		
Momento de	Thiara –	Dois	Em		

lazer e cultura, leitura de livros, poemas, história local	Enfermeira e Luana - Psicóloga	meses	planejamento		
Coordenação: Luana Abreu – Avaliação após seis meses do início do projeto					

QUADRO 10: Proposta avaliativa para o projeto Partilhar é Viver, enfrentamento do problema “alto índice de transtornos mentais”, Luisburgo, 2013.

Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Reunião de pessoas; Troca de experiências; Ampliação das possibilidades de resolução de problemas vividos.	Aline - Enfermeira e Denise - Enfermeira	Três meses	Em planejamento		
Avaliação do nível de informação da população a respeito dos transtornos mentais. Capacitação de ACS.	Aline - Enfermeira e Denise - Enfermeira	Dois meses	Em planejamento		
Discussão e reflexão de temas pertinentes.	Aline - Enfermeira e Denise - Enfermeira	Cinco meses	Em Planejamento		
Coordenação: Aline Braga – Avaliação após seis meses do início do projeto					

QUADRO 11: Proposta avaliativa para o projeto Informar para Conhecer, enfrentamento do problema “alto índice de transtornos mentais”, Luisburgo, 2013.

Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Reunião de pessoas; Troca de experiências; Ampliação das	Aline - Enfermeira e Denise - Enfermeira	Três meses	Em planejamento		

possibilidades de resolução de problemas vividos.					
Avaliação do nível de informação da população a respeito dos transtornos mentais. Capacitação de ACS.	Aline - Enfermeira e Denise - Enfermeira	Dois meses	Em planejamento		
Discussão e reflexão de temas pertinentes.	Aline - Enfermeira e Denise - Enfermeira	Cinco meses	Em Planejamento		
Coordenação: Aline Braga – Avaliação após seis meses do início do projeto					

QUADRO 12: Proposta avaliativa para o projeto Protocolos Assistenciais, enfrentamento do problema “alto índice de transtornos mentais”, Luisburgo, 2013.

Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Capacitação de todos os profissionais que compõem a equipe(ACS, médico, enfermeira, técnico de enfermagem, dentista e outros)	Thiara, Luana, Aline, Denise e Samuel	Três meses	Em planejamento		
Gestão eficiente e eficaz	Thiara-Enfermeira, Luana-Psicóloga, Aline-Enfermeira, Denise-Enfermeira e Samuel-Médico	Dois meses	Em planejamento		
	Thiara-Enfermeira,	Cinco meses	Em planejamento		

	Luana- Psicóloga, Aline- Enfermeira, Denise- Enfermeira e Samuel- Médico				
Coordenação: Thiara Pôncio – Avaliação após seis meses do início do projeto					

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Básica visa um conjunto de ações em saúde voltadas tanto a atenção individual quanto a atenção coletiva, buscando a promoção, proteção, prevenção de complicação, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. A Atenção Básica não está fixa apenas no tratamento do paciente, mas sim no acompanhamento familiar e social do indivíduo, levando a um atendimento integral. Esta nova perspectiva em saúde vem mobilizando o SUS, que já adota a idéia de que ações e estratégias voltadas o conjunto familiar são a melhor escolha para a recuperação da saúde do indivíduo além de proporcionar sua inserção na comunidade (BRASIL 2011).

A ESF é prova da aceitação deste novo ideal tanto pelo SUS quanto pela comunidade e vêm ganhando espaço e se aprimorando a cada dia. As equipes multiprofissionais tem tido êxito na atenção primária e nos cuidados em saúde, de forma que a ESF já está sendo a principal política de acesso aos serviços de saúde na Atenção Básica. Nesta visão de acompanhamento o paciente passa a ser visto em sua integralidade, não sendo valorizado apenas o atendimento clínico com prescrição e dispensação terapêutica. O paciente passa a ser entendido como um ser multiativo, com perspectivas, dificuldades e esperanças, não sendo apenas um paciente, mas um conjunto de familiares e amigos que representam sua realidade (BRASIL 2011).

Os casos de transtornos mentais estão aumentando gradualmente, de forma que esta realidade está atingindo toda a sociedade e assim passa a fazer parte do SUS e da ESF também. Os transtornos mentais são variados e dependentes em muitos casos das condições emocionais do paciente e sua correlação social.

Quadros de depressão se tornaram rotineiros, mas há também quadros mais graves de transtornos como a esquizofrenia, que são cada vez maiores em todo o país. Segundo WAIDMAN, (2012) “*cerca de quatrocentos milhões de indivíduos sofrem perturbações mentais e/ou neurológicas ou problemas psicológicos*”. É comum esses pacientes sentirem-se isolados e temerem a rejeição. Ainda é grande o estigma que se criou sobre estes indivíduos o que os incapacita de terem uma vida normal, pois os casos de discriminação são visíveis.

Os enfermeiros assumem papel determinante neste panorama dos cuidados ao paciente com transtorno mental, independente do tipo. Os enfermeiros são profissionais capacitados para agirem nestes setores e tem técnicas e capacidade para realizarem o acompanhamento deste indivíduo. Frequentemente os enfermeiros são os coordenadores das ESF, o que pode ajudá-los na elaboração de projetos que atenderão a realidade local.

O enfermeiro não tem um papel apenas administrativo ou restrito ao interior do ESF, suas ações são mais amplas, pois é um canal entre o paciente, sua família e a sociedade.

Assim ressalta-se a importância em se elaborar uma proposta de intervenção para atendimento de episódios de surtos psicóticos e espera-se que essa proposta possa preencher essa lacuna atualmente existente no município e qualificar a assistência à esse público. Os enfermeiros são peça chave na elaboração de propostas como essa, em que a visão não apenas se restrinja à triagem do paciente, mas seu acompanhamento integral, o acompanhamento familiar, campanhas de integração social, campanhas motivacionais e, se necessário, em encaminhamento do indivíduo para setores especializados.

Acredito que a proposta de intervenção contribuirá, futuramente, para um mecanismo de padronização das ações através da construção de fluxogramas de atendimento. A padronização das ações em qualquer ambiente de trabalho permite um melhor desenvolvimento da equipe. No que se refere à saúde, a padronização dos atendimentos pode representar a recuperação ou não do indivíduo. Deste modo conclui-se que a elaboração de planos de intervenção e de fluxogramas é de suma importância para o melhor atendimento do paciente não só dentro das ESF, mas para seu acompanhamento e redirecionamento pessoal e familiar.

Torna-se importante salientar que não há o objetivo de reduzir o número de pessoas acometidas por transtornos mentais, o que devemos buscar é o olhar integral, o cuidado holístico, garantir a esses pacientes um cuidado de qualidade e realmente humanizado.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Aline Lage et al. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em Saúde Mental no programa saúde da família. **Saúde Social**. Florianópolis, 22. n.1, p.211-222. 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/10.pdf>. Acesso em: 20 out. 2013.

ARAÚJO, Adriano Kasiorowski de. **Avaliação em saúde mental: o processo de acolhimento**. São Paulo; s.n; 2012. 138 p. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180125203024>>. Acesso em: 20 out. 2013.

BORBA, Letícia de Oliveira, SCHWARTZ, Eda Schwartz, KANTORSKI, Luciane Prado. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paul Enfermagem** 21(4):588-94. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a09v21n4.pdf>>. Acesso em: 21 de out. 2013.

CAMURI, Danilo; DIMESNTEIN, Magda. Processos de trabalho em saúde: Práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Social**. São Paulo, v.19, n.4, p.803-813, 2010. Disponível em: <www.revistas.usp.br/sausoc/article/download/29704/31579>. Acesso em: 20 out. 2013.

CORREIA, Valmir Rycheta Correia; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde mental na Atenção Básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, vol.45 no.6. Dec. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a32.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2013.

LUCCHESI, Roselma et al. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 25.v. n.9, pp. 2033-2042. Vol. 25. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/17.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2013.

MACÊDO, Virgílio César Dourado de MONTEIRO, Ana Ruth Macêdo. Enfermagem e a promoção da saúde mental na família: uma reflexão teórica. **Texto e Contexto de Enfermagem**. Fortaleza, 13 (4):585-592, out. – dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a11.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2013.

MOREIRA, Juliana Kelly Pinto et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. São João Del Rei. 60(3): 221-226, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852011000300012>. Acesso em: 20 out. 2013.

MUNARI, Denize Bouttelet et al. Saúde Mental no contexto da Atenção Básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiás, set. 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n3/pdf/v10n3a24.pdf>. Acesso em: 20 out. 2013.

OHARA, Elisabete Calabuig Chapina; SAITO, Raquel Xavier de Sousa. **Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade**. 1º Ed. São Paulo: MARTINARI, 2008. 423p.

OLIVEIRA, Alice G. Bottaro de; ATAÍDE, Inês de Fátima Cunha; SILVA, Maria da Anunciação. A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos junto às equipes de saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, 13.v. Out-Dez; 13(4):618-24. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072004000400015>. Acesso em: 20 out. 2013.

SAITO, Raquel Xavier de Sousa. **Integralidade da Atenção: Organização do trabalho no Programa Saúde da Família na Perspectiva sujeito-sujeito**. São Paulo: MARTINARI, 2008.158p.

SILVA, Maria Aparecida; VIEIRA, Marcos Antonio Moura. Saúde mental na Atenção Básica: reflexões sobre a articulação de Centro de Atenção Psicossocial com o Programa de Saúde da Família. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte. 263-269, abr.- jun. 2008. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=15577&indexSearch=ID>>. Acesso em: 20 out. 2013.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: GUANABARA KOOGAN, 2006. 679 p. 1.v.

SOUZA, Luiz Gustavo Silva. Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. **Saúde Social**. São Paulo, v.21, n.4, p.1022-1034, 2012. Disponível em: <www.revistas.usp.br/sausoc/article/download/50711/54823>. Acesso em: 20 out. 2013.

WAGNER, Camatta, Marcio. **Ações voltadas para saúde mental na estratégia de saúde da família: intenções de equipes e expectativas de usuários e familiares**. Porto Alegre. 207 p. 2010. Disponível em: < <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/27895>>. Acesso em: 20 out. 2013.

WAIMAN, Maria Angélica Pagliarini et al. Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, 25(3): 346-351. 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000300005&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 out. 2013.

_____. ELSEN, Ingrid. Transtorno Mental no Paradigma da Desinstitucionalização. **Texto Contexto Enfermagem**. 2005 Jul-Set; 14(3):341-9. 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71414304>>. Acesso em: 21 de out. 2013.